SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KALİTE ALGISI: İKİ DEVLET HASTANESİ KARŞILAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Fatma ERDEM
18 15 05 201

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sağlık Yönetimi
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem ÖZTÜRK

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2022

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KALİTE ALGISI: İKİ DEVLET HASTANESİ KARŞILAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Fatma ERDEM
18 15 05 201
Orcid: 0000-0002-8188-6039

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sağlık Yönetimi
Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem ÖZTÜRK

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli *"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"* ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

"Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı: İki Devlet Hastanesi Karşılaştırma Örneği" adlı bu çalışmanın her aşamasında benimle birlikte yoğun emek harcayan, desteğini ve güler yüzünü esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem ÖZTÜRK'e, varlıkları ile onur ve mutluluk duyduğum ailemin sonsuz sabrı ve desteğine teşekkür ediyorum.

Fatma ERDEM

Şubat, 2022

ÖZ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KALİTE ALGISI: İKİ DEVLET HASTANESİ KARŞILAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Fatma ERDEM
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem ÖZTÜRK
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu çalışma sağlık çalışanlarında kalite algısını iki devlet hastanesinin karşılaştırması ile ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma, verilerin anket yöntemi kullanılarak temin edildiği tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan Sultanbeyli Devlet Hastanesi ve Tuzla Devlet Hastanesi (iki kamu hastanesi) çalışanları oluşturmaktadır. Her iki hastanede de örnekleme yöntemi olarak basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki Sultanbeyli Devlet Hastanesinde araştırmaya katılan kişi sayısı 161, Tuzla Devlet Hastanesinde araştırmaya katılan kişi sayısı 173'tür. Toplam katılımcı sayısı 334'tür. Araştırma verilerinin toplanmasında, Bayer ve Baykal (2017) tarafından geliştirilmiş olan "Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği" olmak üzere toplam iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Katılımcıların %48,2'sinin Sultanbeyli, %51,8'inin Tuzla devlet hastanesinde görev yaptığı, %36'sının erkek, %74'ünün kadın olduğu ve yaş ortalamalarının 33,87±8,7 olduğu görülmüştür. Çalışmaya en fazla katılım önlisans/lisans mezunlarından olmuştur. Katılımcıların %62,6'sının evli, %37,4'ünün bekar olduğu görülmüştür. Tuzla Devlet Hastanesinde çalışanların kalite eğitimi alma oranının (%80,9) Sultanbeyli Devlet Hastanesinde çalışanların kalite eğitimi alma oranından (%70,8) daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanları kalite algısı ölçeği toplam puanında ($t=-2,05$; $p<0,05$) katılımcıların verdikleri cevapların ortalamaları Sultanbeyli ve Tuzla hastanelerinde çalışmalarına göre farklılaşmaktadır. Tuzla hastanesindeki sağlık çalışanlarının hastanelerine ilişkin kalite algıları Sultanbeyli hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre daha olumludur. Kalite eğitimi alan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin (%51,2) kalite eğitimi almayan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerine (%35,0) göre daha yüksek

olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda sağlık personelinin hastaneye yönelik kalite algısında yaş, eğitim durumu, meslek, meslekte çalışma süresi ve çocuk durumu etkili olarak tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar kapsamında sağlık kurumlarında kalite kültürünün oluşturulması için görev yapan çalışanların kalitenin geliştirilmesi ve uygulanması noktasında aktif bir katılımı sağlanması gerektiği önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Personeli, Kalite, Sağlıkta Kalite standartları.

ABSTRACT

PERCEPTION OF QUALITY IN HEALTHCARE PROFESSIONALS: A COMPARATIVE EXAMPLE OF TWO STATE HOSPITALS

Fatma ERDEM
Master Thesis
Department of Health Management
Health Management Programme
Thesis Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Onur Özlem ÖZTÜRK
Maltepe University Graduate School, 2022

This study was conducted to reveal the quality perception of healthcare professionals by comparing two public hospitals. This is a descriptive study in which data were obtained using the questionnaire method. The population of the research consists of the employees of Sultanbeyli State Hospital and Tuzla State Hospital (two public hospitals) in Istanbul. Simple random sampling method was used as the sampling method in both hospitals. The number of people participating in the research at Sultanbeyli State Hospital within the scope of the research is 161, and the number of people participating in the research at Tuzla State Hospital is 173. The total number of participants is 334. In the collection of research data, a questionnaire consisting of two parts, the "Quality Perception Scale in Healthcare Professionals" developed by Bayer and Baykal (2017), was used. The data obtained were analyzed in the SPSS program, Percent (5), Frequency (N), Mean and standard deviations were calculated, Chi-square analyzes were made, the differences between demographic variables were analyzed with the T test and Anova test. It was observed that 48.2% of the participants worked in Sultanbeyli, 51.8% in Tuzla state hospital, 36% were male, 74% were female, and their mean age was 33.87±8.7. The highest participation in the study was from associate/undergraduate graduates. It was observed that 62.6% of the participants were married and 37.4% were single. It is seen that the rate of receiving quality training (80.9%) of the employees in Tuzla State Hospital is higher than the rate of receiving quality training (70.8%) of those working in Sultanbeyli State Hospital. The average of the answers given by the participants in the total score of the health workers perception of quality scale ($t=-2.05$; $p<0.05$) differs according to their work in Sultanbeyli and Tuzla hospitals. The quality perceptions of

healthcare professionals in Tuzla hospital regarding their hospitals are more positive than those of healthcare professionals in Sultanbeyli hospital. It was determined that the level of finding the service capacity of the hospital sufficient (51.2%) of the employees who received quality training was higher than the level of finding the service capacity of the hospital sufficient (35.0%) of the employees who did not receive quality training. As a result of the research, age, education level, occupation, working time in the profession and child status were determined to be effective in the quality perception of the health personnel towards the hospital. Within the scope of the results obtained, it has been suggested that the active participation of the employees working in the establishment of a quality culture in health institutions should be ensured at the point of development and implementation of quality.

Keywords: Health Personnel, Quality, Quality in Health standards.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
Problem 1
Amaç 2
Önem 3
Varsayımlar 5
Sınırlıklar 5
Tanımlar 6
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER 7
2.1. Kalite Kavramı 7
2.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi 9
2.3. Toplam Kalite Yönetimi 13
2.4. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri 14
2.4.1. Müşteri odaklılık 15
2.4.2. Üst yönetimin liderliği 15
2.4.3. Sürekli geliştirme (Kaizen) 16
2.4.4. Çalışanların katılımı – Takım çalışması 16
2.4.5. Çalışanların eğitimi (Sürekli eğitim) 17
2.4.6. Motivasyon 17
2.4.7. Sıfır hata 17
2.5. Toplam Kalite Yönetiminin Amacı ve Önemi 18
2.6. Türkiye'de Sağlıkta Kalite Sistemi 20
2.7. Sağlıkta Kalite Standartları 21
BÖLÜM 3. YÖNTEM 24
3.1. Araştırma Modeli 24
3.2. Evren ve Örneklem 24
3.3. veriler ve Toplanması 24
3.4. verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 24
3.5. Normallik Testi Sonuçları 27
BÖLÜM 4. BULGULAR 29
4.1. Demografik Bulgular 29
4.2. Karşılaştırmalı Tablolar 32
4.2.1.Hastanelerin Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi 32
4.2.2.Cinsiyetinin Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi 34
4.2.3.Eğitim Durumlarının Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi 36

4.2.4.Meslek Gruplarının Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi 37
4.2.5.Kalite Eğitimi Alma Durumunun Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi 38
4.2.6.Kurumun Hizmet Kapasitesini Yeterli Bulma Düzeylerinin Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi 40
4.3. Demografik Özelliklere Göre Farklılaşmalar 43
BÖLÜM 4. TARTIŞMA 66
BÖLÜM 5 SONUÇ VE ÖNERİLER 75
EKLER 77
Ek-1: Sosyodemografik Soru Formu 68
Ek-2: Kalite Algı Ölçeği 77
Ek-3: İzinler 77
Ek-4: Bilgilendirilmiş Onam Formu 77
KAYNAKÇA 87

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği Güvenilirlik Analizi 26
Tablo 2. Normallik Testi Betimsel İstatistikleri..... **27**
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri..... 29
Tablo 4. Katılımcıların Görev Yaptıkları Hastane Türünün Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları..... 32
Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyetin Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları 34
Tablo 6. Katılımcıların Eğitim Durumunun Meslek Grupları, Meslekte ve Kurumda Çalışma Süresi Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları ... 36
Tablo 7. Katılımcıların Meslek Grubunun Meslekte ve Kurumda Çalışma Süresi Değişkenlere Göre Karşılaştırılması..... 37
Tablo 8. Katılımcıların Kalite Eğitimi Alma Durumunun Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları..... 38
Tablo 9. Katılımcıların Hizmet Kapasitesini Yeterli Bulma Düzeyinin Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları 40
Tablo 10. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Görev Yapılan Hastane Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu 43
Tablo 11. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu 46
Tablo 12. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu 47
Tablo 13. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu 52
Tablo 14. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Meslek Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu 56
Tablo 15. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Meslekte Çalışma Yılı Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu 59
Tablo 16. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Kurumda Çalışma Süresi Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu 62
Tablo 17. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Kalite Eğitimi Alma Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu 64

KISALTMALAR

ASQC : Amerikan Kalite Kontrol Derneği

DFSS : Design for Six Sigma

ISO : Uluslararası Standart Bürosu

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TSE : Türk Standartları Enstitüsü

ÖZGEÇMİŞ

Fatma ERDEM

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2018	Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (tezsiz)
Ls.	2017	Atatürk Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Sağlık Yönetimi
	2013	Anadolu Üniversitesi, İktisat Fakültesi İktisat
	2008	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Tıbbi Laboratuvar
Lise	2006	Bilecik Sağlık Meslek Lisesi, Hemşirelik

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2018 – Halen	Kamu Hastane Hizmetleri Başkanlığı-1 (Hemşire)
2007- 2018	Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Hemşire)

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmanın kimlik bilgilerinden olan problem, amaç, önem, varsayımlar, sınırlıklar ve tanımlara yer verilmiştir.

Problem

Sağlık kurumlarında temel amaç toplum tarafından ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini, bireylerin beklemiş olduğu kalitede mümkün olduğu kadar en düşük maliyetle ve en uygun zamanda arz etmektir. Büyük oranda artış gösteren rekabet şartları da sağlık kurumlarının etkili ve kaliteli bir sağlık hizmeti arz etmesini mecburi kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin arzında kaliteyi yükseltmek amacı ile kalite standartları uygulanmaktadır. Sağlıkta kalite standartları sağlık kurumları tarafından arz edilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi ve aynı zamanda da değerlendirilmesine imkân vermektedir (Ertaş ve Çelik, 2018: 18).

Sağlık kurumları tarafından arz edilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilebilmesi ulaşılan çıktılar kapsamında yapılan veya yapılacak olan iyileştirmelerle sağlıkta kalite düzeyinin yükselmesi sağlanmaktadır. Bunların yanı sıra Sağlık kurumlarının misyon ve vizyonları kapsamında gelecekle ilgili stratejiler planlamalar yapılmasına çok önemli katkı sunacaktır. Sağlık hizmeti veren sağlık personellerinin görevlerini icra ederken gösterdikleri olumlu veya olumsuz bütün davranışlar ve tutumlar, sağlık hizmeti almak isteyenlerin arz edilen hizmetten bekledikleri ve geçmişten gelen deneyimleri meydana getirmektedir. Sağlık hizmeti alan kişilerin aldığı hizmet, algıladıkları kalite ve teknik düzeydeki kalitenin bir araya gelmesinden de sunulan hizmetteki kalite düzeyinin yüksek veya düşük olduğu anlaşılmaktadır (Beylik, 2018).

Sağlık teknolojileri alanında meydana gelen ilerlemeler ve gelişmeler hükümetler tarafından yapılan kanuni düzenlemeler, aynı zamanda sağlık alanında yaşanan rekabet gibi unsurlar sağlık hizmeti almak isteyenlerin beklenti seviyesini yüksek derecede artırırken bunların yanında sağlık hizmeti veren kurumların çok daha dikkatli davranarak kalite olgusunu önemsemelerini mecburi kılmıştır (Akdoğan, 2021). Arz edilen sağlık hizmetinin yeterli düzeyde olmaması gerçekleştirilen yanlış

tedavilerin insan hayatını tehlikeye atabilecek sonuçları ve kalite doğrultusundaki beklentilerinin çok daha yüksek olması sağlık alanında kalite kavramını çok daha önemli hale getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin arzında temel amaç beklenen yararı ve faydayı sağlamanın yanında herhangi bir zarara neden olmamak yani kaliteyi hedeflemektedir (Karaca ve Işıl, 2018: 1095).

Sağlık kurumları tarafından sunulan hizmetlerin çok daha verimli ve etkili sunumu için sağlık kalite hizmetinin artırılması bakımından iç müşteri olarak değerlendirilen sağlık çalışanlarının kalite konusundaki algılarının ölçülmesi önemli olarak görülmektedir. Sağlık hizmeti arzının bütün aşamalarında görev yapan sağlık çalışanlarının Sağlık hizmetinden faydalanan dış müşteriler tarafından oluşan memnuniyet seviyesine doğrudan etki ettiği bilindiği için sağlıkta kalite standartlarına yönelik yapılan uygulamaları nasıl algıladıklarını tespit etmek faydalı olacaktır.

Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde araştırma problemi, amacı, önemi varsayım ve sınırlılıklara yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık ve sağlıkta kalite ile ilgili temel kavramlara yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise araştırmanın yönteminden söz edilmiş dördüncü ağlık çalışanlarından elde edilen veriler değerlendirmiş ve tartışılarak yorumlanmıştır.

Amaç

Sağlık kurumları tarafından arz edilen sağlık hizmetleri kalitesinin yüksek olması, sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin beklentilerini hangi düzeyde karşıladığı ve arz edilen hizmetin ne şekilde algılandığı ile doğrudan ilgilidir. Bu kapsamda çalışmada; sağlık çalışanlarında kalite algısının 2 devlet hastanesi çalışanları arasında karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

- Katılımcıların kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin demografik değişkenlerle ilişkisi nasıldır?
- Katılımcıların kalite eğitimi alma durumunun demografik değişkenlerle ilişkisi nasıldır?
- Katılımcıların çalıştıkları hastanenin demografik değişkenlerle ilişkisi nasıldır?

- Meslek gruplarının diğer demografik değişkenlerle ilişkisi nasıldır?
- Eğitim durumlarının diğer demografik değişkenlerle ilişkisi nasıldır?
- Cinsiyetin diğer demografik değişkenlerle ilişkisi nasıldır?
- Sağlık çalışanlarının kalite algıları görev yapılan hastane değişkenine göre farklılık göstermekte midir?
- Sağlık çalışanlarının kalite algıları cinsiyet durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Sağlık çalışanlarının kalite algıları yaş durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Sağlık çalışanlarının kalite algıları eğitim durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Sağlık çalışanlarının kalite algıları meslek durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Sağlık çalışanlarının kalite algıları meslekte çalışma yılına göre farklılık göstermekte midir?
- Sağlık çalışanlarının kalite algıları kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermekte midir?
- Sağlık çalışanlarının kalite algıları eğitim alıp almama durumuna göre farklılık göstermekte midir?

Önem

Sağlıklı olmak ve bu sağlığının devam ettirmek bireyin temel hakkıdır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık konusu çok önemlidir. Sağlığımız farklı nedenlerden dolayı bozulabilir ve bu kapsamda eski sağlığımıza tekrardan kavuşmak için sağlık kurumlarından ve sağlık çalışanlarından destek alırız. Sağlık kurumları tarafından bizlere sunulan hizmet sağlık hizmeti olarak değerlendirilmektedir. Esasında sağlık hizmeti kavramı çok geniş kapsamı olan bir kavramdır. Sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin ve kuruluşlarının sayıca artması bu

hizmetten yararlananların sağlık kurumları arasında bir tercih yapma nedenini ortaya çıkarmıştır. Bu durum ise sağlık kuruluşları arasında bir rekabetin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Günümüz koşullarında rekabet oldukça yüksek yaşanmaktadır. Kurumlar ömrünün bir gün biteceğini düşünerek faaliyete geçmemektedir. Fakat her ürün döngüsünde yaşandığı gibi her canlının da bir yaşam sınırı bulunmaktadır. Bu noktada bir benzetme yapmak gerekirse işletmeleri de birer canlı organizma, hastalık yapıcı mikroorganizma ve buna benzer pek çok değişken olarak kabul edersek zor şartlar tarafından enfekte olan ya da olma olasılığı olan bütün işletmelerin bu tür hastalıklardan korunması için pek çok iyileştirici korunma yollarını kullanması gerekmektedir. Birey gereksinimleri de dinamik bir yapıya sahiptir. Bilhassa sağlık alanında beklentilerin karşılanması çok önemlidir. Sağlık hizmetleri pazarında kaliteli hizmet vermek temel amaçtır. Dünyada ise gelişmişliğin temel göstergelerinden birisi de sağlıkta kalitedir (Işıkçelik, Turgut ve Ağırbaş, 2018).

Kalite standartlarının sağlık kurumlarında uygulanması hastanelerde gerçekleştirilen çalışmaların ve bu çalışmalar sırasında sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirerek sağlık kuruluşlarından hizmet talep edenlerin beklentilerini maksimum düzeyde karşılayacak biçimde sağlık hizmetinin arz edilmesi kaliteli bir sağlık sistemini meydana getirirken aynı zamanda maliyetlerinde dikkate alınması basamaklarını kapsamaktadır. Sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunulması ve sürdürülmesi gereken önemli bir sektördür (Beylik, 2018).

Sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve ileride oluşturulacak toplam kalite yönetimi planlarının sektörde faaliyet gösterenlerin düşüncelerini de kapsayacak biçimde hazırlanmasına imkân verme adına sağlık sektöründe görev yapanların toplam kalite yönetimi ile ilgili fikirlerinin belirlenmesi önemli olarak görülmektedir. Teknolojinin de hızla ilerlemesi ile bütün sektörlerde müşteri beklentileri düzeyi farklılaşmıştır. Üretim hızının yoğunluğunun arttığı dönem olan sanayi inkılabında işletmeler için çok önemli bir durum olan ucuz hizmet üretmek ve ucuz mal almak iken zaman ilerledikçe yalnızca ucuz üretim gerçekleşmesi müşteri beklentilerinin karşılanması hususunda yetersiz kalmıştır. Günümüz şartlarında firmaların varlıklarını devam ettirebilmeleri ve rekabet şartlarına karşı sürdürülebilir olmalarının en önemli şartlarından birisi kaliteli hizmet üretme ve

kaliteli mal üretme mecburiyetidir (Ertaş ve Çelik, 2018). En tepe yönetimden başlayarak bütün sağlık çalışanlarına içine alan bir sistem olan toplam kalite yönetimi son zamanlarda kurumsal anlamda en çok uygulanan kalite modeli olarak kabul edilmiştir. Sağlık alanı özverili ve yoğun çalışmayı gerektirmektedir. Rekabet koşullarının zorlaştığı sağlık sektöründe rakiplere karşı bir üstünlük elde etmek isteyen kurumlar diğer kurumlara göre daha nitelikli iş gücüne sahip çalışanları bünyelerine almak ve bu çalışanların örgütsel bağlılığını sağlamak durumundadır (Akdoğan, 2021).

Sağlık sektöründeki kilit rol oynayan paydaş gruplarından biri olan personelinin algılarının tespiti ve analiz edilmesi sektörde yer alan yöneticilerin stratejik yönetim üretme basamaklarında önemli bir yol sağlayacaktır. Hizmet kalitesi, sağlık çalışanlarının bu konudaki algıları ile ilgili konular daha önce literatürde sıklıkla incelenmiştir. Ancak Sağlıkta Kalite Algı Ölçeği ile hizmet kalite değerlendirmesi konusunda Yorulmaz ve Pirol (2019) tarafından (Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısının Ölçülmesi Üzerine Bir Araştırma) haricinde Türkçe literatürde rastlanmamıştır. Bu nedenle konunun iki farklı hastane özelinde kurum çalışanlarının algıları açısından irdelenmesi hizmet sunucularının yorumuyla hizmet kalitesi farklı bir bakışla yorumlanmasına yönelik literatüre önemli katkılar sağlayabilir.

Varsayımlar

- Araştırmada kullanılan materyallerin araştırma için yeterli olacağı varsayılmıştır.
- Çalışma kapsamında algılarına başvurulan öğretmenlerin sorulan sorulara doğru cevaplar verdiği varsayılmıştır.

Sınırlıklar

- Kişisel Bilgi Formu ve Kalite Ölçeği'nden elde edilen bilgilerle sınırlıdır.
- Katılımcıların verdiği cevaplarla sınırlıdır.

Tanımlar

***Kalite*:** "Kalite, bir ürün veya hizmet ile ilgili özelliklerin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama derecesidir" (Şarbak, 2009).

Toplam kalite yönetimi: organizasyondaki tüm faaliyetlerde çalışanların ekip ruhu ve koordinasyonla çalışmasını sağlamaya dönük olan, işletmenin amaçları ile müşteri gereksinimlerini bir bütün olarak kabul eden bir yönetim felsefesidir (Dursun, 2019).

Sağlıkta Kalite: Üretilen hizmetin kalitesini ölçüp, değerlendirilmesine olanak sağlayan standartlar, ülkemizde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların israf edilmemesine diğer taraftan hizmetin daha etkili ve verimli kullanılmasına imkân veren yönetim felsefesidir (Kibar, 2014).

BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalite Kavramı

Kalite kelimesinin Latincesi qualis olup, sunulan bir hizmetin nasıl olması gerektiği konusunda kriter sunmaktır. Normal hayatımızda devamlı olarak duyduğumuz kullandığımız bir kelime olup kalite kelimesi hakkında belirli bir kavram birliği oluşturulamamıştır.

Kalite kelimesinin temel noktası "insan"dır. Bireye verilen değer bireye duyulan güven, gereksinimlerin giderilmesi, bireyin en üst düzeyde kendini gerçekleştirmesi ve mutluluğu yakalaması, özetle "kaliteli insan" olarak değerlendirilmesi kalite felsefesinde temel yapı taşı olarak görülmektedir (Kanbur ve Kanbur, 2008). Kalite kavramı çok boyutlu bir kavram olup kullanımdaki çeşitliliğine göre farklı anlamlar içermektedir. Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC) Kalite bir hizmet veya malın belirli bir ihtiyacı karşılama ve becerilerin bütününü ortaya koyan karakteristikler şeklinde tanımlanır. Uluslararası Standart Bürosu (ISO) tarafından yapılan tanımda bu kapsamdadır. Kalite kavramı hizmet veya bir ürün ile sınırlandırılmadan, dağıtım, yönetim, müşteri hizmetleri ve yaşamın bütün taraflarını ilgilendiren bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Tasarım kalitesi ise üretilen bir ürünün tüketici beklentilerini karşılama düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Uygunluk kalitesi üretilen bir ürünün üretildiği zaman dilimi içerisinde tasarlanmış olan kalite düzeyi ile uyumlanma seviyesidir (şimşek, 1998). Kalite hizmet veya bir ürünün müşteri gereksinimlerini karşılayabilme kapasitesi veya çok daha geniş anlama ile hizmet veya ürünün bir özelliği olarak değerlendirilmektedir.

Sevim' e göre farklı ifadelerle açıklanan kalite kavramının 2 boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar 'Algılanan Kalite' ve 'Gerçek Kalite' olarak sunulmuştur. Algılanan kalite kavramı subjektif bir kavramdır ve müşterinin algıladığı, kabul ettiği kalitedir. Kalite bir işin normal standartlarında daha iyi yapılması veya yapılabilecek en iyi işi çıkarmak olarak da bilinmektedir. Kalite işin bir birey tarafında ne kadar kullanıldığı ne derece memnun kalındığı ve ne kadar ücreti olduğu ile değişmektedir. Fakat kalite kavramı pek çok farklı bağlamda kullanılmaktadır (Koçel, 1999). Bu kalite kavramının kullanıldığı alanlar oldukça çeşitli olmasının bir iki nedeni

bulunmaktadır. İlk olarak kalite kavramı genellikle maddi bir varlığın üzerinden yola çıkılarak düşünülmektedir. Fakat sadece maddi olarak değil manevi olarak da kalite kavramı oldukça önemli olabilmedir (TSE, 1994). İlk olarak zamanın kaliteli geçirilmesi oldukça önemli olmaktadır. Bu kalite kavramının belirli bir aralıkta ve belirli bir olgu sürecinde ne derece işe yaradığının önemli olduğu bilenmektedir. Kaliteli yaşam yine kalitenin farklı bağlamda karşılığı olmaktadır. Kalite bir işin genel standartları içinde en iyi işçilik durumunun devreye sokulması olarak bilinmektedir. Kalite hayat kolaylaştırıcı ve hayata bir miktar konfor getiren özellik olarak bilinmektedir (Sevim, 1996).

Kısaca her ürünün, hizmetin, sürecin, yani bütünüyle şirketin sürekli olarak üst düzey mükemmelliği sürdürmesidir. Kalite yönetiminin genel süreci dört unsura indirgenir: Planlama, güvence, kontrol ve sürekli gelişim.

- Bu doğrultuda planlama evresinde belirlenen hedef ve standartlara ulaşmak,
- Hedeflere ulaşılmasını sağlamak için gereken eylemleri gerçekleştirmek,
- Güvenilirlik ve bütünlüğü sürdürmek adına prensipleri savunmaya devam etmek,
- Yalnızca ürün ve hizmetler değil, aynı zamanda yöntemler de geliştirmeye devam etmek gerekir.

Müşteriler ürün ve hizmetleri kullandıklarında gereksinimlerinin her daim karşılanmasını bekler. Sonuç itibariyle, toplam kalite yönetimi müşterinin güvenini hiçbir zaman yitirmemek için çaba göstermektir.

Şirketler tüm çalışanları için yazılı stratejiler ve rutin eğitim toplantıları vasıtasıyla kalite yönetimine yönelik özel programlar sağlamalıdır. Ayrıca neyin işe yarayıp yaramadığının bilincinde olmak adına bu stratejiler için bir hedef ve zaman çizelgesi oluşturmak, müşteri geri bildirimi talep etmek gerekir (Tan, 2016).

- Tüm ürün ve süreçler için sürekli olarak üst düzey kalitenin devamlılığını sağlama
- Çok yönlü bir işgücü inşa etmek için tüm çalışan, müşteri ve tedarikçileri sürece dahil etme

- Herkesin ortak bir paydada buluşması adına departmanlar arası iletişimi teşvik etme
- Müşteri ihtiyaç ve gereksinimlerinin karşılandığından emin olma
- Daima satış yöntemleri, üretim teknikleri, çalışan mutluluğu ve genel büyümeyi geliştirmeye çaba gösterme
- Zaman veya kaynağın hiçbir zaman israf edilmediğinden emin olma
- İş ilişkilerini geliştirerek faaliyetleri genişletmeye devam etme
- Geleceğe yönelik iş kararlarını somut ve güvenilir verilere dayanarak almak için gerekli zaman ayırma
- Ürün ya da hizmeti kullanan herkesin olumlu ve tatmin edici bir deneyim yaşamasını sağlama.

2.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalite konsepti her daim insanlığın öncelikli gündem maddelerinden bir olmuştur. Her ne kadar tarihi çok eskilere kadar gitse de günümüz modern üretim ve kalite anlayışının temelleri Henry Ford-un ilk seri üretim hatlarını kurması ile başlayan sanayi devrimi ile atılmaya başlanmıştır. Üretim batlarında siyah ve sadece tek bir modelin (Model T) üretildiği, müşterilerin seçme özgürlüğüne sahip olmadığı yirminci yüzyılın başlarında atılan en önemli adımların başında bir kişin her işi yapması yerine her kişinin bir işi yapması- anlayışına dayanan süreç içindeki iş adımlarının bölünerek, küçük iş adımları haline getirilmesi konsepti gelmekteydi. Seri üretime geçiş aşamasının en önemli mihenk taşlarından ve standart üretim olarak adlandırılan bu yaklaşım sayesinde daha basit süreçler elde edilmesiyle işçiler fazla eğitim almadan, standart ve tekrarlı iş adımlarını kolayca yapmaya başladılar (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2018). Sektöre GM, Chrysler gibi diğer oyuncuların girmesi ile rekabet yavaş artmaya başlamış, artan rekabet müşterilerin farklı markaları, modelleri seçme özgürlüğüne kavuşmasının yolunu açarak, üretimde maliyet baskısının yavaş yavaş hissedilmeye başlamasına neden oluyordu. Artık üretmek değil – verimli üretebilmek önem arz ediyordu. Maliyetleri aşağı çekme baskısını, üretkenliği artırarak çözme yaklaşımı neticesi standart iş konseptini doğurdu. Üretimde işin nasıl, hangi sıra ve ne kadar sürede yapılması gerektiği gibi kriterler standart iş talimatı adı altında ilk kez

tanımlandı ve üretim süreç performansları ölçülmeye başlandı. İşlerin bölünerek yapılması, standart iş talimatları ve süreç performanslarının ölçülmeye başlanması adımlarının, süreçlerde üretkenliğe pozitif katkı yapmasına rağmen, üretim maliyetlerinin aşağı çekilebilmesi konusunda gereken katkıyı tam sağlamakta yetersiz kalıyordu. Süreçler hala hurda üretiliyor, tamir olacak yarı mamuller yığınlar halinde bekliyor ve müşteriye gönderilen hatalı ürünler ciddi anlamda maliyetlerin artmasına neden oluyordu. Kalite seviyesi olarak oldukça kötü durumda olan üretim süreçlerinde üretim miktarlarının artması aynı zamanda kalitesizlik maliyetlerini de artırıyor, kalite problemleri ve etkilerinin artan bir trendde kendini hissettirmesine yol açıyordu. Kalite problemlerinin önüne geçebilmek için atılan ilk önemli adım üretim süreçlerine kontrol adımlarının eklenmesi ile gerçekleşti. İnspektör kavramının ilk defa süreçlerde yer almaya başlaması ile üretim çıktıları önce hat sonlarında yüzde yüz kontrol yöntemiyle, daha sonraları ise kontrol maliyetlerini aşağı çekebilmek için lot içinden örnekler ile kontrol edilmeye başlandı. Hatanın oluşumunu önlemekten ziyade hatayı yakalamak üzerine kurgulanmış bu sürecin en radikal çıktısı üretimden bağımsız kalite kontrol bölümlerinin oluşmasının temellerinin atılmış olmasıydı. Bu dönemden sonra hemen her organizasyonda kalite kontrol süreçlerinden sorumlu, ayrı bir bölüm olarak faaliyet gösteren kalite kontrol bölümünün varlığı, üretim çalışanlarının ve yöneticilerinin kalite konusuna olan ilgisini giderek azalmasına neden oldu. Artık kaliteden sorumlu bir bölüm vardı ve üretim sadece performansa, üretim adetlerine odaklanmalıydı. Halen birçok işletmede mevcut olan -Üretim yapar, bir başkası nasılsa kontrol edecektir, yaklaşımının gerçekte yarardan çok zarar getireceği sonradan anlaşılacaktı. (Tengilimoğlu, Atilla ve Bektaş, 2018). Örnekler alınarak süreçleri kontrol etme konsepti her ne kadar bir kontrol yöntemi olarak uygulansa dahi örnek alma sayısı, alınan örneklerin lotu tam olarak temsil edememesi gibi sorunlar nedeni ile her zaman istenilenin kalite seviyesinin yakalanmasına olanak tanımıyordu. Maliyetler hala yüksek, rekabet ise giderek artıyordu. Bunun üzerine, Dr. Shewhart tarafından geliştirilen biraz daha kapsamlı ancak daha doğru sonuçların elde edilebilmesine olanak sağlayan kontrol grafikleri üretim süreçlerinde kalite kontrol uygulamalarında kullanılmaya başlandı. Shewhart-a göre her süreç içinde değişkenlikler mevcuttu ve kalite ancak süreç içindeki değişkenliklerin azaltılması ile iyileştirilebilirdi. Bazı değişkenler sürecin doğası gereği rassal olarak oluşurlarken,

bazıları ise operatör hatası, makinenin yanlış ayarlanması gibi önlenebilecek faktörlerin neden olduğu özel sebeplere dayanmaktaydı. Rassal değişkenlikler elimine edilemeseler de önlenebilecek özel değişkenlikler kontrol grafikleri ile tanımlanabilirdi. Kontrol grafiklerinin kalite iyileştirme faaliyetlerinde kullanılmaya başlanması, süreç kalite kriterlerinin ortalama, standart sapma, proses yeterliliği gibi istatistiksel terimler üzerinden gerçek zamana yakın bir oranda takip edilmesi konsepti önlenebilir ve özel sebepler kaynaklı birçok kalite probleminin tespit edilip, büyümeden önlem alınabilmesine olanak sağlayarak kalite seviyesinin bir adım daha ileri götürülebilmesine katkı sağladı. Kalitenin iyileşmesi ve getirisi ile elde edilen maliyet avantajının üreticilerin en önemli rekabet silahı haline gelmesi bu konu üzerine daha fazla bilimsel çalışmaların yapılmasını tetikledi. Özellikle Deming'in Japonya'da yaptığı çalışmalar, Japon otomotiv endüstrisinin kalite ve maliyet anlamında rakiplerine göre çok daha iyi seviyede olmasına büyük katkı sağladı. Kalite hatalarının ancak yüzde on beşine operatör hatalarının sebep verdiği, geri kalan büyük kısmının ise süreç ve sistem hataları kaynaklı olduğunu savunan Deming, kalitenin iyileştirilebilmesi için yöneticilerin daha fazla katkı sağlaması gerektiği savını ortaya atarak kalite anlayışına yeni bir boyut getiriyordu. Kalite sadece üretim süreçlerinin değil tüm organizasyonu ilgilendiren bir konuydu ve kalitenin iyileştirilebilmesi bütünleşik bir yaklaşım gerekiyordu (Korkmaz, Eser ve Öztürk, 2017). Bu yaklaşım ve kaliteye sistemsel bakış birtakım prensipleri, metotları beraberinde getirerek kalite planlama, kalite kontrol ve kalite iyileştirme konseptlerin doğmasına neden oldu. Juran'ın bu konuda ortaya attığı teoriler önemli oranda kabul gördü. Süreçlerin kalite standartlarını karşılayacak şekilde kurgulanması, süreç değişkenliklerinin istatistiksel yöntemler ile irdelenmesi ve kalite iyileştirme çalışmalarının sürekli olması konseptleri özellikle Japon üretim endüstrileri tarafından kabul gördü. Juran-dan sonra Crosby-nin ilk seferde doğruyu yaparak sıfır hataya ulaşma ilkesi -Toplam Kalite Yönetimi- felsefesinin doğuşuna zemin hazırladı. Kalite proseste üretilir ve bundan tüm organizasyon sorumludur, mantalitesinin yaygınlaşması kalite kontrol sürecinin yeniden üretimin sorumluluğuna verilmesine neden olarak üreticilerin kalite kontrol konseptine kalite güvence olarak bakmasını sağladı. Yetkilendirilmiş ve eğitimli operatörlerin kendi yaptığı işleri yine kendilerinin yerinde kontrol etmesi (Quality at Source), hata olduğunda hattı durdurup hata düzeltilinceye kadar üretimi durdurması

konsepti (Jidoka), hata oluşumunu önleme / hatayı yakalama (Poka Yoke) sistemlerinin artan bir seyirle kullanılmaya başlanması ve sürekli iyileştirme (Kaizen) kültürünün etkileri kalite seviyesinin eskiye oranla daha iyi olmasına etki eden önemli faktörler olarak ortaya çıktı. Bu aslında Toyota -nın o dönemlerde başlattığı ve halen de yürütmekte olduğu temel felsefeydi. Sürekli iyileştirme yaklaşımının hızlı ve etkili bir şekilde kalite ve performans kriterlerini olumlu etkilemesi bu alanda farklı problem çözme/kalite iyileştirme metodolojilerin gelişmesine zemin hazırlayarak -PPS /A3, 8D, DMAIC- gibi, bugün bile halen kullanılan etkin problem çözme tekniklerini ortaya çıkardı (Şahin, 2012). Özellikle, müşteri açısından kritik problemlerin analizi/çözümü sürecinde kullanılmaya başlanan Altı Sigma/DMAIC metodolojisi kalite konseptine başka bir boyut kazandırdı. Kalite seviyelerinin -sigma, ppm- gibi terimler ile ifade edilmeye başlanması, süreç performansına olumsuz etki eden faktörlerin bilimsel yaklaşımlar ile analiz edilerek çözümlenmesi ve süreç sonunda önemli boyutlarda finansal kazanımların elde edilmesi Altı Sigma/DMAIC metodolojisinin giderek yaygın bir şekilde kullanılmasını sağladı. Toplam kalite yönetimi ve Altı sigma metodolojilerinin süreç iyileştirme faaliyetlerinde kullanılmaya başlanması kalite problemlerini sahada yakalamak ve bir sonraki sürece etki etmesine olanak tanımadan elimine edebilmek her açıdan önemli gelişmelerdi. Bu sayede problem olsa bile süreçlerde çözülüyor ve müşteri bu durumdan fazlaca etkilenmiyordu. Kalite müşteri açısından sağlanmış olsa bile üretici açısından kaliteyi üretim süreçlerinde elde etmenin bedeli ağır oluyordu (Bozkurt ve Odaman, 1995). Tagucci, yaptığı araştırmalar sonucunda kalite hatalarının yüzde seksen gibi büyük oranının süreç ve ürün hatalarından kaynaklandığı tespiti ile aslında bu konuya işaret ediyordu. Üretimde kalite problemi oluşturmayacak sistem ve ürünlerin, sürecin ilk aşaması olan ürün geliştirme/tasarım aşamasında elde edilmesi için deney tasarımı ve eş zamanlı mühendislik uygulamalarının önemine vurgu yapıyordu. İstatistiksel proses kontrol uygulamalarına baz olan üretim geçmiş verileri yerine tasarım aşamasında oluşturulan deney verileri ve modelleme/eş zamanlı mühendislik teknikleri kullanılarak (DFSS: Design for Six Sigma) sürecin davranışının tasarım aşamasında analiz edip, olası sorunlara yine bu aşamada çözüm geliştirilmesi ve sürecin sorunsuz bir şekilde üretime aktarılması konsepti bugün geldiğimiz noktadır. Zaten üretimde gördüğümüz problemlerin birçoğunun ana nedeni aslında tasarım aşamasında yapılması gerektiği

halde yapılmayan bu tür faaliyetlerdir. Gerek zaman gerek kaynak eksiklikleri nedeni ile yapmadığımız bu faaliyetler sonucunda üretim süreçlerinde kayıplar ve değişkenlikler ile karşılaşıyor ve daha sonra bu problemleri ortadan kaldırmak için kaizenler ya da Altı Sigma projeleri yapıyoruz. Oysa biz bu problemleri tasarım aşamasında ön görebilir/elimine edebilirdik. En başta yapmamız gerekeni yapmayıp, daha sonra yapmadığımız şeylerin sonucunda ortaya çıkan problemleri elimine etmeye çalışmak her ne kadar iyileştirme amacı ile yapılmış olan bir faaliyet dahi olsa MUDA'dır. Karlılığı artırabilmek için gerekli olan kalite, verimlilik ve hız bileşenlerinin en iyi olabilmesinin ilk koşulu yavaş yavaş acele ederek, ürün/süreç tasarlama aşamalarının oldukça etkin ve sağlıklı yapılabilmesidir (Şimşek, 2006).

2.3. Toplam Kalite Yönetimi

Zaman içerisinde farklılaşan yönetim anlayışı, artan müşteri beklentileri rekabetin artması sonucu kalite kavramı, kontrolden kalite kontrole sonrasında da kalite yönetimi kavramına doğru gelişim göstermiştir. Kalitenin öncüleri olan Crosby (1979), Feigenbaum (1983), Ishikawa (1985), Deming (1986) ve daha birçok bilim adamı tarafından toplam kalite yönetimine temel olabilecek fakat daha dar kapsamda tanımlamalar yapılmıştır (Akdoğan, 2021). Toplam Kalite Yönetiminde, yeni verimlilik tanımında açıklığa kavuşturulması gereken bir nokta vardır. Doğru öyle bir biçimde tanımlanmalıdır ki, subjektif olmamalı ve her zaman geçerliliğini korumalıdır. Bu niteliklere sahip olan bir doğruyu bize söyleyecek olan tek bir kaynak vardır, o da bilimin ürettiği bilgidir. Toplam Kalite Yönetiminde bilim yeni gelişmeler ışığında kendi bilgisini tazeler, geliştirir ve daha doğru haline getirir. Toplam Kalite Yönetiminde bilimsel bilgi üretme süreçleri, bize bir bilginin ne zaman doğru ve güvenilir olacağını söylemektedir. Bu süreçler, aynı zamanda bir bilimsel bilginin ne zaman terk edileceğini ve yerine hangi bilginin, nasıl konulacağını da gösterdiği için bilimsel bilgi her zaman geçerlidir. Bilimsel bilgiye başvurmak, bütün davranışlarımız için geçerli olmalıdır. Yani, herhangi bir davranışımızda, bunun bilimsel olup olmadığını sorgulamak gerekmektedir. Toplam Kalite Yönetiminde son aşama ise, oluşan bu yeni davranışlarımızın uygulanması aşamasıdır. Bu en zor aşamadır. Çünkü; davranış değiştirmek, eski davranış biçimi bırakıp, yenisini uygulamaya başlamak çok cepheli bir mücadeleyi gerektirir. Bunun genellikle iki nedeni vardır. Birinci neden;

bireyin kendisini yeni davranışı uygulama konusunda hazırlayamamasıdır. İkinci neden ise; yakın çevrenin çoğunlukla yeni ve değişik davranışa tepki göstermesidir. Bize, burada düşen görev uygulayıcı olan fertlerin sistemin bir parçası olduğunu kabul ettirerek, sistemin işlemesini sağlamaktır. Çünkü, davranış değişikliğinin başarılması bu konudaki kararlılığı ve sistemi benimsemesi ile yakından ilgilidir (Yurtman, 2017).

Bireyin bu değişikliğe kendini hazırlaması gerekir. Bu aynı zamanda bireyin çalışma ortamındaki grubun olumsuz anlamdaki baskısından kurtulup bir birey olarak kendini güçlü görmesi ile ilişkilidir. Birey, yeni davranışını sergilemeden önce, zihinsel olarak ortaya çıkabilecek bu tepkiyi göğüsleyemeye hazır olmalıdır. Bu her zaman kolay olmasa da olumsuz çevre baskısından kurtulmanın başka yolu yoktur. Toplam Kalite Yönetiminde bireyin kararlılığı ile yeni ve doğru davranışı uygulamadaki sürekliliği uzun vadede, sisteme tavır alan grubu da olumlu yönde değiştirecektir.

2.4. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri

Başarılı bir toplam kalite yönetimi uygulaması için toplam kalite yönetimi ilkelerinin bütün çalışanlar tarafından benimsenerek uygulanması gerekir. Bu ilkeler uygulama aşamasında bütün olarak değerlendirilmektedir. İlkelerin birbirinden farklı ve ayrı olarak düşünülüp uygulanması birtakım ilkelerin göz ardı edilmesi kalite uygulamalarında başarısızlığa sebep olacaktır. Kurumların kendilerine ait bir iç dinamikleri bulunmaktadır ve her kurumun iş dinamiği birbirinden farklıdır. Kurumlarda toplam kalite yönetimi uygulamalarında uygulama aşaması için tek bir yöntem veya yol yoktur. Bir kurumu başarıya eriştiren bir uygulama farklı bir kurumda aynı neticeyi doğurmayabilir. Toplam kalite yönetimi ilkeleri kurumlar için birer rehber niteliği taşımaktadır. Her kurumun yapısına göre bu ilkeler benimsenip uygulandığında ona göre düzenlemeler gerekmektedir (Dursun, 2019: 42). Kurumlar içinde toplam kalite yönetimi uygulamalarının başarılı bir şekilde uygulanması ve yürütülmesi sağlık çalışanlarının yeteneklerine motivasyonlarına yönetime katılımlarına ve rol gücüne bağlı olarak değişmektedir (Adawiyah, 2020).

2.4.1. Müşteri odaklılık

İşletmelerin günümüz rekabetçi ortamında varlığını sürdürebilmeleri için temel unsur kaliteli bir hizmet sunumu ve kaliteli hizmet üretimi ile birlikte müşteri bağlılığını sürdürmeleri olarak değerlendirilmektedir. Toplam kalite yönetiminde müşteri odaklı olmak devamlı bir şekilde ilerleyen teknoloji karşısında değişiklik gösteren müşteri beklentilerinin tespit edilerek bu beklentilerini en üst seviyede karşılandığı durumu bize yansıtır. Müşteri kavramı dış ve iç müşteri şeklinde iki farklı boyutta bulunur. Dış müşteri tedarikçiden tüketiciye kadar uzanmakta ve işletmeye karlılık getirecek olan sadık müşteri portföyünü oluşturmaktadır. İç müşteri ise işletme çalışanlarından meydana gelmektedir. Çalışanlara işletmenin bir parçası oldukları mutlaka hissettirilmelidir. İç müşteri memnuniyetinin sağlanması ile birlikte dış müşteri memnuniyeti kendiliğinden oluşacaktır. Toplam kalite yönetiminde müşteri memnuniyeti ve müşterinin tatmin edilmesi her şeyden daha önemli olarak görülür. Burada temel belirleyici unsur müşteri beklentisidir. Hizmet ve ürünün müşteri beklentisine karşılaması müşterinin memnun olması aksi durumda karşılık bulamaması müşteri memnuniyetsizliği ortaya çıkartacaktır.

2.4.2. Üst yönetimin liderliği

Toplam kalite yönetiminde uygulamaların başarıya erişmesi yöneticilerin liderliğinde gerçekleşmektedir. Burada yöneticinin temel fonksiyonu kurum ve yönetim ile ilgili müspet kararlar alarak kurumu başarıya taşımaktır. Yönetici başkaları adına görev yapan başkaları tarafından görevlendirilen daha önceden belirlenmiş amaçlara ve hedeflere ulaşmak için gayret gösteren, işlerin planlanmasını ve uygulanmasını sağlayan, denetlemesini yapan kişidir. Liderler diğer bireyleri etkileyerek nereye ne şekilde gidileceği konusunda yol gösteren hedef ve misyon oluşturan kişilerdir (Tengilimoğlu, Atilla ve Bektaş, 2018).

Kalite kavramının tam manası ile uygulanması üst yöneticilerin kalite konusundaki uygulamaları ve uygulamaları etkin bir biçimde destekleyerek çalışanları motive etmesi ile olanaklıdır. Çalışanların motive edilmesi özelliği bulunan bir lider en doğru liderdir denilebilir. Uygulamada başarıya erişebilmek için yöneticiler

çalışanlardan kendilerini soyutlamayarak çalışanlara aktif bir katılım sağlayarak destek olmalı ve çalışmaları ile sağlık çalışanlarını motive etmelidir (Uryan, 2020).

2.4.3. Sürekli geliştirme (Kaizen)

Japonca Kai (değişim) ve zen (daha iyi) kelimelerinin birleşmesiyle oluşan kaizen kelimesini, daha iyiye erişmek adına gelişim ve değişim olarak tanımlanan bir yaşam felsefesi şeklinde tanımlanabilir. Bu kavram kurumlarda her çalışan için uygulanabilir bir kavramı ifade eder. İyileştirme sonucunda meydana gelen büyük gelişmeler ve oluşan farklılıklar olarak değil devamlı bir şekilde oluşan bir değişikliği mümkün kılmaktadır. Burada temel amaç hedeflenen bir yere erişmek değil gerçekleştirilecek ufak iyileştirmelerle devamlı bir gelişimin devam ettirilmesidir. Yüksek kalite standardına erişerek rakiplerine fark atan işletmeler girişimlerini sürdüren benzerse bir müddet sonra rakipleri o seviyeye ulaşacaklardır. Bundan dolayı kurumların devamlı bir şekilde iyileştirme faaliyetlerini sürdürmeleri gerekmektedir (Şahin, 2012: 43).

2.4.4. Çalışanların katılımı – Takım çalışması

Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının kaynağında insan unsuru yer alır. Kurumlarda kalitenin en üst biçimde oluşturulması bütün çalışanların kalite uygulamalarında ve çalışmalarında aktif bir biçimde rol alması ile olanaklıdır. Ancak bu katılım üstlere tabi olmak veya çok yetki vermek anlamını taşımamaktadır. Kalite çalışmalarında çalışanların tamamının katılımının gerçekleştirilmesi takım ruhunu meydana getirilmesi bu yönde ödüllendirme sisteminin geliştirilmesi ve tüm bunlara öncülük edecek bir yönetimin bulunması gerekir (Akdoğan, 2020). Kurumlarda görev yapan kişilerin kalite çalışmalarına katılım sağlaması yetkilendirme yoluyla gerçekleşmektedir. Bu şekilde çalışanın yaptığı işine verdiği önem ve sorumluluk artarak işini sahiplenme duygusunu geliştirecektir. Çalışanların katılımıyla gerçekleşmeyen bir kalite çalışması kurumlarda çalışanlar tarafından verilen işin yapılmaması veya verilen işe yeteri kadar çaba sarf edilmemesi ile sonuçlanacaktır (Aydoğmuş, 2015).

2.4.5. Çalışanların eğitimi (Sürekli eğitim)

Teknolojinin gelişmesi ile beraber zamanla hiçbir şey aynı kalmamakta, devamlı bir değişim ve gelişim içerisinde olmaktadır. Birey faktörü de kalitede çok önemli bir yeri bulunmaktadır. Çalışanların eğitimleri vasıtasıyla kendilerini yenilemeleri ve geliştirmeleri mümkün olacak, bu şekilde bilgi düzeyleri artarak memnuniyetleri de yükselecektir. Toplam kalite yönetimi kültürünü meydana getirmek için işletme çalışanlarında kurumun ortak amaç ve hedeflerinin anlaşılarak benimsenmesi gerekmektedir. Bu şekilde bir kabul kalite eğitimleri ile mümkün olacaktır. İşletme içerisinde toplam kalite yönetimi uygulamalarını gerçekleştirilecek kurumlar için çalışan eğitiminin devamlı bir şekilde sağlanarak çalışanların mevcut durumlarının geliştirilmesi sürekli olacaktır (Uryan, 2020).

2.4.6. Motivasyon

Kurumlarda yönetimin esas sorumluluğu sistemin geliştirilmesini sağlamaktır. Sistemin geliştirilmesi ise çalışanlara verilen değere bağlıdır çalışan motivasyonun yüksek tutulması ile birlikte işletmeler ürünlerini veya hizmetlerini çok daha kolay pazarlaya bileceklerdir. Çalışan motivasyonu sağlamayan kurumlarda personel arası çatışmalar meydana gelecek bunun sonucunda ise toplam kalite yönetimi uygulamaları başarısızlığa uğrayacaktır. Toplam kalite yönetimi çalışmalarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi çalışan motivasyonun yükseltilmesi ile doğru orantılıdır (Uzunçakmak, 2015).

2.4.7. Sıfır hata

TKY'nin temelinde "hataları ayıklamak" yerine "hata yapmamak" önemlidir. Ürünün veya hizmetin ilk seferde doğru yapılması toplam kalite yönetiminin temel hedefleri arasında önde gelmektedir. Toplam kalite yönetiminde geleneksel yönetimin tam tersine kabul edilebilir hata oranı diye bir şey kabul edilmez. Böyle bir yüzdenin varlığı o kadar hatanın kabul edilebilmesi anlamını taşımaktadır (Sevimler, Duran ve Çetindere, 2020). Toplam kalite yönetiminde amaç hataların meydana gelmeden önce önlenmesi ilkesine dayanmaktadır. Sıfır hata kavramına göre kişilere veya olayları

değil süreçlere odaklanarak detaylı bir değerlendirme yapılması ve bütün basamakların ele alınarak hataları ayıklama ve en alt düzeye inmesini sağlamaktır.

2.5. Toplam Kalite Yönetiminin Amacı ve Önemi

Kurumlarda verimli davranış biçimini destekleyecek olan bir başka yaklaşım da, kurumlarda çalışanların tümünün, kurumun sorunlarına çözüm üretme sürecine katılmasını sağlamaktır. Bilgi üretmek, verimli davranış biçiminin oluşmasında büyük etkendir (Işık, 2013). Çünkü, doğru olanı bulmanın en güvenilir yolu budur. Ancak, işyerleri genel olarak bilgi üretim sürecine katkıda bulunmadığı gibi, üretilen bilgilerin oluşturulmasına katkıyı da çalışanlarının tümünden beklememektedirler. Genel olarak söyleyebiliriz ki, kuruluşlar bilgi üretme işini yalnızca araştırma geliştirme bölümlerine bırakmışlardır. Bu durum, doğal olarak çalışanların bilgiden ve bilgi oluşturma sürecinden uzak durmalarına yol açmakta, dolayısıyla da herhangi bir olay karşısında analiz yeteneklerini, araştırıcı güçlerini kullanmalarını köreltmektedir. Bu da doğru davranışın yerleşmesini geciktirmektedir (Dursun, 2019).

Kamusal kurumlar, çok büyük sayıda insan grupları ile aynı anda ilişki kurdukları için verimli davranış biçimi bakımından önemlidirler. Bir kurumun kendisi o kurumda yapılan işin niteliği kendisinden yararlanan insanlara sürekli olarak mesajlar verir (Yıldız, Mesci, 2018).

Nakdi Tazminat işlemlerini örnek verecek olursak; vatanın bölünmez bütünlüğü için kendilerine verilen görevi üstün bir görev anlayışı ile yürütürken, canlarını verenlerin dul ve yetimleri ile uzuvlarını kaybedenlerin mağduriyetlerini bir nebze olsun giderebilmek amacıyla, Nakdi Tazminat işlemleri Toplam Kalite Yönetimine uygun olarak en alt kademeden en üst düzeye kadar düzenli ve çok süratli bir şekilde yerine getirildiğinde, söz konusu insanlara maddi destek olunarak kısmen de olsa mutlu olmaları sağlanmaktadır (Işık, 2013).

Bu işlemlerin gerekli özen gösterilmeden yapılması durumunda ise mağdur durumdaki insanların devlete olan güvenleri sarsılacak ve acıları bir kat daha artacaktır. Buraya kadar anlatılanlardan çıkardıklarımıza göre, hem kendimizi hem de

içinde yer aldığımız kurumları bilimsel bilgiye göre davranma biçiminde değiştirebilirsek, uzun vadede çok olumlu sonuçlar alınabilecektir.

Toplam Kalite Yönetiminde, değişimin yavaş, ancak kontrol edilebilir olduğunu söylemek mümkündür. Değişebilmek için bazı gerekli özellikler şöyle sıralanabilir (Bozkurt ve Asil, 1995):

A. Değişme İsteği: Değişimin önündeki en önemli engel, kişinin veya kurumun değişmeyi yürekten istemesidir. Bunun en önemli nedeni, insanlarda genelde şu kanının hakim olmasıdır. "Belli bir yaştan ya da durumdan sonra değişmek mümkün değildir." Bu kanı yanlıştır. Çünkü, çalışanlarını daha çok motive etmek isteyen bir kuruluşun üst ve orta düzey yöneticileri başta olmak üzere topyekün tüm çalışanların değişmeyi arzulamaları ve bu konuda kararlı olmayı benimsemeleri gerekmektedir.

B. Kendine Güven: Değişimde en önemli unsurlardan biri kişinin yada kuruluşun yöneticilerinin belli bir başarı duygusunu taşımalarıdır. Kişiler belli hedefleri ve sonuçları elde edebileceklerine yönelik bir güveni kendilerinde duymalıdır. Bu güven olmadıkça başarmak mümkün değildir.

C. Mücadeleci Tavır: Herhangi bir değişimi gerçekleştirmek, kısa bir sürede başarılamaz. Bu nedenle, değişimi gerçekleştirmek isteyenler, bunun uzun süreceğini bilmelidirler. Değişmek isteyen kişi ve kuruluşlar, yılmadan yeni ve mücadeleci bir gücü içlerinde taşımalıdırlar.

D. Duygusal Davranıştan Kaçınma: Değişimin önündeki bir engel de duygusal davranıştır. Burada daha çok, örneğin; doğruyu söyleyenin yada yazanın bizimle olan duygusal ilişkisine bakarak karar vermemiz anlatılmak istenmektedir. Bu durumda, bizim ve çevremizin değişmesini önemli ölçüde engellemektedir.

E. Değişimin Gerçekleşmesi İçin Planlı Bir Çaba Gösterilmelidir: Bilimsel bilgiyi kullanmanın, kontrol edilebilir bir çaba olduğunu söylemiştik. Bunun kontrol edilebilir olması, planlı olabilmesinden kaynaklanmaktadır. Bir işi ne kadar planlayabilirseniz o kadar kontrol edebilirsiniz.

Toplam Kalite Yönetimi (TKY); uzun vadede hizmet verilen kesimin tatmin olmasını, başarıyı, kendi personeli ve toplum için avantajlar elde etmeyi amaçlayan; kalite üzerine yoğunlaşmış, tüm personelin katılımına dayanan bir kuruluş yönetim modelidir.

Başarı onu arayana ve arzulayana saygı duyar ve ona kucak açar. Her alandaki gelişmeler ile; uzak mesafeler kısalmış, uzun hesaplamalar kısaltılmış, yeni gereksinim, problem ve yeni çözümler kaliteli bir düzeyde üretilmeye çalışılmış olur. Değişim, başarı, yenilik üçgeni; toplam kalite anlayışına yepyeni boyutlar kazandırmakta, bunlarda yeni ve çok çarpıcı gelişmeleri ortaya çıkarmaktadır (Akdağ, 2005).

Hızlı değişim modelleri ve TKY anlayışını birlikte ele alarak, esnek ve yaratıcı çözümlemeler ve yaklaşımları benimseyen organizasyonlar; sonuçta hedeflenen ve arzulanan başarı grafiklerini yakalayabilmektedirler. Bilimsel, akılcı yaklaşımlar, amaca ve kullanıma uygunluk, arzulanan gereksinimleri süratle karşılama, kusursuz, mükemmel başarı, esnek ve yaratıcı çözümler, etkin, verimli, sürekli iyileştirme, değişim ve yenileşmeyi başarma sanatı olarak Toplam Kalite Yönetimini her yönüyle ele almaktadırlar (Çapacıoğlu, Özçakar, Çetin, 2018).

2.6. Türkiye'de Sağlıkta Kalite Sistemi

Kalite standartları hastanelerde sağlık hizmetleri sunumunu kolaylaştırmakla birlikte üretilen hizmetin bilimsel norm ve standartları uygun olmasını sağlamaktadır. Hizmet kalitesini ölçerek hizmetin değerlendirilmesine imkân veren kalite standartları Türkiye'de sağlık hizmetleri için oluşturulan bütçenin ve kaynakların israfının önlenmesinde, öte taraftan sunulan hizmetin çok daha verimli ve etkili kullanılmasına olanak sağlamaktadır. (Kibar, 2014). T.C. Sağlık Bakanlığı' nın sağlıkta dönüşüm programı bileşenlerinden "Sağlık Kurumlarında Kalite ve Akreditasyon" kapsamında sağlık tesislerinin kalite değerlendirmelerinde faydalanarak hastane yönetimlerine yol göstermesi amacı ile kalite standartları hazırlanarak yayınlanmıştır. Bunun arkasından kalite çalışmaları İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde olan İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından sürdürülerek gereksinimler, kalite standartları, bakanlık strateji ve hedefleri kapsamında revize edilmiştir. Bu süreç içerisinde standartlar revize

edilerek “Sağlıkta Kalite Standartları” ismi ile yeniden bir kılavuz yayımlanmıştır. 2009 yılı itibari ile özel hastanelere yönelik olarak “Özel Hastaneler Sağlıkta Kalite Standartları” olarak yayınlanmıştır. Bu kapsamda, 2010 yılında özel hastaneler de Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ekipler ile “Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri” kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca 2011 yılında 81 il merkezinde yer alan kamu hastaneleri ile ağız diş sağlığı merkezleri (ADSM) değerlendirilmiş ve “Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri” olarak kurumsallaşmıştır (Sağlıkta verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2019).

Yapılan değerlendirmeler sonucunda raporlar oluşturularak, puanlar verilmekte ve Sağlık Bakanlığı tarafından kurumlara geri bildirimler yapılmaktadır (Kibar, 2014). Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı; Türkiye'de sağlık hizmetinin etkin, etkili, verimli, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde sunulmasını sağlarken; hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmaktır. Hizmetin türü ne olursa olsun, hizmet kalitesini açıklayan evrensel kriterlerin tanımlanabilmesi mümkün olmuştur. Bunlar;

- Erişilebilirlik,
- Zamanlılık,
- Profesyonellik,
- Güvenilirlik,
- Doğruluk,
- Tamlık,
- Süreklilik,
- Esneklik,
- Ortam,
- Güvenlik,
- Görünüm,
- Anlaşılabilirlik

2.7. Sağlıkta Kalite Standartları

Sağlık hizmetlerinin düzenli ve devamlı sunumuna ait bazı kriterlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kriterlere en fazla ihtiyaç hastanelerde görülmektedir. Hastaneler

ürettiği hizmet açısından ve dinamik yapısı bakımından en kompleks örgütlere sahiptir. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinin kalitesinin sürekli olarak hem tıbbi açıdan hem de tedavi açıdan nitelikli bir şekilde arz edilmesi, bu gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özelliklere sahip olabilmesi de bazı kriterlere bağlıdır. Bu kriterler, nesnel bir bakış açısıyla oluşturularak sahadaki uygulayıcıların beklenti ve isteklerini karşılayacak, bilimsel kanıtlara dayalı etkili ve rehberlik edebilecek düzeyde, uygulanabilirliği test edilmiş birçok kriterden meydana gelmelidir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Bilimsel açıdan sağlık kuruluşlarında standartların oluşturulması Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen çalışmalarda görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin çıktılarını değerlendiren Dr. Ernest A. Codman Bu konudaki görüşlerini şöyle dile getirmiştir; "*hastaneler de uygulanan tedavi işlemlerinin hastanın durumunda oluşturabileceği olumlu veya olumsuz bir etkinin belirlenmesi için, sağduyuyla, tüm süreç süresince hasta takip edilmeli eğer hatalı ya da yanlış bir sonuç bulunursa bunun sebeplerini araştırıp ilerde benzer bir durumun oluşmasını önlemek gerekir*". (Kaya ve diğ. 2013).

Uluslararası alanda sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek ve uluslararası seviyeye ulaştırmak için 1951 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" birkaç kurumun katılımıyla ilk akreditasyon kurumu kurulmuştur. Sonraki süreçte sağlık sektöründeki teknolojik gelişmeler, yenilikler ve gelişmelere paralel olarak bu kurumun adı "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" olarak değiştirilmiştir. JCAHO' nun geliştirdiği iyi uygulama örnekleriyle ABD' nin haricindeki ülkeleri de etkilemiş, bu nedenle standartlar ABD haricindeki ülkelerle de paylaşılması amacıyla 1998 yılında Joint Commission International (JCI) örgütü kurulmuştur. JCI (Uluslararası Birleşik Komisyon); JCAHO' nun ABD' nin yanı sıra diğer ülkelere de akreditasyon hizmetleri vermek maksadıyla teşkil edilen bir alt kuruluşu olarak çalışmalarını devam ettirmektedir. Sağlık Bakanlığı JCI ile işbirliği yapılarak;

Ulusal sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması,

Standartları geliştirme,

Kalite ölçme ve izleme sistemlerinin geliştirilmesi,

Denetleyicilerin eğitilmesi, veri tabanı oluşturulması için gayret gösterileceği taahhüt edilmiştir. (Kaya ve diğ. 2013: 86).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

Bu bölümde, evren araştırma modeli, araştırma grubu, verilerin toplanması, verilerin çözümlenmesi ve yorumlanması bilgilerine yer verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma sağlık çalışanlarında kalite algısını iki devlet hastanesi karşılaştırması ile ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma, verilerin anket yöntemi kullanılarak temin edildiği tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan Sultanbeyli Devlet Hastanesi ve Tuzla Devlet Hastanesi (iki kamu hastanesi) çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemi olarak basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki Sultanbeyli Devlet Hastanesinde araştırmaya katılan kişi sayısı 161, Tuzla Devlet Hastanesinde araştırmaya katılan kişi sayısı 173'tür. Toplam katılımcı sayısı 334'tür.

3.3. Veriler ve Toplanması

Araştırma için Etik kurul izni başvurusu yapılarak onay alınmış araştırma yapılacak hastanelerde uygulama yapmak için gerekli kurum izinleri alınmıştır. Hastanelerin idari bölüm sorumluları ile görüşülüp uygulama hakkında bilgi verilmiştir.

Araştırmacı tarafından veri toplama formları elden dağıtılmış olup hastane yöneticileri ile koordineli bir şekilde 15 günlük süre içinde geri toplanmıştır. Veri toplama aracının cevaplanma süresi yaklaşık 25-35 dakika sürmektedir.

3.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, "Sosyodemografik Soru Formu", Bayer ve Baykal (2017) tarafından geliştirilmiş olan "Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği" olmak üzere toplam iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır (Ek.1-2)

Sosyodemografik Soru Formu

İlk bölüm sosyodemografik özelliklere yönelik olarak hazırlanan, sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki özelliklerini tanımlayan 10 sorudan oluşmaktadır. Formda; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, mesleki çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, kalite yönetimi ile ilgili eğitim alıp almadığı, kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulup bulmadıklarına yönelik sorular yer almaktadır.

Kalite Algı Ölçeği

Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeğinin "Yönetim ve Liderlik", "İnsan Kaynakları Kullanımı" "Kalite Eğitimi" "Ölçme ve değerlendirme" ve "Kalite Uygulamalarının Yararları" olmak üzere beş boyutu bulunmaktadır. Kalite Uygulamalarının Yararları da Çalışan Yararı, Hasta Yararı ve Kurum Yararı alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek Likert tipinde 5 basamaklı olup, ifadeler; "kesinlikle katılmıyorum (1) ile "kesinlikle katılıyorum" (5) arasında değer almaktadır.

Ölçeğin puanlandırılmasında, toplam ve alt boyutları için puanlama yaklaşımı benimsenmiştir. Ölçekte alınan puanın artması kalite algısının müspet yönde olduğu şeklinde yorumlanırken, ölçek toplamı ve alt boyutlardan alınan toplam puanların düşük olması, bireyin kalite algısının ve o alt boyuta ilişkin algısının olumsuz olduğunu göstermektedir. Toplamda en düşük 20 en yüksek 100 üzerinden standartlaştırılarak puanlanmaktadır.

Araştırmada kullanılan ölçme aracının maddelerinin kendi aralarındaki iç tutarlılıklarının ve kullanılan ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla ilk olarak anketin güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Kullanılan ölçme aracının güvenilirlik düzeylerinin değerlendirilmesinde aşağıda gösterilen sınırlar göz önünde bulundurulmaktadır (Kalaycı, 2014).

$0.00 < \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 < \alpha < 0.60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür.

$0.60 < \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 < \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Yapılan Cronbach's Alpha analizi sonuçları Tablo 1.'de gösterildiği gibidir.

Tablo 1. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	**Madde Sayısı**
Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği	0,987	70
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	0,960	12
İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	0,945	14
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	0,935	6
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	0,905	6
Kurum Yararı Alt Boyutu	0,963	10
Çalışan Yararı Alt Boyutu	0,915	8
Hasta Yararı Alt Boyutu	0,968	14

Güvenilirlik analizinde Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği Toplam Cronbach's Alpha değeri Alfa = 0,987 olarak bulunmuştur. Bulunan değerin 0,80<cronbach's alpha<1,00 aralığında olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Ölçek alt boyutları açısından incelendiğinde ise ölçekte yer alan tüm alt boyutların yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür (Baykal,2018).

3.5. Normallik Testi Sonuçları

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği için verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılan normallik testinin değerlendirilmesine ilişkin veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Normallik Testi Betimsel İstatistikleri

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği		**İstatistik**	**Std. Hata**
Ortalama		3,57	0,0402
95% Ortalama için Güven Aralığı	Alt Limit	3,49	
	Üst Limit	3,65	
5% Budanmış Ortalama		3,59	
Ortanca		3,67	
Varyans		,54	
Std. Sapma		,73	
En Küçük		1,09	
En Büyük		5,00	
Aralık		3,91	
Çeyrekler Arası Aralık		,89	
Çarpıklık		-,511	0,133
Basıklık		,563	0,266

Tablo 3.5.1'de gösterilen normallik testleri betimsel istatistikleri basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1 ve -1 arasında bulunması (basıklığın 0,563; 0,266 çarpıklığın ise -0,511; 0,133) nedeniyle (Tabachnick ve Fidell, 2001), verilerin normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür. Bu noktadan sonra Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği için yapılacak analizlerde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 23 programlarına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort±ss) verilmiştir.

Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Ölçek alt boyut puanları ise ilgili maddelerin puan ortalaması alınarak elde edilmiştir. Buna göre; uygulanacak analizlere karar verebilmek için ölçek puanlarına Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Test sonucunda puanların normallik varsayımını sağladığı görülmüş ve bu nedenle karşılaştırmalarında parametrik testler kullanılmıştır. Varyans homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve analiz edilen tüm gruplarda varyansların homojen olarak dağıldığı varsayımının gerçekleştiği görülmüştür. İki bağımsız grup arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem t-testi ile incelenmiştir. İkiden fazla bağımsız grup arasında puanlara göre farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiş olup hangi gruplar arasında farklılık olduğuna ise çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey Testi ile bakılmıştır. Gruplar arası oran karşılaştırma için ki-kare testi uygulandı. verilerin analizi %95 güven aralığında $p< 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

BÖLÜM 4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri ve çeşitli demografik değişkenlerine göre karşılaştırmalı tabloları aşağıda gösterilmiştir.

4.1. Demografik Bulgular

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla, katılımcıların çalıştıkları hastane, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslek, meslekteki çalışma süreleri, kurumdaki çalışma süreleri, daha önce kalite yönetim ile ilgili eğitim alma durumları ve çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma durumlarına ilişkin sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 3' de gösterilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri

Hastane	**Sayı (334)**	**Yüzde (%100)**
Sultanbeyli	161	48,2
Tuzla	173	51,8
Cinsiyet	**Sayı (334)**	**Yüzde (%100)**
Erkek	87	36,0
Kadın	247	74,0
Yaş	**Sayı (331)**	**Yüzde (%100)**
25 yaş ve altı	42	12,7
26-35 yaş	172	52,0
36-45 yaş	88	26,6
46 yaş ve üzeri	29	8,8
Eğitim Durumu	**Sayı (334)**	**Yüzde (%100)**
Lise ve altı	67	20,1
Önlisans/Lisans	213	63,8
Lisansüstü	54	16,2

Çocuk Sayısı	**Sayı (332)**	**Yüzde (%100)**
Çocuk yok	164	49,4
1 çocuk	75	22,6
2 çocuk	73	22,0
3 ve daha fazla çocuk	20	6,0
Meslek	**Sayı (334)**	**Yüzde (%100)**
Hekim grubu	25	7,5
Hekim dışı sağlık personeli	199	59,6
İdari Personel	77	23,1
Destek hizmetleri	33	9,9
Meslekte Çalışma Süresi	**Sayı (333)**	**Yüzde (%100)**
5 yıl ve altı	133	39,9
6-10 yıl	84	25,2
11 yıl ve üzeri	116	34,8
Kurumda Çalışma Süresi	**Sayı (333)**	**Yüzde (%100)**
5 yıl ve altı	205	61,6
6-10 yıl	72	21,6
11 yıl ve üzeri	56	16,8
Kalite Eğitimi Alma	**Sayı (334)**	**Yüzde (%100)**
Evet	254	76,0
Hayır	80	24,0
Hizmet Kapasitesi	**Sayı (334)**	**Yüzde (%100)**
Yetersiz	96	28,7
Kararsızım	80	24,0
Yeterli	158	47,3

Araştırmaya katılanlar görev yaptıkları hastane bakımından incelendiğinde, katılımcıların %48,2'sinin (161) Sultanbeyli, %51,8'inin (173) Tuzla devlet hastanesinde görev yaptığı görülmüştür. Çalışmaya katılım hastanelerden birbirine yakın oranda olmuştur.

Araştırmaya katılanlar cinsiyetleri bakımından incelendiğinde, katılımcıların %36'sının (87) erkek, %74'ünün (247) kadın olduğu görülmüştür.

Katılımcıların yaş ortalamaları 33,87 ±8,7 (min: 19 maks: 66) olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanlar yaşları bakımından incelendiğinde, katılımcıların %12,7'sinin (42) 25 yaş ve altı, %52,0'ının (172) 26-35 yaş aralığında, %26,6'sının (88) 36-45 yaş aralığında ve %8,8'inin (29) 46 yaş ve üstü olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılanlar eğitim durumları bakımından incelendiğinde, katılımcıların %20,1'i (67) lise ve altı, %63,8'i (213) önlisans/lisans ve %16,2'si (54) ise lisansüstü eğitime sahiptir. Çalışmaya en fazla katılım önlisans/lisans mezunlarından olmuştur.

Araştırmaya katılanlar çocuk sayısı bakımından incelendiğinde, katılımcıların %49,4'ünün (164) çocuk sahibi olmadığı, %22,6'sının (75) 1 çocuk, %22'sinin (73) 2 çocuk ve %6'sının (20) 3 ve daha fazla çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Çocuk sayısı bakımından araştırmaya en fazla katılım çocuk sahibi olmayan katılımcılardan olmuştur.

Araştırmaya katılanlar meslekleri bakımından incelendiğinde, katılımcıların %7,5'inin (25) hekim, %59,6'ü (198) hekim dışı sağlık personeli, %23,1'i (77) idari personel, %9,9'u (33) destek hizmetleri şeklinde mesleklerini belirttikleri görülmüştür. Mesleği bakımından araştırmaya en fazla katılım hekim dışı sağlık personeli olarak görev yapanlardan, en az katılım ise hekimler olmuştur.

Araştırmaya katılanlar meslekteki çalışma süreleri bakımından incelendiğinde, katılımcıların %39,9'u (133) 5 yıl ve altı süre, %25,2'si (84) 6-10 yıl arası, %34,8'i (116) 11 yıl ve daha fazla süre ile kurumlarında çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların önemli bir bölümü mesleğini 5 yıl ve altında bir süredir devam ettirmektedir.

Araştırmaya katılanlar kurumdaki çalışma süreleri bakımından incelendiğinde, katılımcıların %61,6'sı (205) 5 yıl ve altı süre, %21,6'sı (72) 6-10 yıl arası, %16,8'i (56) 11 yıl ve daha fazla süre ile kurumlarında çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların önemli bir bölümü 5 yıl ve altı süre aynı kurumda çalışmaktadırlar.

Araştırmaya katılanlara kalite eğitimi alıp almadıkları sorulmuştur. Katılımcıların %76'sı (254) bu soruya evet cevabını verirken, %24'ü (80) hayır şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların çoğunun kalite eğitimi aldıkları görülmüştür.

Araştırmaya katılanlara çalıştıkları hastanenin hizmet kapasitesinin yeterli olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların %28,7'si (96) yetersiz, %24,0'ı (80) kararsızım, %47,3 (153) yeterli şeklinde cevap vermiştir.

4.2. Karşılaştırmalı Tablolar

4.2.1. Hastanelerin Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi

Tablo 4. Katılımcıların Görev Yaptıkları Hastane Türünün Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları

	Sultanbeyli	**Tuzla**	**X^2**	**p**
Cinsiyet	**n (%)**	**n (%)**		
Erkek	42 (48,3)	45 (51,7)	0,0	0,987
Kadın	119 (48,2)	128 (51,8)		
Yaş				
25 yaş ve altı	23 (54,8)	19 (45,2)	6,78	0,079
26-35 yaş	89 (51,7)	83 (48,3)		
36-45 yaş	40 (45,5)	48 (54,5)		
46 yaş ve üzeri	8 (27,6)	21 (72,4)		
Eğitim Durumu				
Lise ve altı	23 (34,3)a	44 (65,7)b	8,01	**0,018**
Önlisans/Lisans	106 (49,8)a	107 (50,2)a		
Lisansüstü	32 (59,3)a	22 (40,7)a		
Meslek				
Hekim grubu	12 (48,0)	13 (52,0)	5,47	0,141

Hekim dışı sağlık personeli	94 (47,2)	105 (52,8)		
İdari Personel	44 (57,1)	33 (42,9)		
Destek hizmetleri	11 (33,3)	22 (66,7)		
Meslekte Çalışma Süresi				
5 yıl ve altı	65 (48,9)a	68 (51,1)a	7,26	**0,027**
6-10 yıl	50 (58,8)a	35 (41,2)b		
11 yıl ve üzeri	46 (39,7)a	70 (60,3)b		
Kurumda Çalışma Süresi				
5 yıl ve altı	97 (47,3)	108 (52,7)	4,80	0,091
6-10 yıl	42 (58,3)	30 (41,7)		
11 yıl ve üzeri	22 (39,3)	34 (60,7)		

Katılımcıların çeşitli demografik değişkenlerine göre çalışılan hastanenin farklılık gösterip göstermediği ya da demografik değişkenlerle çalışılan hastane arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde, lise ve altı öğrenimli çalışanların Tuzla hastanesinde bulunma oranının (%65,7) ve lisansüstü öğrenimli çalışanların ise Sultanbeyli hastanesinde bulunma oranının (%59,3) daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların çalıştıkları hastane öğrenim durumlarına göre anlamlı bir farklılık (X^2=8,01; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları hastane, çalışanların cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık (X^2=0,00; p>0,05) göstermemektedir.

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları hastane, çalışanların yaşlarına göre anlamlı bir farklılık (X^2=6,78; p>0,05) göstermemektedir.

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları hastane, çalışanların mesleğine göre anlamlı bir farklılık (X^2=5,47; p>0,05) göstermemektedir.

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları hastane, çalışanların meslekteki çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık (X^2=7,72; p>0,05) göstermemektedir.

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları hastane, çalışanların kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık (X^2=4,80; p>0,05) göstermemektedir.

4.2.2. Cinsiyetinin Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi

Tablo 5. Katılımcıların Cinsiyetin Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları

	Cinsiyet			
Yaş	**Erkek n (%)**	**Kadın n (%)**	**X^2**	**p**
25 Yaş ve Altı	7 (16,7)a	35 (83,3)a	24,08	**0,000**
26-35 Yaş	36 (20,9)a	136 (79,1)b		
36-45 Yaş	25 (28,4)a	63 (71,6)a		
46 Yaş ve Üzeri	18 (62,1)a	11 (37,9)b		
Eğitim				
Lise ve altı	31 (46,3)a	36 (53,7)b	29,06	**0,000**
Ön lisans/Lisans	35 (16,4)a	178 (83,6)b		
Lisansüstü	21 (38,9)a	33 (61,1)b		
Meslek Grupları				
Hekim	11 (44,0)a	14 (56,0)b	19,13	**0,000**
Hekim Dışı Sağlık Personeli	37 (18,6)a	162 (81,4)b		
İdari Personel	23 (29,9)a	54 (70,1)a		
Destek Hizmetleri	16 (48,5)a	17 (51,5)b		
Meslekte Çalışma Süresi				
5 Yıl ve Altı	30 (22,6)	103 (77,4)	2,41	0,298
6-10 Yıl	21 (24,7)	64 (75,3)		
11 Yıl ve Üzeri	36 (31,0)	80 (69,0)		
Kurumda Çalışma Süresi				

5 Yıl ve Altı	46 (22,4)a	159 (77,6)a	6,54	**0,038**
6-10 Yıl	18 (25,0)a	54 (75,0)a		
11 Yıl ve Üzeri	22 (39,3)a	34 (60,7)b		

Katılımcıların çeşitli demografik değişkenlerine göre cinsiyetin farklılık gösterip göstermediği ya da demografik değişkenlerle cinsiyet arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde, yaşı 25 yaş ve altı olan çalışanların cinsiyeti kadın olma oranı (%83,3), 25 yaş üzeri çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan, yaşı 46 yaş ve üzeri olan çalışanların cinsiyeti erkek olma oranı (%62,1) 46 yaş ve altı çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyeti, çalışanların yaşına göre anlamlı bir farklılık (X^2=24,09; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 5 incelendiğinde, eğitim düzeyi önlisans/lisans olan çalışanların cinsiyeti kadın olma oranı (%83,6), Cinsiyeti erkek olan çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyeti çalışanların eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık (X^2=29,068; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 5 incelendiğinde, mesleği hekim dışı sağlık hizmetleri olan çalışanların cinsiyeti kadın olma oranı (%81,4), cinsiyeti erkek olan çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyeti çalışanların mesleğine göre anlamlı bir farklılık (X^2=19,13; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 5 incelendiğinde, kurumda çalışma süresi 5 yıl ve altı olan çalışanların cinsiyeti kadın olma oranı (%77,6), Cinsiyeti erkek olan çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyeti çalışanların kurumda çalışma yılına göre anlamlı bir farklılık (X^2=6,54; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 5 incelendiğinde, katılımcıların cinsiyeti, mesleki yıla göre anlamlı bir farklılık (X^2=2,41; p>0,05) göstermemektedir.

4.2.3. Eğitim Durumlarının Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi

Tablo 6. Katılımcıların Eğitim Durumunun Meslek Grupları, Meslekte ve Kurumda Çalışma Süresi Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları

Eğitim					
Meslek Grupları	**Lise ve altı n(%)**	**Ön lisans/Lisans n(%)**	**Lisansüstü n(%)**	**X²**	**p**
Hekim	0 (0,0)a	8 (32,0)a	17 (65,4)b	170,13	**0,000**
Hekim Dışı Sağlık Personeli	20 (10,1)a	151 (75,9)b	28 (14,1)c		
İdari Personel	17 (22,1)a	51 (66,2)a	9 (11,7)a		
Destek Hizmetleri	30 (90,9)a	3 (9,1)b	0 (0,0)b		
Meslekte Çalışma Süresi					
5 Yıl ve Altı	18 (13,5)a	105 (78,9)b	10 (7,5)a	22,95	**0,000**
6-10 Yıl	21 (24,7)a	46 (54,1)a	18 (21,2)a		
11 Yıl ve Üzeri	28 (24,1)a,b	62 (53,4)b	26 (22,4)a		
Kurumda Çalışma Süresi					
5 Yıl ve Altı	32 (15,6)a	142 (69,3)b	31 (15,1)a,b	10,09	**0,039**
6-10 Yıl	21 (29,2)a	36 (50,0)b	15 (20,8)a,b		
11 Yıl ve Üzeri	14 (25,0)a	34 (60,7)a	8 (14,3)a		

Katılımcıların Eğitim Durumunun Meslek Grupları, Meslekte ve Kurumda Çalışma süresine farklılık gösterip göstermediği ya da eğitim durumu ile meslek grupları, meslekte ve kurumda çalışma süresi arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 4.2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde, meslek grupları destek hizmetleri olan eğitimi lise ve altı olma oranı (%90,9) diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Meslek grupları hekim olan eğitimi lisansüstü olma oranı (%65,4) diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Meslek grupları hekim dışı sağlık personeli olan eğitimi lisans olma oranı (%75,9) diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca meslek grupları idari personel olan eğitimi Ön lisans/Lisans olma oranı (%66,2) diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim düzeyi, meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık (X^2=167,52; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 6 incelendiğinde, meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olan eğitimi Ön lisans/Lisans olma oranı (%78,9) diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyi oranlarının, meslekte çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık (X^2=22,95; p<0,05) göstermektedir

Tablo 6 incelendiğinde, kurumda çalışma süresi 5 yıl ve altı olan eğitimi Ön lisans/Lisans olma oranı (%69,3) diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyi, kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık (X^2=10,09; p<0,05) göstermektedir.

4.2.4. Meslek Gruplarının Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi

Tablo 7. Katılımcıların Meslek Grubunun Meslekte ve Kurumda Çalışma Süresi Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Meslek Grupları						
	Hekim n(%)	**Hekim Dışı Sağlık Personeli n(%)**	**İdari Personel n(%)**	**Destek Hizmetleri n(%)**	**X^2**	**p**
Meslekte Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	6 (4,5)a	97 (72,9)c	16 (12,0)b	14 (10,5)a,c	23,11	**0,001**
6-10 yıl	8 (9,4)a	42 (49,4)a	24 (28,2)a	11 (12,9)a		
11 yıl ve üzeri	11 (9,5)a,b,c	60 (51,7)c	37 (31,9)b	8 (6,9)a,c		
Kurumda Çalışma Süresi						
5 yıl ve altı	13 (6,3)a,b	151 (73,7)c	24 (11,7)b	17 (8,3)a	58,36	**0,000**

6-10 yıl	10 (13,9)a	25 (34,7)b	26 (36,1)a	11 (15,3)a		
11 yıl ve üzeri	2 (3,6)a	22 (39,3)a	27 (48,2)b	5 (8,9)a		

Katılımcıların meslek gruplarının meslekte ve kurumdaki çalışma süresine farklılık gösterip göstermediği ya da meslek grubu ile meslekte ve kurumda çalışma süresi arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 4.2.4'te gösterilmiştir.

Tablo 7 incelendiğinde, meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olan hekim dışı sağlık personeli olma oranı (%72,9) diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların meslek grupları oranlarının, meslekte çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık (X^2=23,11; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 7 incelendiğinde, kurumda çalışma süresi 5 yıl ve altı olan hekim dışı sağlık personeli olma oranı (%73,7) diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek değerlendirdikleri görülmektedir. Diğer taraftan 6-10 yıl arası idari personel olma oranı (%36,1) ve 11 yıl ve üzeri idari personel olma oranı (%48,2), diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek değerlendirilmektedir. Katılımcıların meslek grupları oranlarının, kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık (X^2=58,36; p<0,05) göstermektedir.

4.2.5. Kalite Eğitimi Alma Durumunun Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi

Tablo 8. Katılımcıların Kalite Eğitimi Alma Durumunun Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları

Kalite Eğitimi Alma Durumu				
	Evet n (%)	**Hayır n (%)**	**X^2**	**p**
Hastane				
Sultanbeyli	114 (70,8)a	47 (29,2)b	4,68	**0,030**
Tuzla	140 (80,9)a	33 (19,1)b		
Cinsiyet				
Erkek	67 (77,0)	20 (23,0)	0,06	0,807
Kadın	187 (75,7)	60 (24,3)		
Yaş				

25 yaş ve altı	24 (57,1)a	18 (42,9)b	9,17	**0,027**
26-35 yaş	135 (78,5)a	37 (21,5)a		
36-45 yaş	69 (78,4)a	19 (21,6)a		
46 yaş ve üzeri	23 (79,3)a	6 (20,7)a		
Eğitim Durumu				
Lise ve altı	53 (79,1)	14 (20,9)	0,66	0,718
Önlisans/Lisans	159 (74,6)	54 (25,4)		
Lisansüstü	42 (77,8)	12 (22,4)		
Meslek				
Hekim grubu	18 (72,0)	7 (28,0)	0,32	0,955
Hekim dışı sağlık personeli	153 (76,9)	46 (23,7)		
İdari Personel	58 (75,3)	19 (24,7)		
Destek hizmetleri	25 (75,8)	8 (24,2)		
Meslekte Çalışma Süresi				
5 yıl ve altı	96 (72,2)	37 (27,8)	2,09	0,350
6-10 yıl	67 (79,8)	17 (20,2)		
11 yıl ve üzeri	91 (78,4)	25 (21,6)		
Kurumda Çalışma Süresi				
5 yıl ve altı	153 (74,6)a	52 (25,4)a	6,72	**0,035**
6-10 yıl	51 (70,8)a	21 (29,2)a		
11 yıl ve üzeri	50 (89,3)a	6 (10,7)b		

Katılımcıların çeşitli demografik değişkenlerine göre kalite eğitimi alma durumlarının farklılık gösterip göstermediği ya da demografik değişkenlerle kalite eğitimi alma durumları arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8incelendiğinde, Tuzla Devlet Hastanesinde çalışanların kalite eğitimi alma oranının (%80,9) Sultanbeyli Devlet Hastanesinde çalışanların kalite eğitimi alma oranından (%70,8) daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların kalite eğitimi alma durumu görev yaptıkları hastane türüne göre anlamlı bir farklılık (X^2=4,68; $p<0,05$) göstermektedir.

Tablo 8 incelendiğinde, yaşı 46 ve üzeri olan çalışanların kalite eğitimi alma oranı (%79,3) diğer yaş grubunda bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların kalite eğitimi alma oranlarının, çalışan yaşına göre anlamlı bir farklılık (X^2=9,17; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 8 incelendiğinde, kurumda çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olan çalışanların kalite eğitimi alma oranı (%89,3), 11 yıldan az çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların kalite eğitimi alma durumları, çalışanların kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık (X^2=6,72; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 8 incelendiğinde, katılımcıların kalite eğitimi alma oranlarının, çalışan cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık (X^2=0,60; p>0,05) göstermemektedir

Tablo 8 incelendiğinde, katılımcıların kalite eğitimi alma oranlarının, çalışan öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık (X^2=0,66; p>0,05) göstermemektedir.

Tablo 8 incelendiğinde, Katılımcıların kalite eğitimi alma durumu çalışanların mesleğine göre anlamlı bir farklılık (X^2=0,85; p>0,05) göstermemektedir.

Tablo 8 incelendiğinde, Katılımcıların kalite eğitimi alma durumu çalışanların mesleğine göre anlamlı bir farklılık (X^2=0,32; p>0,05) göstermemektedir.

4.2.6. Kurumun Hizmet Kapasitesini Yeterli Bulma Düzeylerinin Demografik Değişkenlerle İlişkisinin Ki-Kare Testi ile Analizi

Tablo 9. Katılımcıların Hizmet Kapasitesini Yeterli Bulma Düzeyinin Değişkenlere Göre Dağılımı (n ve %) ve Ki-Kare Analizi Sonuçları

Hizmet Kapasitesini Yeterli Bulma Düzeyleri					
	Yetersiz (n %)	**Kararsızım (n %)**	**Yeterli (n %)**	**X^2**	**p**
Hastane					
Sultanbeyli	51 (31,7)a	48 (29,8)a	62 (38,5)b	10,47	**0,005**
Tuzla	45 (26,0)a	32 (18,5)a	96 (55,5)b		
Cinsiyet					
Erkek	24 (27,6)	19 (21,8)	44 (50,6)	0,54	0,763
Kadın	72 (29,1)	61 (24,7)	114 (46,2)		
Yaş					

25 yaş ve altı	15 (35,7)a,b	14 (33,3)b	13 (31,0)a	18,37	**0,005**
26-35 yaş	56 (32,6)a	44 (25,6)a,b	72 (41,9)b		
36-45 yaş	16 (18,2)a	20 (22,7)a,b	52 (59,1)b		
46 yaş ve üzeri	8 (27,6)a,b	2 (6,9)b	19 (65,5)a		
Eğitim					
Lise ve altı	15 (22,4)a,b	11 (16,4)b	41 (61,2)a	9,61	**0,047**
Önlisans/Lisans	69 (32,4)a	56 (26,3)a	88 (41,3)b		
Lisansüstü	12 (22,2)a	13 (24,1)a	29 (53,7)a		
Meslek					
Hekim grubu	11 (44,0)	1 (4,0)	13 (52,0)	11,41	0,076
Hekim dışı sağlık personeli	57 (28,6)	57 (28,6)	85 (42,7)		
İdari Personel	20 (26,0)	15 (19,5)	42 (54,5)		
Destek hizmetleri	8 (24,2)	7 (21,2)	18 (54,5)		
Meslekte Çalışma Süresi					
5 yıl ve altı	45 (33,8)a	42 (31,6)a	46 (34,6)b	17,82	**0,001**
6-10 yıl	27 (32,1)a	15 (17,9)a	42 (50,0)a		
11 yıl ve üzeri	24 (20,7)a	23 (19,8)a	69 (59,5)b		
Kurumda Çalışma Süresi					
5 yıl ve altı	63 (30,7)	55 (26,8)	87 (42,4)	5,08	0,279
6-10 yıl	18 (25)	15 (20,8)	39 (54,2)		
11 yıl ve üzeri	15 (26,8)	10 (17,9)	31 (55,4)		
Kalite Eğitimi Alma Durumu					
Evet	69 (27,2)a,b	55 (21,7)b	130 (51,2)a	6,62	**0,036**
Hayır	27 (33,8)a,b	25 (31,3)b	28 (35,0)a		

Katılımcıların çeşitli demografik değişkenlerine göre çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği ya da demografik değişkenlerle hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin ki-kare testi sonuçları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9 incelendiğinde Tuzla Devlet Hastanesinde çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin (%55,5) Sultanbeyli Devlet Hastanesinde çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerine (%38,5) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri görev yaptıkları hastane türüne göre anlamlı bir farklılık (X^2=10,47; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 9 incelendiğinde yaşı 46 ve üzeri olan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerini (%65,5) diğer yaş grubunda bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri katılımcıların yaşlarına göre anlamlı bir farklılık (X^2=18,37; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 9 incelendiğinde öğrenim durumu lise ve altı olan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerini (%61,2) diğer eğitim grubunda bulunan çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri katılımcıların öğrenim durumlarına göre anlamlı bir farklılık (X^2=9,61; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 9 incelendiğinde, 11 yıl ve üzeri süre meslekte çalışma süresi olan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerini (%59,5) 11 yıl altında bir süre meslekte çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri katılımcıların meslekte görev yapma sürelerine göre anlamlı bir farklılık (X^2=17,82; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 9 incelendiğinde, kalite eğitimi alan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin (%51,2) kalite eğitimi almayan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerine (%35,0) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri görev yaptıkları hastane türüne göre anlamlı bir farklılık (X^2=6,62; p<0,05) göstermektedir.

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri, çalışan cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık (X^2=0,54; p>0,05) göstermemektedir.

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri, katılımcıların mesleğine göre anlamlı bir farklılık (X^2=11,41; p>0,05) göstermemektedir.

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri, çalışanların kurumda çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık (X^2=5,08; p>0,05) göstermemektedir.

Kalite eğitimi hizmet kapasitesini olumlu yönde etkilemektedir. Şarbak'ın (2009) ve Yazgan (2009) yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi ile kalite algısı arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Genel olarak sağlık hizmeti sunumunda elverişli sunumun sağlandığı, pratik kullanım alanlarına sahip, işlevselliği öne çıkarılmış kurumlar daha kaliteli hizmet sunabilme potansiyeli gösterirler. Bu da ancak eğitimle mümkün olabilecektir.

4.3. Demografik Özelliklere Göre Farklılaşmalar

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine (katılımcıların çalıştıkları hastane, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslek, meslekteki çalışma süreleri, kurumdaki çalışma süreleri, daha önce kalite yönetim ile ilgili eğitim alma durumları) göre araştırmada kullanılan ölçeklerin puanlarının farklılaşma durumu parametrik testlerle incelenmiştir. Buna göre; iki bağımsız grup arasında puan farklılığı olup olmadığı bağımsız örneklem t-testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasında puan farklılığı olup olmadığı tek yönlü Anova testi ile incelenmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğuna ise Tukey Testi ile bakılmıştır.

Tablo 10. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Görev Yapılan Hastane Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu

	Tanımlayıcı İstatistikler				**t-Testi**	
	Hastane	**n**	**Ort.**	**Ss**	**T**	**p**

Ölçek Toplam Puanı	Sultanbeyli	161	69,70	14,23	-2,05	**0,041**
	Tuzla	173	72,99	14,96		
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	Sultanbeyli	161	69,27	16,62	-1,97	0,050
	Tuzla	173	72,98	17,69		
İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	Sultanbeyli	161	66,85	16,20	-1,44	0,149
	Tuzla	173	69,46	16,68		
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	Sultanbeyli	161	71,45	17,04	-1,87	0,061
	Tuzla	173	74,87	16,28		
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	Sultanbeyli	160	68,09	16,98	-2,02	**0,044**
	Tuzla	173	71,90	17,41		
Kurum Yararı Alt Boyutu	Sultanbeyli	160	67,94	19,70	-2,82	**0,005**
	Tuzla	173	73,54	16,52		
Çalışan Yararı Alt Boyutu	Sultanbeyli	157	72,75	15,99	-,839	0,402
	Tuzla	173	74,20	16,97		
Hasta Yararı Alt Boyutu	Sultanbeyli	157	72,55	15,99	-1,40	0,160
	Tuzla	173	75,11	16,97		

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının görev yapılan hastane değişkenine göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların kalite algısının görev yapılan hastane değişkenine göre yönetim ve liderlik alt boyutu (t=-1,97; p=0,05) bulunmuştur.

Sağlık çalışanları kalite algısı ölçeği toplam puanında (t=-2,05; p<0,05) katılımcıların verdikleri cevapların ortalamaları Sultanbeyli ve Tuzla hastanelerinde çalışmalarına göre farklılaşmaktadır. Tuzla hastanesindeki sağlık çalışanlarının hastanelerine ilişkin kalite algıları Sultanbeyli hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre daha olumludur.

Sağlık çalışanları kalite algısı ölçeği ölçme ve değerlendirme alt boyutunda (t=-2,02; p<0,05) katılımcıların verdikleri cevapların ortalamaları Sultanbeyli ve Tuzla hastanelerinde çalışmalarına göre farklılaşmaktadır. Tuzla hastanesindeki sağlık çalışanlarının hastanelerindeki ölçme ve değerlendirmeye ilişkin kalite algıları Sultanbeyli hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre daha olumludur.

Sağlık çalışanları kalite algısı ölçeği kurum yararı alt boyutunda (t=-2,82; p<0,05) katılımcıların verdikleri cevapların ortalamaları Sultanbeyli ve Tuzla hastanelerinde çalışmalarına göre farklılaşmaktadır. Tuzla hastanesindeki sağlık çalışanlarının hastanelerindeki kalite uygulamalarının kuruma yararına ilişkin algıları Sultanbeyli hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre daha olumludur.

İnsan kaynakları kullanımı alt boyutu (t=-1,44; p>0,05), kalite eğitimi alt boyutu (t=-1,87; p>0,05) çalışan yararı alt boyutu (t=-0,83; p>0,05) ve hasta yararı alt boyutu puanlarında (t=-1,40; p>0,05) Sultanbeyli ve Tuzla hastanesinde çalışanların verdikleri cevapların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu

	Tanımlayıcı İstatistikler				t-Testi	
	Cinsiyet	**n**	**Ort.**	**Ss**	**T**	**p**
Ölçek Toplam Puanı	Erkek	87	72,53	16,19	0,82	0,409
	Kadın	247	71,01	14,13		
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	Erkek	87	72,84	19,80	1,03	0,302
	Kadın	247	70,61	16,27		
İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	Erkek	87	69,24	17,10	0,68	0,496
	Kadın	247	67,84	16,27		
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	Erkek	87	74,82	16,97	1,04	0,299
	Kadın	247	72,65	16,62		
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	Erkek	87	71,91	17,39	1,15	0,248
	Kadın	246	69,42	17,24		
Kurum Yararı Alt Boyutu	Erkek	87	72,29	17,86	0,85	0,393
	Kadın	246	70,34	18,47		
Çalışan Yararı Alt Boyutu	Erkek	86	74,15	17,22	0,44	0,660
	Kadın	244	73,28	15,12		
Hasta Yararı Alt Boyutu	Erkek	86	74,10	18,72	0,13	0,891
	Kadın	244	73,81	15,74		

Tablo 11 incelendiğinde, katılımcıların kalite algısının cinsiyet değişkenine göre sağlık çalışanları kalite algısı ölçeği (t=0,82; p>0,05), **yönetim ve liderlik alt**

boyutu (t=1,03; p>0,05), **insan kaynakları kullanımı alt boyutu** (t=0,68; p>0,05), **kalite eğitimi alt boyutu** (t=1,04; p>0,05) **ölçme ve değerlendirme alt boyutu** (t=1,15; p>0,05), **kurum yararı alt boyutu** (t=0,85; p>0,05), **çalışan yararı alt boyutu** (t=0,44; p>0,05) ve **hasta yararı alt boyutu puanlarında** (t=0,13; p>0,05) kadınlar ve erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının yaş değişkenine göre farklılaşma durumu tek yönlü Anova testi ile karşılaştırılmıştır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde ise post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi ile belirlenemeyen farklılık tespitinde LSD testlerine başvurulmuştur. Test sonuçları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu

	Tanımlayıcı İstatistikler				**Anova**		
	Yaş	**n**	**Ort**	**Ss**	**F**	**p**	**Fark**
Ölçek Toplam Puanı	25 yaş ve altı(1)	42	68,59	14,47	6,46	**0,000**	**1-3** **2-3,4**
	26-35 yaş(2)	172	68,99	14,45			
	36-45 yaş (3)	88	75,92	14,52			
	46 yaş ve üzeri (4)	29	76,89	12,95			
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	25 yaş ve altı(1)	42	66,79	17,35	10,72	**0,000**	**1-3,4** **2-3,4**
	26-35 yaş(2)	172	67,57	16,96			

	36-45 yaş (3)	88	77,86	15,69			
	46 yaş ve üzeri (4)	29	79,25	15,98			
İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	25 yaş ve altı(1)	42	67,77	14,51	3,63	**0,013**	**2-4**
	26-35 yaş(2)	172	65,89	17,35			
	36-45 yaş (3)	88	71,18	15,31			
	46 yaş ve üzeri (4)	29	74,58	14,62			
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	25 yaş ve altı(1)	42	69,33	15,61	6,71	**0,000**	**1-3** **2-3**
	26-35 yaş(2)	172	70,57	17,60			
	36-45 yaş (3)	88	78,75	14,69			
	46 yaş ve üzeri (4)	29	78,62	14,02			
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	25 yaş ve altı(1)	41	67,89	17,03	5,64	**0,001**	**2-3**
	26-35 yaş(2)	172	67,14	17,53			
	36-45 yaş (3)	88	75,19	16,34			

	46 yaş ve üzeri (4)	29	75,63	15,23			
Kurum Yararı Alt Boyutu	25 yaş ve altı(1)	41	67,85	17,03	7,22	**0,000**	**1-3** **2-4**
	26-35 yaş(2)	172	67,40	19,35			
	36-45 yaş (3)	88	77,09	16,07			
	46 yaş ve üzeri (4)	29	76,97	14,58			
Çalışan Yararı Alt Boyutu	25 yaş ve altı(1)	40	71,88	15,92	1,69	0,168	-
	26-35 yaş(2)	170	72,19	15,53			
	36-45 yaş (3)	88	76,14	16,17			
	46 yaş ve üzeri (4)	29	76,29	13,39			
Hasta Yararı Alt Boyutu	25 yaş ve altı(1)	40	69,64	17,07	2,65	**0,049**	**1-3** **2-3**
	26-35 yaş(2)	170	72,83	15,98			
	36-45 yaş (3)	88	77,11	16,16			
	46 yaş ve üzeri (4)	29	77,24	18,84			

Tablo 12 incelendiğinde, katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre sağlık çalışanları kalite algı ölçeğinde (F=6,46; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; 36-45 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 25 yaş ve altı katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı 25 yaş ve altı katılımcılara göre daha olumludur. 36-45 yaş ile 46 yaş üstü katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 26-35 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş ile 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre **yönetim ve liderlik alt boyutu** (F=10,72; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; 36-45 yaş ile 46 yaş ve üzeri katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 25 yaş ve altı katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş ile 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin yönetim ve liderlik algısı 25 yaş altı katılımcılara göre daha olumludur. Ayrıca 46 yaş ve üzeri ile 36-45 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 26-35 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş ile 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin yönetim ve liderlik algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre **insan kaynakları kullanımı alt boyutu** (F=3,63; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; 46 yaş ve üzeri katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 26-35 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin insan kaynakları kullanımı algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre **kalite eğitimi alt boyutu** (F=6,71; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel

bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; 36-45 yaş katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 25 yaş altı katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin kalite eğitimi algısı 25 yaş altı katılımcılara göre daha olumludur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kalite eğitimine ilişkin kalite algısı 26-35 yaş altı katılımcılara göre daha yüksektir. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin kalite eğitimi algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre **ölçme ve değerlendirme alt boyutu** ($F=5,64$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; 36-45 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 26-35 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin ölçme ve değerlendirme algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre **kurum yararı alt boyutu** ($F=7,22$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; 36-45 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 25 yaş ve altı katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin kurum yararı algısı 25 yaş altı katılımcılara göre daha olumludur. 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kurum yararına ilişkin kalite algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha yüksektir. 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin kurum yararı algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre **hasta yararı alt boyutu** ($F=2,65$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; 36-45 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 25 yaş ve altı katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin hasta yararı algısı 25 yaş altı katılımcılara göre daha

olumludur. Ayrıca 36-45 yaş arası katılımcıların verdileri cevapların puan ortalamaları, 26-35 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamasından daha yüksektir.36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin insan kaynakları kullanımı algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre sağlık çalışanları kalite ölçeği **çalışan yararı alt boyutunda** (F=2,09; p>0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları istatistiksel açısından anlamlı bulunmamıştır. Ancak literatüre bakıldığında Turali (2021) tarafından yapılan çalışmada hasta yararı alt boyutlarında anlamlı farklılık 30-39 yaş aralığı lehine iken, diğer boyutlar ve ölçeğin genelinde 20-29 yaş aralığı lehinedir. Bu sonuç bizim çalışmamıza göre farklıdır. Bunun nedeni olarak kalite eğitim içeriklerinde hasta yararı vurgusunun ön planda tutulmadığı ve böylece çalışanlar arasında bu konuda çok farklı düşünülmediği ifade edilebilir.

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre farklılaşma durumu tek yönlü Anova testi ile karşılaştırılmıştır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde ise post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi ile belirlenemeyen farklılık tespitinde LSD testlerine başvurulmuştur. Test sonuçları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Eğitim Durumu Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu

Tanımlayıcı İstatistikler					**Anova**		
	Eğitim Durumu	**n**	**Ort**	**Ss**	**F**	**p**	**Fark**
Ölçek Toplam Puanı	Lise ve altı (1)	67	75,53	14,58	5,41	**0,005**	**1-2**
	Önlisans/Lisans (2)	213	69,47	14,50			
	Lisansüstü (3)	54	73,92	14,36			
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	Lise ve altı (1)	67	75,11	16,43	5,57	**0,004**	**2-1,3**
	Önlisans/Lisans (2)	213	68,85	16,94			
	Lisansüstü (3)	54	75,58	18,05			

İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	Lise ve altı (1)	67	71,48	17,38	2,01	0,135	-
	Önlisans/Lisans (2)	213	66,96	16,22			
	Lisansüstü (3)	54	69,06	16,04			
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	Lise ve altı (1)	67	77,06	15,62	5,09	**0,007**	**2-1,3**
	Önlisans/Lisans (2)	213	71,05	16,88			
	Lisansüstü (3)	54	77,03	16,13			
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	Lise ve altı (1)	67	76,06	15,01	6,67	**0,001**	**1-2**
	Önlisans/Lisans (2)	212	67,66	17,07			
	Lisansüstü (3)	54	72,09	18,91			
Kurum Yararı Alt Boyutu	Lise ve altı (1)	67	76,80	16,15	4,63	**0,010**	**1-2**
	Önlisans/Lisans (2)	212	69,09	17,76			
	Lisansüstü (3)	54	70,37	21,46			
Çalışan Yararı Alt Boyutu	Lise ve altı (1)	67	76,26	14,55	4,63	**0,036**	**2-1,3**
	Önlisans/Lisans (2)	209	71,83	15,85			
	Lisansüstü (3)	54	76,62	15,66			
Hasta Yararı Alt Boyutu	Lise ve altı (1)	67	77,67	16,23	3,34	**0,005**	**2-1,3**
	Önlisans/Lisans (2)	209	71,66	16,02			
	Lisansüstü (3)	54	77,83	17,59			

Katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine göre sağlık çalışanları kalite ölçeğinde ($F=5,41$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; lise ve altı katılımcıların

verdikleri cevapların puan ortalamaları, önlisans/lisans mezunu katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve altı mezun katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine göre **yönetim ve liderlik alt boyutu** (F=5,57; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; lise ve altı, lisansüstü katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, önlisans/lisans mezunu katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve altı mezun ve lisansüstü katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki yönetim ve liderliğe ilişkin kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine göre **kalite eğitimi alt boyutu** (F=5,09; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; lise ve altı, lisansüstü katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, önlisans/lisans mezunu katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve altı ve lisansüstü mezun katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kalite eğitimine ilişkin kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine göre **ölçme ve değerlendirme alt boyutu** (F=6,67; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; lise ve altı katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, önlisans/lisans mezunu katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve altı mezun katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki ölçme ve değerlendirmeye ilişkin kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine **göre kurum yararı alt boyutu** (F=4,63; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark

istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; lise ve altı katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, önlisans/lisans mezunu katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve altı mezun katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kurum yararına ilişkin kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine göre **çalışan yararı alt boyutu** ($F=4,63$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; lise ve altı, lisansüstü katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, önlisans/lisans mezunu katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve altı ve lisansüstü mezun katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki çalışan yararına ilişkin kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine göre **hasta yararı alt boyutu** ($F=3,34$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; lise ve altı, lisansüstü mezun katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, önlisans/lisans mezunu katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Lise ve altı ve lisansüstü mezun katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki hasta yararına ilişkin kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur.

Tablo 13 incelendiğinde, katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine göre sağlık çalışanları kalite ölçeği **insan kaynakları alt boyutunda** ($F=2,01$; $p>0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları istatistiksel açısından anlamlı bulunmamıştır.

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının meslek değişkenine göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır.

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının meslek değişkenine göre farklılaşma durumu tek yönlü Anova testi ile karşılaştırılmıştır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde ise post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Tukey testi ile belirlenemeyen farklılık tespitinde LSD testlerine başvurulmuştur. Test sonuçları Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14.Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Meslek Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu

	Tanımlayıcı İstatistikler				Anova		
	Meslek	**n**	**Ort**	**Ss**	**F**	**p**	**Fark**
Ölçek Toplam Puanı	Hekim grubu (1)	25	69,70	16,86	3,17	**0,024**	**2-4**
	Hekim dışı sağlık personeli(2)	199	69,82	14,81			
	İdari Personel (3)	77	73,63	13,35			
	Destek hizmetleri(4)	33	77,08	13,91			
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	Hekim grubu (1)	25	67,87	21,70	3,11	**0,026**	**2-3,4**
	Hekim dışı sağlık personeli(2)	199	69,40	16,98			
	İdari Personel (3)	77	74,84	15,97			
	Destek hizmetleri(4)	33	76,09	16,52			
İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	Hekim grubu (1)	25	63,89	17,03	2,49	0,060	-
	Hekim dışı sağlık personeli(2)	199	67,14	16,66			
	İdari Personel (3)	77	69,92	14,68			
	Destek hizmetleri(4)	33	73,94	17,80			
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	Hekim grubu (1)	25	80,53	13,77	4,22	**0,006**	**1-2**
	Hekim dışı sağlık personeli(2)	199	70,86	16,65			
	İdari Personel (3)	77	74,89	16,87			
	Destek hizmetleri(4)	33	78,08	16,37			
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	Hekim grubu (1)	25	69,60	21,44	3,92	**0,009**	**2-4**
	Hekim dışı sağlık personeli(2)	198	67,90	17,30			

	İdari Personel (3)	77	72,42	16,04			
	Destek hizmetleri(4)	33	77,98	13,99			
Kurum Yararı Alt Boyutu	Hekim grubu (1)	25	64,47	26,09	4,86	**0,003**	**1-4** **2-4**
	Hekim dışı sağlık personeli(2)	198	68,98	18,25			
	İdari Personel (3)	77	74,39	15,18			
	Destek hizmetleri(4)	33	78,73	14,36			
Çalışan Yararı Alt Boyutu	Hekim grubu (1)	25	75,10	17,42	0,62	0,597	-
	Hekim dışı sağlık personeli(2)	196	72,74	15,71			
	İdari Personel (3)	76	73,72	15,63			
	Destek hizmetleri(4)	33	76,44	14,44			
Hasta Yararı Alt Boyutu	Hekim grubu (1)	25	73,09	18,57	2,11	0,099	-
	Hekim dışı sağlık personeli(2)	196	72,38	16,92			
	İdari Personel (3)	76	75,65	15,01			
	Destek hizmetleri(4)	33	79,44	15,10			

Katılımcıların kalite algıları meslek değişkenine göre sağlık çalışanları **kalite ölçeğinde** ($F=3,17$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; mesleğini destek hizmetleri personeli olarak belirten katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, hekim dışı sağlık personeli olarak görev yapan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleği destek hizmetleri olan katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı hekim dışı sağlık personeline göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslek değişkenine göre **yönetim ve liderlik alt boyutu** (F=3,11; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; mesleğini destek hizmetleri ve idari personel kategorisinde belirten katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, hekim dışı sağlık personeli olarak görev yapan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleği destek hizmetleri ve idari personel olan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki yönetim ve liderliğe ilişkin kalite algısı hekim dışı sağlık personeline göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslek değişkenine **göre kalite eğitimi alt boyutu** (F=4,22; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; mesleğini hekim kategorisinde belirten katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, hekim dışı sağlık personeli olarak görev yapan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleği hekim olan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kalite eğitimine ilişkin kalite algısı hekim dışı sağlık personeline göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslek değişkenine göre **ölçme ve değerlendirme alt boyutu** (F=3,92; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; mesleğini destek hizmetleri kategorisinde belirten katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, hekim dışı sağlık personeli olarak görev yapan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleği destek hizmetleri olan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki ölçme ve değerlendirmeye ilişkin kalite algısı hekim dışı sağlık personeline göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslek değişkenine göre **kurum yararı alt boyutu** (F=4,86; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; mesleğini destek hizmetleri kategorisinde belirten katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, hekim ve hekim dışı sağlık personeli olarak görev yapan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleği destek hizmetleri olan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kurum yararına ilişkin kalite algısı hekim ve hekim dışı sağlık personeline göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslek değişkenine göre sağlık çalışanları kalite ölçeği **insan kaynakları kullanımı alt boyutu** (F=2,49; p>0,05) **çalışan yararı** (F=0,62; p>0,05) ve **hasta yararı** (F=2,10; p>0,05) alt boyutlarında katılımcıların cevaplarının ortalamaları istatistiksel açısından anlamlı bulunmamıştır.

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının meslekte çalışma yılı değişkenine göre farklılaşma durumu tek yönlü Anova testi ile karşılaştırılmıştır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde ise post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Test sonuçları Tablo 15'de gösterilmiştir.

Tablo 15. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Meslekte Çalışma Yılı Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu

	Tanımlayıcı İstatistikler				**Anova**		
	Meslekte Çalışma Yılı	**n**	**Ort**	**Ss**	**F**	**P**	**Fark**
Ölçek Toplam Puanı	5 yıl ve altı(1)	133	69,00	14,25	6,64	**0,001**	**1-3**
	6-10 yıl(2)	84	69,76	14,59			
	11 yıl ve üzeri(3)	116	75,33	14,63			
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	133	67,79	16,82	11,53	**0,000**	**1-3**
	6-10 yıl(2)	84	68,26	17,27			
	11 yıl ve üzeri(3)	116	77,23	16,33			
İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	133	67,34	16,19	2,00	0,136	-
	6-10 yıl(2)	84	66,17	17,28			
	11 yıl ve üzeri(3)	116	70,55	16,08			
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	133	69,64	17,29	9,44	**0,000**	**1-3**
	6-10 yıl(2)	84	71,69	16,48			
	11 yıl ve üzeri(3)	116	78,42	15,05			

Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	132	66,84	17,71	5,92	**0,003**	**1-3**
	6-10 yıl(2)	84	69,34	16,65			
	11 yıl ve üzeri(3)	116	74,25	16,60			
Kurum Yararı Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	132	68,20	17,88	6,16	**0,002**	**1-3**
	6-10 yıl(2)	84	68,42	20,03			
	11 yıl ve üzeri(3)	116	75,58	16,70			
Çalışan Yararı Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	130	71,31	14,78	3,01	0,051	-
	6-10 yıl(2)	83	73,22	16,66			
	11 yıl ve üzeri(3)	116	76,19	15,72			
Hasta Yararı Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	130	71,81	15,62	3,16	**0,043**	**1-3**
	6-10 yıl(2)	83	72,91	16,61			
	11 yıl ve üzeri(3)	116	76,93	17,25			

Tablo 15 incelendiğinde, katılımcıların kalite algıları meslekte çalışma yılı değişkenine göre sağlık çalışanları kalite ölçeğinde ($F=6,64$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altı olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı mesleğini 5 yıl ve altı süredir yapan katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslekte çalışma yılı değişkenine göre **yönetim ve liderlik alt boyutunda** ($F=11,53$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların verdikleri cevapların puan

ortalamaları, meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altı olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki yönetim ve liderliğe ilişkin kalite algısı mesleğini 5 yıl ve altı süredir yapan katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslekte çalışma yılı değişkenine göre **kalite eğitimi alt boyutunda** ($F=9,44$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altı olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kalite eğitimine ilişkin kalite algısı mesleğini 5 yıl ve altı süredir yapan katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslekte çalışma yılı değişkenine göre **ölçme ve değerlendirme alt boyutunda** ($F=5,92$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altı olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki ölçme ve değerlendirmeye ilişkin kalite algısı mesleğini 5 yıl ve altı süredir yapan katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslekte çalışma yılı değişkenine **göre kurum yararı alt boyutunda** ($F=6,16$; $p<0,05$) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altı olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kurum yararına ilişkin kalite algısı mesleğini 5yıl ve altı süredir yapan katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslekte çalışma yılı değişkenine göre **hasta yararı alt boyutunda** (F=3,16; p<0,05) katılımcıların cevaplarının ortalamaları açısından fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur. Buna göre; meslekte çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı 5 yıl ve altı olan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki hasta yararına ilişkin kalite algısı mesleğini 5 yıl ve altı süredir yapan katılımcılara göre daha olumludur.

Katılımcıların kalite algıları meslekte çalışma yılına göre sağlık çalışanları kalite ölçeği **insan kaynakları kullanımı alt boyutu** (F=2,00; p>0,05) ve **çalışan yararı** (F=3,01; p>0,05) alt boyutlarında katılımcıların cevaplarının ortalamaları istatistiksel açısından anlamlı bulunmamıştır.

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılaşma durumu tek yönlü Anova testi ile karşılaştırılmıştır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde ise post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Test sonuçları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Kurumda Çalışma Süresi Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu

	Tanımlayıcı İstatistikler				**Anova**		
	Kurumda Çalışma Süresi	**n**	**Ort**	**Ss**	**F**	**p**	**Fark**
Ölçek Toplam Puanı	5 yıl ve altı(1)	205	70,46	14,79	1,55	0,213	-
	6-10 yıl(2)	72	71,80	13,69			
	11 yıl ve üzeri(3)	56	74,32	15,53			
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	205	69,63	17,86	2,50	0,084	-
	6-10 yıl(2)	72	72,71	14,85			
	11 yıl ve üzeri(3)	56	75,00	17,58			
İnsan Kaynakları	5 yıl ve altı(1)	205	67,81	16,46	1,28	0,279	-
	6-10 yıl(2)	72	66,77	16,40			

Kullanımı Alt Boyutu	11 yıl ve üzeri(3)	56	71,23	16,60			
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	205	71,77	16,88	2,65	0,072	-
	6-10 yıl(2)	72	74,03	16,08			
	11 yıl ve üzeri(3)	56	77,44	16,58			
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	204	68,79	17,60	2,38	0,094	-
	6-10 yıl(2)	72	70,25	16,27			
	11 yıl ve üzeri(3)	56	74,46	17,14			
Kurum Yararı Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	204	70,10	18,71	0,69	0,499	-
	6-10 yıl(2)	72	70,97	17,09			
	11 yıl ve üzeri(3)	56	73,36	18,59			
Çalışan Yararı Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	202	72,60	15,49	0,88	0,412	-
	6-10 yıl(2)	71	75,11	16,16			
	11 yıl ve üzeri(3)	56	74,78	15,91			
Hasta Yararı Alt Boyutu	5 yıl ve altı(1)	202	73,19	16,62	0,60	0,549	-
	6-10 yıl(2)	71	74,38	17,01			
	11 yıl ve üzeri(3)	56	75,84	15,88			

Tablo 16 incelendiğinde, katılımcıların kalite algıları kurumda çalışma süresi değişkenine göre sağlık çalışanları **kalite ölçeği genel algısı** (F=1,55; p>0,05), **yönetim ve liderlik** (F=2,50; p>0,05), **insan kaynakları kullanımı** (F=1,28; p>0,05), **kalite eğitimi** (F=2,65; p>0,05), **ölçme ve değerlendirme** (F=2,38; p>0,05), **kurum yararı** (F=0,69; p>0,05), **çalışan yararı** (F=,88; p>0,05) ve **hasta yararı** (F=0,60; p>0,05) alt boyutlarında katılımcıların cevaplarının ortalamaları istatistiksel açısından anlamlı bulunmamıştır.

Sağlık Çalışanları Kalite Algısı ve Alt Boyut Puan ortalamalarının kalite eğitimi alma durumu değişkenine göre farklılaşma durumu bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırılmıştır. Test sonuçları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 17. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Puan Ortalamasının Kalite Eğitimi Alma Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu

	Tanımlayıcı İstatistikler				t-Testi	
	Kalite Eğitimi	**n**	**Ort.**	**Ss**	**t**	**p**
Ölçek Toplam Puanı	Evet	254	71,40	14,72	-0,01	0,989
	Hayır	80	71,43	14,68		
Yönetim ve Liderlik Alt Boyutu	Evet	254	70,94	17,52	-0,48	0,630
	Hayır	80	72,01	16,49		
İnsan Kaynakları Kullanımı Alt Boyutu	Evet	254	67,92	16,56	-0,55	0,581
	Hayır	80	69,09	16,30		
Kalite Eğitimi Alt Boyutu	Evet	254	74,01	15,92	1,54	0,123
	Hayır	80	70,70	18,91		
Ölçme ve Değerlendirme Alt Boyutu	Evet	253	70,75	16,74	1,28	0,201
	Hayır	80	67,91	18,85		
Kurum Yararı Alt Boyutu	Evet	253	70,57	18,07	-0,50	0,617
	Hayır	80	71,75	19,11		
Çalışan Yararı Alt Boyutu	Evet	250	73,74	15,70	0,46	0,646
	Hayır	80	72,81	15,67		
Hasta Yararı Alt Boyutu	Evet	250	73,84	16,68	-0,10	0,921
	Hayır	80	74,05	16,17		

Tablo 17 incelendiğinde, katılımcıların kalite algısının kalite eğitimi alma durumu değişkenine göre sağlık çalışanları kalite algısı ölçeği (t=-0,013; p>0,05), **yönetim ve liderlik alt boyutu** (t=-0,48; p>0,05), **insan kaynakları kullanımı alt boyutu** (t0,55; p>0,05), **kalite eğitimi alt boyutu** (t=1,54; p>0,05) **ölçme ve**

değerlendirme alt boyutu (t=1,28; p>0,05), **kurum yararı alt boyutu** (t=-0,50; p>0,05), **çalışan yararı alt boyutu** (t=0,46; p>0,05) ve **hasta yararı alt boyutu** puanlarında (t=-0,10; p>0,05) kalite eğitimi alan ve almayan çalışanların verdikleri cevapların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

BÖLÜM 4. TARTIŞMA

Bu araştırmada farklı sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin kuruma yönelik kalite algıları incelenmiştir. Personelin kalite algısını ölçmek, aynı statüdeki diğer hastanelere kıyasla sağladıkları sağlık hizmetlerinin kalitesi hakkında geri bildirim sağlar. Hastaneler bu geri bildirimi başarıyı değerlendirmek, hasta memnuniyeti ve rekabet avantajı sağlamak için kullanılabilecektir (Duggirala, 2008). Kalite çalışmaları, detaylı bir hazırlık süreci planlandıktan ve kalite felsefesi anlaşıldıktan sonra mevcut sağlık ve kalite mevzuatı çerçevesinde yapılmalıdır. Başta yönetim olmak üzere tüm hastane personeli kalite çalışmalarına dahil edilmelidir. Yönetim tarafından koordinasyon, çalışanların maliyet ve kalite açısından etkin bir şekilde yeniden düzenlenmesine hizmet edebilir (Kuhlmann vd., 2013).

Çalışmada sağlık çalışanlarında kalite algısı: iki devlet hastanesi karşılaştırması ile araştırılmıştır. Çalışmada bu temel amaca yönelik olarak bazı demografik değişkenler açısından karşılaştırmalar yapılmıştır

Katılımcıların önemli bir bölümü 5 yıl ve altı süre aynı kurumda çalışmaktadırlar. Katılımcıların %76'sı kalite eğitimi aldıklarını %24'ü almadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %28,7'si hizmet kapasitesinin yetersiz, %47,3 hizmet kapasitesinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Yorulmaz ve Pirol (2019) sağlık çalışanlarının kalite algısını inceledikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan sağlık çalış anlarının %38,2'sinin kurumda 6 yıldan fazla zamandır çalıştığını ve %76,5'inin kalite eğitimi aldığını tespit etmiştir.

Çalışmanın katılımcıların kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin demografik değişkenlerle ilişkisi belirlenmiştir. Katılımcıların çeşitli demografik değişkenlerine göre çalıştıkları kurumun hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği ya da demografik değişkenlerle hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmıştır. Tuzla Devlet Hastanesinde çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin Sultanbeyli Devlet Hastanesinde çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerine göre daha yüksek değerlendirmişlerdir. Yaşı 46 ve üzeri olan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerini

diğer yaş grubunda bulunan çalışanlara göre daha yüksek değerlendirmişlerdir. Öğrenim durumu lise ve altı olan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerini diğer eğitim grubunda bulunan çalışanlara göre daha yüksek değerlendirmişlerdir. 11 yıl ve üzeri süre meslekte çalışma süresi olan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin 11 yıl altında bir süre meslekte çalışanlara göre daha yüksek değerlendirmişlerdir. Kalite eğitimi alan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerinin kalite eğitimi almayan çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerine göre daha yüksek değerlendirmişlerdir. Kalite eğitimi alan hastane çalışanları kalite konusunda daha yüksek farkındalığa sahip olup hizmet kalitesini değerlendirme noktasında daha bilinçli oldukları ifade edilebilir.

Çalışmada katılımcıların kalite eğitimi alma durumunun demografik değişkenlerle ilişkisi belirlenmiştir. Demografik değişkenlerle kalite eğitimi alma durumları arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonucuna göre Tuzla Devlet Hastanesinde çalışanların kalite eğitimi alma oranının Sultanbeyli Devlet Hastanesinde çalışanların kalite eğitimi alma oranından daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Tuzla Devlet Hastanesindeki kalite eğitimli çalışanların oranı Sultanbeyli Devlet Hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek düzeydedir. Yaşı 46 ve üzeri olan çalışanların kalite eğitimi alma oranı diğer yaş grubunda bulunan çalışanlara göre daha yüksek değerlendirdikleri görülmüştür. Kalite ile ilgili uygulamaların planlanması aşamasında çalışanların yaşının dikkate alınması önem taşımaktadır.

Çalışmada katılımcıların hastane türünün demografik değişkenlerle ilişkisi belirlenmiştir. Katılımcıların çeşitli demografik değişkenlerine göre çalışılan hastanenin farklılık gösterip göstermediği ya da demografik değişkenlerle çalışılan hastane arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonuçlarına göre; cinsiyet, yaş, meslek, meslekteki çalışma süresi, kurumdaki çalışma süresine göre değişmemektedir. Ancak çalışılan hastane ile çalışılan öğrenim durumu arasında bir ilişki vardır. Araştırmaya katılanlar arasında Tuzla Hastanesinde lise ve altı mezunların daha fazla olduğu, Sultanbeyli hastanesinde ise lisansüstü mezunların daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışmada katılımcıların meslek gruplarının demografik değişkenlerle ilişkisi belirlenmiştir. Katılımcıların meslek gruplarının meslekte ve kurumdaki çalışma süresine farklılık gösterip göstermediği ya da meslek grubu ile meslekte ve kurumda çalışma süresi arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin yapılan analize göre; meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olan hekim dışı sağlık personeli olanlar diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Diğer taraftan 6-10 yıl arası çalışan idari personel ve 11 yıl ve üzeri idari personeller, diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Bu bulgudan hareketle çalışma yılı arttıkça kalite algısının arttığı ifade edilebilir. İkiz ve Gülhan (2015) tarafından yapılan araştırmada çalışanların meslekte çalışma yılı arttıkça kalite algısının arttığı görülmüştür.

Çalışmada katılımcıların eğitim durumlarının demografik değişkenlerle ilişkisi belirlenmiştir. Meslek grupları destek hizmetleri olan eğitimi lise ve altı olanların diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahip oldukları görülmüştür. Meslek grupları destek hizmetleri olan sağlık personellerinin doyuma ulaşma, başarılı olma, yenilikçi, eğitime açık, kariyer tamamlama hedeflerinden dolayı kalite algılarının yüksek çıktığı düşünülmektedir. Meslek grupları hekim olan eğitimi lisansüstü olanlar diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Meslek grupları hekim dışı sağlık personeli olan eğitimi lisans olanlar diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Ayrıca meslek grupları idari personel olan eğitimi Ön lisans/Lisans olanlar diğer çalışma sürelerinde bulunan çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olan çalışanlara göre katılımcıların eğitimi Ön lisans/Lisans olma oranın daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Katılımcıların eğitim ile kurumda çalışma yılı arasında bir ilişki vardır. Kurumda çalışma süresi 5 yıl ve altı olan çalışanlara göre katılımcıların eğitimi Ön lisans/Lisans olma oranın daha yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Çalışmada katılımcıların cinsiyetinin demografik değişkenlerle ilişkisi belirlenmiştir. Katılımcıların çeşitli demografik değişkenlerine göre cinsiyetin farklılık gösterip göstermediği ya da demografik değişkenlerle cinsiyet arasında bir ilişki olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonucuna göre yaşı 25 yaş ve altı olan çalışanların cinsiyeti kadın olanlar, 25 yaş üzeri çalışanlara göre daha yüksek kalite

algısına sahiptir. Diğer taraftan, yaşı 46 yaş ve üzeri olan çalışanların cinsiyeti erkekler ise 46 yaş ve altı çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Araştırmaya katılan çalışanların cinsiyetine göre kadın olanlardan eğitimi lisans olanlar diğer eğitim düzeyi çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Mesleği hekim dışı sağlık hizmetleri olan çalışanlarından cinsiyeti kadın olanlar, cinsiyeti erkek olan çalışanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Katılımcıların cinsiyeti ile kurumda çalışma yılı arasında bir ilişki vardır. Araştırmaya katılan çalışanlardan cinsiyeti kadın olanlardan 5 yıl ve altında çalışma süresine sahip olanlar, cinsiyeti erkek olanlara göre daha yüksek kalite algısına sahiptir. Katılanların demografik özelliklerine (katılımcıların çalıştıkları hastane, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslek, meslekteki çalışma süreleri, kurumdaki çalışma süreleri, daha önce kalite yönetim ile ilgili eğitim alma durumları) göre araştırmada kullanılan ölçeklerin puanlarının farklılaşma durumu parametrik testlerle incelenmiştir. Buna göre; çalışmanın yedinci alt problemi kapsamında sağlık çalışanlarının kalite algılarının görev yapılan hastane değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Hastane değişkenine göre; Tuzla hastanesindeki sağlık çalışanlarının hastanelerine ilişkin kalite algıları Sultanbeyli hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre daha olumludur. Tuzla Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanlarının hastanelerindeki ölçme ve değerlendirmeye ilişkin kalite algıları Sultanbeyli hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre daha olumludur. Tuzla Devlet Hastanesindeki sağlık çalışanlarının hastanelerindeki kalite uygulamalarının kuruma yararına ilişkin algıları Sultanbeyli hastanesindeki sağlık çalışanlarına göre daha olumludur. Hastaneler arasında oluşan bu farklılık çalışanların kalite konusundaki farkındalıklarından kaynaklı olabilir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algılarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Cinsiyet değişkenine göre kadınlar ve erkeklerin verdikleri cevapların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Özfidancı'nın (2019) ve Şarbak'ın (2009) yapmış oldukları çalışmada benzer şekilde cinsiyet ile kalite algı düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yorulmaz ve Pirol'un (2019) sağlık çalışanlarında sağlık çalışanlarında kalite algısı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Devebakan

ve Arısan'ın (2016) yapmış oldukları çalışmada çalışanların sundukları hizmetlere yönelik kalite algısı cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algılarının yaş değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Katılımcıların kalite algıları yaş değişkenine göre: 36-45 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 25 yaş ve altı katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı 25 yaş ve altı katılımcılara göre daha olumludur. 36-45 yaş ile 46 yaş üstü katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 26-35 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 36-45 yaş ile 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur. 36-45 yaş ile 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin yönetim ve liderlik algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur. 46 yaş ve üzeri katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, 26-35 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin insan kaynakları kullanımı algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kalite eğitimine ilişkin kalite algısı 26-35 yaş altı katılımcılara göre daha yüksektir. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin kalite eğitimi algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin ölçme ve değerlendirme algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin kurum yararı algısı 25 yaş altı katılımcılara göre daha olumludur. 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki kurum yararına ilişkin kalite algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha yüksektir. 46 yaş üstü katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin kurum yararı algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre daha olumludur. 36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin hasta yararı algısı 25 yaş altı katılımcılara göre daha olumludur. Ayrıca 36-45 yaş arası katılımcıların verdileri cevapların puan ortalamaları, 26-35 yaş arası katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamasından daha yüksektir.36-45 yaş arası katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin insan kaynakları kullanımı algısı 26-35 yaş arası katılımcılara göre

daha olumludur. Bu netice ile daha genç yaşlardaki katılımcıların kalite algılarının diğerlerine göre daha düşük olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir. Mesleki tecrübe, olumlu/olumsuz yaşanmışlıklar, yasal anlamda kalitenin koruyucu etkisi, kalitenin çalışma hayatını kolaylaştırması sebebiyle çalışma hayatında yıllar geçtikçe kalite algısının artması beklenmektedir. Yıldız (2010) tarafından yapılan bir araştırmada benzer biçimde belirli yaş gruplarında görev yapanların katılımı bakımından yaşı daha genç olanların kalite algısı yaşı daha fazla olanlara göre daha yüksektir. Yorulmaz ve Pirol'un (2019) çalışmasında da sağlık çalışanlarının kalite algıları yaş değişkenine göre alt boyutları arasında anlamlı çıkmıştır. Alp (2014) ve Sezer (2009) çalışmalarında ise bu çalışmaların aksine kalite algısının yaşa göre farlılık göstermediği ortaya konulmuştur. Bu durumun hemşirelerin erken yaşlarında kurumsal aidiyet duygusunun daha gelişmiş olmasına bağlı olduğu söylenebilir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algılarının eğitim değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Katılımcıların kalite algıları eğitim durumu değişkenine göre; Lise ve altı sağlık çalışanlarının görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur. Lise ve altı sağlık çalışanlarının kalite algılarının yüksek olması kariyer tamamlama, doyuma ulaşma, başarılı olma isteklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Lise ve altı mezun ve lisansüstü katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki "yönetim ve liderliğe" "kalite eğitimine ilişkin kalite algısı", "ölçme ve değerlendirmeye ilişkin kalite algısı", "kurum yararına ilişkin kalite algısı", "çalışan yararına ilişkin kalite algısı", "hasta yararına ilişkin kalite algısı" önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur. Bu bulgunun aksine Alp (2014) ve Sezer (2009) tarafından yapılan çalışmada kalite algısının eğitim düzeyine göre farlılık göstermediği ortaya konulmuştur. Lise mezunu hemşirelerin sahip oldukları eğitimin etkisi ile daha sorgulayıcı bir rol aldıkları buna bağlı olarak daha hassas olduğu söylenebilir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algılarının meslek değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Mesleğini destek hizmetleri personeli olarak belirten katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamaları, hekim dışı sağlık personeli olarak görev yapan katılımcıların verdikleri cevapların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Mesleği destek hizmetleri olan katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı hekim dışı sağlık

personeline göre daha olumludur. Mesleği destek hizmetleri ve idari personel olan katılımcıların görev yaptıkları hastanedeki "yönetim ve liderliğe ilişkin kalite algısı" ve "kalite eğitimine ilişkin kalite algısı", ölçme ve değerlendirmeye ilişkin kalite algısı", "kurum yararına ilişkin kalite algısı" hekim dışı sağlık personeline göre daha olumludur. Benzer şekilde Devebakan ve Arısan'ın (2016) çalışmasında da çalışanların mesleğinin tüm boyutlarda hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir. Özfidancı'nın (2019) çalışmasında kalite algısı ve meslek değişkenleri arasında farklılık belirlenmiş ve sağlık teknikeri algıları doktor ve memur olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Doğan ve Kaya'nın (2004), çalışmasında ise, yönetim pozisyonunda olmayanların yöneticilere göre düşük puan ortalamasına sahip oldukları saptamışlardır. Sağlık hizmeti sunumunda destek hizmetleri ve idari personellerin hizmet verdiği alanda bazı sorunlardan kaynaklanacak aksaklıkların geri dönülemez hatalara yol açması kaçınılmazdır. Kaliteli bir hizmet sunumu için bu gibi durumlar sonradan anlamamız gereken deneme yanılma yoluyla öğrenilecek detaylar değillerdir. Bu yüzden kalite biriminin teknik kısma ayıracağı zaman ve bakımda çok önemlidir. Ayrıca sorumlu personellerin düzenli bilgilendirme ve eğitimleri de hataların azaltılması için elzemdir. Sağlık kurumlarında kalite; sadece kullanılan malzemelerin en iyi, teknolojinin son nesil ya da kurum dizaynının çok modern olması olarak algılanmamalıdır. Sağlık kurumlarında kalite algısının daha derin bir anlamı vardır. Diğer unsurların yanında sağlık kuruluşları için iyi bir kalitenin anlamı hasta ve çalışan memnuniyetinden geçmelidir. Sağlık kuruluşlarının odağı insan olduğundan memnun hasta ve çalışanlar kaliteli bir hizmet çıktısını oluşturacak önemli kriterlerdir. Bu noktada destek hizmetlerinin kaliteyi artırma potansiyeli çok yüksektir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algılarının meslekte çalışma yılı değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı mesleğini 5 yıl ve altı süredir yapan katılımcılara göre daha olumludur. Kuruma karşı aidiyet duygusunun yüksek olduğu için 11 yıl ve daha fazla süredir görev yapan sağlık çalışanlarının kalite algılarının yüksek çıktığı düşünülmektedir. Mesleğini 11 yıl ve daha fazla süredir yapan katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı mesleğini 5 yıl ve altı süredir yapan katılımcılara göre daha olumludur. Buradan hareketle mesleğini daha uzun süreli yapan çalışanların kalite konusuna

verdikleri önemin daha fazla olduğu ifade edilebilir. Benzer şekilde Hupal (2019) çalışmasında 11-15 yıldır görev yapan sağlık çalışanlarının kalite algısını en yüksek olarak tespit etmiştir. Farklı olarak Sarıduman'ın (2016) sağlık çalışanlarında kalite algılarının görev sürelerine göre farklılık göstermediğini tespit etmiştir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algılarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Katılımcıların kalite algıları kurumda çalışma süresi değişkenine göre sağlık çalışanları kalite ölçeği genel algısı değişmemektedir. Özfidancı'nın (2019) hastane çalışanları ile yapmış olduğu çalışmada da çalışma süresi 1- 10 yıl olan çalışanların kalite algıları çalışma süresi 11-20 yıl ve 21-30 yıl olan çalışanlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Yorulmaz ve Pirol'un (2019) sağlık çalışanlarında kalite algısının ölçmek için yaptıkları araştırmada çalışanların kalite algıları ölçeği alt boyutları ile çalışılan birim kurumda çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde bizim yaptığımız çalışmada çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun sebebinin kuruma karşı aidiyetin düşük olması ve meslekte tükenmişliğin olabileceği düşünülmektedir. Özfidancı'nın (2019) hastane çalışanları ile yapmış olduğu çalışmada da çalışma süresi ile çalışanların kalite algıları arasında farklılık olduğunu saptamıştır. Çalışmada da çalışma süresi 11- 20 yıl ve 21-30 yıl olan çalışanların kalite algıları çalışma süresi 1- 10 yıl olan çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Kalite eğitimi alan ve almayan çalışanların verdikleri cevapların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kalite eğitimi alıp almama konusu çalışanların kalite ölçeğine verdiği yanıtlarda bir farklılık ortaya koymamıştır. Yorulmaz ve Pirol (2019) çalışmasında kalite eğitimlerinin sağlık çalışanlarının kurumdaki kalite algısını olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Gökmen (2018) kalite algısını incelemek amacıyla hemşireler ile yapmış olduğu bir çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşmıştır. Yine Örtlek vd. (2017) çalışmalarında kalite eğitimi alan sağlık personelinin almayanlara göre sağlık kurumuna yönelik kalite algısını daha olumlu bulmuştur. Karaca ve Arslan (2014) tarafından hemşirelerin hasta güvenliği kültürü üzerine yönelik yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %76,2'sinin hasta güvenliğiyle ilgili eğitim aldıklarını belirttikleri, eğitim alanlardan %91,3'ünün alınan bu eğitimleri

yeterli gördükleri saptanmıştır. Kayral vd. (2016) çalışmalarında hastanelerde tüm kalite boyutlarının geliştirilmesinde, tüm hastane personeli ile beraber çalışmalar yapılması gerektiği ve bu konuda personele gerekli eğitimlerin verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Değerli bir kalite çıktısı; hem göze, hem kalbe hem de hizmet sürecine özellikle de sağlığa hitap eden bir kurum ve insan yapısıyla elde edilebilir. Bu noktaya da ancak eğitimle gelinebilir. Dolayısı ile hizmetin daha kaliteli verilebilmesi için sağlık çalışanlarının düzenli aralıklarla eğitim alması sağlanmalıdır.

BÖLÜM 5 SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sağlık çalışanlarında kalite algısı: iki devlet hastanesi karşılaştırması ile araştırılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

Tuzla Devlet Hastanesinde çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeyleri Sultanbeyli Devlet Hastanesinde çalışanların hastanenin hizmet kapasitesini yeterli bulma düzeylerine göre; yaş, eğitim durumu, çalışma yılı, eğitim alıp almama durumuna göre değişmektedir.

Kalite eğitimi alan ve almayan çalışanların verdikleri cevapların puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kalite eğitimi alıp almama konusu çalışanların kalite ölçeğine verdiği yanıtlarda bir farklılık ortaya koymamıştır. Bu durumda çalışanlara verilen kalite eğitiminin niteliği sorgulanmalıdır. Bu konu da ayrı bir araştırma konusu olarak değerlendirilmelidir.

Katılanların demografik özelliklerine (katılımcıların çalıştıkları hastane, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, meslekteki çalışma süreleri, kurumdaki çalışma süreleri, daha önce kalite yönetim ile ilgili eğitim alma durumları) göre çalışanların kalite algısı değişmektedir.

25 yaş ve altı katılımcıların kalite algısı daha olumludur.

Lise ve altı mezun katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı önlisans/lisans mezunu katılımcılara göre daha olumludur.

Mesleği destek hizmetleri olan katılımcıların görev yaptıkları hastaneye ilişkin genel kalite algısı hekim dışı sağlık personeline göre daha olumludur.

Mesleğini uzun süre yapanların kalite algısı diğerlerine göre daha olumludur.

Çalışanların kurumda çalışma süresine göre kalite algısı değişmemektedir.

Kalite eğitimi alan ve almayan çalışanların kalite algısı benzerdir.

Öneriler;

- Araştırmada eğitim durumunda göre meydana gelen farklılığın, hastane yönetimince, gruplar özelinde incelenmesi önemli bir husustur. Bu şekilde

tutum ve davranış farklılığına neden olan unsurlar elde edilerek, kalite eğitimlerinin içerik ve yöntemi yeniden geçirilebilecektir.

- Kalite algısının çalışanlar arasında (meslek değişkeni, yaş, kıdem, çalışma yılı) farklı çıkmasının nedenleri araştırılmalıdır.
- Tüm hastane çalışanlarının kalite uygulama çalışmalarına katılımını desteklemek ve yenilikçi veya yaratıcı girişimlerin sürekliliğini sağlanması yararlı olacaktır.
- Çalışanların yüksek bir kalite bilincine sahip olmaları ve kalite yönünden eğitim almalarının sağlanması ve bu doğrultuda verilecek eğitim verin dönütünün alınması çalışanların kalite bilincini yükseltecektir. Bu konuda literatürde yeteri kadar çalışma olmadığı için kamu özel ve diğer şehir hastaneleri üzerinden araştırmaların tekrarlanarak yapılan kalite çalışmalarının sağlık çalışanlarındaki kalite algısının ne yönde etkilediği araştırılabilir.
- Çalışanların kalite algılarının kurumdaki kalite çalışmalarından büyük oranda etkilediği belirlenmiştir. Kalite uygulamalarını kuruma sağladığı faydalar ile ilgili verilecek eğitimler ve bu eğitimlerin geri dönüşlerinin alınması sağlık çalışanlarının kalite algılarını olumlu yönde etkileyecektir.
- Bu kapsamda daha geniş bir evren ve örneklem ile yapılacak araştırmalar da daha farklı sonuçlar edilebilir.

EK'LER

Ek 1: Sosyodemografik Soru Formu

Ek 2: Kalite Algı Ölçeği

Ek-3 İzinler

EK-4 Bilgilendirilmiş Onam Formu

KAYNAKÇA

Adawiyah, İ. R. (2020). Integrating Workplace Spirituality, Total Quality Management and Job Satısfaction, *International Journal of Business and Society*, 21(2),749-766.

Akdağ, M. (2005). Toplam Kalite Yönetimi ve Örgüt İçindeki Yeri, *Selçuk İletişim*, 4(1), 159-170.

Akdoğan, A, (2020). *Toplam Kalite Yönetimi*, Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, http://www.canaktan.org/yonetim/toplam_kalite/toplam-kalite-felsefesi/akdogan-toplam-kalite.htm Erişim Tarihi:07.06.2021.

Akdoğan, A. (2021). *Toplam Kalite Yönetimi*, Erciyes Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, http://www.canaktan.org/yonetim/toplam_kalite/toplam-kalite felsefesi/akdogan-toplam-kalite.htm Erişim Tarihi:03.06.2021

Alp, Y. A. (2014). *Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Kapsamında İç Müşteri Kalite Algısı*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.

Aydoğmuş, B. (2015). *Hastanelerde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışan Tatminine Etkileri Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Toplam Kalite Yönetiminin Hekim Tatminine Etkileri Konusunda Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Beylik, U. (2018). Sağlıkta Akreditasyon Denetim Yöntemi: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Uygulaması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi,* 1(1), 6-13.

Bozkurt, R. ve Asil, N. (1995). Kalite Politikası Oluşturma Süreci, *verimlilik Dergisi, MPM Yayını*, 95/3,

Bozkurt, R. ve Odaman, A. (1995). ISO-9000 Kalite Güvence Sistemleri, Ankara: MPM Yayınları.

Çapacıoğlu, E. Özçakar, N. Çetin, O. (2018). Kamu Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Deming Yönetim Metodu ile Analizi, *İstanbul Management Journal*, 29(85): 107–125.

Devebakan,N., Arısan,Y.(2016). Sağlık İşletmelerinde Çalişanların Sunulan Hizmetlere Yönelik Kalite Algisi: İzmir'de Bir Devlet Hastanesinde Araştırma. *Atatürk Üniversitesi Iktisadi ve Idari Bilimler Dergisi,* 30(3),507-525.

Dursun, T. N. (2019). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları İle Hastane Çalışanlarının İş Tatmini, İş Yaşam Kalitesi ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişki: Özel-Kamu Hastanelerinde Bir Alan Uygulaması*, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ertaş, H., & Çelik, Ö. (2018). Sağlıkta Kalite Standartları Üzerine Nitel Bir Değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi,* 2(1), 18-40.

Işık, O. (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi,* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Işıkçelik, F., Turgut, M., ve Ağırbaş, İ. (2018). Sağlıkta Kalite Değerlendirme Sonuçlarının Güvenlik Raporlama Sistemi Raporları İle Birlikte Değerlendirilmesi. *International Health Sciences and Management,* 1(5), 20-120.

İkiz, Y. & Gulhan, Y. B. (2015). Nurses In A State Hospıtal Vıews On Qualıty In Health And Qualıty Practıces In Theır Hospıtal. *Press Academia Procedia*, 1(1), 73-80.

Kanbur, A. Kanbur, E. (2008). Toplam Kalite Yönetiminin Mavi Yakalı İş Gören Motivasyonu, Mobilya sektöründe ampirik bir araştırma. Yönetim ve Ekonomi: *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 27-40.

Karaca, P. Ö., & Işıl, U. (2018). Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartları: Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ'daki Hastanelerin Web Sitelerinin Değerlendirilmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* 22(2), 1091-1110.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S. Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. ve Yılmaz, A. (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*, 1. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Kibar, E. (2014). *Kalite ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları (Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Örneği),* Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Koçel, T. (1999). *İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyonlarda Davranış, Klasik-Modern Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar*, 8. Basım, İstanbul: Beta Yayınları.

Korkmaz, S. Eser, Z. ve Öztürk, S. (2017). *Pazarlama,* Ankara: Siyasal Kitabevi.

Özfidancı, S. (2019). *Hastane Çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi (Tky) Uygulamalarına ilişkin Algı Düzeyleri*. (Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Sivas.

Sağlıkta verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, (2019). Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, Erişim 14.05.2021, https://kalite.saglik.gov.tr/TR,9213/saglik-kalite-degerlendirmeleri.html. Erişim: 220.12.2021.

Sarıduman, M. (2016*). Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Akreditasyon Uygulamalarının ve Kalite Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Örnek Bir Uygulama,* Yüksek Lisans Tez, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Sevim A. (1996). *Toplam Kalite Yönetiminde Bir Araç Olarak Toplam Kalite Maliyet Sisteminin Kurulması ve Bir Uygulama, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Eskişehir.

Sevimler, S., Duran, C. ve Çetindere, A. (2020). *Toplam Kalite Yönetiminin Unsurları İle İşletme Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Eskişehir Örneği*, https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/55675 Erişim Tarihi: 21.06.2020.

Şahin, H. (2012). *Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.

Şarbak, M. (2009). *Sağlık Müdürlüklerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nde Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.

Şimşek, M. (1998). *Kalite Yönetimi*, 2. Baskı, İstanbul: Alfa Yayınları.

Şimşek, M. (2006). *Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı: İnsan Faktörü*, İstanbul: Babıali Kültür Yayınları.

Tan, M. (2016). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirmesi Bingöl Devlet Hastanesi'nde Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bingöl.

Tekin, M. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi*, 3. Baskı, Konya: Beta Yayınları.

Tengilimoğlu, D. Atilla, A. ve Bektaş, M. (2018). *İşletme Yönetimi*, 7. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Tengilimoğlu, T. Işık, O. ve Akbolat, M. (2018). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi,* Ankara: Nobel Yayıncılık.

Turali, Y, (2021). *Bir Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin Kalite Yönetimi Konusundaki Bilgi Tutum Ve Davranışları,* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

TSE, (1994). Kalite Notları, Ankara: TSE.

Uryan, B. (2020). Toplam Kalite Yönetimi, *Mevzuat Dergisi,* S.55, 2020, https://www.mevzuatdergisi.com/2002/07a/02.htm (Erişim Tarihi:07.06.2020)

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

Yıldız, A. (2010). *Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları Sağlık Kurumları Yönetimi*, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yıldız, G. Mesci, M. (2018). Toplam Kalite Yönetiminin Başarısında Rol Oynayan Kilit Faktörler. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,* (27), 1-7.

Yorulmaz, M., & Pirol, M. (2019). Sağlık çalışanlarında kalite algısının ölçülmesi üzerine bir araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, *2*(1), 15-21.

Yurtman, G.G. (2017). Toplam Kalite Yönetiminin İç ve Dış Müşterilerin Performansına Değerlendirmesi Üzerine Etkisi. *Yönetim ve Araştırma Ekonomisi Dergisi.* 15(1):43-65.