

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İZMİR İLİNDE BULUNAN II. BASAMAK DEVLET  
HASTANELERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK  
PERSONELİNİN ÖZDEĞERLENDİRME  
MODELİNİ ALGILAMA DÜZEYLERİ

**İPEK KİREMITÇİ**

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE  
AKREDİTASYON PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İZMİR-2009**

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İZMİR İLİNDE BULUNAN II. BASAMAK DEVLET  
HASTANELERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK  
PERSONELİNİN ÖZDEĞERLENDİRME  
MODELİNİ ALGILAMA DÜZEYLERİ

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE  
AKREDİTASYON PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İPEK KİREMITÇİ**

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Ethem Duygulu

II. Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Özkan Tütüncü

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER LİSTESİ.....	I
TABLO LİSTESİ.....	IV
ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
KISALTMALAR .....	VII
ÖZET .....	1
ABSTRACT .....	2

### 1 BÖLÜM

GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
---------------------	---

### 2 BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	6
2.1.1 Sağlık Kavramı .....	6
2.1.2 Sağlık Hizmetleri .....	7
2.1.3 Sağlık Hizmeti Sunan Örgütleri Diğer Örgütlerden Ayıran Özellikler .....	9
2.1.3.1 Arzın Talep Yaratması.....	10
2.1.3.2 Bilgi Asimetrisi.....	11
2.1.3.3 Talep ile Arzın Eş Zamanlı Gerçekleşmesi .....	11
2.1.3.4 Stoklanamazlık.....	11
2.1.3.5 Kişilere Göre Farklılık Göstermektedir .....	11
2.1.3.6 Acil ve Ertelenemez Olması .....	11
2.1.3.7 Dışsallık .....	12
2.1.3.8 Hata ve Belirsizliklere Karşı Duyarlılık .....	12
2.1.3.9 Hizmet Sunumunda İşlevsel Bağlılık .....	12
2.1.3.10 Hizmetin Soyutluluk Özelliği .....	12
2.2 ÖZDEĞERLENDİRME VE MÜKEMMELLİK .....	13

2.2.1	ÖZDEĞERLENDİRME .....	13
2.2.1.1	Özdeğerlendirmenin Gelişimi .....	17
2.2.1.2	Özdeğerlendirme Süreci .....	18
2.2.1.2.1	Hedef ve Kapsamın Belirlenmesi .....	19
2.2.1.2.2	Modelinin Seçimi .....	19
2.2.1.2.3	Değerlendirme Takımlarının Oluşturulması .....	19
2.2.1.2.4	Değerlendirmenin Planlanması .....	20
2.2.1.2.5	Güvenli Verinin Toplanması .....	20
2.2.1.2.6	Verilerin Değerlendirilmesi ve Puanlama .....	21
2.2.1.2.7	Geribildirim Raporunun Hazırlanması .....	22
2.2.1.2.8	Gözden Geçirme ve Faaliyet Planı .....	23
2.2.2	MÜKEMMELLİK .....	23
2.2.2.1	Mükemmellik ve Kalite Ödülleri Geçmişi .....	23
2.2.2.2	Mükemmelliğin Temel Konuları .....	29
2.3	SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZDEĞERLENDİRME VE MÜKEMMELLİK ....	31
2.3.1	Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı .....	31
2.3.2	Sağlık Hizmetlerinde Kaliteye Duyulan İhtiyaç .....	33
2.3.3	Sağlık Hizmetlerinde Özdeğerlendirme ve Mükemmellik .....	35
2.3.4	Sağlık Hizmetlerine Yönelik Oluşturulan Mükemmellik Modelleri .....	37
2.3.4.1	MBNQA Sağlık Hizmetleri Kriterleri .....	37

### 3 BÖLÜM

<b>GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>42</b>
3.1 Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlar .....	42
3.2 Araştırmanın Yöntemi .....	42
3.3 Veri Toplama ve Ölçüm Aracı .....	43
3.4 Araştırma Hipotezleri .....	44

## 4 BÖLÜM

<b>ARAŞTIRMA BULGULARI.....</b>	<b>47</b>
4.1 Frekans Analizleri.....	47
4.2 Tanımlayıcı İstatistikler.....	49
4.3 Geçerlilik ve Güvenilirlik.....	50
4.4 Faktör Analizi.....	52
4.5 T- Testi.....	55
4.6 ANOVA Testi.....	60
4.7 Korelasyon Analizi.....	69
4.8 Regresyon Analizi.....	72

## 5 BÖLÜM

<b>TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>80</b>
5.1 TARTIŞMA.....	80
5.2 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>97</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>104</b>

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklılıklar ve Sonuçları .....	10
Tablo 2: Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesele Dağılımı .....	48
Tablo 3: Tanımlayıcı İstatistikler.....	49
Tablo 4: Faktör Analizi (İş Mükemmelliği) .....	53
Tablo 5: Cinsiyet değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi .....	56
Tablo 6: Cinsiyet değişkenine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri.....	56
Tablo 7: Eğitim Düzeyi değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi.....	57
Tablo 8: Eğitim Durumu değişkenine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri .....	57
Tablo 9: Kalite Çalışmaları değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi.....	59
Tablo 10 :Kalite Çalışmaları değişkenine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri .....	59
Tablo 11: Yaş Grupları değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi.....	60
Tablo 12: Bağımsız Değişkenlerin Yaş Grubu değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	61
Tablo 13: Çalışma Süresi değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi.....	62
Tablo 14: Bağımsız Değişkenlerin Çalışma Süresi değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	63
Tablo 15: Meslek Durumu değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi.....	64
Tablo 16: Bağımsız Değişkenlerin Meslek Durumu değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri .....	65
Tablo 17: Uygulama yapılan hastanelere göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi.....	67
Tablo 18: Bağımsız Değişkenlerin Uygulama yapılan hastanelere göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	68

Tablo 19: Korelasyon Analizi (İş mükemmelliği).....	70
Tablo 20: Hastane Yönetimini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	72
Tablo 21: Hastane Planlama Sistemini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	72
Tablo 22: Hastane Organizasyonunu etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	73
Tablo 23: Hastanede Motivasyonu etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	74
Tablo 24: Hastanedeki Denetim Sistemini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	74
Tablo 25: Hastane Kalitesini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	75
Tablo 26: Hastanenin Mükemmelliğini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	75
Tablo 27: Hastanedeki Hasta Güvenliğini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	76
Tablo 28: Hastanedeki Çalışan Güvenliğini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	77
Tablo 29: Hastanede Hasta Memnuniyetini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	77
Tablo 30: Hastaların Hastaneyi Diğer Hastalara Tavsiyelerini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	78
Tablo 31: Çalışanların Örgüte Bağlılığını etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	78
Tablo 32: Çalışanların İşlerinden Memnuniyetlerini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi.....	79

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	8
Şekil 2: Deming Modeli.....	27
Şekil 3: 2008 Baldrige Ödül Kriterleri Kapsamı .....	28
Şekil 4: EFQM Modeli .....	29



## KISALTMALAR

<b>MBNQA</b>	: Malcolm Baldrige National Quality Awards (Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü)
<b>MBBEM</b>	: Malcolm Baldrige Business Excellence Model (Malcolm Baldrige İş Mükemmelliği Modeli)
<b>EFQM</b>	: European Foundation for Quality Management (Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı)
<b>EQA</b>	: European Quality Awards (Avrupa Kalite Ödülü)
<b>JUSE</b>	: The Union of Japanese Scientists and Engineers (Japonya Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği)
<b>TKY</b>	: Toplam Kalite Yönetimi
<b>NIST</b>	: The National Institute of Standards and Technology (Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü)

## ÖZET

Özdeğerlendirme, sağlık kurumlarına geliştirilmesi gereken ve güçlü oldukları alanların belirlenmesine olanak tanımaktadır. Elde edilen bu bilgiler doğrultusunda da sağlık kurumları politika ve stratejilerini daha akılcı biçimde belirleyebileceklerdir. Aynı zamanda elde edilen bu bilgiler doğrultusunda sağlık kurumlarının gelecek planlarını da yönlendirebileceklerdir.

**Amaç:** Çalışmanın temel amacı II. Basamak sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının özdeğerlendirme modelini algılama düzeylerinin belirlenmesidir.

**Yöntem:** Yapılan bu araştırmanın örneklemini İzmir merkezde bulunan II. Basamak Devlet Hastanelerinde çalışan 488 sağlık personeli (Hekim, Hemşire ve Diğer Pers.) (%40,66) oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, Malcolm Baldrige Ulusal Mükemmellik Ödülleri, Sağlık Hizmetleri Kriterleri doğrultusunda geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Sağlık personelinin mükemmellik modeline ilişkin algıları, beşli likert tipi ölçek ile ölçülmüştür. Verilerin analizinde öncelikle geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Daha sonra tanımlayıcı istatistikler, t testi, ANOVA testi, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Hastanede mükemmelliğini etkileyen en önemli faktörler; süreç yönetimi, hasta odaklılık ve stratejik planlama olarak tespit edilmiştir. Hastane kalitesini etkileyen faktörler ise önem sırasına göre süreç yönetimi, hasta odaklılık, stratejik planlama ve ölçme, analiz ve bilgi yönetimi olarak tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının demografik özelliklere göre de iş mükemmelliği algılarında farklılıklar olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmanın sonuçları, II Basamak sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının mükemmellik algılarını geliştirmek ve mükemmelliğe ulaşılması amacıyla hastane yönetiminin öncelikle süreçlere dayalı bir sistem oluşturmaları, hasta odaklı olmaya önem göstermeleri ve stratejik planlama ile faaliyetlerini planlamaları gerekliliği ortaya çıkmıştır. Mükemmellik ile ilgili algılar demografik özelliklere bağlı olarak değiştiğinden bu farklılıklarında göz önüne alınarak gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Özdeğerlendirme, İş Mükemmeliği, Sağlık Kurumları, Mükemmellik Modelleri

## ABSTRACT

Healthcare organizations can identify the areas need improvement and strong areas of organization by self-assessment models. Healthcare organizations can develop policies and strategies in the field of research results. At the same time these results will be able to help organizations to prepare plans for future.

**Aim:** The aim of the study is to determine the self assessment perceptions of the healthcare workers working in the state hospitals in İzmir.

**Method:** The sample of this study is composed of 488 healthcare workers (40,66%) employed in public hospitals in İzmir. Questionnaire form was developed from the Malcolm Baldrige National Excellence Award Healthcare Criteria and adapted into Turkish as a to collect data.. Perceptions of healthcare workers related to business excellence have been measured by a 5-point Likert scale. Factor analysis and reliability analysis of the data were conducted first. Descriptive statistics, t test, one-way ANOVA, correlation and regression are used in the analysis of data.

**Findings:** The most important factors of hospital excellence were identified as process management, focus on patient and strategic planning. The business excellence factors have a great influence on hospital quality, as well. These factors can be listed as process management, focus on patient, strategic planning and measurement, analysis and knowledge management, according to their importance. It is identified that some socio-demographic characteristics of healthcare workers effected the perception of the excellence.

**Conclusion:** In the results of the study, to improve the excellence perceptions of healthcare workers and achieve the business excellence in healthcare organizations, hospitals managerial team has to focus on processes, give importance to be more patient oriented and plan their activities according to their strategies. Perception of the excellence can be varied according to socio-demographic characteristics thus required arrangements must be planned in the field of these varieties.

**Keywords:** Self-assessment, Business Excellence, Healthcare Organizations, Excellence Models.

# 1 BÖLÜM

## GİRİŞ VE AMAC

Sağlık sektörü, son derece karmaşık yapısı, işlevsel bağımlılığı ve kullandığı teknoloji bakımından farklı özelliklere sahip olan bir sektördür. Bu nedenle sağlık kurumları özdeğerlendirme sürecinde kendilerine özgü özellikleri tanımalı ve sektördeki dinamikleri bilmeleri gerekmektedir. Böylelikle karşılaşabilecekleri risklere karşı daha duyarlı olabilmekte ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu devam ettirebilmektedirler.

Kalite örgütün faaliyet gösterdiği çevrede finansal ortaklarının, müşterilerinin ve toplumun ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılayacak yolları belirlemektedir. Bugün dünya çapında örgütlerin çoğu kalite gereksiniminin farkına varmışlardır ve kalite uluslararası alanda rekabet sağlamak için hayati önem kazanmaktadır (Tan, 2002). Bu örgütlerin içinde sağlık kurumları da yer almaktadır; çünkü sağlık kurumları insan faktörünün en önde olduğu ve sunulan hizmet bakımından insanı doğrudan etkileyen hizmetler bütünü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Küreselleşme, uluslararası rekabetin artmasına neden olmaktadır. Ülkeler yabancı yatırımları çekmek ve ihracatlarını artırmak için, yüksek kalitede ürün ve hizmetleri üretmek ve sağlamak için büyük çaba göstermektedirler. Birçok sektörde kalite rekabet üstünlüğü sağlamak için önemli bir konu haline gelmiştir (Tan, 2002). Son zamanlarda özellikler özel sağlık kurumlarının artması ve sağlık hizmeti talep eden bireylerdeki bilgi düzeyinin yükselmesi nedeniyle sağlık kurumları arasında da rekabet artmıştır. Bu nedenle, zaten sağlamak zorunda oldukları kaliteli sağlık hizmetini daha da iyi düzeye taşıyıp, toplumun beklentilerini aşan sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan sağlık kurumları, sağlık hizmetlerinde kaliteye oldukça önem vermeye başlamışlardır. Bu nedenle ülkemizde sağlık kurumları, belgelendirme veya akreditasyon yolu ile kurumdaki tüm süreçlerinde kaliteli sunum gerçekleştirdiğini ispatlamış olmaktadır.

Sağlık kurumunda kalite sisteminin oluşturulması veya sağlık kurumunun akredite edilmesi uluslararası düzeyde bu kurumun tüm süreçlerinde gereken şartları sağladığının bir göstergesi olmaktadır. Ancak dünyadaki eğilimler, kalite sistemlerinin oluşturulması veya kurumların akredite olmalarının da üzerine kurumların özdeğerlendirme yapmaları yönünde baskılar oluşturmaktadır. Bir kurumun özdeğerlendirme yapabilmesi için öncelikle kurum kültürünün buna hazır olması gerekmektedir. Bu nedenle daha önce kalite çalışmalarıyla uğraşmayan bir kurumun özdeğerlendirme ile ilgili çalışmalar yapması doğru olmamaktadır.

Kurumun kalite çalışmalarında bulunmuş olması ve hatta uluslararası geçerliliğe sahip kalite sistemlerini kurumlarında benimsemiş olmaları özdeğerlendirme sürecinin daha sağlıklı olmasını sağlamaktadır.

Özdeğerlendirme, sistematik bir şekilde örgütün süreçlerini incelemesi, güçlü yönlerini ve geliştirilmesi gereken alanları belirlemesidir. Bir örgütte gerekli göstergelerle ölçümler yapılarak yani gerçek verilere dayanılarak elde edilen sonuçlar doğrultusunda örgütün süreçlerinde kaliteyi yakalamış olduğunun kanıtlanmasından sonra özdeğerlendirme yapılabilmektedir. Bu nedenle öncelikle tüm süreçlerinde kalite yönetimi prensiplerini benimseyen örgütler özdeğerlendirme çabalarını başarılı bir şekilde tamamlayabilmektedirler.

Genel olarak, özdeğerlendirme sürecine dayanan ödüllerin, mükemmellik modelleri, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) çerçevesinde oluşturulmuştur. Modeller sadece ürün ve hizmet mükemmelliği ya da örgütün oluşturduğu geleneksel kalite kontrol metotlarına odaklanmamaktadır. Aynı zamanda modellerde genel yönetim faaliyetlerine, nihai sunumun kalitesine etki eden davranış ve süreçler de dikkate alınmaktadır. Ödüllerin temelinde var olan modeller, sonuçta elde edilen nihai hizmet ya da ürünün kalitesinin, süreçlerin ve çalışanların çabalarının entegre olduğu karmaşık bir sonuç olduğu şeklinde ifade edilebilmektedir (Ghobadian ve Woo, 1996).

Sonuç olarak özdeğerlendirme süreci örgütün çevrede var olan fırsatları fark etmesini ve bunu örgütün avantajına dönüştürmesini sağlamaktadır. Örgütün güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesine, örgütte “mükemmellik” kavramının benimsetilmesi çabalarına, mükemmellik yolunda örgütün ilerleme düzeyine, nasıl bir süreçten geçildiği ve diğer örgütlerle nasıl karşılaştırmalar yapıp bunlardan fayda sağlanacağına yol göstermektedir.

Bu çalışma ile özellikle sağlık kurumlarında iş mükemmelliği konusuyla ilgili;

- Türkiye’de yapılan çalışmaların yetersiz kalması nedeniyle bu kurumlarda mükemmellik kültürü oluşturulması çabalarının başlatılmasına öncülük edilebilecektir.
- Sağlık hizmeti sunumunun iş mükemmelliği bilincine varılarak yapılması sonucunda sağlık hizmeti kullanıcılarının memnuniyet düzeylerinin yükselmesini sağlanabilecektir.
- Aynı zamanda sağlık kurumlarında yapılan bu araştırma iş mükemmelliğinde rol oynayan faktörlerin önem düzeylerinin belirlenip, hastane yönetimlerinin sağlık

personeli ile ilgili iş mükemmelliği politikalarını belirlemelerinde dikkat edecekleri hususları saptamalarına yardımcı olacaktır.

- Sağlık personelinin özdeğerlendirmeye olan bakış açısı ve algılama düzeyinin belirlenmesi, bu kurumların gelecek planları ve kalite hedeflerini bu konularda öngörülen öncelikler ve geliştirilmesi gereken alanlar doğrultusunda hazırlamalarını sağlayacaktır.
- Kurum personelinin özdeğerlendirmeyi ne derecede algıladığı ve bunu nasıl uygulamaya geçireceği; ancak onların algılama düzeylerinin ölçülmesi ile mümkün olabilmektedir.

## 2 BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1 SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

##### 2.1.1 Sağlık Kavramı

Sağlık kavramının çeşitli tanımları yapılmaktadır; ancak en çok kullanılan Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” tanımdır.

Kişilerin sağlıkları birçok değişkenden etkilenen bir durumdur. Henrick L. Blum (1974), sağlık durumunu 4 temel faktörden etkilediğini ileri sürmektedir. Aynı zamanda bu faktörlerin de farklı toplumsal sistemler tarafından belirlendiğini ve bu toplumsal sistemler aracılığıyla birbirlerini etkilediği görüşünü savunmaktadır. Bu faktörler, çevre, kalıtım, yaşam tarzı ve sağlık hizmetleridir.

Çevre insanların içinde hayatlarını sürdürdükleri alandır ve insanların sağlığını doğrudan veya dolaylı şekilde etkilemektedir. İklim koşulları, çevre ve hava kirliliği gibi olumsuz etmenlerin kişilerin sağlıkları üzerinde etkileri büyüktür.

Kişilerin sağlığını etkileyen bir faktör de kalıttır. Yani kişilerin genetik yapıları, onların sağlık düzeylerinin belirleyicisi olabilmektedir. Genlere bağlı özellikler sadece normal kişiler arasındaki farklılıkları değil, çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını da etkilemektedir.

Kişinin yaşam tarzı, yani değerleri, tutumları, alışkanlıkları ve davranışları onların sağlık düzeyini etkileyen diğer bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkol ve sigara gibi olumsuz alışkanlıklar, kişilerin sağlık düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık gereksinimlerinin dikkate alınmaması, ertelenmesi, tehlikeli araç kullanımı veya hekim önerilerini göz ardı etme bireylerin yaşam tarzları ile ilgili durumlardır ve bu durumlar insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık kurumunu etkileyen son faktör de o ülkede sunulan sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerine bireylerin kolay ulaşmaları ve sunumun kaliteli olması kişilerin sağlık durumunu belirlemektedir.

## 2.1.2 Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000). Sağlık hizmetleri sağlık kurumları tarafından sunulan hizmetlerdir. Hizmet sunumun çeşidine göre sınıflandırılması mümkün olmaktadır.

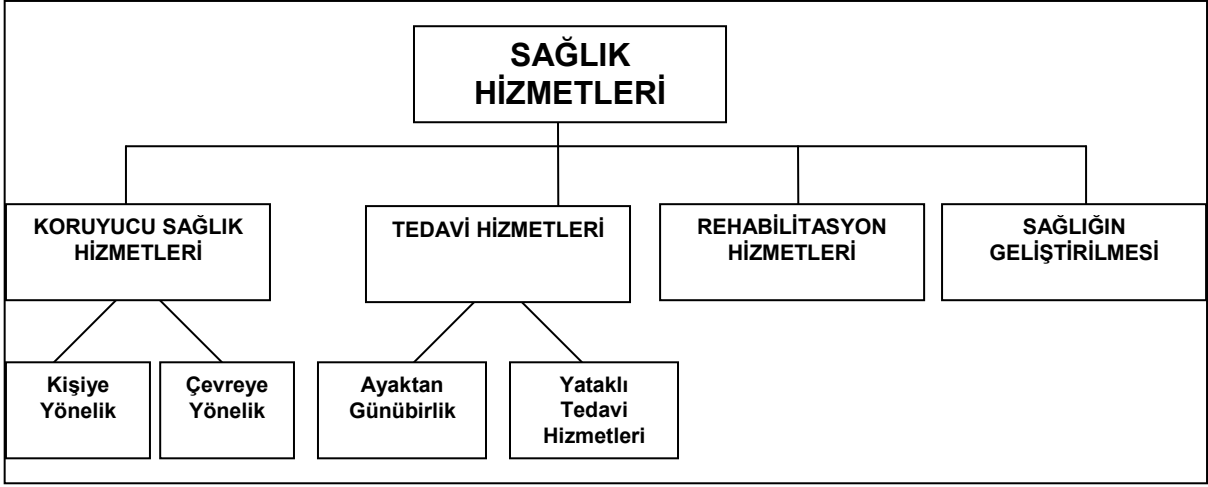
Sağlık hizmetleri, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir (Kitapçı, 1999). Sağlık kurumlarının hizmet sunduğu toplumun, sağlık ihtiyaçlarını sağlamaya yönelik plan ve düzenlemelerde, hizmet kullanıcılarının memnun edilmesi ya da hizmetten tatmin sağlamalarını ön planda tutmalarının kurumsal başarı ve rekabet edebilme gücü açısından zorunlu olduğu açıktır. Sağlık kurumları yönetiminin temel görevlerinden en önemlisi, topluma verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunabilmektir (Akgün ve Öztürk, 2002).

Sargutan (2005) sağlık hizmetlerini, “sağlık çıktısını / ürününü / hizmetini / sonucunu oluşturan tüm kişi, kuruluş, ürün ve hizmetlerin önlem, tarama, teşhis, tedavi, tedavi sonrası gibi, ortak sağlık hizmeti sunumu.” şeklinde tanımlamıştır.

Sağlık hizmetlerini temelde, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak dört grupta inceleyebilmekteyiz (Kavuncubaşı, 2000). Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyde ya da çevrede bir hastalık oluşmadan önce alınacak önlemler için sunulacak hizmetleri kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerini kişilere yönelik ve çevreye yönelik olarak ele almak mümkündür. Kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireysel korumayı sağlamaktadır. Bağışıklama, beslenmeyi düzenleme, ilaçla koruma veya kişisel hijyen gibi konular bu grupta ele alınabilmektedir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise kişilerin içinde buldukları çevreden etkilenerek oluşabilecek bir hastalığı önlemek için sunulmaktadır. Su kaynaklarının sağlanması, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla mücadele gibi konular çevreye yönelik koruyucu hizmetlerine örnek olarak verilebilmektedir.

Tedavi hizmetlerini incelediğimizde; ayaktan tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere iki grupta inceleyebilmemiz mümkündür. Ayaktan tedavi hizmetleri poliklinik, acil servis, ayaktan cerrahi hizmetlerini kapsamaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri ise, kişilerin teşhis veya tedavi olmak için bir süre boyunca sağlık kurumunda kalması anlamına gelmektedir.





**Şekil 1:** Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Kavuncubaşı, 2000)

Rehabilitasyon hizmetleri kişilerin herhangi bir hastalık sonrasında, eski faaliyetlerini yerine getirebilmek ve onları tekrardan hayata kazandırabilmek için oluşturulmuş tedavi hizmetleridir. Bu hizmetler sağlık kurumunun kendi bünyesinde sunulabileceği gibi hastanın rehabilite edilmesi için özel olarak oluşturulmuş rehabilitasyon merkezlerinde de sunulabilmektedir.

Son olarak, toplumsal açıdan kişilerin daha bilinçli olarak sağlıklı yaşamalarını sağlayan sağlığın geliştirilmesi için oluşturulmuş bazı kurumlar da bulunmaktadır. Bu kurumlarda, toplumun daha sağlıklı yaşaması için bilinçlendirme hizmetleri sunulmaktadır. Aynı zamanda kişilerin var olan sağlıklarını korumaları için spor tesisleri gibi yapılar da bu grupta ele alınabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin tanımı ve yapısını inceledikten sonra bu hizmetlerin etkili bir şekilde sunulabilmesi için sağlık hizmetlerinin taşınması gereken bazı özellikler vardır. Sağlık hizmetleri bütünlük, süreklilik ve eşgüdümün bir arada olarak sunulması gereken hizmetlerdir. Etkili sağlık hizmeti sunmak için gereken özellikler (Kavuncubaşı, 2000);

- Kolay kullanılabilirlik,
- Kalite,
- Süreklilik ve
- Verimlilik.

Sağlık hizmetlerinde kolay kullanılabilirlik, sağlık hizmeti kullanıcılarının, kolay bir şekilde hizmete ulaşabilmeleri ve ihtiyaç duyduğu hizmetin tümüne ulaşabilmeleri anlamına gelmektedir. Bir başka açıdan ele alırsak, sağlık hizmetini sunan kişiler açısından da

ulaşılabilirlik büyük önem taşımaktadır. Teşhis ve tedavi için gerekli ilaç, ekipman ve diğer hizmetlere kolay ulaşabilmeleri gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmetin sunulması şarttır. Hasta beklentilerinin karşılanması ve bu beklentilerin üzerine çıkılması gerekmektedir. Bu da ancak sağlık hizmeti sunan kişilerin yeterliliklerinin olması, hizmeti sunum tarzının bireyin beklentilerine göre olması ve sunulan sağlık hizmetinin genel belirlenmiş standartlara uygun olarak verilmesi gerekmektedir.

Etkili sağlık hizmeti sunumu için gerekli özelliklerden bir tanesi de sürekliliktir. Kişilerin koruyucu önlemlerle sağlık düzeylerinin korunması, hastalandıklarında tedavilerinin gerçekleştirilmesi ve sağlık düzeylerinin sürekli olarak geliştirilmeye çalışılması çabalarını ifade etmektedir.

Verimlilik özelliğinde ise, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların mantıklı bir şekilde kullanılması ön plana çıkmaktadır. Verimlilikte ön plana çıkan konular adil bir finansman sisteminin sağlanması, yeterli ücret politikası ile sağlık personelinin yaptığı işten maddi olarak da tatmin olması ve etkili yönetimle kaynakların en verimli ve en ekonomik yolla kullanımının sağlanması gerekmektedir.

### **2.1.3 Sağlık Hizmeti Sunan Örgütleri Diğer Örgütlerden Ayıran Özellikler**

Sağlık hizmeti sunan örgütleri diğer örgütlerden ayıran özellikleri incelemeden önce ürün üreten örgütlerle hizmet sunan örgütler arasındaki farkları incelememiz gerekmektedir. Hizmet süreçlerinin ayr edici özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Fitzsimmons, 1994):

- Hizmet süreçlerinde müşteri katılımcıdır.
- Hizmet üretimi ve tüketimi eş zamanlıdır.
- Zaman ve boş kapasite farkları vardır.
- Tüketicilerin buldukları yerler, hizmet alanının seçimini belirler.
- Hizmetler heterojendir.
- İnsan gücünün yapısı önemlidir.
- Soyuttur.
- Çıktının ölçülmesi zordur.

**Tablo 1:** Mallar ve Hizmetler Arasındaki Farklılıklar ve Sonuçları (Zeithaml ve Parasuman, 1985)

MALLAR	HİZMETLER	SONUÇLAR
Somut	Soyut	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hizmetler stoklanamazlar.</li><li>• Hizmetler patentlenemezler.</li><li>• Hizmetler kolayca sergilenemez veya nakledilemezler.</li><li>• Hizmetlerde fiyatlandırma zordur.</li></ul>
Standart	Değişken	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hizmet dağıtımı ve müşteri tatmini çalışanların davranışlarına bağlıdır.</li><li>• Hizmet kalitesi birçok kontrol edilemeyen etkene bağlıdır.</li><li>• Planlanan ve reklamı yapılan hizmetin dağıtılan hizmete denk olup olmadığı hakkında kesin bir bilgi yoktur.</li></ul>
Dayanıklı	Dayanıksız	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hizmetlerle arz ve talebi ayarlamak zordur.</li><li>• Hizmetler iade edilemez ve tekrar satılamazlar.</li></ul>
Üretim Tüketimden Ayrıdır	Eşzamanlı Üretim ve Tüketim	<ul style="list-style-type: none"><li>• Müşteriler işleme katılırlar, birbirlerini ve işlemi etkilerler.</li><li>• Çalışanlar hizmet çıktısını etkilerler.</li><li>• Merkezi olmayan bir idare gereklidir.</li><li>• Kitle üretimi zordur.</li></ul>

Hizmet sunan örgütlerin özellikle de sağlık hizmeti sunan örgütlerin diğer üretim işletmelerinden farklı bazı özellikleri vardır. Sağlık kurumları hizmet üreten örgütlerdir. Bu kurumlarda insan faktörü hem hizmeti sunan hem de hizmeti alan kişiler açısından çok büyük önem taşımaktadır. Öncelikle hizmeti sunan sağlık personeli, bir insanın bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam olarak iyi olmasını sağlamakla yükümlüdür. Hizmeti alan ise bu iyilik haline ulaşmayı ve bunun sürekliliğinin devam etmesini isteyen kişidir. Genel olarak sağlık hizmetleri sunan örgütleri diğer örgütlerden ayıran özellikleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

### 2.1.3.1 Arzın Talep Yaratması

Sağlık hizmetlerinde kişilerin talep ettiği hizmetin türü ve miktarını da hizmeti arz eden kişi yani sağlık personeli belirlemektedir. Yani hasta kişi kendisinin hastalığının ne olduğunu, ne gibi tedavi uygulanacağını, bu tedavinin ne kadar süreceğini ve hangi ilaçları alacağını kendi belirleyememektedir. Bu kararları onun yerine sağlık personeli belirlemektedir. Yani sağlık hizmetlerinde talebi arz belirlemektedir.

### **2.1.3.2 Bilgi Asimetrisi**

Sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınları arasında bilgi asimetrisi söz konusudur. Hasta, sağlık kurumuna sağlık şikâyetleri ile başvurur; ancak kendisinde var olan rahatsızlığın ne olduğu, nasıl bir tedavi sürecinden geçeceği ile ilgili bilgi sahibi değildir. Bu konuda hekimin sade bir dille hastayı ve yakınlarını bilgilendirmesi zorunluluğu ortaya çıkmaktadır.

### **2.1.3.3 Talep ile Arzın Eş Zamanlı Gerçekleşmesi**

Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği ise talep ile arzın eş zamanlı olarak gerçekleşmesidir. Sağlık hizmetleri ihtiyaç duyulduğu anda giderilmesi gereken hizmetlerdir. Ortaya çıktığında kişinin iyilik haline ulaşmasını sağlamak sağlık personelinin görevidir. Ortaya çıkan bir ihtiyacın karşılanmasındaki bir erteleme ya da gecikme kişiler için hayati bir durumu ortaya çıkarabilir. Bu nedenle hizmet talep edilir, sağlık personeli arza karar verir ve hizmet gecikilmeden kişilere sunulur.

### **2.1.3.4 Stoklanamazlık**

Sağlık personelinin sunduğu hizmet diğer üretim işletmelerinde sunulan ürünler gibi depolanamaz veya stoklanamaz niteliktedir. Üretim işletmelerinde ürün istenildiği zaman üretilir, depolanır ve istenilen zamanda tüketilebilmektedir.

### **2.1.3.5 Kişilere Göre Farklılık Göstermesi**

Sağlık kurumlarına gelen kişilerin kendi anlatımları doğrultusunda sağlık personeli hastanın durumuna karar vermektedir. Yani hasta bu sürece katılmaktadır. Bu nedenle her hastanın durumu farklıdır ve her hastaya özgü bir tedavi şekli ve süresi vardır. Sunulan sağlık hizmetlerini kişilere göre farklılık göstermektedir. Bu durumda sağlık hizmetlerinde standardize edilmiş bir hizmet sunumu olmamaktadır.

### **2.1.3.6 Acil ve Ertelenemez Olması**

Sağlık hizmetlerinin acil ve ertelenemez olma niteliği de vardır. Bir sağlık kurumuna başvuran kişi bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olmaması nedeniyle gelmiştir ve bu durumunun bir an önce düzeltilmesi gerekmektedir. Hastaya gerektiğinde müdahale

edilmemesi, hastanın hayatını tehdit edebilecek bir durum oluşturabileceği için bu hizmeti acil olarak sunmak gerekmektedir.

#### **2.1.3.7 Dışsallık**

Sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği de vardır. Dışsallık ortaya çıkan bir durumdan diğer insanların nasıl ve ne yönde etkilendikleri ile ilgili bir kavramdır. Örneğin bir kişinin grip olması, grip hastalığının bulaşıcı bir hastalık olmasından dolayı diğer kişilerin de etkileneceği bir durumdur. Bu hastalığın diğer kişilere bulaşıp onlarda hastalık belirtisi göstermesi, dışsallık özelliğine bir örnek olarak gösterilebilmektedir. Bu nedenle, hastalığın ortaya çıkmasından sonra diğer kişileri olumsuz yönde etkilememesi açısından bir an önce teşhis ve tedavisinin yapılması gerekmektedir.

#### **2.1.3.8 Hata ve Belirsizliklere Karşı Duyarlı Olması**

Sağlık hizmetleri aynı zaman da hata ve belirsizliklere karşı duyarlı olan hizmetleridir. Bir insanın sağlığı ve hayatı söz konusu olduğundan yapılan bir hata kabul edilebilir nitelikte olmamaktadır. Bu nedenle hastaya verilen hizmetin ilk seferde doğru şekilde verilmesi asıl olanıdır. Yapılan bir hatanın sağlık hizmetlerinde düzeltilmesi çok zor olmaktadır ve bazı zamanlarda düzelme gibi bir durum söz konusu bile olmamaktadır.

#### **2.1.3.9 Hizmet Sunumunda İşlevsel Bağlılık Olması**

Sağlık kurumlarında çok farklı meslekten kişiler görev almaktadır ve aralarında işlevsel bağlılıkları olmaktadır. İşlevsel bağlılık bir işin yapılabilmesi için başka kişilerin veya birimlerin sunduğu hizmete veya ürüne duyulan ihtiyaçtır (Kavuncubaşı, 2000). Sağlık hizmetleri de çok farklı meslek grubu tarafından sunulması gereken bir hizmettir.

#### **2.1.3.10 Hizmetin Soyut Olması**

Sağlık kurumlarında sunulan hizmet soyut bir çıktıdır. Bu çıktı elle tutulamaz ve gözle görülemez niteliktedir (Kavuncubaşı, 2000). Bu nedenle ölçülmesi zordur.

Sonuç olarak sağlık örgütlerini diğer örgütlerden farklı bazı özellikleri Shortell ve Kaluzny (1983) aşağıda ki gibi sıralamışlardır:

- Sunulan sağlık hizmetinde elde edilen çıktılarının tanımlanması ve ölçümü güçtür.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık hizmetleri acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Sunulan sağlık hizmeti hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır.
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık hizmeti sunumunda işlevsel bağlılık yüksektir; farklı meslek grupları arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gerektirir.
- Sağlık hizmeti sunan kişiler profesyonellerden oluşmaktadır ve mesleki becerilere verdikleri önem yüksektir.

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet ve üretim işletmelerinden farklı özellikleri bulunmakta ve bunlar hizmet sunumu gerçekleştirilirken hayati önem taşımaktadır. Bir sağlık kurumunun kaliteli hizmet sunumu ile yakından ilgili olan bu özellikler, sunulan hizmetin etkililiğini ve verimliliğini de belirlemektedir. Mükemmelliğe ulaşmada bu özelliklerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu özellikleri sağlayamayan kurumlar en başından sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiremeyecekleri için kaliteli hizmet sunabildiklerinden bahsetmek mümkün olmamaktadır.

## **2.2 ÖZDEĞERLENDİRME VE MÜKEMMELLİK**

### **2.2.1 ÖZDEĞERLENDİRME**

Özdeğerlendirme, bir kuruluşun faaliyetlerinin ve iş sonuçlarının, iş mükemmelliğini esas alan bir modelle kıyaslanarak, kapsamlı, sistematik ve düzenli olarak gözden geçirilmesidir. Özdeğerlendirme bugün en önemli yönetim araçlarından birisi haline gelmiştir (Zink ve Schmidt,1998).

Son 20 yılda, örgütler pazarlarındaki ve faaliyetlerindeki bir dizi değişimden oldukça fazla deneyim sahibi olmuşlardır. Uluslararası ve ulusal rekabet örgütlerin çalkantılı ve saldırgan bir çevre ile karşı karşıya kalmalarına neden olmuştur. Müşterilerin talepleri artmıştır, rekabet daha yoğun ve karmaşık bir hal almıştır ve teknolojik değişimler hızla artmaktadır. Sonuç olarak birçok örgüt bu güçlüklerle karşı koyabilmek için bir dizi gelişim yaklaşımlarını benimsemişlerdir (Oakland, 2005). Bu güçlüklerle mücadele edebilmenin bir yolu da özdeğerlendirme ile iş mükemmelliğine ulaşmaktır.

Bugünün rekabet ortamında başarıyı yakalamak için tüm örgütlerin müşteri odaklı olması, kaliteye dayalı pazarlama, işlevsel ve finansal stratejileri benimsemeleri gerekmektedir (Bohoris, 1995). Kaliteyi geliştirmek için kullanılan özdeğerlendirme gibi yöntemler örgütün hedeflerini gerçekleştirmelerine ve kalite ile ilgili yapısal, fonksiyonel ve teknik ihtiyaçlarını belirlemelerine yardımcı olmaktadır.

Özdeğerlendirme son zamanlarda örgütlerin amaçlarına ulaşmak için çalışan katılımının artırılmasını kapsayan gelişim çabaları ile ilgili örgüte, geribildirim sağlayan ve sürekli gelişim için bir araç gibi yaygın olarak kullanılmaktadır (Hillman, 1994). Örgütlere kendilerini değerlendirmek veya gelişim sürecinin ilerlemesini incelemek için fırsat yaratmaktadır (Caffyn, 1999).

Örgütler varlıklarını sürdürmek ve büyüebilmek için sürekli gelişim stratejilerini uygulamaları ve sürdürmeleri gerekmektedir (Dyason ve Kaye, 1995). Örgütteki sürekli gelişim, sürekliliğin değerlendirilmesiyle hangi faaliyetlerin iyi yürütüldüğü, hangi faaliyetlerin herhangi bir gelişme göstermediği ve hangilerinin geliştirilmesi gerektiği ile ilgilidir. Özdeğerlendirme sürekli gelişim için örgütün yaklaşımıyla ilgili gerekli geribildirimleri sağlamaktadır (Mackerron ve diğ., 2003).

Örgütün planlama sürecinde, iş mükemmelliği uzun dönemli bir strateji olarak belirlenirse ve günlük faaliyetlerine entegre olarak yürütülürse, bir örgütte iş mükemmelliğine ulaşılabilir. Özdeğerlendirme kullanarak, örgütler faaliyetlerinin, süreçlerinin ve müşterilerinin tümünü detaylı olarak incelemek ve iyi uygulamaların karşılaştırılmasını sağlamaktır (Van der Wiele ve diğerleri, 2000).

Özdeğerlendirme ile örgütün kendi kabiliyetleri ile sürekli gelişimi sağlaması ve performans düzeyini yükseltmesi amaçlanmaktadır. Yani örgütün kendi çabası ve örgütsel yetenekleriyle neyi, nasıl yapabileceği ile ilgili bilgi vermektedir. Örgütler özdeğerlendirme ile kendi yetenek ve yeterliliklerini belirlemekte ve bu çaba ile iş mükemmelliğine ulaşabilmektedirler.

Özel ve kamu sektöründe, geliştirilen süreçlerinin ve oluşturulacak süreçlerinin potansiyel faydalarının ölçülmesi açısından özdeğerlendirme kullanılmaktadır. Özdeğerlendirme süreci örgütlere özel olarak gerçekleştirilen süreçlerdir. Özdeğerlendirme sürecinin temel aşamaları vardır. Bu aşamalar her örgütün içinde faaliyet gösterdiği ülkeye, sektöre, örgüt yapısına ve özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Kendilerine uygun olan modeli seçerek örgütler bu sürece başlamaktadırlar. Özdeğerlendirme süreci bütün modellerde

benzerlikler göstermektedir. Ancak seçilen modellerin kriterlerinde bazı farklılıklar gözlenebilmektedir.

Her bir model örgütün performansını ölçümleyebilecek kriterler oluşturmuştur. Temelde birbirine çok yakın bileşenleri içinde barındırmaktadırlar; ancak oluşturulan ülkelerin özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre modellerde çeşitli farklılıklar gözlenmektedir. Bir örgütün ödül elde edebilmesi için, geliştirilen kriterlere uygunluk sağlaması ve bu kriterlerin yerine getirilmiş olması gerekmektedir (Wilford, 2007).

Özdeğerlendirme, örgütün amaçlarına ve iş mükemmelliğine yönelik ilerlemelerini izlerken, örgüte hayati bilgileri sağlamaktadır. Örgüt gelişiminin ölçülemediği takdirde hiçbir önemi olmamaktadır. Bunun nedeni öncelikle örgütün var olan düzeyini belirleyememesi ve örgüt ilerlemelerinin ölçülememesinden kaynaklanan ne gibi gelişmelerin olduğunu bilmememizdir. Birçok bilim adamı özdeğerlendirmenin örgütsel performans gelişimini aktif hale getireceği konusunda hem fikirdir. Çünkü özdeğerlendirmenin temel amacı güçlü yönlerin ve gelişim fırsatlarının tanımlanmasına olanak sağlamaktır (Karapetrovic ve Willborn, 2001).

Özdeğerlendirme dünyada örgütler tarafından büyük ilgi gören bir kavram haline gelmiştir ve en genel amacı örgüt performansının yükseltilmesidir. Son yıllarda TKY'deki sürekli gelişim kalite ödülleri veya iş mükemmelliği modelleri ile gerçekleşmektedir. Uygulamada, örgütte TKY'nin geliştirilmesi için, kalite ödülü modellerinin dinamik ve stratejik gelişim rolüne sahip olmaları gerekmektedir (McAdam ve Leonard, 2005). Bu modeller TKY yapısı üzerine oluşturulmuştur ve amaçları bu yapıyı örgüte uyarlamaktır (Bohoris, 1995).

Özdeğerlendirme sürecinde örgütlerin TKY prensiplerini ve sürekli gelişim sistemini yansıtması gerekmektedir (Ritchie ve Dale, 2000). Bu nedenle kalite yönetiminin prensiplerinin incelenmesinde yarar vardır. Kalite yönetimi prensiplerini verimlilik sağlamak amacıyla büyük, orta, küçük ölçekli örgütler ve ürün üreten veya hizmet sunan her çeşit örgüt benimseyerek faaliyetlerini sürdürebilmektedir. Bu prensipleri Berwick ve diğerleri (1990) on temel başlık altında incelemişlerdir. Bunlar:

1. Verimli iş süreçlerle gerçekleştirilmektedir.
2. Müşteri-tedarikçi ilişkileri, kalite yönetiminin vazgeçilmez gerekliliğidir.
3. Kalite kusurlarının temel kaynağı süreçlerde meydana gelen bir problemten kaynaklanmaktadır.



4. Düşük kalite maliyetlidir.
5. Süreçlerdeki değişkenliği anlamak kalite geliştirmenin temelini oluşturmaktadır.
6. Kalite kontrolü hayati süreçler üzerine odaklanmalıdır.
7. Kalitede modern yaklaşım, bilimsel ve istatistiksel düşünce temeline sahip olunarak gerçekleşmektedir.
8. Tüm çalışanların katılımı kritik bir faktördür.
9. Yeni oluşturulan örgütsel yapılar kalite gelişiminin gerçekleştirilmesine yardımcı olabilmektedir.
10. Kalite yönetimi birbiriyle ilişkili 3 temel kavram temeline dayanmaktadır: kalite planlaması, kalite kontrol ve kalite geliştirme.

Hükümetler de örgütleri, kalite yönetimi uygulamaları için motive etmekte ve desteklemekte aktif bir rol üstlenmişlerdir. Birçok ülke örgütlerin kalite yönetiminde başarıyı yakalamaları için ulusal kalite ödülleri oluşturmuşlardır. Bu kalite ödülü programları, örgütlerin kalite ile ilgili farkındalıklarını artırmak, işletmenin kalite yönetiminde başarılı olmalarını sağlamak ve başarılı kalite yönetimi girişimleriyle bilgi paylaşımı için bir platform sağlamaktır (Lee ve Quazi, 2001).

Özdeğerlendirme büyük veya küçük ölçekli, kamu veya özel sektörde faaliyet gösteren tüm örgütlere etkili bir şekilde çalışmalarını için katkıda bulunmaktadır. Özdeğerlendirme süreçleri, ilk olarak örgütlerin güçlü yönlerini ve yapılabilecek gelişmeleri açık bir şekilde belirlenmesine olanak tanımaktadır. İlerleme için izlenen değerlendirme süreçleri ve gelişim planları bu süreçte başlatılmaktadır. Örgütler değerlendirme ve faaliyete geçme döngüsünün devamlılığını sağlayabildikleri takdirde gelişmeyi gerçekleştirmiş olacaklardır. Özdeğerlendirme sonucunda elde edilecek yararlar (Tanner ve Porter, 2005):

- Örgütün güçlü yönlerini ve geliştirilmesi gereken alanlarını tanımlamak ve değerlendirmek ve ilerleme sürecini periyodik olarak ölçmek için yapılandırılmış, gerçeklere dayalı bir yaklaşım sağlamaktadır.
- Kuruluşu hem kurum hem de iş birimi düzeyinde değerlendirmektedir.
- Çalışanlar, gerekli kavramlar ve özdeğerlendirme modeli ile ilgili eğitilmektedir. Böylelikle çalışanlar, örgüt yönetimi ve geliştirmeleri kendi sorumlulukları ile ilişkilendirebilmektedir.
- İyi uygulamaların ortaya çıkmasını sağlamaktadır.
- İş planı ve stratejilerin oluşturulmasını iyileştirmektedir.

- Günlük faaliyetlere, ilerleme girişimleri entegre edilmektedir.
- Diğer örgütlerle karşılaştırma yapmaya olanak tanımaktadır ve iyi uygulamaların örgütler arası paylaşılmasına olanak tanımaktadır.

### 2.2.1.1 zdeğerlendirmenin Gelişimi

Örgütlerin içinde buldukları değişken ve çalkantılı çevrede ayakta kalabilmeleri için rekabet avantajı sağlayacak ilerlemeleri ve gelişimleri örgütte uygulamaları gerekmektedir. Bu gelişimler öncelikle 1900’l yıllarda Muayene ve Test ile başlamıştır. 1930’lu yıllara kadar devam eden bu kalite yaklaşımı Taylor’un felsefesi üzerine odaklanmıştır. Bu felsefeye göre üretim sonrasında ürünlerin bu iş için görevlendirilmiş kişilerce muayene edilmesi yer almaktadır. Sonuç olarak, nihai ürün üzerinde muayene yapılması üzerine odaklanılmaktadır.

II. Dünya Savaşı sırasında, karşılaşılan talep fazlası ve ürünlerin zamanında teslim edilememesi nedeniyle karşılaşılan problemlerin çözülmesi amacıyla istatistiksel bazı yöntemler kullanılmaya başlamıştır. rn üretildikten sonra yapılan muayene, hatalı ürünün işletmeye büyük bir kayıp olarak geri dönmesine neden olduğu için üretim sonrasında değil üretim esnasında kalite kontrollerin yapılması önplana çıkmıştır.

1960 yıllarında kalite kontrolden “kalite güvence sistemi” kavramına geçiş sağlanmıştır. Bu kavramda bir hata oluştuktan sonra bu hatayı düzeltmek değil, hata oluşmadan hatayı önlemek amaçlanmıştır. Böylelikle rn daha üretilmeden kontrollerin yapılması hedeflenmiştir. Hataları daha ortaya çıkmadan belirleyip önleyecek sistemler kurmak gerekmektedir. Müşteri ihtiyaç ve isteklerinin karşılanması, uygun olmayan ürün veya hizmetlerin ortaya çıkmasının önlenmesi, kalite fonksiyonunun temel hedefleri haline gelmiştir. Bu amaçlara yönelik kalite fonksiyonu işletmelerin en üst yönetimine bağlı bir kalite bölümü tarafından yerine getirilmeye başlanmıştır.

1970 ve sonrasında benimsenen TKY felsefesi müşteri memnuniyeti ve sürekli gelişimi temel almaktadır (Hafeez ve diğ. 2006) ve müşterilerin beklentilerinin de üzerine çıkılarak müşteri memnuniyetini sağlamaktır. Aynı zamanda TKY felsefesini benimsemiş bir örgütte çalışanların tam katılımı esas alınmaktadır. TKY, organizasyon içinde yer alan tüm çalışanların katılımlarının sağlandığı, sürekli geliştirme faaliyetleri ile müşterilerin gereksinimlerini en üst düzeyde karşılamayı hedefleyen yönetim şekli olarak tanımlanabilmektedir (Doğan ve Tütüncü, 2003). TKY, alt sistemlerden elde edilen bireysel

çıktıların etkililiğinden çok genel etkililiğin başarılmasını amaç edinmiştir (Hafeez ve diğ. 2006).

TKY'nin de bir üst basamağında olan ve artık örgütlerin kendi kendilerini, belirli bir model doğrultusunda kendi ölçütleriyle değerlendirdikleri ve mükemmelliğe doğru ilerledikleri yaklaşım ise özdeğerlendirmedir ve bunun sonucunda varılmak istenen nokta iş mükemmelliğidir.

Özdeğerlendirme modeli olarak ilk oluşturulan model W. E. Deming'in Japonya'da 1951 yılında oluşturduğu Deming Modelidir; ancak dünyaya pek yayılmamış sadece Japonya'da bulunan örgütler tarafından kullanılmıştır. 1988'de Malcolm Baldrige Kalite Ödüllerinin (Malcolm Baldrige National Quality Awards - MBNQA) oluşturulmasıyla karşımıza çıkan Malcolm Baldrige İş Mükemmelliği Modeli (Malcolm Baldrige Business Excellence Model – MBBEM) dünyaya yayılmış ve dünyadaki birçok örgütün ilgisini çekmiştir. Örgüt faaliyetlerinde güçlü, zayıf yönlerin ve performansın tanımlanmasında kullandığı yöntem ile uluslararası tanınan bir model haline gelmiştir (Mackerron ve diğ. 2003) Daha sonra Avrupa Kalite Yönetimi Kurumu (European Foundation for Quality Management - EFQM) 1991 yılında oluşturduğu Avrupa Kalite Ödülünde (European Quality Awards – EQA) aktif olarak özdeğerlendirmeyi kullanmış ve kendine özgü bir model oluşturmuştur. Burada da amaç örgütlerin açık bir şekilde güçlü yönlerini ve geliştirilmesi gereken alanları belirleyebildikleri ve ilerlemeyi sağlayacak gelişim faaliyetlerinin planlandığı süreçlerin geliştirilmesidir.

### **2.2.1.2 Özdeğerlendirme Süreci**

Özdeğerlendirme örgütlerin kendilerini sistematik ve tarafsız olarak değerlendirebilecekleri bir yapı sağlamaktadır. Özdeğerlendirme örgütlere hem gelecekteki ilerlemelerin ölçülmesi hem de gelişim fikirlerinin örgütte ortaya çıkması konularında kıyaslama yapmalarına yardımcı olmaktadır (Ghobadian ve Woo, 1996). Özdeğerlendirmenin sağladığı önemli bir yaklaşım örgütlerin yıllar arasında tarafsız karşılaştırmalar yapmalarını sağlamaktır.

Kıyaslama, örgütlerin ürünlerini, hizmetlerini ve süreçlerini rakiplerle veya dünya liderleri olan örgütlerle karşılaştırma sürecidir (Camp, 1989). Böylelikle iyi uygulamalar örgütler arasında paylaşılabilir. Bilgi paylaşımının sağlanması örgütlerin dinamik bir çevrede kendi yönlerini belirlemeleri hedeflerini mantıksal çerçevede oluşturmalarını

sağlamaktadır. Bütün özdeğerlendirme süreçlerinde örgütle ilgili veri ve bilgi toplanıp değerlendirme sürecine girilmektedir. Süreçle ilgili temel aşamaları Porter ve Tanner (2005) aşağıdaki gibi sıralamıştır.

#### **2.2.1.2.1 Hedef ve Kapsamın Belirlenmesi**

Doğru bir başlangıç için iyi belirlenmiş hedeflerin ve anlaşılır bir amacın olması gerekmektedir. Örgütler için ödülü kazanmak düşük bir önceliktir. Önemli olan özdeğerlendirmeyi örgütsel gelişim aracı olarak kullanmaktır. Özdeğerlendirmenin kapsamı da, değerlendirmenin tüm örgüt, bir birim veya bir departman için mi yapılacağı ile ilgilidir.

#### **2.2.1.2.2 Modelinin Seçimi**

Örgütün ihtiyaçlarına uygun bir modelin belirlenmesi gerekmektedir. Birçok konu örgütün seçeceği modeli etkileyebilmektedir. Örneğin, örgütün özdeğerlendirme ile ilgili geçmişi, bulunduğu coğrafi bölge vs. Örgütler özdeğerlendirme sürecine ülkelerine, içinde faaliyet gösterdikleri sektöre ve yapılarına ve hatta kültürlerine göre uygun bir model belirleyip başlamaktadırlar. Temel olarak modeller birbirlerine benzemektedir ve bu modeller bir özdeğerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır. Model kriterleri, yıllarca elde edilen deneyimler sayesinde oluşturulmuştur; ancak modeller arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Modeller farklı tarihlerde ülkelerin ve sektörlerin ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulmuştur ve her geçen gün geliştirilmektedir. Örgütler var olan özdeğerlendirme modellerinden kendilerine uygun olanını seçebilecekleri gibi, kendi örgütlerin ihtiyaçları ve örgüt deneyimlerine dayalı olarak da kendileri bir model oluşturabilmektedirler.

#### **2.2.1.2.3 Değerlendirme Takımlarının Oluşturulması**

Özdeğerlendirme takım çalışmasına dayanan bir faaliyettir. Hiçbir kişi tarafsız değerlendirme yapabilmek için ihtiyaç olan bilgi birikimine sahip değildir. İnsanların bakış açıları birbirinden farklıdır ve takıma odaklı bir yaklaşım değişik bakış açılarını ve deneyimleri bir araya getirmektedir. Değerlendirme takımının oluşturulması, sürecin önemli parçalarından birisidir. Özdeğerlendirme çok kapsamlı bir süreçtir, örgütün ve yönetimin tüm işlevlerini kapsamaktadır. Bu nedenle, farklı alanlarda uzmanlaşmış kişilerin değerlendirme sürecine dahil edilmesi gerekmektedir. Özdeğerlendirme sürecinde baş tetkikçi takım lideri olarak kritik bir rol üstlenmektedir.

Baş tetkikçinin takımdan bazı beklentileri vardır. Takıma ve hedeflerine bağlılık, gerçeklere dayalı bilgiler üzerinden hareket etmek, zaman çizelgesine dayalı olarak faaliyetleri yürütmek, yapıcı olarak faaliyet göstermek bunlardan bazılarıdır. Takım üyelerinin özdeğerlendirme sürecinde aldıkları bu görevden dolayı bazı eğitimleri alması ve deneyim sahip olmaları gerekmektedir. Mükemmellik modelleri ve özdeğerlendirme sürecini çok iyi bir şekilde bilmeli, örgüt performansını değerlendirebilecek denetleme kabiliyetine sahip olmalı, sürekli gelişimi sağlayabilmek için özdeğerlendirmenin rolünü iyi bir şekilde kavramalı, gerekli verilerin toplanması ve analiz edilmesi için yeteneğe sahip olmalı, etkili geribildirim verebilmeli ve takımla iyi bir şekilde çalışabilmelidir. Eğitimlerin temel amacı değerlendirmenin daha sistematik bir şekilde yapılabilmesini sağlamaktır.

#### **2.2.1.2.4 Değerlendirmenin Planlanması**

Değerlendirmenin planlanması süreci veri ve bilginin nasıl toplanacağı ve bu süreçte kimlerin yer alacağı ile ilgilidir. Toplanan verilerin nasıl değerlendirileceği planlanmalıdır. Zaman çizelgesi yardımıyla sürecin planlanması daha sağlıklı değerlendirme yapılmasını sağlamaktadır. Özdeğerlendirme süreci çok uzun ve karmaşık bir süreç olabilmektedir. Özdeğerlendirme, örgütün tüm süreçlerini içine alan bir değerlendirme olduğundan dolayı, bu süreçte yaşanabilecek karmaşaları azaltmak ve hatta ortadan kaldırmak amacıyla gerçek verilere dayalı planlamanın yapılması gerekmektedir. Bu süreçte, değerlendirmenin ne zaman başlayıp ne zaman sona ereceği, değerlendirme süreci için iç ve dış müşterilerden gelen önerilerin nasıl değerlendirileceği hangi çalışanların hangi görevlerde olacağı, değerlendirme sürecinde görev alacak personelin görev tanımları, performans göstergeleri, elde edilen sonuçların yaygınlaştırılması ve tüm personelin sürece nasıl dahil edileceğinin belirlenmesi gerekmektedir. Sürecin kontrolünün etkili olabilmesi ve sonuçların yaygınlaştırılmasının zamanlaması iyi olmalıdır.

#### **2.2.1.2.5 Güvenli Verinin Toplanması**

Özdeğerlendirme kanıta dayalı bir kontrol sistemidir. Örgüt faaliyetlerinin ve performanslarının ve paydaşlarının algılarının kapsamlı olarak içsel değerlendirilmesi yapılmaktadır. Örgütün, ne yaptığı ve neleri başardığı ile ilgilenilmektedir. Örgütlerin genellikle çok fazla ve çeşitli verileri vardır. Ayrıca ne yapmaları gerektiği ile ilgili

prosedürleri belirlidir; ama neleri başardıkları ile ilgili ölçümler yapılmamaktadır. Özdeğerlendirmeyi örgütte etkili bir şekilde uygulamak isteyen örgütler öncelikle özdeğerlendirme kriterlerinin tam olarak anlaşılmasını ve bu doğrultuda veri toplamanın gerçekleşmesini sağlamaktadırlar. Gereksiz yere toplanan veri boşa zaman kaybettirmekte ve örgüte maliyetleri artırıcı bir unsur olarak geri dönmektedir.

Bilgi gereklilikleri hangi özdeğerlendirme modelinin seçileceğine göre değişmektedir. Tüm mükemmellik modellerinde gerekli bilginin nasıl toplanacağına ilişkin birçok örnek verilmektedir. Veri toplama aşamasında iki faktör önem kazanmaktadır. Bunlardan ilki objektiflik diğeri ise kaynaklara ulaşılabilirliktir. Bu aşamada çeşitli veri toplama tekniklerinden yararlanılabilmektedir. Bilginin toplanmasında en etkili yol kriter maddelerin, madde sorularının, alt kriterlerin ayrı ayrı sorular halinde incelenmesidir. Bu durum puanlama sisteminde de yardımcı olmakta ve örgütlerin elde edebilecekleri puanları öngörümlemelerini sağlayabilmektedir. Bu yaklaşımın en büyük avantajı, yapılandırılmış yolla en fazla bilgiye ulaşmamızı sağlamasıdır.

Örgütte hedeflere nasıl ulaşıldığının açıklanması önemli bir konudur. Hedeflerin gelişimleri yıldan yıla izlenmektedir. Olmak istenen düzey belirlenmelidir ve bu da ancak kıyaslamalar ile ortaya konulabilmektedir. Olumsuz sonuçlar ve eğilimler de mutlaka raporlanmalı ve uygun açıklamaları eklenmelidir.

Sonuç olarak, veri toplama aşaması; öneri dokümanının hazırlanması ve örgütün neleri yaptığı ve neleri başardığı ile ilgilidir. Bu doküman değerlendirme sürecinde örgütü tanıtan öncelikli bir kanıttır.

#### **2.2.1.2.6 Verilerin Değerlendirilmesi ve Puanlama**

Bilgi ve verinin, değerlendirme için oluşturulan takım içerisinde incelenmesi gerekmektedir. Takım üyeleri toplanan veri ve bilgileri değerlendirerek güçlü yönleri, geliştirilmesi gereken alanları ve çevre koşullarını belirlemektedirler. Değerlendirme takımının ilk görevi, önerinin değerlendirilmesi ve puanlandırılmasını sağlamaktır. Denetçiler öneri dokümanını incelemekte, güçlü alanları tanımlamakta, geliştirilmesi gereken alanları saptamakta ve alan araştırmasında incelenmesi gereken alanları belirlemektedirler. Bu bilgiler puan defterine kaydedilmektedir. Daha sonra belirlenen mükemmellik modeline bağlı olarak puanlama rehberi doğrultusunda puanlama yapılmaktadır.

Bireysel değerlendirme ve puanlama sonrasında değerlendirme takımı üyeleri bir araya gelerek öneri hakkındaki görüşleri üzerine bilgilerini paylaşmaktadırlar ve güçlü alanlar, geliştirilmesi gereken alanlar, alan ziyareti ve puanlar hakkında görüş birliğine varmaktadırlar. Takım üyelerinin farklı görüşlerinin ortak bir noktada toplanması değerlendirme sürecinin önemli bir parçasıdır. Görüş birliği tüm denetçiler için bir öğrenme fırsatıdır ve ulaşılabilen tüm bilgilerin gözden geçirilmesi için fırsat sağlamaktadır.

Görüş birliği süreci tüm değerlendirme sürecine tarafsızlık sağlamaktadır. Tek bir denetçi tarafından örgütün tümü değerlendirilmemektedir. Etkili şekilde yürütülen takım çalışmasıyla görüş birliği süreci sonlandırılmaktadır.

Görüş birliği sürecinden sonra puanlamanın doğruluğunun güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla alan ziyaretleri yapılmaktadır. Özdeğerlendirmede, alan ziyareti sürecinin nesnelliği sağlamak için veri toplama aşaması ile entegre bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir.

Alan ziyaretinde önemli olan konulardan bir tanesi de tetkikçinin deneyim ve kabiliyetlerine uygun yerlerin değerlendirilmesini yapmasıdır. Baş tetkikçi alan ziyaretinden sorumlu kişidir. Bu ziyaret kısa bir giriş toplantısıyla başlatılmaktadır. Bu toplantıda üst yönetim bulunmaktadır.

Ziyaret sırasında tetkikçilerin istedikleri bilgileri çalışanlardan vermeleri beklenmektedir. Bu yolla rapor olarak gönderilen değerlendirme ile uygulama değerlendirmesi arasındaki tutarlılık belirlenmiş olmaktadır. Örgütün ne kadar çok bölümü, birimi ziyaret edilirse, örgüt hakkında o kadar iyi ve doğru bilgiye ulaşmak mümkün olmaktadır. Alan ziyareti tamamlandıktan sonra da kısa bir toplantı yapılmaktadır. Bu toplantıda alan ziyaretinin tamamlandığı bildirilmektedir.

#### **2.2.1.2.7 Geribildirim Raporunun Hazırlanması**

Geribildirim raporu değerlendirme sürecinin temel çıktısıdır. Örgütün son analizidir ve bireysel görüşlere dayanılmayarak hazırlandığı için objektiftir. Geri bildirim raporu değerlendirme takımı, öneri değerlendirmesindeki üyeler, uzlaşma toplantısında yer alan takım ve alan ziyaretini gerçekleştiren takımın görüşleri ile elde edilen bir rapordur. Rapor, güçlü yönler ve geliştirilmesi gereken alanlar ile ilgili sunumları kapsamaktadır ve örgütün mükemmellik yolculuğunda diğer örgütler karşılaştırılabilir veriler elde etmesini ve kıyaslama yapmasını sağlamaktadır. Bu rapor, örgütü gelişim fırsatlarının değerlendirilmesi konusunda

motive etmelidir. Baş tetkikçi geribildirim raporunu hazırlamaktan sorumlu olan kişidir. Bu rapor örgütlere gelişim fırsatlarını görmek ve örgütün şundaki durumunu değerlendirmek için büyük olanaklar sağlamaktadır. Geribildirim raporları yapıcı bir şekilde raporlanmalıdır ve gerçeklere dayandırılarak hazırlanmalıdır.

#### **2.2.1.2.8 Gözden Geçirme ve Faaliyet Planı**

Özdeğerlendirme döngüsü, süreçte nelerin iyi gittiği, nelerin geliştirilmesi gerektiği, bunların örgüte ne gibi yararlar sağladığı ve sağlayacağını belirlenmesi ile sonlandırılmalıdır. Örgütle ilgili paydaşlara sunulan değerlendirme raporları ve faaliyet planları, yapılan çalışmalar konusunda paydaşlara geribildirim verdiği için paydaş memnuniyetini de artırmaktadır.

Geribildirim raporu, örgüte gelişim fırsatını görebilmek için zengin bir kaynak oluşturmaktadır. Birbirinden farklı olarak kullanılan birçok önceliklendirme tekniği faaliyet planları için çok büyük önem taşımaktadır. Bu teknikler gerekli görülen alanların yapılandırılmasına olanak tanımaktadır. Önceliklendirme tekniklerinden başka daha yönetsel bir yol olan üst yönetim takımı üyelerinin her bir kriter için sorumluluk üstlenmeleri için onları cesaretlendirmektedir. Bu sorumluluğu üstlenen yöneticiler değerlendirmeden elde ettikleri çıktılarla faaliyet planları geliştirmektedirler.

Özdeğerlendirmeden elde edilen rapor, örgütün faaliyet planı yaparken kullandığı tek kaynak olmamalıdır. Değerlendirme, işletme planlama sürecinin sadece bir girdisi olarak ele alınmalıdır ve örgütün tümüne entegre edilmelidir.

### **2.2.2 MÜKEMMELLİK**

#### **2.2.2.1 Mükemmellik ve Kalite Ödülleri Geçmişi**

Örgütlerin içinde buldukları çevre çok karmaşıktır. Müşterilerin beklentileri günden güne yükselmektedir, daha yoğun ve karmaşık bir rekabet ortamı bulunmaktadır ve teknoloji hızla ilerlemektedir. Bu nedenle bir örgütün yönetim yapısının sağlam temeller üzerine oturtulması ve iyi işlemesi örgütün verimliliğini artırmaktadır. Örgüt yönetiminin, temeli kalite sistemine dayanan mükemmelliği benimsemesi ve özdeğerlendirme yoluyla mükemmelliğe ulaşması, örgütün yaşanan bu çalkantılı koşullarda ayakta kalabilmesini ve etkililiğinin devamlılığını sağlamaktadır.



Kalite, ekonomik gelişme için en önemli disiplin ve strateji olarak dünyaca kabul görmüştür. Küresel rekabetin yaşandığı yerlerde, ülkeler rekabet üstünlüğü sağlamak ve sürdürmek için stratejik kalite yönetimi, kalite sistemleri, kalite güvencesi ve kalite kontrol gibi birçok farklı kalite metotlarını uygulamaktadırlar.

Kalite kavramını inceleyecek olursak literatürde birçok bilim adamı kalitenin tanımını farklı biçimlerde yapmışlardır. Deming'e göre kalite, değişmezliğin ve güvenilirliğin düşük maliyet ile pazarın ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde tahmin edilmesidir. Juran'a (1951) göre ise kalite, kullanıma uygunluktur. Kalitenin diğer bir tanımını da Crosby (1979) "gerekliliklere uygunluk" olarak yapmıştır. Avrupa Kalite Kontrol Örgütü (EOQC) ile Amerikan Kalite Kontrol Derneğince benimsenen kalite tanımı şu şekildedir: "Kalite, bir ürün ya da hizmetin, belirlenmiş bazı ihtiyaçları karşılamadaki yeterliliğine ilişkin özelliklerinin tümüdür."

Kalitenin tanımları göz önünde bulundurularak, kalite, bir ürün ve/veya hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yetisine dayanan özelliklerin toplamıdır şeklinde ele alınabilmektedir (Doğan ve Tütüncü, 2003). Özetlenecek olursa temelde kalitenin özü, bir işi ilk seferde doğru yapmak, her zaman müşterilerin beklentilerini tatmin etmek ve bunu örgütte çalışan herkesin katılımıyla gerçekleştirmektir (Hafeez ve diğ. 2006).

Genel olarak, kalite tanımlarını inceledikten sonra kaliteli ürün üretmek veya hizmet sunmak için örgütler çeşitli yöntemleri kullanmaktadırlar. Bunlardan bir tanesi de mükemmellik veya kalite ödülleri. Kalite ödülleri, kalite ve iş mükemmelliğini desteklemekte ve değerlendirme sürecinde büyük rol oynamaktadırlar (Puay ve diğ, 1998). Son 20 yıldır ulusal ve uluslararası kalite ödülleri örgütleri yenilikçi kalite yönetim kavramları ve uygulamalarının gelişimini desteklemek için oluşturulmaktadır (Biazzo ve Bernardi, 2003).

Mükemmellik modelleri örgüt performansını etkilemektedir ve örgütün örgütsel mükemmelliğe ulaşmasını sağlamaktadır (Tütüncü ve Küçükusta, 2007). Mükemmelliğin sadece kurum ya da belirli bir örgüt tarafından bir dizi gerekliliklerin sıralandığı adımlar olarak görülmemesi gerekmektedir. Örgütü iş mükemmelliğine ve sonucunda da performans mükemmelliğine ulaştıracak gerekli yöntemlerin sunulduğu ve bir rehber niteliğinde karşımıza çıkan değerlendirme süreci olarak görmek mümkün olabilmektedir. Performans mükemmelliği; müşterilere değer kazandırmak, 1) pazarda üstünlük sağlamak, 2) genel örgütsel etkililiği ve örgüt becerilerini geliştirmek ve 3) örgütsel ve bireysel öğrenme ile

örgütsel performans yönetimine entegre bir yaklaşım olarak tanımlanabilmektedir (Baldrige National Quality Programme, 2004).

Pazar avantajı kazanmak ve örgütün tanınmışlığını artırmak, ödüllere başvurmak için en etkili neden değildir. Bundan başka nedenler de bulunmaktadır. Ron Burnstein bu nedenleri şöyle özetlemiştir (Ghobadian ve diğ., 1994 );

- Örgüt teklif hazırlarken ve kapsamlı bir değerlendirme sürecinden geçerken, kalitenin geliştirilmesine yönelik birçok fayda sağlayacak çıktılar elde etmektedir.
- Kalite geliştirme uzun dönemli bir süreçtir ve örgütteki herkesin katılımıyla gerçekleştirilmektedir. Ödül bu çabaların bir çıktısıdır ve personeli motive etmektedir.
- Sürekli olarak yapılan özdeğerlendirme, örgütün güçlü ve zayıf yönlerini belirlemekte ve bu yönlerle bağlı olarak planlama yapmasını sağlamaktadır.

Ödüllerin en önemli amacı, genel olarak kalitenin sürekliliğini artırmaktır. Diğer bir amacı ise deneyimlerin paylaşılması olanağı sağlamakta ve örgütsel davranışı olumlu yönde etkilemektedir. Ödüle başvuran örgütler özdeğerlendirme sürecinden geçtikleri için örgütün toplam kalitesi ve bu yolla sağlanan sonuçlara etki eden soyut ve somut süreçlerin tanımlanmasına olanak sağlamaktadır (Ghobadian ve Woo,1996).

Örgütün değerlendirilmesi günden güne daha da önem kazanmaktadır (Zink ve Schmidt, 1998) ve sadece dünyada ortaya çıkan ve yayılan uluslararası kalite ödüllerinin olması ile ilgili değildir. Örgütlere bir kalite ödülüne sahip olmak ve bu yolla örgütün mükemmel olduğunun kanıtlanması, onlara ülkelerinde ve hatta uluslararası düzeyde ve buldukları sektörde prestij getirerek rekabet avantajı sağlamaktadır.

Kalite ödüllerinin kriterleri, kamu ve özel sektörde bulunan örgütlerin gelişim aşamalarını ve potansiyellerini ölçmede özdeğerlendirme sağlamaktadır. Bütün modeller örgüt performansının ölçülmesine yönelik oluşturulmuştur. Bu ödüller aynı zamanda örgütler arası performans karşılaştırmalarına da olanak sağlamaktadır. Dünyada birçok örgüt özdeğerlendirmeyi kullanmaktadır. Özdeğerlendirme sadece sürekli gelişimi ölçmeyi değil, aynı zamanda örgütün normal aktivitelerine iş ve örgütsel mükemmelliğin entegrasyonunu kolaylaştırmaktadır.

Bohoris (1995) ve Nakhai & Neves (1994) kalite ödülleri modellerini “kalitatif gözlem araçları” veya “birbiriyle tutarlı standartlar” olarak tanımlamaktadırlar. Bu da örgütlerin kalite ile ilgili faaliyetlerini gerçeklere dayalı bir şekilde yürütmelerini sağlamaktadır. Kalite ödüllerinin, performansı artırma ve örgütlerin rekabet edebilirliklerini sağlamadaki başarısı

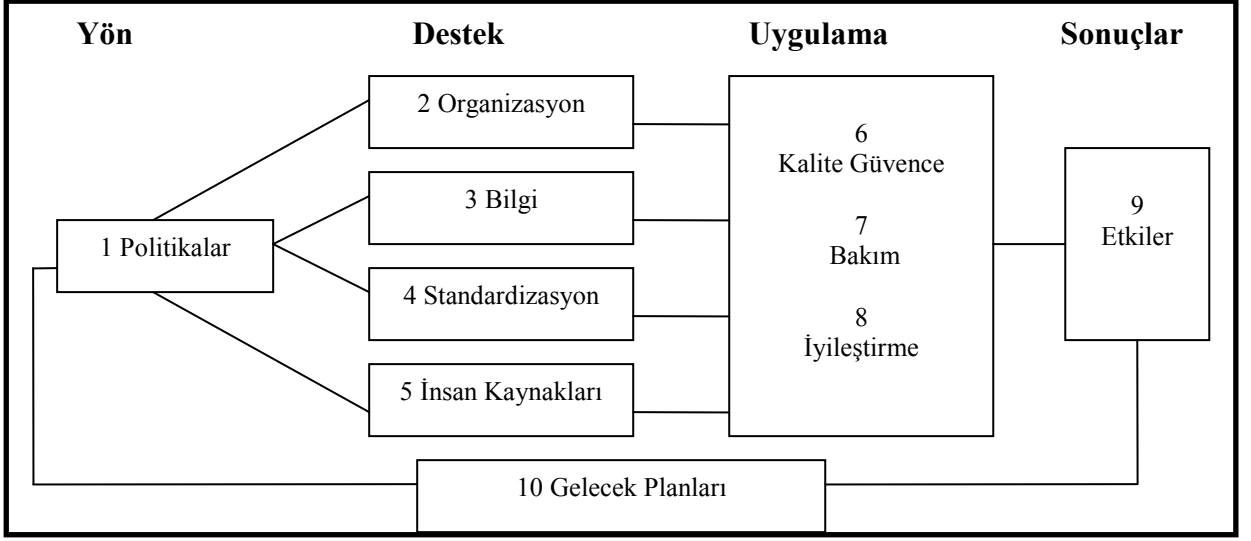
çok fazla dikkat çekmiştir (Tan, 2002). Bu nedenle, ülkeler kendi kültürlerine ve özelliklerine bağlı olarak ulusal kalite ödüllerini oluşturma girişiminde bulunmuşlardır. Genelde EQA, MBNQA ve Deming Ödülü gibi uluslararası düzeyde kabul görmüş iş mükemmelliği modellerini ülkeler kendi özelliklerine göre adapte etme yoluna gitmişlerdir.

Var olan dünya ekonomisinde iş mükemmelliği, kalite yönetimi prensiplerinin anlaşılması ve kalite yönetimi uygulamalarının yürütülmesi ile gerçekleştirilebilmektedir (Vora, 2002). 1980 yıllarının sonu 1990'ların başında kalitenin örgütlere stratejik avantaj yaratması gerçeğinden yola çıkarak birçok ülkede kalite ve mükemmellik ile ilgili modeller oluşturulmuştur. Ancak Japonya'da özdeğerlendirmeye olan gereksinim duyulduğundan itibaren bir ödüllendirme sistemi oluşturulmuştur. Bu da 1951 yılında oluşturulan Deming ödülüdür. Bu ödüllerle örgütler kendilerine sürekli gelişim aracı edinmiş olmuşlardır. Mükemmellik modelleri mükemmellik stratejilerinin uygulanması, özdeğerlendirme yapmak, kıyaslama yapmak ve performans geliştirilmesini desteklemektedir.

Kalite ödülleri uzun bir geçmişe sahiptir. Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği (The Union of Japanese Scientists and Engineers-JUSE), W.E. Deming'in Japon endüstrisine sağladığı katkılardan dolayı 1951 yılında Deming Ödüllerini kurmuştur. Deming ödüllerinin 3 farklı kategorisi bulunmaktadır. Bunlar;

- Bireyler için Deming Ödülleri
- Deming Uygulama Ödülü
- İşletme Birimleri için Kalite Kontrol Ödülü

İşletmeler veya işletme bölümlerinin istatistiksel metotları kullanarak kalite kontrol uygulamalarını gerçekleştirmeleri sağlanmaktadır. Model (Şekil 2), 10 eşit ağırlıklı kriterden oluşmaktadır. Değerlendirme süreci çok zor ve karmaşıktır. Deming ödüllerinin kazanmanın birçok faydası örgüt tarafından bilinmektedir. Daha önce ödülü kazanan örgütler; kazanç oranları, verimlilik, büyüme oranları gibi göstergelerde endüstri sektöründe güçlü finansal performansa sahip olmuşlardır.

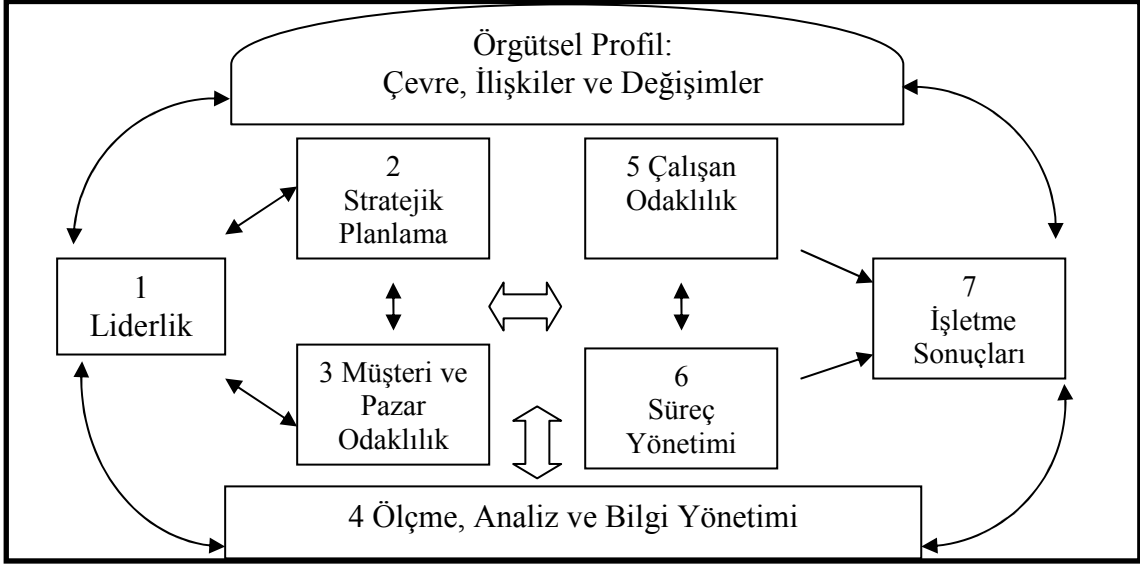


**Şekil 2:** Deming Modeli (JUSE, (2007, 2008a, 2008b) Guide for the Deming Prize)

Birleşmiş Milletler Hükümeti, Amerikan şirketlerine rekabette avantaj yaratmak için 1988’de Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödüllerini (MBNQA) oluşturmuşlardır. Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü (The National Institute of Standards and Technology-NIST) ödül sürecinin geliştirilmesi ve yönetilmesinden sorumludur. Bu ödül dünyada en çok bilinen mükemmellik ödülü ve özdeğerlendirme için kullanılan en yaygın modeldir. Yıllık olarak verilen bu ödül önceleri sadece özel sektör işletmeleri için verilirken, 1991 yılından itibaren ödülün eğitim ve sağlık hizmetleri kriterleri de oluşturulmuştur. NIST ödül sisteminin yönetiminde, Amerika Kalite Topluluğu ise değerlendirme sürecinde görev almaktadır. Örgütün rekabet edebilirlik gücünü artırmaya yardımcı olmak amacıyla kriterler (Şekil3) belirlenmiştir. Bu kriterleri oluşturulurken iki amacı karşılaması beklenmiştir. Bunlar: müşterilere gelişen değerleri sürekli olarak sunmak ve genel örgüt performansını geliştirmektir.

Performans mükemmelliği için Baldrige kriterlerinde şunlar vurgulanmaktadır;

- Liderlik
- Stratejik planlama
- Müşteri ve pazar odaklılık
- Ölçme analiz ve bilgi yönetimi
- Çalışan odaklılık
- Süreç yönetimi
- Sonuçlar

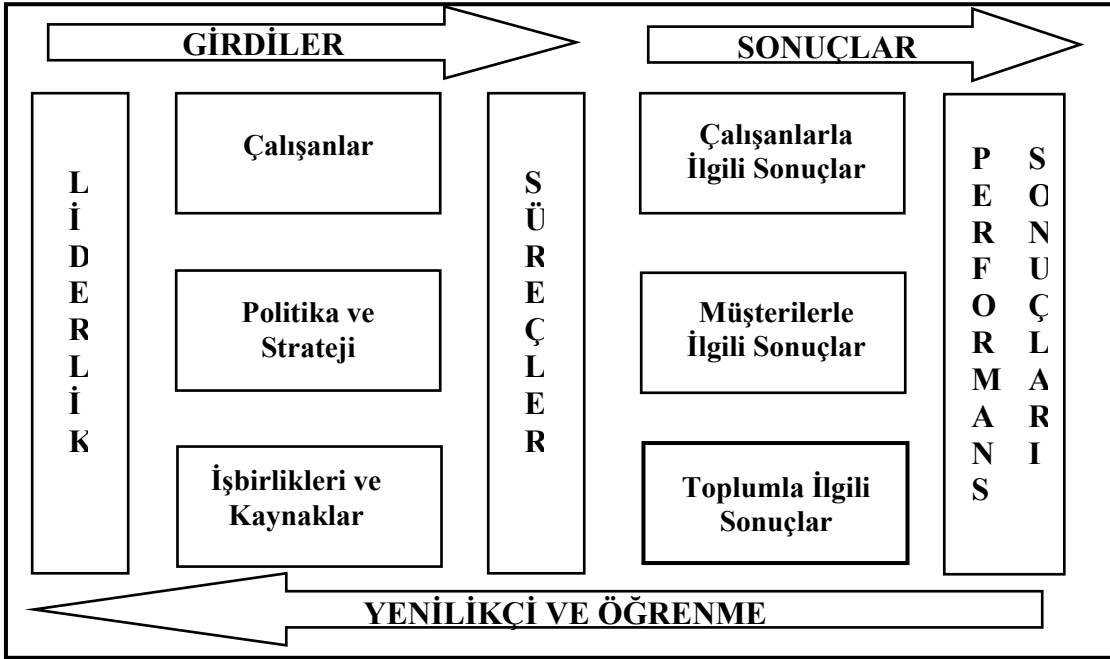


**Şekil 3:** 2008 Baldrige Ödül Kriterleri Kapsamı– Sistem Yaklaşımı (2009–2010 Malcolm Baldrige Business Excellence Criteria, 2008).

MBNQA'dan sonra 1988'de 14 Avrupa Şirketinin bir araya gelerek hazırladığı model 1989'da resmi olarak oluşturulmuştur. Avrupa Kalite Yönetimi Kurumu (EFQM) tarafından geliştirilen kalite ödülü 1991 yılında hayata geçirilmiştir. EFQM Mükemmellik Modeli, mükemmelliği yakalayabilmek için birçok yolun olduğunu ve iyi bir liderlik politikası ve çalışanlara benimsetilmiş stratejilerle, ortaklıklarla, kaynaklar ve süreçlerle elde edilen sonuçların mükemmel olacağını belirtmişlerdir. Kategoriler ihtiyaçlara göre belirlenmektedir. 1997'de KOBİ'lere yönelik bir kategori oluşturulmuştur. 1998'de kamu sektörü kategorisi ve 1999'de operasyonel bölümler için kategoriler oluşturulmuştur.

EFQM kriterleri EFQM (Şekil4) (2008a, 2008c):

- Liderlik
- Politika ve Strateji
- Çalışanlar
- Ortaklıklar ve Kaynaklar
- Süreçler
- Müşteri Sonuçları
- Çalışan Sonuçları
- Toplum Sonuçları
- Temel Performans Sonuçları



Şekil 4: EFQM Modeli (EFQM, 2008b)

Modellerin, mükemmellik stratejilerinin uygulanması özdeğerlendirme, kıyaslama ve performans geliştirme için uygulanabilirliği yüksektir. Modeller ve belirlenen özdeğerlendirme süreçleri örgütlere kalite faaliyetlerinde yeni bir yön göstermektedir (Dale ve diğ., 2000).

Ödüller, özdeğerlendirme için sürekli değişim sunarak, sürekli gelişim için motivasyon sağlayarak ve kalite stratejilerine dikkat çekmeye odaklanarak kaliteyi yükseltmek ve TKY için bir model çerçevesi kurmak için oluşturulmaktadır (Henry, 1990). Ödül için başvuranlar arasında bilgi paylaşımı sağlamakta ve örgütlerin kendi aralarında kıyaslama yapabilme imkanı sağlamaktadır (Micklewright, 1993).

#### 2.2.2.2 Mükemmelliğin Temel Konuları

Birçok mükemmellik yaklaşımı TKY'nin ayrıntıları ile ilgilenirken, mükemmellik kavramı bütüne odaklanmaktadır. İş mükemmelliği ya da örgütsel mükemmellik örgütün gelişim faaliyetlerinde tam entegrasyonu sağlamaktadır. Mükemmelliğin temel konuları (Porter ve Taner, 2005):

- Liderlik: Liderlerin örgüt için anlaşılır yön ve değerleri belirlemeleri, müşteri odaklı olmaları, mükemmelliği izleyerek örgütü ve çalışanları desteklemeleri, mükemmellik yaklaşımının temelidir.
- Müşteri Odaklılık: Müşteri, ürün veya hizmet sunumunu değerlendiren en son alıcıdır. Müşteri bağlılığı ve sadakati, müşterinin var olan ve gelecekteki beklentilerini ve ihtiyaçlarını anlayarak ve buna cevap vererek oluşturulabilmektedir. Müşteri sesi sunulacak ürün ve hizmetin tasarlanmasında ve müşteriye etki edecek süreçlerin tasarlanmasında çok önemlidir.
- Stratejik Düzenleme: Bütün mükemmellik modelleri stratejik gelişimi, düzenlemeyi ve planlamayı vurgulamaktadır. Bu nedenle de mükemmellik modelleri TKY'den ayrılmaktadır; çünkü TKY'de stratejik entegrasyon genellikle dışarıda bırakılmaktadır.
- Örgütsel Öğrenme, Yenilik ve Gelişim: Etkili bilgi paylaşımıyla bireysel ve örgütsel öğrenmeyi, yeniliği ve gelişimi özendirmek mükemmellik yaklaşımının kritik öğelerinden biridir.
- Çalışan Odaklılık: Bir örgütün başarısı yüksek oranda çalışanların bilgilerine, yeteneklerine, yaratıcılıklarına ve motivasyonlarına bağlıdır. Çalışanlar güven ve destek kültürüyle paylaşılan değerleri destekleyen potansiyel takımı oluşturmaktadırlar. Değerli çalışanlar mükemmellik yaklaşımının diğer kritik bir ögesini oluşturmaktadır.
- Ortaklık Gelişimi: Örgütlerin uzun dönemli stratejik yarar sağlayacak, müşteriler, tedarikçiler, eğitim örgütleri gibi ortaklıklar geliştirmeye ihtiyaçları vardır. Başarılı uzun dönemli ortaklıklar, ortakların birbirlerine sürekli değer kazandırmalarına bağlıdır.
- Kanıta Dayalı Süreç Yönetimi: Bütün mükemmellik yaklaşımlarının odak noktası, süreçlerin müşteri ihtiyaçlarını karşılaması, süreç yönetiminin sistematik bir şekilde olması ve müşteri geribildirimleriyle sürecin kendi kendini geliştirmesi üzerine tasarlanmasıdır. Sürecin yeterliliği, örgüt süreçlerinin müşteri beklentilerini karşılama yeteneğine dayanmaktadır.
- Sonuçlara Odaklanma: Mükemmellik, müşteriler, çalışanlar, tedarikçiler ve ortaklar, kamu ve toplum gibi temeldeki bütün paydaşlara değer yaratılmasıyla ilgilenmektedir. Paydaş beklentilerindeki denge, başarılı strateji geliştirilmesi için kritik bir noktadır.
- Sosyal Sorumluluk: Kamu, ahlaki davranış ve iyi vatandaşlık sorumluluğu mükemmellik yaklaşımlarında ve örgütün uzun dönemli eğilimlerinde çok önemlidir.

## 2.3 SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZDEĞERLENDİRME VE MÜKEMMELLİK

### 2.3.1 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Günümüzde sağlık hizmetleri değişim ve gelişim göstermektedir. Ayrıca toplum ihtiyaçları, beklentiler, teknolojik değişimler gibi birçok faktör sağlık kurumlarını ve bu kurumlarda sunulan hizmeti etkilemektedir. Toplumların ve içinde bulunduğumuz çevredeki değişim eğilimleri sağlık hizmetlerine de yansımaktadır. Kanji ve SA (2003) sağlık hizmetlerinin gösterdiği eğilimleri aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- Maliyetlerin yükselmesi ve finansal baskılar,
- Nüfusun yaşlanması,
- Tıbbi alanlarda gerçekleştirilen buluşlar,
- Yaşam ve eğitim standartlarının yükselmesi ve hastaların yüksek beklentileri,
- Satıcı odaklı kültürden alıcı odaklı kültüre geçiş olması,
- Rekabetin artması ve sağlık hizmetleri sunumunda alternatif mekanizmaların ortaya çıkması,
- Hükümetler tarafından yapılan düzenlemeler ve bu düzenlemelerin kamu ve özel gruplar tarafından izlenmesi,
- Bilgiye ulaşılabilirliğin artması,
- Sağlık hizmetleri profesyonellerinin işe alımı ve işte tutundurulmasında karşılaşılan zorluklar.

Listelenen bu baskı ve eğilimler, sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumların daha fazla hasta odaklı olmalarına, maliyetleri kontrol etmelerine, kaynakları etkili ve verimli bir şekilde geliştirmelerine ihtiyaç duyulmaktadır (Kanji ve SA, 2003). Bu ihtiyaçlar zaten kalitenin temelinde yatan konular olduğundan kaliteli hizmet sunma bilincini taşıyan kurumlar bu eğilimlerden oldukça az etkilenebileceklerdir.

Sağlık kurumları, kendine özgü özellikleri, değişen dünyada gösterdikleri eğilimler ve insan hayatı ile doğrudan ilişkili olmaları nedeniyle kaliteli hizmet sunumunun kaçınılmaz şekilde gerçekleşmesi gereken kurumlardır. Bir sağlık kurumunda çalışan idari, teknik ve tıbbi personelin yeterlilik ve eğitimleri, benimsedikleri örgüt kültürü, davranış ve tutumları, kurumun alt yapı koşulları, kullanılan ekipman, araç-gereç, malzeme vb. bir çok farklı yapıdaki faktör kişilere verilen sağlık hizmetinin kalitesini belirlemektedir.



Sağlık hizmetlerinde yüksek düzeyde kaliteli sağlık hizmeti sunarken aynı zamanda, iyi sonuçların alınması, iyi bir çevrenin oluşturulması, olumsuz koşulları azaltan süreçlerin sağlanması, kaynaklardan doğru bir şekilde faydalanılması ve hasta beklentilerinin zamanında karşılanması gerekmektedir (Dlugacz, 2004).

Kaliteli sağlık hizmeti için farklı tanımlamalar yapılmıştır. Sağlık hizmeti kalitesinin zor açıklanabilen bir kavram olması, sağlık alanının özelliklerinden ileri gelmektedir. Hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesi ve bunların açık bir şekilde tanımlanmayışı, dahası subjektif faktörlerin etkilerine açık oluşu, doğrudan doğruya nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanmasını güçleştirmekte ve sağlık hizmeti kalitesinin sezgisel olarak algılanmasını gündeme getirmektedir (Şahin ve Yılmaz, 2007).

Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin özellikleri ve eğilimleri açıkladıktan sonra kalite kavramını açıklamamız mümkün olabilmektedir. Öncelikle, Roemer ve Montoya-Aguilar (1988) sağlık hizmetlerinde kalite kavramını “kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesi” olarak tanımlamaktadır. Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesinin tanımına göre ise “Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir. “

Sağlık hizmetlerinde kalitenin diğer bir tanımlaması da; dış müşteri olarak adlandırabileceğimiz hastaların ihtiyaçlarının öneminin kavranarak, sürekli ve istikrarlı bir şekilde giderilmesidir. Doğru teşhis, tedavi, hızlı hizmet ve güler yüzlü olmak, temiz ve hijyenik ortam, uygun fiyat vb. hastanın mutluluğuna dönük faaliyetler bütünü, sağlıkta kalitenin birer unsurudur (Morgil ve Küçükçirkin, 1995).

Donabedian’ a (1988) göre ise, sağlık konusunda kalite, tamamen açıklanması güç belki de imkânsız olan bir kavramdır. Ancak, Donabedian, sağlık hizmetlerinin yedi özelliğinin kaliteyi belirlediğini ileri sürmektedir. Bu özellikler:

- Etkenlik; sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisi,
- Etkililik; sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme derecesi,
- Verimlilik; sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneği,
- Optimallik; maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması,
- Kabul Edilebilirlik; hasta - hekim ilişkileri, kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluk,
- Meşruluk; toplumsal tercihlerine uygunluk,

- Eşitlik; hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanması, şeklinde özetlenebilmektedir.

Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Uz, 1995, Hayran ve Sur, 1997).

Sağlık kurumları emek yoğun örgütler olduğundan dolayı insan faktörünün, hizmetin kalitesine etkisi büyüktür. Bir sağlık kurumunda çalışan personelin maddi veya manevi işinden tatmini, kendi sosyal yaşantısı, iş ilişkileri vb. daha birçok etki kişinin sunduğu sağlık hizmetini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Sunulan hizmetin bir standardizasyonu olmadığından sunumda değişiklikler olabilmektedir. Aynı zaman da sağlık hizmeti kullanıcıları da farklılık göstereceğinden sunum her zaman aynı olmamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde amaç, diğer üretim ve hizmet sektöründe olduğu gibi sağlık hizmeti kullanıcılarının (hasta, hasta yakını) beklentilerini karşılamak ve hatta beklentileri üzerine çıkmaktır. Ancak sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı sağlık hizmetini kullananlar, herhangi bir sağlık kurumuna geldiklerinde sahip oldukları ruh hali, onların rahatsızlıklarından dolayı olumsuz yöndedir. Bir an önce eski sağlıklarına ulaşmak istediklerinden dolayı da beklentileri çok yüksek olmaktadır. Bu durumda öncelikle gerekli olan hastanın olumsuz durumunu ortadan kaldırmak, yani doğru olan teşhisi koymak ve gerekli tedaviyi uygulamak gerekmektedir. Hastalar, teşhis ve tedavi ile ilgili bilgi düzeyine sahip olmadıklarından ve sağlık hizmeti sunan ile hizmeti kullanan arasında bilgi asimetrisi olduğundan dolayı, teşhis ve tedavinin kalitesi ile ilgili bir fikir sahibi olmaları imkânsızdır. Bu durumda hasta yalnızca bakım koşulları ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilmektedir (Kavuncubaşı ve Esatoğlu, 1998).

### **2.3.2 Sağlık Hizmetlerinde Kaliteye Duyulan İhtiyaç**

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinde kaliteye duyulan ilgi ve girişimler (1) bireyselden örgütsel ve ulusal düzeye kadar değişen kapsamına; (2) hastaneden ayakta sunulan (temel) sağlık hizmetlerine ve uzun dönemli bakıma kadar değişen hizmet sunum yerlerine; (3)

klinden yönetsel düzeeye kadar değişen odak noktasına; ve (4) kalite güvencesinden kalite iyileştirmeye kadar değişen yönelime göre çeşitlilik göstermektedir (Donahue ve Yen 1997).

Birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinin üzerinde daha hassas durulması gerekmekte ve olabildiğince yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır (Yüksel ve Sadaklıoğlu, 2007). Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Devebakan, 2006).

Sağlık sektöründe kaliteye ihtiyaç duyulmasının bazı nedenleri bulunmaktadır. Bu nedenleri aşağıdaki gibi sıralamamız mümkün olmaktadır:

- Kişilerin bilinçlenmesi ve beklentileri doğrultusunda hizmet sunumu ile karşılaşmak istemeleri,
- Bireyin satın alma gücündeki artış ile doğru orantılı olarak en kaliteli hizmeti almak istemesi,
- Sağlık hizmetlerinde ülke politikalarının kaliteli hizmet sunumu için oluşturdukları düzenlemeler,
- Sağlık kurumları arasında rekabet artışı,
- Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli hizmetler olması ve kaliteli hizmet sunarak bu maliyetlerin azaltılmasının sağlanmasıdır.

Tüm ürün üreten ve hizmet sunan örgütlerde ürün ve hizmetlerin planlama, gerçekleştirme, sunum ve sonrasında gerçekleştirilen süreçlerin kalite gerekliliklerinin yerine getirilmesi kaçınılmazdır. Ancak sağlık hizmetlerinin kendilerine özgü özelliklerinden dolayı hasta beklentilerinin gerçekleştirilmesi yani hastaya doğru teşhisin konması, uygun tedavinin gerçekleştirilmesi ve hastanın izlenmesi gerekmektedir. Hatta hastanın beklentilerinin üzerine çıkılması gerekmektedir. Bunu sağlarken sağlık hizmeti sunan hekim, hemşire, sağlık memuru vb. personelin de gerekli beceri ve yeterliliğe sahip olması hastaya sunulan hizmetin kalitesinin büyük ölçüde belirleyicisidir.

Hastaların kaliteli hizmet sunumu anlayışlarını, hastaların sunulan tedavi hizmeti ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olması veya hiçbir bilgiye sahip olmamalarından dolayı tedavi kalitesi ile ilgili olmamaktadır. Bunun yanı sıra hekim ve hemşirenin hastayı güler yüzlü bir şekilde karşılamaları, teşhis ve tedavi yapılan sağlık kurumunun fiziksel koşullarının iyi olması, temiz ve hijyen kurallarına uygun olması, otopark veya ulaşım ile ilgili sorun

yaşamamaları hastaların sağlık kurumu ve sunulan hizmet ile ilgili kalite algularında belirleyici rol oynamalarına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetiminde takip edilecek tek bir teknik veya yaklaşım, daha doğrusu tek bir yol yoktur. Her kurum veya örgüt kendi içinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında örgüt yapısına, çalışanlarının ve diğer kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine, içinde bulunduğu çevreye göre kendisine en uygun olan bir yöntem veya yöntemlerin bileşimini seçip uygulamalıdır. Kaliteyle ilgili yaklaşımlar günü birlik, geçici, belli bir dönemi içine alan veya ek bir iş gibi değil, diğer yönetsel işlevlerin temel bir parçası olarak ele alınmalıdır (Hayran ve Uz). Sağlık hizmet kalitesinin tanımlanması zor olduğu kadar, ölçülmesi de zordur (Argan ve Argan, 2002).

Kalite ile ilgili tüm yaklaşımların temel öğelerinden birisi müşterinin tam memnuniyetidir. Sağlık hizmetlerin planlanmasında, uygulanmasında ve izlenmesinde hasta memnuniyeti mutlaka önemli bir adım olarak ölçülmeli ve sonuçları planlama, öncelik belirleme ve uygulamaların yeniden şekillendirilmesinde mutlaka dikkate alınmalıdır (Hayran ve Uz).

### **2.3.3 Sağlık Hizmetlerinde Özdeğerlendirme ve Mükemmellik**

Çevresel baskılara yanıt vermek, rekabette üstünlük sağlamak, önemli değişimleri başarmak, maliyetleri aşağı çekmek ve verimliliği artırmak amacıyla performans ölçümü ve kalite geliştirme çalışmaları başlatılmıştır (Uslu ve Aydın, 2007). Kurumsal kaliteyi geliştirmeye yönelik olarak uluslararası kabul görmüş özdeğerlendirme modelleri çeşitli sektörlerde faaliyet gösteren örgütlerin performanslarının gelişmesine katkı sağlamıştır.

Performansın geliştirilmesini sağlamak amacıyla örgütlerin özdeğerlendirme çabalarının çok eski bir geçmişi yoktur. 1951 yılında Deming Ödülleri ile ortaya çıkmaya başlayan bu kavram, Amerika'daki örgütlerin özdeğerlendirme yaklaşımını benimsememeleri ve faydalı olabileceğini düşünmemeleri nedeniyle çok önemsenmemiş ve bu nedenle Japonya'da bulunan örgütlerin bir değerlendirme sistemi olarak karşımıza çıkmıştır. Ancak Japonya'daki örgütlerin özdeğerlendirme ile büyük kazanımlar sağlamaları, dikkatin bu yöne çekilmesine neden olmuştur.

Özdeğerlendirmenin mantığında yatan sürekli gelişim ve performansın artırılması kavramları, örgütün kendi kabiliyetlerini ve yeteneklerini görmeleri ile birleşmiş ve ortaya daha etkili ürün üreten veya hizmet sunan işletmeler ortaya çıkmıştır. Özdeğerlendirme ile

örgüt güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerini belirlediği için çevre koşullarına daha kolay adapte olabilmekte, daha verimli işletilebilmekte ve böylelikle diğer örgütlere göre rekabet avantajı sağlayabilmektedir.

Bu kazanımların farkına varan Amerika örgütleri özdeğerlendirme ile ilgili çalışmalara başlamışlar. 1987 yılında Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülleri (MBNQA) adıyla bir model oluşturulmuştur. Örgütler bu model doğrultusunda belirlenen kriterlere göre özdeğerlendirme yapıp kendi güçlü yönlerinin, geliştirilmesi gereken alanlarının, kabiliyet ve yeterliliklerinin farkına varabilmektedirler.

Bu modelin oluşturulmasından sonra 1991 yılında Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı'nın (EFQM) oluşturduğu Avrupa Kalite Ödülü (EQA) adında bir başka özdeğerlendirme modeli daha oluşturulmuştur. Ülkeler özdeğerlendirme ve sonuçları ile ilgili kazanımlarının çok olması nedeniyle, ulusal kalite ödülleri yayınlamışlardır. Bugün birçok ülkenin kendine özgü, kendi kültürünü ve ülke özelliklerini içinde barındıran özdeğerlendirme modeli bulunmaktadır.

Genel olarak bu ödüller model yapısı temel alınarak farklı sektörlerden olan örgütler de kullanabilmektedir. Ancak MBNQA'da işletmeler, eğitim kurumları ve sağlık kurumları olmak üzere üç boyutta ele alınmıştır. Örgütün içinde faaliyet gösterdiği sektöre göre kriterler oluşturulmuştur. Bu uygulama ilk olarak MBNQA'da ortaya çıkmıştır. Bu modelde sağlık sektörüne özel kriterler belirlenmiş ve sağlık kurumunun iş mükemmelliğinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren ve mükemmellik modeli doğrultusunda ödül alan örgütler incelendiğinde Deming Ödülüne sahip olan ve faaliyet alanı sağlık olan yalnızca bir işletme karşımıza çıkmaktadır. EFQM tarafından sağlık alanında verilen ödülleri incelediğimizde ise, 2 hastane, 1 tıp merkezi, 1 diş sağlığı merkezi ve 1 de tıbbi cihaz üreticisi bu ödülü almaya hak kazanmıştır. Son olarak MBNQA'yı incelediğimizde, 2002 yılından itibaren sağlık hizmetleri kriterleri yayınlayıp ayrı bir kategori olarak ödül dağıtıldığından dolayı toplamda 9 sağlık kurumuna ödül verilmiştir. Ülkemizde de EFQM Mükemmellik Modeli kullanılarak Ulusal Kalite Ödülleri verilmektedir. Bu ödül kapsamında da 1 tane sağlık sektöründe faaliyet gösteren örgüt ödülü almaya hak kazanmıştır.

### 2.3.4 Sağlık Hizmetlerine Yönelik Oluşturulan Mükemmellik Modelleri

Genel olarak ödüllerin belirli bir çerçevesi bulunmaktadır ve sektör farkı gözetmeksizin bu modeller her türde işletmeye uygulanabilmektedir. Ancak MBNQA verdiği ödül kategorileri 3 altında toplamıştır. Bunlar Genel İşletmeler, Eğitim ve Sağlık Hizmetleri kategorileridir.

#### 2.3.4.1 MBNQA Sağlık Hizmetleri Kriterleri

##### 0. Örgütsel Profil

Örgütü tanımlayan bir resim niteliğindedir. Örgütün işletilmesi ile ilgili temel etkileri ve karşılaşılan zorlukların tanımlanmasını içeren kategoridir.

**P1. Örgütsel Tanımlama:** Örgütün içinde bulunduğu çevrenin ve ilişkide olduğu hastaların, tedarikçilerin, ortakların ve paydaşların tanımlandığı alt kategoridir.

**P2. Örgütün Durumu:** Bu alt kategori, örgütün rekabet çevresinin, stratejik zorlukların ve avantajların ve performans geliştirme sisteminin tanımlanmasını gerektirmektedir.

##### 1. Liderlik

Liderlik kategorisi, örgütte üst düzey liderlerin örgütü nasıl yönettikleri ve örgütün devamlılığını nasıl sağladıkları sorgulanmaktadır. Ayrıca örgütün etik açıdan, yasal yönden ve sosyal sorumlulukları bakımından nasıl yönetildiği açıklanmaktadır.

**Üst Düzey Liderlik:** Üst düzey liderlerin örgütü nasıl yönettiği ve örgüt devamlılığını nasıl sağladıkları sorgulanmaktadır. Ayrıca üst düzey liderlerin çalışanlarla nasıl iletişim kurduğu ve yüksek performansa ulaşmak için çalışanları nasıl motive ettikleri açıklanmaktadır.

**Yönetim ve Sosyal Sorumluluk:** Örgüt yönetim sistemi sorgulanmaktadır. Örgütün sosyal sorumluluklarının vurgulanması, etik yaklaşımların benimsenmesi, vatandaşlık uygulamaları ve örgütün topluma katkısının nasıl sağlandığı açıklanmaktadır.

##### 2. Stratejik Planlama

Stratejik planlama kategorisinde, örgütün stratejik amaçlarını ve faaliyet planlarını nasıl gerçekleştirdiği sorgulanmaktadır. Ayrıca belirlenen amaçların ve faaliyetlerin örgüte nasıl yayıldığı ve gerekiyorsa değişimin nasıl gerçekleştiği açıklanmaktadır. İlerlemenin nasıl ölçüldüğü de bu kategori altında incelenmektedir.

**Strateji Geliştirme:** Örgütün stratejik zorlukları ve amaçları nasıl tanımladığı sorgulanmaktadır. Bu zorluklar ve avantajlar vurgulanarak örgütün strateji ve stratejik amaçlarını nasıl oluşturduğu tanımlanmaktadır. Örgütün temel stratejik amaçları ve bununla ilişkili hedefleri sorgulanmaktadır.

**Stratejinin Yayılımı:** Örgütün stratejik amaçlarını, faaliyet planlarını nasıl uyguladığı sorgulanmaktadır. Örgütün faaliyet planları ve bununla ilgili temel performans ölçümleri veya göstergeleri açıklanmaktadır. Bu performans ölçümleri ve göstergelerine dayalı olarak yapılan karşılaştırmalarla örgütün gerçek performansı tahmin edilmeye çalışılmaktadır.

### 3. Müşteri Odaklılık

Müşteri odaklılık, Sağlık kurumunun hastalarının ve içinde bulunduğu pazarın gereklilikleri, beklentileri, ihtiyaçları ve tercihlerinin nasıl belirlendiği sorgulanmaktadır. Ayrıca, sağlık kurumunun hastalarıyla ilişkilerini nasıl geliştirdiği sorgulanmaktadır. Hasta bağlılığı, sadakati tatmini ve ürün veya hizmetin sürekliliğini sağlayacak temel faktörler belirlenmektedir.

**Müşterinin Sorumluluğu:** Sağlık hizmetleri sunumu ve bu hizmetlerin hastalar ve diğer paydaşlar tarafından nasıl kullanıldığı ile ilgili mekanizmalar tanımlanmaktadır. Ayrıca sağlık kurumunun nasıl hasta ve paydaş odaklı bir kültür oluşturduğu belirtilmektedir.

**Müşterinin Sesi:** Hastaların ve diğer paydaşların memnuniyet veya memnuniyetsizlikleri ile ilgili bilginin nasıl elde edildiği ve nasıl faaliyetlere yön gösterdiği tanımlanmaktadır. Ayrıca sağlık kurumunun pazardaki başarısının geliştirilmesi ile ilgili hasta ve diğer paydaş bilgilerinin nasıl kullanıldığı açıklanmaktadır.

### 4. Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi

Ölçme, analiz ve bilgi yönetimi Kategorisinde, bilgi ve verinin nasıl seçildiği, toplandığı, analiz edildiği, yönetildiği ve geliştirildiği sorgulanmaktadır ve bilgi teknolojisinin nasıl yönetildiği açıklanmaktadır. Bu kategoride ayrıca performansı geliştirmek için incelemelerin nasıl gözden geçirildiği belirtilmektedir.

**Ölçme, Analiz ve Örgütsel Performansın Geliştirilmesi:** Sağlık hizmeti sağlayan bir örgüt olarak, örgütün tüm düzeyleri ve bölümlerine veri ve bilgileri kullanarak performansın nasıl ölçüldüğü, analiz edildiği, düzenlendiği, gözden geçirildiği ve geliştirildiği açıklanmaktadır.

**Bilgi Yönetimi, Bilgi Teknolojisi ve Bilgi:** Hastalar, çalışanlar, tedarikçiler, ortaklar, işbirlikçiler ve müşteriler için gerekli olan veri, bilgi, yazılım ve donanımın kalitesinin ve ulaşılabilirliğinin nasıl sağlandığı açıklanmaktadır. Örgütün bilgi birikimini nasıl gerçekleştirdiği ve yönettiği tanımlanmaktadır.

## 5. Çalışan Odaklılık

Çalışan odaklılık kategorisinde, örgütün genel misyon, strateji ve faaliyet planlarıyla potansiyel varlıklarının kullanılması için, örgütün çalışanlarını nasıl örgüte bağladığı, yönettiği ve geliştirdiği sorgulanmaktadır. Bu kategoride, çalışan kabiliyet ve kapasite ihtiyaçlarını değerlendirmek ve yüksek performans için çalışma çevresi yaratma kabiliyeti açıklanmaktadır.

**Çalışan Sorumluluğu:** Yüksek performansı gerçekleştirmek için örgütün çalışanlarını nasıl örgüte bağladığı, hak ettiklerini verdiği ve ödüllendirdiği açıklanmaktadır. Yüksek performansı yakalamak için çalışanların, liderler de dahil olmak üzere, nasıl geliştirildiği açıklanmaktadır. Çalışan katılımının nasıl değerlendirildiği ve yüksek performansı yakalamada nasıl kullanıldığı belirtilmektedir.

**Çalışan Çevresi:** Örgüt işlerinin tamamlanması için çalışan kabiliyetlerini ve kapasitelerini örgütün nasıl yönettiği tanımlanmaktadır. Örgütün çalışan güvenliğini nasıl desteklediği ve örgütün nasıl bir çalışma iklimine sahip olduğu açıklanmaktadır.

## 6. Süreç Yönetimi

Süreç yönetimi kategorisinde, örgütün çalışma sisteminin nasıl tasarlandığı ve hastalara ve diğer paydaşlara değer kazandıracak ve örgütsel başarıyı ve sürdürülebilirliği sağlayacak çalışma sistemlerinin uygulanması için temel süreçlerin nasıl tasarlandığı, yönetildiği ve geliştirildiği açıklanmaktadır. Aynı zamanda acil durumlara hazır olma durumu da sorgulanmaktadır.

**Çalışma Sistemi:** Hastalara ve diğer paydaşlara değer kazandıracak sağlık hizmetinin sunulması, acil durumlar için hazırlık yapılması ve örgütsel başarının sağlanması ve sürdürülmesi için çalışma sistemlerinin nasıl tasarlandığı ve temel süreçlerin nasıl tanımlandığı açıklanmaktadır.



**Çalışma Süreçleri:** Hastalara ve diğer paydaşlara değer kazandıracak sağlık hizmetin sunulması ve örgütsel başarının sağlanması ve sürdürülmesi için temel iş süreçlerinin nasıl tasarlandığı, uygulandığı, yönetildiği ve geliştirildiği tanımlanmaktadır.

## 7. İşletme Sonuçları

Sonuçlar kategorisinde, örgüt performansı ve temel alanlardaki ( sağlık hizmetleri sonuçları, müşteri odaklılık sonuçları, finans ve pazar sonuçları, çalışan odaklılık sonuçları, süreç etkililiği sonuçları, liderlikler ilgili sonuçlar) gelişimler sorgulanmaktadır. Performans düzeyleri, rakiplere ve sağlık hizmet sunan diğer örgütlere göre ilişkilendirilerek sorgulanmaktadır.

**Sağlık Hizmetleri Sonuçları:** Örgütün temel sağlık hizmetleri ile ilgili sonuçları özetlenmektedir. Sağlık hizmeti kullanıcılar bölümlere ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda mümkün olduğunca hasta ve diğer paydaş grupları ve pazar bölümleri ile ilgili sonuçların farklı farklı değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Karşılaştırmalı veriler göz önüne alınmalıdır. Yasal düzenleyiciler tarafından belirlenmiş göstergeler dikkate alınmaktadır.

**Müşteri Odaklılık Sonuçları:** Örgütün sahip olduğu hasta ve paydaşların memnuniyetleri, memnuniyetsizlikleri ve onların katılımları için sonuçlar özetlenmektedir. Sağlık hizmetleri sunumu ve program türleri ve gruplar, hasta ve paydaş grupları, pazar bölümleri bölümlere ayrılmaktadır. Karşılaştırmalı veriler göz önüne alınmaktadır.

**Finans ve Pazar Sonuçları:** Hasta ve Paydaş gruplarının ve pazarın bölümlere ayrılması sağlanarak örgütün temel finansal ve pazar performansı sonuçları toplanmaktadır. Karşılaştırmalı veriler göz önüne alınmaktadır.

**Çalışan Odaklılık Sonuçları:** Çalışan katılımı ve çalışma çevresi için örgütün temel çalışan odaklılık ile ilgili sonuçlar toplanmaktadır. Çalışanların çeşitliliği ve çalışma grup ve bölümlerine göre sonuçların farklı farklı değerlendirilmesi yapılmaktadır. Karşılaştırmalı veriler göz önüne alınmalıdır.

**Süreç Etkililiği Sonuçları:** Örgütün acil durumlar için hazır olma durumunu da göz önünde bulundurarak, örgütsel etkililiğin geliştirilmesini sağlayan örgütün temel operasyonel performans sonuçları toplanmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu, hasta ve paydaş grupları ve pazar bölümleri ve süreçlerden elde edilen sonuçlar bölümlendirilmektedir. Karşılaştırmalı veriler göz önüne alınmaktadır.

**Liderlik Sonuçları:** Stratejik planların gerçekleştirilmesi, etik açıdan davranış, maddi yönden hesap verebilirlik, yasal uygunluk, sosyal sorumluluk, toplum sağlığı ve örgütsel vatandaşlık da dahil olmak üzere örgüt yönetimi ve üst düzey liderlerle ilgili sonuçlar toplanmaktadır. Örgütsel bölüm bazında sonuçlar farklı farklı değerlendirilmektedir. Karşılařtırılmalđ veriler göz önüne alınmaktadır.

### 3 BÖLÜM

#### GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmanın bu bölümünde, alan araştırması ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın kapsam ve sınırlılıkları ve yöntemi bu bölümde ele alınmaktadır.

##### **3.1 Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlar**

Araştırma evreni İzmir ilinde merkezde bulunan II. basamak devlet hastaneleridir. İzmir merkezde bulunan hastaneler ele alınmış ve uygulamayı kabul eden hastanelerle çalışmaya devam edilmiştir. Araştırmaya İzmir ilinde bulunan II. basamak hizmet sunan 4 farklı hastanede çalışan her görev ve düzeydeki sağlık personelinin, araştırmaya katılmayı kabul eden 488 kişi dahil edilmiştir.

Çalışma evreninin İzmir ile sınırlanmasının nedeni, öncelikle Türkiye genelinde bir örnekleme çalışmak için yeterli zamanın ve finansman kaynağının olmayışıdır. Ayrıca araştırmanın bireysel olarak yapılması gereği, insan gücü açısından da bir sınırlılık oluşturmaktadır.

##### **3.2 Araştırmanın Yöntemi**

Araştırmada öncelikle yazın araştırması yapılmıştır. Elde edilen ikincil verilerle çalışmanın I. ve II. Bölümleri oluşturulmuştur. Araştırmada, alan araştırması yöntemi ve anket tekniği uygulanmıştır. Araştırmaya 01 Mart- 15 Haziran 2008 tarihleri arasında İzmir merkezde bulunan II. basamak hastanelerden anketin uygulanmasını kabul eden 4 hastane dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan hastanelerin 3 tanesi ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemine Uygunluk Belgesine sahiptir.

Araştırma, esas olarak II. basamak hastanelerdeki sağlık personelinin mükemmelliğe olan bakış açılarının ölçülmesine yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini hastanede çalışan tüm personel oluşturmaktadır. İzmir kent merkezinde bulunan ve anket uygulanmasını kabul eden hastaneler sağlıklı kıyaslama yapabilmek için benzer niteliktedir. Çalışan sayıları, çalışanların dağılımı ve aynı basamak düzeyinde olmaları uygulamanın hastaneler arası kıyaslamalar ve karşılaştırmalar yapılabilmesine de olanak sağlamaktadır.

Anket çalışması yapmak üzere Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü aracılığı ile hastanelerin başhekimliklerinden resmi yazı ile araştırma izni alınmıştır. Aynı zamanda Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik ve Laboratuar Etik Kurulundan da anketin

uygulanmasında etik açıdan bir sakınca olmadığına dair onay izni alınmıştır. Anket uygulamasına hastanelerde sağlık hizmetleri, idari ve teknik hizmetler sınıfı olmak üzere tüm personel dahil edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemde bu hastanelerde yaklaşık 2200 personel görev yapmaktadır. Ulaşılabilen 1200 sağlık personeline anketler dağıtılmıştır. Hastanelerden gelen destekle dağıtılan anketlerden 488 tanesi geri dönmüştür (geri dönüş oranı %40,66'dır).

### **3.3 Veri Toplama ve Ölçüm Aracı**

Alan araştırmasında, Malcolm Baldrige Kalite Ödülü Sağlık Hizmetleri Kriterleri ışığında oluşturulan yapılandırılmış anket tekniği kullanılmıştır. Mükemmellik Modelleri incelendiğinde Malcolm Baldrige Kalite Ödülünün sağlık hizmeti sunan örgütlere yönelik oluşturdukları Sağlık Hizmetleri Kriterleri olduğundan ve bu uygulama sadece hastanelere yönelik olduğundan Malcolm Baldrige Kalite Ödülü Sağlık Hizmetleri kriterleri anket uygulamasının temelini oluşturmaktadır. Araştırmada, anket tekniğinin kullanılmasının nedeni; ulaşılmak istenen bilgilere mümkün olan en kısa sürede ulaşılmak istenmesi ve gerekli açıklamaların yapılabilmesine olanak tanıyan en etkili tekniklerden birisi olmasıdır (Tütüncü, 2001 ve Balcı, 2004).

Ölçme aracı olarak 73 soruyu kapsayan ve 2 bölümden oluşan anket düzenlenmiştir. İlk bölümde iş mükemmelliğini ölçmeye yönelik olarak 66 soru bulunmaktadır. Bu soruların 48 tanesi iş mükemmelliği bağımsız değişkenlerinin altında bulunan ifadelerden, 18 soru ise bu bağımsız değişkenlerle ilişkili olduğu düşünülen; iş mükemmelliği parçaları, yönetimin fonksiyonları, hasta ve çalışan güvenliği, hastaların hastaneyi diğer kişilere tavsiyeleri, çalışanın örgüte bağlılığı ve işinden memnuniyeti ile ilgili sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise Demografik Değerlendirmelerin (cinsiyeti, yaşı, eğitimi vb.) yer aldığı 7 soru bulunmaktadır. Ankette 5'li likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ankete katılanlar 1 seçeneğini işaretlediklerinde "Çok İyidir", 2 seçeneğini işaretlediklerinde "İyidir", 3 seçeneğini işaretlediklerinde "Ne Çok İyi, Ne de Çok Kötü", 4 seçeneğini işaretlediklerinde "Kötüdür", 5 seçeneğini işaretlediklerinde ise "Çok Kötüdür" cevabını vermiş olmaktadırlar.

Mükemmellik ile ilgili elde edilen veriler doğrultusunda geçerlilik ve güvenilirlik testleri, tanımlayıcı istatistikler ve çıkarımsal istatistikler yapılmıştır. Bu bağlamda faktör analizi, korelasyon analizi, T-testi ve Regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 13.00 (Statistical Programme for Social Sciences) programı ile analiz edilmiştir.

### 3.4 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Cinsiyetlerine göre sağlık çalışanlarının iş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” algıları arasında fark vardır.

H2: Cinsiyetlerine göre sağlık çalışanlarının iş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Plan” algıları arasında fark vardır.

H3: Cinsiyetlerine göre sağlık çalışanlarının iş mükemmelliği boyutlarından “Çalışanlar” algıları arasında fark vardır.

H4: Cinsiyetlerine göre sağlık çalışanlarının iş mükemmelliği boyutlarından “Süreç Yönetimi” algıları arasında fark vardır.

H5: Eğitim durumlarına göre sağlık çalışanlarının iş mükemmelliği boyutlarından “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” algıları arasında fark vardır.

H6: Hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre sağlık çalışanların iş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Planlama” algıları arasında fark vardır.

H7: Hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre sağlık çalışanların iş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” algıları arasında fark vardır.

H8: Hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre sağlık çalışanların iş mükemmelliği boyutlarından “Çalışanlar” algıları arasında fark vardır.

H9: Hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre sağlık çalışanların iş mükemmelliği boyutlarından “Süreç Yönetimi” algıları arasında fark vardır.

H10: Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre iş mükemmelliği boyutlarından “Liderlik” algıları arasında fark vardır.

H11: Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre iş mükemmelliği boyutlarından “Çalışanlar” algıları arasında fark vardır.

H12: Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre iş mükemmelliği boyutlarından “Süreç Yönetimi” algıları arasında fark vardır.

H13: Sağlık çalışanlarının çalışma süresine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” algıları arasında fark vardır.

H14: Sağlık çalışanlarının çalışma süresine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Planlama” algıları arasında fark vardır.

H15: Sağlık çalışanlarının çalışma süresine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Çalışanlar” algıları arasında fark vardır.

H16: Sağlık çalışanlarının çalışma süresine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Süreç Yönetimi” algıları arasında fark vardır.

H17: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” algıları arasında fark vardır.

H18: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Planlama” algıları arasında fark vardır.

H19: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” algıları arasında fark vardır.

H20: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Çalışanlar” algıları arasında fark vardır.

H21: Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre iş mükemmelliği boyutlarından “Süreç Yönetimi” algıları arasında fark vardır.

H22: Uygulama yapılan hastanelere göre iş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” algıları arasında fark vardır.

H23: Uygulama yapılan hastanelere göre iş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Planlama” algıları arasında fark vardır.

H24: Uygulama yapılan hastanelere göre iş mükemmelliği boyutlarından “Hasta Odaklılık” algıları arasında fark vardır.

H25: Uygulama yapılan hastanelere göre iş mükemmelliği boyutlarından “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” algıları arasında fark vardır.

H26: Uygulama yapılan hastanelere göre iş mükemmelliği boyutlarından “Çalışanlar” algıları arasında fark vardır.

H27: İş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” ile “Stratejik Planlama” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H28: İş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” ile “Hasta Odaklılık” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H29: İş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” ile “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H30: İş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” ile “Çalışanlar” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H31: İş mükemmelliği boyutlarından “Liderler” ile “Süreç Yönetimi” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H32: İş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Planlama” ile “Hasta Odaklılık” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H33: İş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Planlama” ile “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H34: İş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Planlama” ile “Çalışanlar” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H35: İş mükemmelliği boyutlarından “Stratejik Planlama” ile “Süreç Yönetimi” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H36: İş mükemmelliği boyutlarından “Hasta Odaklılık ile Ölçme, Analiz” ve “Bilgi Yönetimi” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H37: İş mükemmelliği boyutlarından “Hasta Odaklılık” ile “Çalışanlar” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H38: İş mükemmelliği boyutlarından “Hasta Odaklılık” ile “Süreç Yönetimi” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H39: İş mükemmelliği boyutlarından “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” ile “Çalışanlar” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H40: İş mükemmelliği boyutlarından “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” ile “Süreç Yönetimi” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

H41: İş mükemmelliği boyutlarından “Çalışanlar” ile “Süreç Yönetimi” arasında pozitif yönde bir ilişki vardır.

## 4 BÖLÜM

### ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde araştırma verilerine uygulanan frekans analizleri, tanımlayıcı istatistikler, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, faktör analizleri, korelasyon analizleri, T-testi, ANOVA ve regresyon analizlerinin sonuçları ele alınacaktır.

#### 4.1 Frekans Analizleri

Araştırma anketlerine katılanların demografik dağılımları ve profili Tablo 2 'de gösterilmiştir. Araştırmaya toplam 488 kişi katılmıştır. Ankete katılanların 337'si kadın, 140'ı ise erkektir. Bu sonuca göre hastanelerde çalışanların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Hemşirelerin sayısının fazla olması ve genelde hemşirelerin bayan olması hastanelerde çalışanlarının çoğunun bayan olmasına neden olmaktadır.

Ankete katılanların 184 kişisi 30 yaş ve altındadır, 169 kişi 31–40 yaş arasında ve 122 kişi ise 41 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların çoğu 40 yaş ve altındadır. Bu durumda anket uygulaması gerçekleştirilen hastaneler genç çalışanlara sahiptir.

Ankete katılan 488 sağlık personeli 144'ü lise ve altı eğitim düzeyine sahipken 329'u lisans ve üzeri eğitime sahiptir. Anket uygulanan kişilerin çoğunluğunun lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu araştırma verilerinden elde edilmektedir.

Uygulama gerçekleştirilen hastanelerde anketi cevaplayan sağlık personelinin 67'si hekim, 200'ü hemşire ve 196'sı ise diğer sağlık personelinden oluşmaktadır. Diğer sağlık personel grubu; idari, teknik ve diğer personelden oluşmaktadır. Anketi cevaplayanların 25 kişisi bu soruyu cevaplamamıştır.

Anketi cevaplayanların yaptıkları işleri kaç yıldan beri gerçekleştirdikleri sorusunu, 82 kişi 3 yıl ve altı, 95 kişi 4–6 yıl arası, 83 kişi 7–9 yıl arası, 211 kişi 10 yıl ve üzeri olarak cevaplamıştır. Kişi sayısının fazla olduğu grup 10 yıl ve üzeridir. Bu bağlamda hastanelerde çalışanların çoğunun yeterli deneyime sahip olduğu düşünülmektedir.



**Tablo 2: Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı**

<b>Demografik Özellikler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde %</b>
<b><u>Cinsiyet</u></b>		
• Kadın	337	69,1
• Erkek	140	28,7
Toplam	477	97,8
<b><u>Yaş Grubu</u></b>		
• 30 ve altı	184	38,7
• 31-40	169	35,6
• 41 ve üzeri	122	25,0
Toplam	475	97,3
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>		
• Lise ve altı	144	29,5
• Lisans ve üzeri	329	67,4
Toplam	473	96,9
<b><u>Meslek</u></b>		
• Hekim	67	13,7
• Hemşire	200	41,0
• Diğer personel	196	40,2
Toplam	463	94,9
<b><u>Çalışma Yılı</u></b>		
• 3 yıl ve altı	82	16,8
• 4-6 yıl	95	19,5
• 7-9 yıl	83	17,0
• 10 yıl ve üzeri	211	43,2
Toplam	471	96,5
<b><u>Kalite Çalışmaları</u></b>		
• 3 yıldan fazla	280	57,4
• 3 yıldan az	156	32,0
Toplam	436	89,4
<b><u>Hastaneler</u></b>		
• Karşıyaka Devlet H.	164	33,6
• Buca S. D. Devlet H.	163	33,5
• Urla Devlet H.	89	18,1
• Alsancak Devlet H.	72	14,8
Toplam	488	100,00

Araştırma yapılan hastanelerde sağlık personeline hastanedeki kalite çalışmalarının kaç yıldan beri sürdürdüğü sorulmuştur. Bu soruyu personelin kendi bilgilerine göre cevaplandırmaları istenmiştir. Bu yolla, hastanelerde yürütülen kalite çalışmalarından sağlık personelinin haberdar olup olmadığını saptamak amaçlanmıştır. Ayrıca hastanelerdeki kalite çalışmalarının kaç yıldır devam ettiği de araştırma konusu olarak öğrenilmek istenmiştir. Bu soruya cevap verenlerin 280 kişisi hastanedeki kalite çalışmalarının 3 yıldan az bir süre devam ettiğini, 156 kişisi ise 3 yıldan fazla devam ettiğini belirtmişlerdir. Bu soruyu 52 kişi cevaplandırmamıştır.

Uygulama yapılan hastanelerden gelen anket dağılımı; Karşıyaka Devlet Hastanesinden 164, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesinden 163, Urla Devlet Hastanesinden 89 ve Alsancak Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesinden 72 anket olmak üzere 488 ankettir.

#### 4.2 Tanımlayıcı İstatistikler

**Tablo 3:** Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Ortalama	Standart Sapma
<b>Liderler</b>	488	3,3050	,73756
<b>Stratejik Planlama</b>	481	3,2086	,77169
<b>Hasta Odaklılık</b>	486	3,7240	,81796
<b>Ölçme, Analiz ve Bil. Yön.</b>	478	3,3046	,83298
<b>Çalışanlar</b>	486	2,8632	,90943
<b>Süreçler</b>	473	3,2478	,71402

Araştırmada elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri (Tablo 3) incelendiğinde liderler ile ilgili olarak ankete katılan sağlık personelinin verdiği cevapların ortalaması 3,31, stratejik planlama ile ilgili soruların ortalaması 3,21, hasta odaklılık ile ilgili bölümün ortalaması 3,72, ölçme ve analiz ile ilgili soruların ortalaması 3,35, çalışanlar ile ilgili soruların ortalaması 2,86 ve son olarak süreçler ile ilgili soruların ortalaması 3,25'dir.

Bu sonuçlara göre sağlık personelinin "Liderler" ile ilgili düşünceleri orta noktanın üzerinde olmakla birlikte, çalışanların liderlerle ilgili ne olumlu ne de olumsuz düşünceleri vardır. Aynı şekilde çalışanların "Stratejik Planlama" ile ilgili düşünceleri orta notlanın çok az üzerinde olmakla birlikte, ne iyi ne kötüdür. Diğer değişkenlere oranla çalışanların "Hasta Odaklılık" ile ilgili görüşleri iyidir yönündedir. Genelde sağlık personelinin hastanelerinde

hastalara karşı hasta odaklı tavır sergilediklerini tanımlayıcı istatistikten çıkarmak mümkündür.

Mükemmellik modelinin diğerk bir bileşeni olarak “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni için sağlık personeli “ne iyi, ne kötü” görüşünün olduğu ortaya konulmaktadır. Sağlık çalışanları, “Çalışanlar” değişkeninin “ne iyi ne kötü” orta noktasının da altında olduğu görüşündedirler. Yani çalışanların kendilerine karşı olan davranışların kötüye yakın olduğunu düşünmektedirler. “Süreçler” değişkeninde ise çalışanların düşüncesi “ne iyi ne kötü” yönündedir.

### 4.3 Geçerlilik ve Güvenilirlik

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi planladığı özellikleri gerçekten ölçüyor olması anlamına gelmektedir. Aşağıda farklı geçerlilik tipleri ve bunların doğrulanmasında kullanılan yöntemler yer almaktadır (A.P.A., 1954).

**Tahminsel geçerlilik (predictive validity):** Yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan şeyin gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasındaki uyumdur. Uygulama geçerliliği en az yanılma payı olan bir geçerlilik ölçütüdür. Ancak uygulama geçerliliğinin hesaplanmasında bazı güçlüklerle karşılaşılır. Bunlardan en önemlisi uygulamadaki beklentilerin, ölçütlerin ve kavramların gözlenebilir değişkenlerle ifade edilmesindeki güçluktur.

**Eş zamanlı geçerlilik (concurrent validity):** Bir ölçme aracının geçerliliğinin o ölçme aracının başka bilinen ve kabul edilmiş ölçümlerle karşılaştırarak belirlenmesidir. Yeni oluşturulan bir tutum anketinin eş zamanlı geçerliliği, bu anketi ve bilinen ve geçerliliği ispatlanmış bir anketi aynı gruba uygulayıp iki ankettten alınan sonuçların korelasyonuna bakılarak ortaya konabilmektedir. Yeni anket ile kıstas ölçüt arasında yüksek bir korelasyon varsa yeni anketin eş-zamanlı geçerliliğe sahip olduğu söylenebilmektedir. Burada en önemli nokta kriter ölçütün güvenilirliği ve geçerliliği ispatlanmış bir ölçüt olmasıdır.

**İçerik geçerliliği (content validity):** Bir ölçme aracının geçerliliği, ölçme aracını oluşturan soruların içeriğinin, ölçülmesi amaçlanan özellikleri doğru olarak temsil edip etmediği ortaya konarak ispatlanabilmektedir. Bu ispat çalışması, kişilik, duygular ve davranışlarla ilgili teorileri ve o konuyla ilgili uzmanların yorumlarını temel almaktadır.

**Yapı geçerliliği (construct validity):** Kuramsal olarak, geçerlilik ölçmenin dayandığı “temel kuramların” geçerliliği ile ilgilidir. Özellikle dolaylı ölçmelerin yapıldığı durumlarda,

ölçülen belirtilerin, gerçekten aranan belirtiler olup olmadığı sorunu vardır. Yapı geçerliliğini ortaya koymanın çeşitli yolları bulunmaktadır:

a) Faktör analizi

Faktör analizi ile ölçme aracını oluşturan soruların kendi aralarında nasıl kümelendikleri tespit edilmektedir. Bulunan her faktörün (sorun kümesi) bir teorik yapıyı temsil ettiği düşünülmektedir.

b) Madde analizi

Madde analizi ile ölçme aracını oluşturan soruların ölçme aracının toplam puanına ne kadar katkıda buldukları ve böylece ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili oldukları tespit edilmektedir. Yüksek ilişki ölçülen teorik yapıyla bağlantının da yüksek olduğunu düşündürür.

Bu çalışmada kullanılan ölçeğin içerik geçerliliği ilk defa uygulandığından analiz edilmiş ve geçerliliği sağlanmıştır. Yapı geçerliliği faktör analizi ile sınanmıştır. Çalışmada bir ölçek kullanılmıştır ve buna bağlı olarak bir güvenilirlik ve bir de geçerlilik analizi mevcuttur.

Bir araştırmanın tutarlı ve istikrarlı olması durumunda, bir başka deyişle soruların tahmin edilebilir ve kesin olması durumunda güvenilirlikten söz edilebilmektedir. Moser ve Kalton'a (1971) göre, bir araştırma ölçümü aynı koşullar altında tekrarlandığında aynı sonuçları veriyorsa ölçüm güvenilir demektir. Sosyal Bilimlerde araştırmacının %100 kesin sonuçlara ulaşması soruların ifadelerindeki eksiklikler, fiziksel ortamdaki değişiklikler, yaklaşım farklılıkları, araştırmacı-katılımcı arasındaki etkileşim ve yöntemin güncelliğini yitirmesi gibi bazı etkenlerden dolayı mümkün olmamaktadır (Kumar, 1999). İç uyum güvenilirliğinin sınanması için en sık kullanılan yöntem ise "Cronbach'ın Alfa Katsayısı" dır. Bu yöntem, ölçekte yer alan maddelerin homojen yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırmaktadır. Ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve bir ölçekteki sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilmektedir. Katsayı 0 ile 1 arasında değer almaktadır ve katsayının negatif çıkması sorular arasındaki korelasyonun negatif olduğu anlamına gelmektedir ve bu durum güvenilirlik modelinin bozulmasına neden olmaktadır. Alfa ( $\alpha$ ) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği bu şekilde yorumlanmaktadır (Nunnally, 1967):

$,00 \leq \alpha < ,40$	ise ölçek güvenilir değildir,
$,40 \leq \alpha < ,60$	ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
$,60 \leq \alpha < ,80$	ise ölçek oldukça güvenilir,
$,80 \leq \alpha < 1,00$	ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Verilere güvenilirlik analizi sonucunda, İş Mükemmelliği ölçeğinin genel Cronbach Alfa değeri ise 0,98 bulunmuştur. Bu nedenle ölçek yüksek derece güvenilir bir ölçektir. Faktör analizlerinin uygunluğunu belirlemek amacıyla İş Mükemmelliği veri setine uygulanan Küresellik Testi (Barlett's Test of Spirity) sonucu 0.001 düzeyinde anlamlı, Kaizer-Mayer-Olkin örneklem değeri de 0,96 olarak bulunmuştur.

Bu bilgiler ışığında faktör analizi tabloları aşağıda gösterilmekte ve incelenmektedir.

#### 4.4 Faktör Analizi

Yapılan faktör analizi (Tablo 4) sürecinde Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçümü 0,96 olarak tespit edilmiştir. Bu değer örneklemin doğru seçildiğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmakta ve faktör analizine uygunluğu vurgulanmaktadır. Buna bağlı olarak, Barlett's Test of Sphericity değeri anlamlıdır. Barlett's Test of Sphericity sonucuna göre de maddeler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki vardır ve test sonucu  $X^2 = 14074,729$ ,  $p=0,001$  olarak gerçekleşmiştir.

İş Mükemmelliği bağımlı değişkeninin veri setinin faktör analizinde;

İlk faktörün tanımladığı fark yüzdesi 51,657'dir ve 8 değişkenle ifade edilmektedir. Bu faktörün altında bulunan ifadeler incelendiğinde değişkenlerin "Stratejik Planlama" ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Bu değişkenler; stratejik planlamada bilgi ve verilerin analizi, stratejik hedeflerin planlanması ve izlenmesi, stratejik planlara kaynak tahsisi, stratejik planlardaki performans göstergeleri, stratejik planlara göre geleceğin öngörülenmesi, stratejik planlardaki faaliyet planları, stratejik amaçların tutarlılığı, stratejik insan kaynakları planlamasıdır.

**Tablo 4: Faktör Analizi (İş Mükemmelliği)**

	Faktör Yüğü	Özdeğerler	Tanımlanan Faktör Yüzdesi	M	F Değerı	Alpha	P
<b>1. Faktör</b> <b>STRATEJİK PLANLAMA</b>		24,795	51,657	3,214	13,641	,96	,0001
Stratejik planlamada bilgi ve verilerin analizi	,806						
Stratejik hedeflerin planlanması ve izlenmesi	,754						
Stratejik planlara kaynak tahsisi	,753						
Stratejik planlardaki performans göstergeleri	,740						
Stratejik planlara göre geleceğin öngörülenmesi	,734						
Stratejik planlardaki faaliyet planları	,724						
Stratejik amaçların tutarlılığı	,681						
Stratejik insan kaynakları planlaması	,674						
<b>2. Faktör</b> <b>ÇALIŞANLAR</b>		3,019	6,288	2,868	3,687	,91	,0001
Çalışanların örgütsel süreçlere katılımı	,780						
Çalışanların kapasitelerinin değerlendirilmesi	,752						
Çalışanlar için sağlanan kariyer gelişimi	,745						
Çalışanların benimsediğı örgüt kültürü	,734						
Çalışanlara sağlanan destek	,712						
Çalışanların örgüt politikalarını desteklenmesi	,675						
Çalışanların işe alım süreci	,664						
Çalışma ortamı sağlığı ve güvenliği	,624						
<b>3. Faktör</b> <b>SÜREÇ YÖNETİMİ</b>		2,260	4,709	3,251	8,928	,95	,0001
Süreçlerin ihtiyaçlara göre güncellenmesi	,731						
Süreçlerin ihtiyaçlara göre tasarlanması	,705						
Sağlık ile ilgili yeni süreçlerin geliştirilmesi	,704						
Süreçlerin, hasta beklentilerini karşılamaı	,682						
Süreçlerin etkinliği	,674						
Acil durum süreçlerinin yeterliliğı	,662						
Süreçlerin eksiksiz yerine getirilmesi	,649						
Yönetmel ve tıbbi çalışma süreçlerinin yeterliliğı	,643						
<b>4. Faktör</b> <b>HASTA ODAKLILIK</b>		1,571	3,272	3,730	35,019	,94	,0001
Hastalara verilen değer	,848						
Hastalara verilen sağlık hizmetinin kalitesi	,823						
Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi	,813						
Hastalara verilen sağlık hizmetinin hızı	,772						
Hasta önerilerinin alınması ve değerlendirilmesi	,757						

Hastalara yönelik yeni alanların oluşturulması	,656					
<b>5.Faktör</b>	1,419	2,956	3,308	45,696	,93	,0001
<b>LİDERLER</b>						
Liderlerin çalışanlarla kurdukları iletişim	,643					
Liderlerin, ahlaki davranışları örgüte benimsetmesi	,621					
Liderlerin, çevredeki sağlık ihtiyaçlarını belirlemeleri	,568					
Liderlerin oluşturdukları gelecek planları	,561					
Liderlerin, sağlık sistemi ile ilgili bilgi düzeyleri	,556					
Liderlerin, çalışan güvenliğine verdikleri önem	,555					
Liderlerin, birbirlerinin performansını izlemeleri	,555					
Liderlerin, verimlilik göstergelerini izlemeleri	,534					
Liderlerin, risk analizi yapmaları	,524					
Liderlerin, örgütsel değerleri çalışanlara benimsetmesi	,520					
Liderlerin, hasta güvenliğine verdikleri önem	,473					
<b>6.Faktör</b>	1,321	2,753	3,307	2,484	,91	,02
<b>ÖLÇME, ANALİZ VE BİLGİ YÖNETİMİ</b>						
Veri ve bilgi yönetimi	,640					
Acil durumlarda, yazılım ve donanım sistemlerine ulaşım	,639					
Verilerin sistematik değerlendirilmesi	,627					
Kullanılan yazılım ve donanımın güvenliği	,612					
Performans ölçüm sistemimiz	,587					
Verilerin analizleri	,580					
Verilerin örgüt gelişimi için kullanımı	,541					
Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Ölçümü: ,964; Toplam Farkın (Varyans) Açıklama Oranı: 71,636						

İkinci faktörün tanımladığı fark yüzdesi 6,289'dur ve 8 değişkenle ifade edilmektedir. Çalışanların örgütsel süreçlere katılımı, çalışanların kapasitelerinin değerlendirilmesi, çalışanlar için sağlanan kariyer gelişimi, çalışanların benimsediği örgüt kültürü, çalışanlara sağlanan destek, çalışanların örgüt politikalarını desteklenmesi çalışanların işe alım süreci, çalışma ortamı sağlığı ve güvenliği ifadeleri "Çalışanlar" ile ilgili ifadeleri oluşturmaktadır.

Üçüncü faktörün tanımladığı fark yüzdesi 4,709'dur ve 8 değişkenle ifade edilmektedir. Bu değişken "Süreç Yönetimi"ni ifade etmektedir. Bu değişkenler; süreçlerin ihtiyaçlara göre güncellenmesi, süreçlerin ihtiyaçlara göre tasarlanması, sağlık ile ilgili yeni süreçlerin geliştirilmesi süreçlerin, hasta beklentilerini karşılaması, süreçlerin etkinliği, acil durum

süreçlerinin yeterliliği, süreçlerin eksiksiz yerine getirilmesi, yönetsel ve tıbbi çalışma süreçlerinin yeterliliğidir.

Dördüncü faktörün tanımladığı fark yüzdesi 3,272'dir ve 6 değişkenle ifade edilmektedir. Hastalara verilen değer, hastalara verilen sağlık hizmetinin kalitesi, hasta gereksinimlerinin belirlenmesi, hastalara verilen sağlık hizmetinin hızı, hasta önerilerinin alınması ve değerlendirilmesi, hastalara yönelik yeni alanların oluşturulması "Hasta Odaklılık" değişkeninin ifadelerini oluşturmaktadır.

Beşinci faktörün tanımladığı fark yüzdesi 2,956'dır ve 11 değişkenle ifade edilmektedir. Bu değişken "Liderler" bağımsız değişkenini ifade etmektedir. Liderler değişkeninin altında yer alan ifadeler; liderlerin çalışanlarla kurdukları iletişim, liderlerin ahlaki davranışları örgüte benimsetmesi, liderlerin, çevredeki sağlık ihtiyaçlarını belirlemeleri, liderlerin oluşturdukları gelecek planları, liderlerin sağlık sistemi ile ilgili bilgi düzeyleri, liderlerin çalışan güvenliğine verdikleri önem, liderlerin birbirlerinin performansını izlemeleri, liderlerin verimlilik göstergelerini izlemeleri, liderlerin risk analizi yapmaları, liderlerin örgütsel değerleri çalışanlara benimsetmesi, liderlerin hasta güvenliğine verdikleri önemdir.

Altıncı faktörün tanımladığı fark yüzdesi 2,753'tür ve 6 değişkenle ifade edilmektedir. Bu faktörün altında bulunan ifadeler incelendiğinde değişkenlerin "Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi" ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Bu değişkenler; veri ve bilgi yönetimi, acil durumlarda, yazılım ve donanım sistemlerine ulaşım, verilerin sistematik değerlendirilmesi, kullanılan yazılım ve donanımın güvenliği performans ölçüm sistemimiz, verilerin analizleri, verilerin örgüt gelişimi için kullanımınıdır.

#### **4.5 T- Testi**

T- test, iki örneklem grubu arasında ortalamalar açısından fark olup olmadığını araştırmak için kullanılmaktadır. T-testi bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirlemektedir. Gruplar arası farklılıkların anlamlılık düzeyleri incelenirken, tek yönlü (one tailed) veya çift yönlü (two tailed) olmaları söz konusudur. Çift yönlü testinde farkın pozitif veya negatif yönde olması önemsenmezken, tek yönlü testinde farkın yönü önemlidir. SPSS programında üç farklı T-testi alternatifi bulunmaktadır: Independent-Samples T Test (Bağımsız iki örnek T-testi), Paired Samples T Test (Eşleştirilmiş Gruplar arası T-testi) ve One Sample T Test (Tek grup T-testi). Uygulamalarda bağımsız iki grup arası T-testidir. Bu çalışmada da bu test kullanılmıştır.



Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine, eğitim durumlarına ve hastanedeki kalite çalışmalarının kaç yıldır sürdüğü durumlarına göre bağımsız değişkenleri algılama düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığı sınanmıştır.

Çalışmada 3 adet T-testi yapılmıştır. Buna göre;

**Tablo 5:** Cinsiyet değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi

		Varyansların eşitliği için Levene's Testi		Ortalamaların eşitliği için T-Testi			
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-uçlu)	Ort. farklılıkları
Liderler	Varyans eşit	2,936	,087	-3,282	475	,001	-,24219
	Varyans eşit değil			-3,123	234,308	,002	-,24219
Str. Plan.	Varyans eşit	,936	,334	-2,029	468	,043	-,15839
	Varyans eşit değil			-1,989	248,088	,048	-,15839
Çalışanlar	Varyans eşit	,581	,446	-2,307	473	,022	-,20940
	Varyans eşit değil			-2,286	255,412	,023	-,20940
Süreç Yön.	Varyans eşit	2,097	,148	-3,294	461	,001	-,23632
	Varyans eşit değil			-3,207	238,513	,002	-,23632

**Tablo 6:** Cinsiyet değişkenine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
Liderler	Bayan	337	3,2369	,70637	,03848
	Erkek	140	3,4791	,79656	,06732
Str. Plan.	Bayan	331	3,1612	,76082	,04182
	Erkek	139	3,3196	,79889	,06776
Çalışanlar	Bayan	335	2,8018	,89622	,0487
	Erkek	140	3,0112	,91614	,07743
Süreç Yön.	Bayan	327	3,1824	,68938	,03812
	Erkek	136	3,4187	,73541	,06306

İlk T-testinde (Tablo 5 - Tablo 6) İş Mükemmelliği değişkenlerine verilen yanıtlar arasında cinsiyete göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. T-testine göre, sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Liderler” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir (F=2,936 ve p= ,001). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında bayanların “Liderler” ortalaması 3,24 iken erkeklerin ortalaması 3,48’dir.

Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Stratejik Planlama” değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (F=,936 ve p= ,043). Tanımlayıcı istatistiklere göre “Stratejik Planlama” değişkeni bayanların için ortalaması 3,16 ve erkeklerin ortalaması 3,32’dir.

“Çalışanlar” bağımsız değişkenini sağlık personelinin cinsiyetlerine göre algılama ve değerlendirmelerinde anlamlı bir fark görülmektedir (F=,581 ve p= ,022). Bayanların “Çalışanlar” bağımsız değişkeni ortalamaları 2,80 iken, erkeklerin ortalaması 3,01’dir.

Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Süreç Yönetimi” değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (F=2,097 ve p= ,001). Tanımlayıcı istatistiklere göre “Süreç Yönetimi” değişkeni bayanların için ortalaması 3,18 ve erkeklerin ortalaması 3,42’dir. Bu doğrultuda H1, H2, H3, H4 kabul edilmiştir.

**Tablo 7:** Eğitim Düzeyi değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi

		Varyansların eşitliği için Levene’s Testi		Ortalamaların eşitliği için T-Testi			
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-üçlü)	Ort. Farklılıkları
Ö. A. ve BY	Varyans eşit	1,575	,210	2,033	461	,043	,08385
	Varyans eşit değil			2,021	266,337	,044	,08436

**Tablo 8:** Eğitim Durumu değişkenine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
Ö.A ve BY	Lise ve altı	142	3,4209	,84105	,07058
	Üni. ve üstü	321	3,2504	,82792	,04621

İkinci T-testinde (Tablo 7 – Tablo 8) İş Mükemmelliği değişkenlerine verilen yanıtlar arasında eğitim durumuna göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” bağımsız değişkenini sağlık personelinin eğitim durumuna göre algılama ve değerlendirmelerinde anlamlı bir fark görülmektedir ( $F=1,575$  ve  $p=,043$ ). Lise ve altı eğitim düzeyine sahip sağlık personelinin “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” bağımsız değişkeni ortalamaları 3,42 iken, eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan sağlık personeli ortalaması 3,25’tir. Bu doğrultuda  $H_5$  kabul edilmiştir.

Son olarak gerçekleştirilen T-testi (Tablo 9 – Tablo 10) sağlık personelinin iş mükemmelliği bağımlı değişkenini açıklayan bağımsız değişkenlere verilen yanıtlar arasında hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre “Stratejik Planlama” değişkenini sağlık personelinin algılamaları ve değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $F=1,726$  ve  $p=,023$ ). Tanımlayıcı istatistiklere göre “Stratejik Planlama” değişkeni için hastanede yürütülen kalite çalışmalarının 3 yıldan az sürdüğü yanıtını veren sağlık personelin ortalaması 3,13 ve hastanede yürütülen kalite çalışmalarının 3 yıldan fazla sürdüğü yanıtını veren sağlık personelin ortalaması 3,31’dir.

“Liderler” bağımsız değişkenine verilen yanıtlar arasında hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre sağlık personelinin algılama ve değerlendirmelerinde anlamlı bir fark görülmektedir ( $F=1,093$  ve  $p=,038$ ). Kalite çalışmaları 3 yıldan az olan hastanede çalışan sağlık personelinin “Liderler” bağımsız değişkeni ortalamaları 3,24 iken, kalite çalışmaları 3 yıldan fazla olan hastanede çalışan sağlık personeli ortalaması 3,39’dur.

Hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre “Çalışanlar” değişkenini sağlık personelinin algılamaları ve değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $F=,785$  ve  $p=,006$ ). Tanımlayıcı istatistiklere göre “Çalışanlar” değişkeni için hastanede yürütülen kalite çalışmalarının 3 yıldan az sürdüğü yanıtını veren sağlık personelin ortalaması 2,77 ve hastanede yürütülen kalite çalışmalarının 3 yıldan fazla sürdüğü yanıtını veren sağlık personelin ortalaması 3,02’dir.

Sağlık personelinin hastanede kalite çalışmalarının süreleri için verdikleri yanıtlara göre “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=1,707$  ve  $p=,008$ ). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında kalite çalışmalarının 3 yıldan az olduğu hastanelerde sağlık personeli “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkeninin ortalamasını 3,17 belirlemişken

kalite çalışmalarının 3 yıldan fazla olduğu hastanelerde sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,36'dır.

**Tablo 9:** Kalite Çalışmaları değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin T-testi

		Varyansların eşitliği için Levene's Testi		Ortalamaların eşitliği için T-Testi			
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-üçlü)	Ort. farklılıkları
Str. Plan.	Varyans eşit	1,726	,190	-2,290	428	,023	-,17893
	Varyans eşit değil			-2,240	299,206	,026	-,1783
Liderler	Varyans eşit	1,093	,296	-2,078	434	,038	-,15516
	Varyans eşit değil			-2,007	289,364	,046	-,15516
Çalışanlar	Varyans eşit	,785	,376	-2,744	432	,006	-,24738
	Varyans eşit değil			-2,652	287,956	,008	-,24738
Süreç Yön.	Varyans eşit	1,707	,192	-2,683	421	,008	-,18875
	Varyans eşit değil			-2,611	288,268	,010	-,18875

**Tablo 10 :** Kalite Çalışmaları değişkenine göre T-testine ilişkin grup istatistikleri

	Kalite Çalışmaları	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.
Str. Plan.	3 yıldan az	275	3,1314	,75534	,04555
	3 yıldan fazla	155	3,3104	,81668	,06560
Liderler	3 yıldan az	280	3,2358	,71325	,04262
	3 yıldan fazla	156	3,3909	,80537	,06448
Çalışanlar	3 yıldan az	279	2,7704	,86002	,05149
	3 yıldan fazla	155	3,0178	,96817	,07777
Süreç Yön.	3 yıldan az	271	3,1710	,66885	,04063
	3 yıldan fazla	152	3,3598	,73717	,05979

Yapılan T-testi sonucunda H6, H7, H8 ve H9 kabul edilmiştir.

#### 4.6 ANOVA Testi

ANOVA, iki örneklem grubu arasında ortalamalar açısından fark olup olmadığını araştırmak için kullanılmaktadır. ANOVA bir gruptaki ortalamanın diğer gruptaki ortalamadan önemli derecede farklı olup olmadığını belirlemektedir. İki'den fazla seçeneği olan bir sınıflama ölçeği ile eşit aralıklı ölçekle sorulmuş bir bağımsız değişkenin karşılaştırılmasında ANOVA testi uygulanmaktadır.

Çalışmada 4 adet ANOVA Testi yapılmıştır. Bunlar;

İlk olarak, yaş grupları değişkenine göre iş mükemmelliği değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi (Tablo 11 - Tablo 12) uygulanmıştır. Bu analizde yaş gruplarına sağlık personelinin göre iş mükemmelliği bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Yaş gruplarına göre “Liderler” bağımsız değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=6,687$  ve  $p= ,001$ ). “Liderler” bağımsız değişkenine 30 ve altı yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,18, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,32 ve 41 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,49'dur.

**Tablo 11:** Yaş Grupları değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi

		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>df</b>	<b>Ort. Kareleri</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Liderler</b>	Gruplar arası	7,181	2	3,590	6,687	,001
	Gruplar içi	253,434	472	,537		
	Toplam	260,615	472			
<b>Çalışanlar</b>	Gruplar arası	12,588	2	6,294	7,928	,001
	Gruplar içi	373,139	470	,794		
	Toplam	385,726	472			
<b>Süreç Yönetimi</b>	Gruplar arası	8,074	2	4,037	8,242	,001
	Gruplar içi	224,340	458	,490		
	Toplam	232,414	460			

**Tablo 12:** Bağımsız Değişkenlerin Yaş Grubu değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Bağımsız Değişken	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Liderler	30 ve altı	184	3,1751	,72480	,05343	3,0696	3,2805
	31–40	169	3,3209	,70328	,05410	3,2141	3,4277
	41 ve üzeri	122	3,4868	,78311	,07090	3,3465	3,6272
	Toplam	475	3,3070	,74150	,03402	3,2401	3,3739
Çalışanlar	30 ve altı	184	2,7090	,86226	,06357	2,5836	2,8344
	31–40	168	2,8527	,94001	,07252	2,7095	2,9959
	41 ve üzeri	121	3,1235	,86369	,07852	2,9681	3,2790
	Toplam	473	2,8661	,90400	,04157	2,7844	2,9478
Süreç Yönetimi	30 ve altı	177	3,1164	,71437	,05370	3,0105	3,2224
	31–40	163	3,2407	,65357	,05119	3,1396	3,3418
	41 ve üzeri	121	3,4513	,73782	,06707	3,3185	3,5841
	Toplam	461	3,2483	,71081	,03311	3,1832	3,3133

Sağlık personelinin yaş grubuna göre “Çalışanlar” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=7,928$  ve  $p=,001$ ). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında 30 ve altı yaş grubunda olan sağlık personeli “Çalışanlar” bağımsız değişkenine verdikleri yanıtların ortalaması 2,71, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 2,85 ve 41 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,12’dir.

Yaş gruplarına göre “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=8,242$  ve  $p=,001$ ). “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenine 30 ve altı yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,12, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,24 ve 41 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,45’dir. ANOVA testinden elde edilen bulgulara göre H10, H11 ve H12 kabul edilmiştir.

Çalışma Süresi değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testinde (Tablo 13 – Tablo 14) ilk olarak, sağlık personelinin çalışma sürelerine göre iş mükemmelliği bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Sağlık personelinin çalışma sürelerine göre “Liderler” bağımsız değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar

arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=5,970 ve p= ,001). “Liderler” bağımsız değişkenine 3 yıl ve altı süredir çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,54, 4–6 yıl arası çalışanların verdiği yanıtların ortalaması 3,17, 7–9 yıl arası çalışanların verdiği yanıtların ortalaması 3,11 ve 10 yıl ve üzeri çalışma süresi olan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,34’tür.

Sağlık personelinin çalışma sürelerine göre “Stratejik Planlama” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir (F=3,249 ve p= ,022). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Stratejik Planlama” bağımsız değişkenine 3 yıl ve altı süredir çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,42, 4–6 yıl arası çalışanların verdiği yanıtların ortalaması 3,11, 7–9 yıl arası çalışanların verdiği yanıtların ortalaması 3,09 ve 10 yıl ve üzeri çalışma süresi olan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,18’dir.

**Tablo 13:** Çalışma Süresi değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi

		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>df</b>	<b>Ort. Kareleri</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Liderler</b>	Gruplar arası	9,448	3	3,149	5,970	,001
	Gruplar içi	246,357	467	,528		
	Toplam	255,805	470			
<b>Stratejik Planlama</b>	Gruplar arası	5,693	3	1,898	3,249	,022
	Gruplar içi	268,652	460	,584		
	Toplam	274,345	463			
<b>Çalışanlar</b>	Gruplar arası	9,011	3	3,004	3,754	,011
	Gruplar içi	372,076	465	,800		
	Toplam	381,087	468			
<b>Süreç Yönetimi</b>	Gruplar arası	4,889	3	1,630	3,312	,020
	Gruplar içi	222,908	453	,492		
	Toplam	227,797	456			

Çalışma süresine göre “Çalışanlar” bağımsız değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (F=3,754 ve p= ,011). “Çalışanlar” bağımsız değişkenine 3 yıl ve altı süredir çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,08, 4–6 yıl arası çalışanların verdiği yanıtların ortalaması 2,77, 7–9 yıl

arası çalışanların verdiği yanıtların ortalaması 2,63 ve 10 yıl ve üzeri çalışma süresi olan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,89'dur.

**Tablo 14:** Bağımsız Değişkenlerin Çalışma Süresi değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Bağımsız Değişken	Çalışma Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
<b>Liderler</b>	3 ve altı	82	3,5383	,71708	,07919	3,3808	3,6959
	4-6 yıl	95	3,1701	,75024	,07697	3,0173	3,3230
	7-9 yıl	83	3,1128	,71059	,07800	2,9576	3,2679
	10 yıl ve üzeri	211	3,3364	,72504	,04991	3,2380	3,4348
	Toplam	471	3,2986	,73774	,03399	3,2318	3,3654
<b>Str. Planlama</b>	3 ve altı	82	3,4197	,81594	,09011	3,2404	3,3654
	4-6 yıl	95	3,1096	,81049	,08315	2,9445	3,2747
	7-9 yıl	81	3,0933	,68265	,07585	2,9424	3,2443
	10 yıl ve üzeri	206	3,1845	,75125	,05234	3,0813	3,2877
	Toplam	464	3,1945	,76977	,03574	3,1246	3,2651
<b>Çalışanlar</b>	3 ve altı	82	3,0770	,91450	,10099	2,8761	3,2780
	4-6 yıl	95	2,7732	,80144	,08223	2,6100	2,9365
	7-9 yıl	82	2,6311	,88578	,09782	2,4365	2,8258
	10 yıl ve üzeri	210	2,8879	,92908	,06411	2,7615	3,0143
	Toplam	469	2,8528	,90238	,04167	2,7710	2,9347
<b>Süreç Yönetimi</b>	3 ve altı	75	3,3872	,71683	,08277	3,2223	3,5522
	4-6 yıl	91	3,1364	,71449	,07490	2,9876	3,2852
	7-9 yıl	82	3,0917	,71713	,07919	2,9876	3,2493
	10 yıl ve üzeri	209	3,2881	,68389	,04731	3,1949	3,3814
	Toplam	457	3,2389	,70679	,03306	3,1740	3,3039

Sağlık personelinin çalışma sürelerine göre “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=3,312$  ve  $p=,020$ ). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenine 3 yıl ve altı süredir çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,39, 4-6 yıl arası çalışanların verdiği yanıtların ortalaması 3,14, 7-9 yıl arası çalışanların verdiği yanıtların ortalaması 3,09 ve 10 yıl ve üzeri çalışma süresi olan



sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,29'dur. Elde edilen bulgular doğrultusunda H13, H14, H15 ve H16 kabul edilmiştir.

Meslek Durumu değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testinde (Tablo 15 – Tablo 16) , meslek durumu sınıflama ölçeği ile iş mükemmelliği bağımsız değişkenleri eşit aralıklı ölçeği karşılaştırılmakta ve bu ölçekler arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Sağlık personelinin mesleklerine göre “Liderler” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir (F=14,010 ve p= ,001). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Liderler” bağımsız değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,22, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 3,14, ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,51'dir.

**Tablo 15:** Meslek Durumu değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi

		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>df</b>	<b>Ort. Kareleri</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Liderler</b>	Gruplar arası	14,534	2	7,267	14,010	,000
	Gruplar içi	238,600	460	,519		
	Toplam	253,133	462			
<b>Stratejik Planlama</b>	Gruplar arası	15,498	2	7,749	13,786	,000
	Gruplar içi	254,616	453	,562		
	Toplam	270,113	455			
<b>Ö. A. ve B. Y.</b>	Gruplar arası	22,760	2	11,380	17,366	,000
	Gruplar içi	295,551	451	,655		
	Toplam	318,311	453			
<b>Çalışanlar</b>	Gruplar arası	18,381	2	9,190	11,601	,000
	Gruplar içi	362,838	458	,792		
	Toplam	381,219	460			
<b>Süreç Yönetimi</b>	Gruplar arası	8,876	2	4,438	9,181	,000
	Gruplar içi	216,070	447	,483		
	Toplam	224,946	449			

**Tablo 16:** Bağımsız Değişkenlerin Meslek Durumu değişkenine göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Bağımsız Değişken	Meslek Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
Liderler	Hekim	67	3,2213	,56480	,06900	3,0835	3,3591
	Hemşire	200	3,1365	,64753	,04579	3,0462	3,2267
	Diğer Personel	196	3,5118	,82929	,05923	3,3950	3,6287
	Toplam	463	3,3076	,74021	,03440	3,2400	3,3752
Str. Planlama	Hekim	67	3,0091	,65894	,08050	2,8483	3,1698
	Hemşire	196	3,0557	,68988	,04928	2,9585	3,1528
	Diğer Personel	193	3,4156	,83277	,05994	3,2974	3,5338
	Toplam	456	3,2012	,77049	,03608	3,1303	3,2721
Ö. A. ve B. Y.	Hekim	66	3,2242	1,01710	,12520	2,9742	3,4742
	Hemşire	194	3,0749	,68359	,04908	2,9781	3,1717
	Diğer Personel	194	3,5544	,84596	,06074	3,4346	3,6742
	Toplam	454	3,3015	,83826	,03934	3,2242	3,3788
Çalışanlar	Hekim	66	2,8558	,53358	,06568	2,7246	2,9869
	Hemşire	200	2,6455	,86449	,06113	2,5249	2,7660
	Diğer Personel	195	3,0769	1,00414	,07191	2,9351	3,2188
	Toplam	461	2,8581	,91035	,04240	2,7748	2,9414
Süreç Yönetimi	Hekim	66	3,2535	,49869	,06138	3,1309	3,3761
	Hemşire	195	3,0983	,66259	,04745	3,0047	3,1919
	Diğer Personel	189	3,4024	,78121	,05682	3,2903	3,5145
	Toplam	450	3,2488	,70781	,03337	3,1832	3,3143

Meslek durumuna göre “Stratejik Planlama” bağımsız değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=13,786$  ve  $p=,001$ ). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Stratejik Planlama” bağımsız değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,01, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 3,06, ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,42’dir.

Sağlık personelinin mesleklerine göre “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” bağımsız değişkenini algulamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=17,366$  ve  $p=,001$ ). “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” bağımsız değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,22, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 3,08, ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,55’dir.

Sağlık personelinin mesleklerine göre “Çalışanlar” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=11,601$  ve  $p=,001$ ). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Çalışanlar” bağımsız değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 2,86, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 2,65, ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,08’dir.

Meslek durumuna göre “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $F=9,181$  ve  $p=,001$ ). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,25, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 3,10, ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,40’dır. Sonuç olarak araştırma hipotezlerinden H17, H18, H19, H20 ve H21 kabul edilmiştir.

Uygulama yapılan hastaneler değişkenine göre İş Mükemmelliği değişkeninin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testinde (Tablo 17- Tablo 18), hastanelere göre iş mükemmelliği bağımsız değişkenlerine verilen yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Hastanelere göre “Liderler” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=6,867$  ve  $p=,001$ ). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Liderler” bağımsız değişkenine Karşıyaka Devlet Hastanesi’nde çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,37, Buca Devlet Hastanesi’nden gelen yanıtların ortalaması 3,14, Urla Devlet Hastanesi’nden gelen yanıtların ortalaması 3,55 ve Alsancak Devlet Hastanesi’nden gelen yanıtların ortalaması 3,24’tür.

Uygulama yapılan hastanelere göre “Stratejik Planlama” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=4,393$  ve  $p=,005$ ). “Stratejik Planlama” bağımsız değişkenine Karşıyaka Devlet Hastanesi’nde çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,28, Buca Devlet Hastanesi’nden gelen yanıtların ortalaması 3,10, Urla Devlet Hastanesi’nden gelen yanıtların ortalaması 3,40 ve Alsancak Devlet Hastanesi’nden gelen yanıtların ortalaması 3,05’tir.

Hastanelere göre “Hasta Odaklılık” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir ( $F=9,543$  ve  $p=,001$ ). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Hasta Odaklılık” bağımsız değişkenine Karşıyaka Devlet Hastanesi’nde çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,50, Buca Devlet Hastanesi’nden gelen yanıtların ortalaması 3,75, Urla Devlet

Hastanesi'nden gelen yanıtların ortalaması 4,05 ve Alsancak Devlet Hastanesi'nden gelen yanıtların ortalaması 3,77'dir.

Uygulama yapılan hastanelere göre Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir (F=4,040 ve p= ,007). Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi bağımsız değişkenine Karşıyaka Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 3,25, Buca Devlet Hastanesi'nden gelen yanıtların ortalaması 3,19, Urla Devlet Hastanesi'nden gelen yanıtların ortalaması 3,55 ve Alsancak Devlet Hastanesi'nden gelen yanıtların ortalaması 3,39'dur.

**Tablo 17:** Uygulama yapılan hastanelere göre İş Mükemmelliği değişkenin bağımsız değişkenlerine ilişkin ANOVA Testi

		<b>Kareler Toplamı</b>	<b>Df</b>	<b>Ort. Kareleri</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Liderler</b>	Gruplar arası	10,816	3	3,605	6,867	,000
	Gruplar içi	254,109	484	,525		
	Toplam	269,925	487			
<b>Stratejik Planlama</b>	Gruplar arası	7,685	3	2,562	4,393	,005
	Gruplar içi	278,156	477	,583		
	Toplam	285,841	480			
<b>Hasta Odaklılık</b>	Gruplar arası	18,193	3	6,064	9,543	,000
	Gruplar içi	306,301	482	,635		
	Toplam	324,494	485			
<b>Ö. A. ve B. Y.</b>	Gruplar arası	8,252	3	2,751	4,040	,007
	Gruplar içi	322,717	474	,681		
	Toplam	330,968	477			
<b>Çalışanlar</b>	Gruplar arası	18,524	3	6,175	7,779	,000
	Gruplar içi	382,602	482	,794		
	Toplam	401,126	485			

Hastanelere göre “Çalışanlar” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir (F=7,779 ve p= ,001). Bu farklılığı incelemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler yapıldığında “Çalışanlar” bağımsız değişkenine Karşıyaka Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin verdiği yanıtların ortalaması 2,97,

Buca Devlet Hastanesi'nden gelen yanıtların ortalaması 2,61, Urla Devlet Hastanesi'nden gelen yanıtların ortalaması 3,14 ve Alsancak Devlet Hastanesi'nden gelen yanıtların ortalaması 2,86'dir. Sonuç olarak araştırma hipotezlerinden H22, H23, H24, H25 ve H26 kabul edilmiştir.

**Tablo 18:** Bağımsız Değişkenlerin Uygulama yapılan hastanelere göre ANOVA Testine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikleri

Bağımsız Değişken	Meslek Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	%95 Güven Aralığı	
						En düşük	En yüksek
<b>Liderler</b>	Karşıyaka D.H.	164	3,3673	,74957	,05853	3,2517	3,4828
	Buca D.H.	163	3,1375	,69126	,05414	3,0306	3,2444
	Urla D.H.	89	3,5492	,77174	,08180	3,3866	3,7118
	Alsancak D.H.	72	3,2407	,67871	,07199	3,0812	3,4001
	Toplam	488	3,3050	,73756	,03339	3,2394	3,3706
<b>Stratejik Planlama</b>	Karşıyaka D.H.	159	3,2809	,74794	,05932	3,1637	3,3980
	Buca D.H.	161	3,1004	,73074	,05759	2,9866	3,2141
	Urla D.H.	89	3,3998	,77309	,08195	3,2369	3,5627
	Alsancak D.H.	72	3,0543	,85363	,10060	2,8537	3,2549
	Toplam	481	3,2086	,77169	,03519	3,1394	3,2777
<b>Hasta Odaklılık</b>	Karşıyaka D.H.	163	3,4953	,78553	,06153	3,3738	3,6168
	Buca D.H.	162	3,7547	,84566	,06644	3,6235	3,8859
	Urla D.H.	89	4,0481	,72175	,07650	3,8961	4,2002
	Alsancak D.H.	72	3,7718	,79929	,09420	3,5839	3,9596
	Toplam	486	3,7240	,81796	,03710	3,6511	3,7969
<b>Ö. A. ve B. Y.</b>	Karşıyaka D.H.	158	3,2543	,79610	,06333	3,1292	3,3794
	Buca D.H.	162	3,1872	,72805	,05720	3,0742	3,3001
	Urla D.H.	88	3,5468	,86159	,09185	3,3642	3,7293
	Alsancak D.H.	70	3,3854	1,03063	,12318	3,1396	3,6311
	Toplam	478	3,3046	,83298	,03810	3,2297	3,3794
<b>Çalışanlar</b>	Karşıyaka D.H.	162	2,9663	,91905	,07221	2,8237	3,1089
	Buca D.H.	163	2,6138	,86623	,06785	2,4798	2,7477
	Urla D.H.	89	3,1367	,93985	,09962	2,9387	3,3347
	Alsancak D.H.	72	2,8576	,81640	,09621	2,6658	3,0495
	Toplam	486	2,8632	,90943	,04125	2,7821	2,9442

#### 4.7 Korelasyon Analizi

İş mükemmelliği bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. İş mükemmelliğinin alt değişkenleri arasında yapılan korelasyon analizi Tablo 19’da gösterilmektedir.

“Liderler” değişkeni ile “Stratejik Planlama” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r =,780$ ) olduğu görülmektedir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olması liderlerin stratejik planlamada büyük rol oynadığını göstermektedir.

“Liderler” değişkeni ile “Hasta Odaklılık” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r =,547$ ) olduğu tespit edilmiştir. Bir hastanede hasta odaklılık yaklaşımının benimsenmesi örgüt kültürünün bu yapıda olması ile ilgilidir.

“Liderler” değişkeni ile “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r =,665$ ) bulunmaktadır. Ölçme, analiz ve bilgi yönetimi liderliğin öncülüğünde yapılmakta ve liderler tarafından izlenmekte, yönlendirilmekte ve değerlendirilmektedir.

“Liderler” değişkeni ile “Çalışanlar” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r=,693$ ) bulunmaktadır. Çalışanların örgütsel süreçlere katılımı, çalışanların kapasitelerinin değerlendirilmesi, çalışanlar için sağlanan kariyer gelişimi, çalışanların benimsediği örgüt kültürü, çalışanlara sağlanan destek, çalışanların örgüt politikalarını desteklenmesi çalışanların işe alım süreci, çalışma ortamı sağlığı ve güvenliği ifadeleri çalışanlar değişkenini oluşturmaktadır.

“Liderler” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r =,680$ ) olduğu tespit edilmiştir. Süreçlerin ihtiyaçlara göre güncellenmesi, süreçlerin ihtiyaçlara göre tasarlanması, sağlık ile ilgili yeni süreçlerin geliştirilmesi süreçlerin, hasta beklentilerini karşılaması, süreçlerin etkinliği, acil durum süreçlerinin yeterliliği, süreçlerin eksiksiz yerine getirilmesi, yönetsel ve tıbbi çalışma süreçlerinin yeterliliği gibi süreç yönetimi ifadeleri liderlerin kararları doğrultusunda yönlendirilmektedir. Korelasyon Analizinden elde edilen bulgulara göre H27, H28, H29, H30, H31 kabul edilmiştir.

“Stratejik Planlama” değişkeni ile “Hasta Odaklılık” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r =,562$  ) olduğu görülmektedir. Anketi cevaplayan çalışanlar bu iki faktör arasında ilişki olduğu düşüncesindedirler.

**Tablo 19: Korelasyon Analizi (İş mükemmelliği)**

		Liderler	Stratejik Planlama	Hasta Odaklılık	Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi	Çalışanlar	Süreç Yönetimi
Liderler	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1  488					
Stratejik Planlama	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,780  481	1  481				
Hasta Odaklılık	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,547  486	,562  479	1  486			
Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,665  478	,668  473	,520  476	1  478		
Çalışanlar	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,693  486	,661  479	,407  484	,629  477	1  486	
Süreç Yönetimi	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,680  473	,653  467	,625  471	,646  467	,645  473	1  473

“Stratejik Planlama” değişkeni ile “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r=,668$ ) bulunmaktadır.

“Stratejik Planlama” değişkeni ile “Çalışanlar” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r=,661$ ) bulunmaktadır. Çalışan değişkeni ile stratejik planlama değişkeninin arasında çok güçlü bir ilişkinin olduğunu söylemek mümkündür.

“Stratejik Planlama” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r=,653$ ) bulunmaktadır. Süreçlerin iyi planlanması, yürütülmesi ve etkililiğinin kontrol edilmesi ile stratejik planlar doğrultusunda belirlenen hedeflere ulaşmamız mümkün olmaktadır. Süreçlerin eksiz olarak, ihtiyaçları karşılayacak

biçimde sürdürülmesi ve tamamlanması stratejik planlama ile mümkün olmaktadır. Bu doğrultuda yapılan korelasyon Analizinden elde edilen bulgulara göre H32, H33, H34, H35 kabul edilmiştir.

“Hasta Odaklılık” değişkeni ile “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r=,520$ ) bulunmaktadır. “Hasta Odaklılık” ifadeleri olan; hastalara verilen sağlık hizmetinin hızı, hasta gereksinimlerinin belirlenmesi, hastalara verilen değer, hastalara verilen sağlık hizmetinin kalitesi, hasta önerilerinin alınması ve değerlendirilmesi, hastalara yönelik yeni alanların oluşturulması ancak etkili bir ölçme, analiz ve bilgi yönetimi sistemi ile değerlendirilebilmektedir.

“Hasta Odaklılık” değişkeni ile “Çalışanlar” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r = ,407$  ) olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetinin kalitesi ve hızı, sağlık çalışanlarının hastalara verdikleri değer, hastaların gereksinimlerini eskizsiz belirleyip onları yerine getirmeleri, hastaların önerilerini dikkate almaları ve değerlendirmeleri ve bunun sonucunda hasta ve hasta yakınlarının bundan duyduğu memnuniyet ile çalışanların bu yaklaşımı benimsemeleri arasında doğru orantı kurmak mümkün olmaktadır.

“Hasta Odaklılık” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r = ,625$ ) olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak Korelasyon Analizinden elde edilen bulgulara göre H36, H37, H38 kabul edilmiştir.

“Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni ile “Çalışanlar” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r = ,629$ ) olduğu tespit edilmiştir. Çalışanlar değişkeni ile çalışanlarla ilgili verilerin ölçülmesi analiz edilmesi ve bilgi yönetim sistemi ile desteklenmesi arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu söylemek mümkündür.

“Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r=,646$ ) bulunmaktadır. Korelasyon Analizinden elde edilen bulgulara göre H39, H40 kabul edilmiştir.

“Çalışanlar” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki ( $p=,001$  ve  $r = ,645$ ) olduğu tespit edilmiştir. Bunun sonucunda H41 kabul edilmiştir.



#### 4.8 Regresyon Analizi

Çalışmada Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki önemlerini belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 20:** Hastane Yönetimini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Liderler	,409	8,317	,001
Çalışanlar	,239	4,987	,001
Süreç Yönetimi	,189	3,948	,001
SABİT	-,217	-1,354	,176

Not: Multiple R: ,750; R Square: ,562; Adjusted R Square: ,559; F: 193,100; Signif F: ,001

Tablo 20 incelendiğinde F değerinin 193,100; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,750 ve R Square= ,562 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastane Yönetimini” en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Liderler” olduğu gözlenmektedir ( $p=,001$  ve  $\beta=,409$ ). Hastane yönetimini etkileyen ikinci değişken olarak “Çalışanlar” karşımıza çıkmaktadır ( $p=,001$  ve  $\beta=,239$ ). Üçüncü değişken “Süreç Yönetimidir” ( $p=,001$  ve  $\beta=,189$ ). Bu üç değişken hastane yönetimini %56 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,562$ ).

**Tablo 21:** Hastane Planlama Sistemini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Süreç Yönetimi	,320	6,959	,001
Liderler	,185	3,322	,001
Çalışanlar	,228	4,842	,001
Stratejik Planlama	,135	2,629	,009
SABİT	-,128	-,895	,371

Not: Multiple R: ,766; R Square: ,586; Adjusted R Square: ,582; F: 159,613; Signif F: ,001

Tablo 21 incelendiğinde F değerinin 159,613; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,766 ve R Square= ,586 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizine göre, “Hastane Planlama Sistemini” en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Süreç Yönetimi” olduğu gözlenmektedir (p=,001 ve  $\beta$ = ,320). “Hastane Planlama Sistemini” etkileyen ikinci değişken olarak “Liderler” karşımıza çıkmaktadır (p=,001 ve  $\beta$ = ,185). Üçüncü değişken “Çalışanlar” (p=,001 ve  $\beta$ = ,228) ve son değişken ise “Stratejik Planlamadır” (p=,009 ve  $\beta$ = ,135). Bu dört değişken “Hastane Planlama Sistemi”ni %58 oranında açıklamaktadır ( $R^2$ =,586).

**Tablo 22:** Hastane Organizasyonunu etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Süreç Yönetimi	,335	7,164	,001
Stratejik Planlama	,219	4,676	,001
Çalışanlar	,212	4,542	,001
Ölçme, Analiz ve BY	,104	2,262	,024
SABİT	-,161	-1,116	,265
Not: Multiple R: ,757; R Square: ,573; Adjusted R Square: ,569; F: 151,150; Signif F: ,001			

Tablo 22 incelendiğinde F değerinin 151,150; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,757 ve R Square= ,573 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastane Organizasyonu”nu en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Süreç Yönetimi” olduğu gözlenmektedir (p=,001 ve  $\beta$ = ,335). Bu değeri “Stratejik Planlama” izlemektedir. Diğer bir değişle “Hastane Organizasyonu”nu etkileyen ikinci bağımsız değişken “Stratejik Planlamadır” (p=,001 ve  $\beta$ = ,219). Üçüncü değişken grubu “Çalışanlar” (p=,001 ve  $\beta$ = ,212), dördüncü değişken grubu ise “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimidir” (p=,024 ve  $\beta$ = ,104). Bu dört değişken “Hastane Organizasyonu”nu %57 oranında açıklamaktadır ( $R^2$ =,573).

**Tablo 23:** Hastanede Motivasyonu etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Çalışanlar	,440	9,325	,001
Liderler	,226	4,680	,001
Süreç Yönetimi	,177	3,910	,001
SABİT	-,551	-3,320	,001

Not: Multiple R: ,763; R Square: ,581; Adjusted R Square: ,579; F: 207,483; Signif F: ,001

Tablo 23 incelendiğinde F değerinin 207,483; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,763 ve R Square= ,581 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastanede Motivasyonu” en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Çalışanlar” olduğu gözlenmektedir ( $p=,001$  ve  $\beta=,440$ ). “Hastanede Motivasyonu” etkileyen ikinci değişken olarak “Liderler” karşımıza çıkmaktadır ( $p=,001$  ve  $\beta=,226$ ). Üçüncü değişken “Süreç Yönetimidir” ( $p=,001$  ve  $\beta=,177$ ). Bu üç değişken “Hastanede Motivasyonu” %58 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,581$ ).

**Tablo 24:** Hastanedeki Denetim Sistemini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Liderler	,269	4,338	,001
Süreç Yönetimi	,284	5,551	,001
Stratejik Planlama	,178	3,000	,003
SABİT	,170	,982	,327

Not: Multiple R: ,658; R Square: ,433; Adjusted R Square: ,430; F: 113,965; Signif F: ,001

Tablo 24 incelendiğinde F değerinin 113,965; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,658 ve R Square= ,433 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastanedeki Denetim Sistemi”ni en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Liderler” olduğu gözlenmektedir ( $p=,001$  ve  $\beta=,269$ ). “Hastanedeki Denetim Sistemi”ni etkileyen ikinci değişken olarak “Süreç Yönetimi” karşımıza çıkmaktadır ( $p=,001$  ve  $\beta=,284$ ). Üçüncü değişken “Stratejik Planlama”dır

( $p=,003$  ve  $\beta= ,178$ ). Bu üç değişken “Hastanedeki Denetim Sistemi”ni %43 oranında açıklamaktadır ( $R^2= ,433$ ).

**Tablo 25:** Hastane Kalitesini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEğİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Süreç Yönetimi	,278	5,326	,001
Hasta Odaklılık	,270	5,945	,001
Stratejik Planlama	,160	3,178	,002
Ölçme, Analiz ve BY	,112	2,291	,022
SABİT	,281	1,760	,079
Not: Multiple R: ,698; R Square: ,488; Adjusted R Square: ,483; F: 106,797; Signif F: ,001			

Tablo 25 incelendiğinde F değerinin 106,797; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekteştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,698 ve R Square= ,488 olarak gerçekteşmiştir.

Regresyon analizine göre, “Hastane Kalitesini” en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Süreç Yönetimi” olduğu gözlenmektedir ( $p=,001$  ve  $\beta= ,278$ ). “Hastane Kalitesini” etkileyen ikinci değişken olarak “Hasta Odaklılık” karşımıza çıkmaktadır ( $p=,001$  ve  $\beta= ,270$ ). Üçüncü değişken “Stratejik Planlama”dır ( $p=,002$  ve  $\beta= ,160$ ) ve son değişken ise “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi”dir ( $p=,022$  ve  $\beta= ,112$ ). Bu dört değişken “Hastane Kalitesi”ni %49 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,488$ ).

**Tablo 26:** Hastanenin Mükemmelliğini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEğİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Süreç Yönetimi	,284	5,823	,001
Hasta Odaklılık	,268	6,059	,001
Stratejik Planlama	,267	5,811	,001
SABİT	,059	,370	,712
Not: Multiple R: ,707; R Square: ,500; Adjusted R Square: ,497; F: 150,455; Signif F: ,001			

Tablo 26 incelendiğinde F değerinin 150,455; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekteştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,707 ve R Square= ,500 olarak gerçekteşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastanenin Mükemmelliğini” en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Süreç Yönetimi” olduğu gözlenmektedir (p=,001 ve  $\beta= ,284$ ). “Hastanenin Mükemmelliği”ni etkileyen ikinci değişken olarak “Hasta Odaklılık” karşımıza çıkmaktadır (p=,001 ve  $\beta= ,268$ ). Üçüncü değişken grubu ise “Stratejik Planlama”dır (p=,001 ve  $\beta= ,267$ ). Bu üç değişken “Hastanenin Mükemmelliği”ni %50 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,500$ ).

**Tablo 27:** Hastanedeki Hasta Güvenliğini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Süreç Yönetimi	,319	6,053	,001
Hasta Odaklılık	,313	6,674	,001
Ölçme, Analiz ve BY	,131	2,769	,006
SABİT	,327	1,899	,058
Not: Multiple R: ,665; R Square: ,442; Adjusted R Square: ,438; F: 118,047; Signif F: ,001			

Tablo 27 incelendiğinde F değerinin 118,047; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,665 ve R Square= ,442 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastanedeki Hasta Güvenliği”ni en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Süreç Yönetimi” olduğu gözlenmektedir (p=,001 ve  $\beta= ,319$ ). Bu değeri “Hasta Odaklılık” izlemektedir. Diğer bir değişle “Hastanedeki Hasta Güvenliği”ni etkileyen ikinci bağımsız değişken “Hasta Odaklılık”tır (p=,001 ve  $\beta= ,313$ ). Üçüncü değişken grubu ise “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi”dir (p=,006 ve  $\beta= ,131$ ). Bu üç değişken “Hastanedeki Hasta Güvenliği”ni %44 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,442$ ).

**Tablo 28:** Hastanedeki Çalışan Güvenliğini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Çalışanlar	,376	7,510	,001
Liderler	,252	4,879	,001
Süreç Yönetimi	,177	3,660	,001
SABİT	-,407	-2,298	,022

Not: Multiple R: ,725; R Square: ,525; Adjusted R Square: ,522; F: 165,433; Signif F: ,001

Tablo 28 incelendiğinde F değerinin 165,433; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,725 ve R Square= ,525 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastanedeki Çalışan Güvenliği”ni en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Çalışanlar” olduğu gözlenmektedir ( $p=,001$  ve  $\beta= ,376$ ). Bu değeri “Liderler” izlemektedir. Diğer bir değişle “Hastanedeki Çalışan Güvenliği”ni etkileyen ikinci bağımsız değişken “Liderler”dir ( $p=,001$  ve  $\beta= ,252$ ). Üçüncü değişken grubu ise “Süreç Yönetimi”dir ( $p=,001$  ve  $\beta= ,177$ ). Bu üç değişken “Hastanedeki Çalışan Güvenliği”ni %53 oranında açıklamaktadır ( $R^2=,525$ ).

**Tablo 29:** Hastanede Hasta Memnuniyetini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Hasta Odaklılık	,546	12,241	,001
Süreç Yönetimi	,192	4,306	,001
SABİT	,937	6,309	,001

Not: Multiple R: ,684; R Square: ,468; Adjusted R Square: ,465; F: 196,051; Signif F: ,001

Tablo 29 incelendiğinde F değerinin 196,051; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,684 ve R Square= ,468 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Hastanede Hasta Memnuniyeti”ni en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Hasta Odaklılık” olduğu gözlenmektedir ( $p=,001$  ve  $\beta= ,546$ ). Bu değeri “Süreç Yönetimi” izlemektedir. Diğer bir değişle “Hastanede Hasta Memnuniyeti”ni etkileyen ikinci bağımsız değişken “Süreç Yönetimi”dir ( $p=,001$  ve

$\beta = ,192$ ). Bu iki değişken ‘‘Hastanede Hasta Memnuniyeti’’ni %47 oranında açıklamaktadır ( $R^2 = ,468$ ).

**Tablo 30:** Hastaların Hastaneyi Diğer Hastalara Tavsiyelerini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEğİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Hasta Odaklılık	,408	8,309	,001
Süreç Yönetimi	,240	3,951	,001
Ölçme, Analiz ve BY	,180	3,342	,001
Çalışanlar	-,176	-3,253	,001
SABİT	1,097	6,765	,001
Not: Multiple R: ,620; R Square: ,384; Adjusted R Square: ,379; F: 69,011; Signif F: ,001			

Tablo 30 incelendiğinde F değerinin 69,011; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekteştiği görölmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,620 ve R Square= ,384 olarak gerçekteşmiştir.

Regresyon analizine göre, ‘‘Hastaların Hastaneyi Diğer Hastalara Tavsiye Etmelerini’’ en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun ‘‘Hasta Odaklılık’’ olduğu gözlenmektedir ( $p = ,001$  ve  $\beta = ,408$ ). ‘‘Hastaların Tavsiyelerini’’ etkileyen ikinci değişken olarak ‘‘Süreç Yönetimi’’ karşımıza çıkmaktadır ( $p = ,001$  ve  $\beta = ,240$ ). Üçüncü değişken ‘‘Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi’’dir ( $p = ,001$  ve  $\beta = ,180$ ) ve son değişken ise ‘‘Çalışanlar’’dır ( $p = ,009$  ve  $\beta = -,176$ ). Bu dört değişken ‘‘Hastaların Tavsiyelerini’’ %38 oranında açıklamaktadır ( $R^2 = ,384$ ).

**Tablo 31:** Çalışanların Örgüte Bağlılığını etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEğİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Çalışanlar	,292	5,407	,001
Süreç Yönetimi	,277	5,120	,001
Stratejik Planlama	,152	2,857	,004
SABİT	,642	3,655	,001
Not: Multiple R: ,638; R Square: ,407; Adjusted R Square: ,403; F: 99,519; Signif F: ,001			

Tablo 31 incelendiğinde F değerinin 99,519; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,638 ve R Square= ,407 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Çalışanların Örgüte Bağlılığı”nı en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Çalışanlar” olduğu gözlenmektedir (p=,001 ve  $\beta$ = ,292). “Çalışanların Örgüte Bağlılığı”nı etkileyen ikinci değişken olarak “Süreç Yönetimi” karşımıza çıkmaktadır (p=,001 ve  $\beta$ = ,277). Üçüncü değişken “Stratejik Planlama”dır (p=,004 ve  $\beta$ = ,152). Bu üç değişken “Çalışanların Örgüte Bağlılığı”nı %41 oranında açıklamaktadır ( $R^2$ =,407)

**Tablo 32:** Çalışanların İşlerinden Memnuniyetlerini etkileyen İş Mükemmelliği Değişken gruplarının Regresyon Analizi

DEĞİŞKENLER	$\beta$	t	Sig T
Çalışanlar	,247	3,982	,001
Süreç Yönetimi	,191	3,189	,001
Liderler	,134	2,106	,036
SABİT	1,362	6,850	,001
Not: Multiple R: ,513; R Square: ,263; Adjusted R Square: ,258; F: 53,857; Signif F: ,001			

Tablo 32 incelendiğinde F değerinin 53,857; Signif F değerinin ,001 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir. Buna bağlı olarak Multiple R= ,513 ve R Square= ,263 olarak gerçekleşmiştir.

Regresyon analizinde elde edilen sonuçlara göre, “Çalışanların İşlerinden Memnuniyetlerini” en fazla etkileyen bağımsız değişken grubunun “Çalışanlar” olduğu gözlenmektedir (p=,001 ve  $\beta$ = ,247). “Çalışanların İşlerinden Memnuniyetlerini” etkileyen ikinci değişken olarak “Süreç Yönetimi” karşımıza çıkmaktadır (p=,001 ve  $\beta$ = ,191). Üçüncü değişken “Liderler”dir (p=,036 ve  $\beta$ = ,134). Bu üç değişken “Çalışanların İşlerinden Memnuniyetlerini” %26 oranında açıklamaktadır ( $R^2$ =,263).



## 5 BÖLÜM

### TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1 TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerini, diğer hizmetlerden ayıran pozitif dışsallık, arzın talep yaratması, talep esnekliğinin katı olması, bilgi asimetrisinin olması ve risk ve belirsizlikleri beraberinde getirmesi gibi özelliklerinden dolayı “mükemmel” kavramının sağlık kurumlarına kazandırılması oldukça zor olmaktadır; ancak sağlık kurumlarının etkililiği açısından, mükemmel olarak işletilmesi gereken kurumlardır. Ülkemiz hastanelerinde de bu nedenlerden dolayı uluslararası standardizasyona son zamanlarda daha fazla önem verilmeye başlanmış ve buna bağlı olarak uluslararası akreditasyon ve özdeğerlendirme için ilgili firmalara ciddi kaynak aktarımlarında bulunulmuştur. Bu kaynakların rasyonel bir şekilde kullanılması ve gereksiz kaynak aktarımlarının olmaması için öncelikle sağlık kurumunun var olan tutumlarının incelenmesi ve analiz edilmesi gerekmektedir.

Bu doğrultuda çalışmada, İzmir merkezde bulunan II. Basamak Devlet Hastanelerinde çalışan sağlık personelinin özdeğerlendirme modelini algılama düzeylerini incelemek amacıyla 488 sağlık çalışanının katılımı ile elde edilen sonuçlar açıklanmaktadır.

Öncelikle sağlık alanında kalite sistemlerini oluşturulmasına son zamanlarda oldukça büyük önem verilmektedir. Ancak bu alanda sağlık çalışanlarının farkındalık düzeyinin yeterli seviyede olmadığı gözlenmektedir. Sağlık çalışanları kalite ile ilgili tam bir bilgiye sahip değilken özdeğerlendirme kavramına da oldukça yabancı oldukları görülmektedir. Bu durum Hollanda’da yapılan bir araştırma ile de vurgulanmaktadır. 1999 yılında yapılan bir çalışmada (Nabitz ve Klazinga, 1999) Hollanda’daki birçok sağlık kurumunda özdeğerlendirme bilincinin oluşmadığı sonucuna varılmıştır. Sadece ödül için başvuran birkaç sağlık örgütünde bu farkındalığın sağlandığı belirtilmektedir.

Özdeğerlendirme ile ilgili olarak çalışmada belirlenen tanımlayıcı istatistiklerden elde edilen sonuçlara göre, hastanelerde çalışan personelin büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Bunun nedeni hemşirelerin sağlık kurumlarında oldukça fazla nüfusa sahip olmasıdır. Hastanelerde çalışan personelin yaş durumuna bakıldığında ise, hastanelerin genç çalışanlara sahip olduğu söylenebilmektedir. Sağlık sektörü uzmanlıkların yoğun olduğu bir sektör olduğundan dolayı, hastanelerde çalışan işgücünün de uzmanlığı doğrultusunda yetenekli ve yeterli olması beklenmektedir. Bu nedenle anket uygulanan kişilerin

çoğunluğunun lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu araştırma verilerinden elde edilmektedir.

Araştırma sonucunda iş mükemmelliğini açıklayan 6 faktör elde edilmiştir. Bu faktörlere sağlık çalışanlarının verdikleri cevapların ortalamaları alındığında mükemmellik açısından sağlık personelinin algıları Hasta Odaklılığın en yüksek düzeyde mükemmellik bilinciyle gerçekleştirildiğini ortaya koymaktadır. Bu faktörü sırasıyla “Liderler”, “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi”, “Süreçler”, “Stratejik Planlama” ve son olarak “Çalışanlar” izlemektedir.

Birçok çalışmada çalışanların algılarının yaşlarına, eğitim durumlarına, cinsiyetlerine, mesleki deneyimlerine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Hespanhol ve diğ., 1999; Lyons ve diğ., 2003; Hallock ve diğ., 2004). Araştırmada da sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre iş mükemmelliğini algılamaları arasında da farklılıklar olduğu ortaya konmuştur. Bu doğrultuda;

- Özdeğerlendirmenin alt boyutları ile sağlık çalışanlarının yaşlarına ilişkin bir değerlendirme literatürde bulunmamaktadır. bu çalışmada yapılan T-testine göre, sağlık personelinin cinsiyetlerine göre İş mükemmelliğinin “Liderler”, “Stratejik Planlama”, “Çalışanlar” ve “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenlerini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir. Genel olarak erkeklerin iş mükemmelliği bağımsız değişkenlerine verdikleri cevapların ortalamaları daha yüksektir.
- Eğitim durumuna göre İş Mükemmelliğinin “Stratejik Planlama” ve “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkenlerine verilen yanıtlar arasında farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir ve anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, öğrenim durumu lise ve altı olan sağlık çalışanlarının verdikleri yanıtların ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe beklentilerin yükseldiğini söylemek mümkündür.
- Freer ve Jackson’un (1998) Temmuz 1993’den Ekim 1996 yılları arasında yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının bu geçen üç buçuk yıl içinde algılarının olumlu yönde değiştiği gözlenmiştir. Yani 1993 yılında uygulanmaya başlayan özdeğerlendirme algılarının ölçülmesi, 1996 yılında tekrar analiz edilmiştir. Bunun sonucunda ise, kalite çalışmalarının belirli bir süredir devam etmesi kişilerin kalite algılarını olumlu yönde etkilediği sonucunu ortaya çıkartmaktadır. Bu çalışmada da kalite çalışmalarının 3

yıldan daha fazla süredir devam ettiğini belirten kişilerin kalite algıları daha olumludur. Sonuç olarak, İş mükemmelliği bağımlı değişkenini açıklayan bağımsız değişkenlere verilen yanıtlar arasında hastanede yürütülen kalite çalışmalarının süresine göre farklılık olup olmadığı analiz edilmiştir. Bunun sonucunda ise “Stratejik Planlama”, “Liderler”, “Çalışanlar” ve “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenlerinde kalite çalışmalarının süresine göre bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Kalite çalışmalarının 3 yıldan fazla sürdüğü hastanelerde çalışanların mükemmelliği algılamaları doğrultusunda verdikleri yanıtların ortalaması daha yüksektir. Bu da kalite çalışmalarının mükemmelliğe ulaşmada bir basamak olarak görüldüğü ve çalışanların bu konuda bilinç düzeylerinin yükseldiği anlamına gelmektedir.

- Yaş gruplarına göre iş mükemmelliği boyutlarına sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. “Liderler”, “Çalışanlar” ve “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenlerinde yaş gruplarına göre anlamlı farklılık vardır. Sağlık personelinin yaşı yükseldikçe değişkenlere verdikleri yanıtların ortalamaları yükselmektedir.
- Sağlık personelinin çalışma sürelerine göre iş mükemmelliği bağımsız değişkenlerine verdikleri yanıtların ortalamaları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Bu analizde “Liderler”, “Stratejik Planlama”, “Çalışanlar” ve “Süreç Yönetimi” bağımsız değişkenleri arasında çalışma süresine göre anlamlı fark tespit edilmiştir. Genel olarak çalışma süresi 3 yılın altında olan çalışanların bu değişkenlere verdikleri yanıtlar yüksekken, çalışma süresi arttıkça algılarında bir düşüş olduğu gözlenmektedir. Ancak çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan sağlık personelinin algılarında tekrar bir yükselme olduğu anlaşılmıştır. Bunun nedeni çalışmaya yeni başlayanların kalite ile ilgili fikirlere açık olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma yılı 4 ile 9 yıl olanların bu konu ile ilgililerinin olmadığı veya kalite konusuna olan inançlarını yitirdikleri anlaşılabilmektedir. Ancak, 10 yıl ve üzerinde çalışma süresi olanların kalitenin gerekli olduğu düşüncesine sahip oldukları anlaşılmaktadır.
- Meslek durumu sınıflama ölçeği ile iş mükemmelliği bağımsız değişkenleri eşit aralıklı ölçeği karşılaştırılmakta ve bu ölçekler arasında anlamlı farklılık olup olmadığı sorgulanmaktadır. Sağlık personelinin mesleklerine göre “Liderler” bağımsız değişkenini algılamaları ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmektedir. “Liderler” bağımsız değişkenine diğer personel iyiye yakın olduğunu

düşünürken, hekim ve hemşirelerin görüşleri ile ilgili ortalamanın daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedeni diğer personelin gözünde liderlerin etkili olduğu görüşü hakim olabilmektedir. “Stratejik Planlama” değişkenine bakıldığında hekim ve hemşirelerin ne iyi, ne kötü düzeyinde algılarının olduğu görülmektedir. Diğer personel ise stratejik planlama değişkenine daha olumlu bakmaktadır. “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni için diğer personelin olumlu yanıtlar verdiği ve bu konuda hemşirelerin yanıtlarının ne iyi ne kötü düzeyinde olduğu görülmektedir. “Çalışanlar” ile ilgili bağımsız değişken ile ilgili hemşireler genel olarak ifadelere katılmamaktadırlar. Bunu hekimler ve diğer personel takip etmektedir. Son olarak kurumlarında yürütülen süreç yönetimi çalışmalarının hemşireler ne iyi ne de kötü olduklarını düşünmektedirler. Buna ek olarak hekim ve diğer personelin görüşleri hemşirelere göre daha olumlu olduğu görülmektedir.

- Genel olarak hastaneler arasında, İş Mükemmelliği bağımsız değişkenleri arasında da çeşitli görüş farklılıkları bulunmaktadır. Urla Devlet Hastanesinde çalışanlar “Liderler” boyutunun daha iyi olduklarını düşünmektedir. Bunu Karşıyaka Devlet Hastanesi, Alsancak Devlet Hastanesi ve Buca Devlet Hastanesi takip etmektedir. “Stratejik Planlama” konusunda da, çalışanlar Urla Devlet Hastanesinin bu konu ile ilgili faaliyetlerinin daha iyi olduğunu düşünmektedirler. Bunu Karşıyaka Devlet Hastanesi, Buca Devlet Hastanesi ve Alsancak Devlet Hastanesi takip etmektedir. “Hasta Odaklılık” boyutunda ise, çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması en yüksek olan hastane Urla Devlet Hastanesidir. Bunu, Alsancak Devlet Hastanesi, Buca Devlet Hastanesi ve Karşıyaka Devlet Hastanesi takip etmektedir. “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkenine çalışanların verdikleri yanıtlardan ortalaması en yüksek olan hastane Urla Devlet Hastanesi olduğu tespit edilmiştir. Bunu, Alsancak Devlet Hastanesi, Karşıyaka Devlet Hastanesi ve Buca Devlet Hastanesi takip etmektedir. Urla devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin çalışanlar bağımsız değişkenine verdikleri yanıtların ortalaması en yüksektir. Bu hastaneyi, Alsancak Devlet Hastanesi, Karşıyaka Devlet Hastanesi ve Buca Devlet Hastanesi takip etmektedir. Hastanelerin özdeğerlendirme ile ilgili yaklaşımlarında farklılık olmakla birlikte, hastanelerde uygulanan özdeğerlendirme modellerinin örgütün yetenek ve kabiliyetlerini artırmasına olanak tanıyacağı düşünülmektedir (Nabitz ve Klazinga, 1999).

İş mükemmelliği bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizi yapılmıştır. Bu ilişkiler hangi faktörlerin birbirinden etkilendikleri ve hangilerine odaklanıldığında diğer hangilerinin de gelişeceği ile ilgili bilgi vermektedir. Bu doğrultuda;

- Hastane yöneticileri arasında 2005 yılında yapılan çalışmada stratejik amaçlara ulaşabilmek için liderin önemi vurgulanmıştır (Yavas ve Romanova, 2005). Araştırmada stratejik amaçların başarıldığı, yeni amaçların belirlenmesi ve bu amaçlara ulaşılması ile ilgili olarak hastane liderlerinin önemi vurgulanmaktadır. Bu çalışmada da “Liderler” değişkeni ile “Stratejik Planlama” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu değişkenler arasında böyle bir ilişkinin olması liderlerin stratejik planlamada büyük rol oynadığını göstermektedir. Stratejik planlama çalışmaları liderlerin örgüt politikalarında belirleyip çalışanların katılımlarıyla gerçekleştirilmektedir.
- Özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde, müşteriye dayalı sağlık hizmetlerinin sunumunun önemi git gide artmaktadır ve müşteriden gelen sesi dinlemek çok önemlidir (Egglı ve Halfon, 2003). Hastaya dayalı bir hizmet sunumu ile hasta odaklılık vurgulanmaktadır. Burada gerekli yönlendirmeleri yapan da liderlerdir. Yapılan çalışmada da “Liderler” değişkeni ile “Hasta Odaklılık” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bir hastanede hasta odaklılık yaklaşımının benimsenmesi örgüt kültürünün bu yapıda olması ile ilgilidir. Örgüt kültürünü belirleyen ve yönlendirenler bir örgütte liderler olduğundan dolayı hasta odaklılık ile liderler arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.
- “Liderler” değişkeni ile “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Ölçme, analiz ve bilgi yönetimi liderliğin öncülüğünde yapılmakta ve liderler tarafından izlenmekte, yönlendirilmekte ve değerlendirilmektedir. Bu nedenle ölçümlerin yapılması, elde edilen verilerin analizi ve yorumlanması liderlerin karar verme süreçlerine yön göstermektedir. Aynı zamanda bilgi yönetimi ile liderler örgütün yönünü, gelecek planları, geliştirilmesi gereken yönleri ve güçlü alanları tespit edebilmektedirler. Bu nedenle liderler ölçme, analiz ve bilgi yönetimine ihtiyaç duymaktadırlar, bu iki değişken arasında oluşan güçlü ilişkinin nedenlerinin bunlar olduğunu söylemek mümkündür.
- Naveh ve diğ. (1998) kalite geliştirme programlarının 3 düzeyde olması gerektiğini belirtmişlerdir: Örgütsel olarak, departman düzeyinde ve bireysel olarak. Bunun

temelinde bireysel olarak çalışanlar yatmaktadır. Liderler kalite geliştirme için bireysel olarak çalışanlar temeline inmeli, departman düzeyinde çalışanları takım olarak desteklemelidir. Bu doğrultuda liderler, örgütsel olarak kalite geliştirme çabalarına başlamış olabilirler. Özdeğerlendirmenin temelini oluşturan kalite geliştirme için bu şarttır. Bu çalışmada da “Liderler” ile “Çalışanlar” arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Çalışanların örgütsel süreçlere katılımı, çalışanların kapasitelerinin değerlendirilmesi, çalışanlar için sağlanan kariyer gelişimi, çalışanların benimsediği örgüt kültürü, çalışanlara sağlanan destek, çalışanların örgüt politikalarını desteklenmesi çalışanların işe alım süreci, çalışma ortamı sağlığı ve güvenliği ifadeleri çalışanlar değişkenini oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi tüm bu ifadeler Liderler ile yakından ilişkilidir. Liderlerin karar verdikleri örgütün yönü, örgüt kültürü, değerler ve örgütün misyonu çalışanlar sayesinde gerçekleştirilebilmektedir. Çalışanların işe alım süreçlerinden, onlara sağlanan destek ve kariyer gelişimlerine kadar liderlerin rolünün büyük olduğu söylenebilmektedir. Bu nedenle bu iki bağımsız değişken arasındaki ilişki pozitif yönde ve güçlü bulunmuştur.

- Kalite ile ilgili değerlendirmeler, sadece hizmet çıktısı ile değil hizmet sunum süreçlerinin tamamını kapsayan değerlendirmeleri içermektedir (Parasuraman ve diğ., 1985). Kalite değerlendirmeleri liderler tarafından yapılmaktadır. Ancak yapılan çalışma da liderlerin sadece sonuçlara değil sonuçlara ulaştıracak süreçler üzerinde durulması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada da bu sonuca destek niteliğinde, “Liderler” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Süreçlerin ihtiyaçlara göre güncellenmesi, süreçlerin ihtiyaçlara göre tasarlanması, sağlık ile ilgili yeni süreçlerin geliştirilmesi süreçlerin, hasta beklentilerini karşılaması, süreçlerin etkinliği, acil durum süreçlerinin yeterliliği, süreçlerin eksiksiz yerine getirilmesi, yönetsel ve tıbbi çalışma süreçlerinin yeterliliği gibi süreç yönetimi ifadeleri liderlerin kararları doğrultusunda yönlendirilmektedir. Bir örgütün yürütülmesi ardarda gelen süreçler ile oluşmaktadır ve örgüt liderler tarafından yönetilmektedir. Liderlerin süreç yönetimini etkili bir şekilde yürütmesi gerekliliği nedeniyle böyle bir ilişkinin ortaya çıktığı söylenebilmektedir.
- “Stratejik Planlama” değişkeni ile “Hasta Odaklılık” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Stratejik planlama ifadelerine baktığımızda hasta odaklı bir yaklaşımın ancak etkili bir stratejik planlama ile gerçekleştirilebileceğini

görmekteyiz. Hasta ihtiyaçlarının belirlenip gelecek tahminlemeleri yaparak stratejik plan yapıp stratejik karar vermek bu değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerini açıklamaktadır. Belirlenen amaçların tutarlı olması örgütün de etkili bir şekilde ilerlemesini sağlamaktadır, bu da hastalara verilen hizmetin kalitesini yükseltmektedir. Ayrıca kaynak tahsisi ve insan kaynakları planlaması gibi konularda da örgütün etkin bir şekilde stratejilerini belirlemesi hasta odaklılık yaklaşımının benimsenmesinde önemli bir faktör olduğu söylenebilmektedir.

- “Stratejik Planlama” değişkeni ile “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Bunun nedeni stratejik planlama sürecini elde edilen verilerin analiz edilip yorumlanması yönlendirmektedir. Planlama geleceğin tahmin edilmesidir. Bu tahminleme işi gerekli verilerin toplanması, analiz edilmesi ve yorumlanması sonucu yapılabilmektedir. Diğer bir taraftan örgüt içinde geçmiş yıllara ait verilerin incelenmesi ve gelecekle ilgili tahminleme yapılabilmesi de söz konusu olmaktadır. Bu da ikincil verileri kullanmamızı gerektirmektedir. Sonuç olarak örgütte iyi işleyen bir bilgi yönetim sisteminin varlığı stratejik olarak karar verme ve planlama sürecini de olumlu yönde etkileyecek, liderlerin verdikleri kararlar daha etkili ve mantıksal olacaktır.
- “Stratejik Planlama” değişkeni ile “Çalışanlar” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Stratejik planlama liderlerin aldığı kararlar doğrultusunda çalışanlar tarafından gerçekleştirilen bir süreçtir. Planlamanın belirlenen hedefler doğrultusunda yürütülmesini sağlayanlar çalışanlardır. Bu nedenle çalışan değişkeni ile stratejik planlama değişkeninin arasında çok güçlü bir ilişkinin olduğunu söylemek mümkündür.
- Özdeğerlendirme, genel olarak kalite geliştirme ve performansı artırma aracı olarak görülmektedir (Arndt and Bigelow, 1995); ancak bazı yaklaşımlara göre de özdeğerlendirme prosedürler düzeyinde kalmakta ve uygulamaya geçilememektedir (Lenox and New, 1996; Moore, 1998). Özdeğerlendirme aslında akılcı bir şekilde yapılandırılmış bir strateji ile süreçlerin etkili bir şekilde yürütülmesi sonucunda kalite geliştirme ve performans artırma aracı olarak görülebilir. Eleştiriler özdeğerlendirmenin uygulama aşamasında başarısız olduğuna yöneliktir; ancak iyi işleyen bir süreç yönetimi ile uygulamadaki sorunlar ortadan kaldırılabilir. Nitekim bu çalışmada “Stratejik Planlama” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü

bir ilişki bulunmaktadır. Süreçlerin iyi planlanması, yürütülmesi ve etkililiğinin kontrol edilmesi ile stratejik planlar doğrultusunda belirlenen hedeflere ulaşmamız mümkün olmaktadır. Süreçlerin eksiz olarak, ihtiyaçları karşılayacak biçimde sürdürülmesi ve tamamlanması stratejik planlama ile mümkün olmaktadır. Çevre koşullarındaki değişimi ve rakipleri takip ederek süreçlerin bunlara göre tasarlanması stratejik olarak örgüte hem rekabet avantajı sağlayacak hem de örgütün etkililiğini artıracaktır.

- Yapılan araştırmada hasta odaklı bir yaklaşım ile ölçme, analiz ve bilgi yönetimine yönelik doğrudan bir çalışma yapılmadığı görülmektedir. Ancak hizmet kalitesi ile ilgili olarak yapılan bir çalışma dolaylı yoldan çalışma bulgularını desteklemektedir. Hizmet kalitesinde hastaların aradığı en önemli özellik teknik kalite olarak belirtilmektedir (Carman, 2000). Teknik kalite çok yönlü bir ifadedir. Hem kullanılan makine ve ekipmanın kalitesini ifade etmektedir, hem hastanede hizmet sunan personelin teknik bilgisini içermektedir hem de hastanede yapılan ölçümlerin güvenilir olduğu ile ilgilidir. Bu bağlamda tüm bu ifadelerin tamamının kaliteli bir şekilde sunulması hasta odaklılık yaklaşımını beraberinde getirmektedir. Teknik kalitenin de istenilen düzeyde olması hastane içinde oluşturulan bilgi sistemi ve bu bilgi sistemine kaynaklık edecek ölçme ve analiz ile mümkün olmaktadır. Çalışmada da “Hasta Odaklılık” değişkeni ile “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Hasta odaklılık ifadeleri olan; hastalara verilen sağlık hizmetinin hızı, hasta gereksinimlerinin belirlenmesi, hastalara verilen değer, hastalara verilen sağlık hizmetinin kalitesi, hasta önerilerinin alınması ve değerlendirilmesi, hastalara yönelik yeni alanların oluşturulması ancak etkili bir ölçme, analiz ve bilgi yönetimi sistemi ile değerlendirilebilmektedir. Hastaneden elde edilen veriler sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve hastaların ve diğer müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerinin eksiksiz karşılanması için toplanmalı, saklanmalı, analiz edilmeli ve yorumlanmalıdır. Hasta odaklı bir yaklaşımın benimsenmesi için öncelikle var olan durumun tespitinin yapılması buna göre tekrar ölçme ve değerlendirmelerle hasta odaklılık yaklaşımının sürdürülebilirliğinin izlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bu iki değişken arasında güçlü bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür.
- Düşük kalitede hizmet sunumu hastaların tatminsizliğine ve daha farklı olumsuz olayların olmasına neden olmaktadır (McDoughall ve Levesque, 2000). Bu da hasta odaklı bir hizmet sunumunu etkilemektedir. Hizmet sunan kesim çalışanlar olduğu için



hastalar kaliteli hizmet sunumunu çalışanlar aracılığıyla anlayabilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları hasta odaklılık konusunda vazgeçilmez öğelerdir. Bu çalışmada da “Hasta Odaklılık” değişkeni ile “Çalışanlar” değişkeni arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Hasta odaklılık yaklaşımını tüm örgütte en üst düzeyden alt düzeye kadar tüm sağlık çalışanının benimsemesi gerekliliği vardır. Sağlık hizmeti sunumunu çalışanlar gerçekleştirmektedir. Kimi çalışan dolaylı kimisi de doğrudan yolla bu sunumu gerçekleştirmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetinin kalitesi ve hızı, sağlık çalışanlarının hastalara verdikleri değer, hastaların gereksinimlerini eskizsiz belirleyip onları yerine getirmeleri, hastaların önerilerini dikkate almaları ve değerlendirmeleri ve bunun sonucunda hasta ve hasta yakınlarının bundan duyduğu memnuniyet ile çalışanların bu yaklaşımı benimsemeleri arasında doğru orantı kurmak mümkün olmaktadır.

- 2004 yılında Malezya’da yapılan bir araştırmaya göre hastalar kaliteli sağlık hizmeti aldıklarında belirli bir oranda memnun olduklarını belirtmişlerdir (Rose ve diğ., 2004). Hastaların memnun olmaları hasta odaklı bir yaklaşım içinde hizmet aldıklarının göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaliteli sağlık hizmetinin yani hasta odaklı hizmet sunumunun da iyi işleyen bir süreç yönetimi ile sağlandığı bilinmektedir. Bu çalışmada da “Hasta Odaklılık” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hasta odaklı bir yaklaşımın ancak doğru, eksiksiz ve gereksinimleri karşılayabilen süreçlerin varlığı ile benimsenmesi mümkün olmaktadır. Hasta beklentilerini karşılayabilen süreçler ve gereksinimler doğrultusunda yeni süreçlerin tasarlanması hasta odaklılığı benimseyen bir hastanede var olabilmektedir. Bu nedenle hasta odaklılık ile süreçlerin tasarlanması, yürütülmesi ve kontrolü arasında güçlü bir ilişkinin varlığından söz edebilmek mümkündür.
- “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni ile “Çalışanlar” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışanlar hem hastaneleri, hem hastaları hem de kendileri ile ilgili gerekli verilerin toplanmasını sağlamaktadırlar. Bu veriler hastanede uzmanlar tarafından analiz edilip yorumlanmaktadır. İyi bir ölçme ve değerlendirme sisteminin olması çalışanlarla ilgili gerekli bilgilere ulaşabilmemizi ve performans değerlendirmesi yapabilmeyi kolaylaştırmaktadır. Örgütsel kapasitenin değerlendirilmesi ve performans ölçümü ile çalışanlara kariyer gelişimi sağlamak ancak

verilerin analiz edilip yorumlanması ve bunların gerektiğinde tekrar kullanılabilmesini sağlayarak saklanması gerekmektedir. Çalışanlardan elde edilen geribildirimlerin de analiz edilmesi örgüt performansının geliştirilmesinde çok önemli bir etkidir. Bu nedenlerden dolayı çalışanlar değişkeni ile çalışanlarla ilgili verilerin ölçülmesi analiz edilmesi ve bilgi yönetim sistemi ile desteklenmesi arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu söylemek mümkündür.

- “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Süreçler hastaların, hasta yakınlarının, çalışanların ve diğer paydaşların ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda tasarlanmaktadır. Tasarlanan süreçlerin etkililiğinin örgütsel etkililiği sağlamak açısından ölçülmesi gerekmektedir. Öncelikler bu süreçlerin gerçekten ihtiyaç ve beklentileri karşılayıp karşılamadığı ile ilgili verilerin toplanıp analiz edilmesi gerekmektedir. Süreçlerinin etkililiğinin devam ettirilmesi de önemli bir konudur. Etkin bir şekilde sürdürülebilen süreçlerin de düzenli olarak analizlerinin yapılması gerekmektedir. Ayrıca hastalardan, hasta yakınlarından, çalışanlardan ve diğer paydaşlardan gelen geribildirimlerin de göz önüne alınıp bununla ilgili verilerin de analiz edilip gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Sonuç olarak da etkili oluşturulmuş bir bilgi yönetim sistemi ile bu verilerin bir arada toplanması, analizlerinin yapılması, saklanması ve gerektiğinde ulaşılabilirliğinin sağlanması gerekmektedir.
- Süreçler sağlık hizmeti sunumu için tüm adımların tanımlanmasıdır. Ana süreçler de alt süreçlerden oluşmaktadır. Bir hastanede alt süreçler hastanın tanımlanması, tanısının konması, tedavi planı, tıbbi raporlama vb. olabilir. Bu süreçleri de çalışanlar yerine getirmektedir. Aynı zamanda çalışanların eğitim ve yeteneklerine göre bu görevler çalışanlar arasında paylaştırılmıştır (Ugolini, 2009). Çalışanların hastane süreçlerini yerine getirdiklerinden yola çıkarak çalışmada da çalışanlar ile süreç yönetimi arasında bir ilişkinin olduğu düşünülmektedir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre “Çalışanlar” değişkeni ile “Süreç Yönetimi” değişkeni arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bir hastanede süreçleri tasarlayan, yürüten ve etkililiğini kontrol eden kişiler çalışanlardır. Ayrıca, süreçlerin eksiz yerine getirilmesini, ihtiyaçlara göre güncellenmesini, yeni süreçlerin geliştirilmesini sağlayanlar da çalışanlardır. Bu nedenlerden dolayı bu iki değişken arasında güçlü bir ilişki vardır. Süreçlerin hasta beklentilerini karşılayamadığı, yönetsel ve tıbbi süreçlerin

yeterliliğinin az olduğu veya süreçlerin etkili olmadığı durumlarda çalışanların süreçlerin güncellenmesi konusunda etkin olduğunu söylemek mümkün olmaktadır. Aynı zamanda çalışanlarla ilgili süreçlerin etkin bir şekilde yürütülmesi çalışanlara verilen değeri de artırmaktadır.

Araştırma kapsamında yapılan regresyon analizi sonucunda da hastaneler için önemli olan bazı sonuçlara ulaşılmıştır. Elde edilen bulgular sonucunda ulaşılan sonuçları aşağıdaki gibi sıralamamız mümkündür.

- Hastane çalışanlarının “Hastane Yönetimi” algıları negatif yöndedir. Yani hastane yönetimine olumsuz baktıkları sonucuna varılmaktadır. Bunun düzeltilebilmesi için çalışanlar, öncelikli olarak “Liderler” üzerine odaklanması gerektiğini düşünmektedirler.
- Araştırma yapılan hastanelerin planlama sistemlerine çalışanların bakış açılarına bakıldığında da negatif bir yaklaşımın olduğu görülmektedir. Çalışanlar hastanede planlama sisteminin olup olmadığı ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip değildirler ve bu sistemin olduğunu da düşünmemektedirler.
- Hastane organizasyonuna bakıldığında da çalışanların negatif bir yaklaşıma sahip olduğu görülmektedir. Yani hastanede işler bir şekilde yürümekte; ancak bunun hastanenin organizasyon sisteminden kaynaklandığı görüşü hakim olmamaktadır.
- Balıkesir ilinde yapılan bir araştırmaya göre hastanelerde idari görevde olan hekim yöneticiler beklenti seviyelerini tam olarak karşılayacak şekilde olmasa bile işlerini sevmelerine rağmen yaptıkları işten istenilen seviyede memnun olmadıklarını ortaya koymuşlardır. Çalışmada motivasyon araçlarının önemi vurgulanmaktadır. Motivasyon araçlarının istenilen seviyede olmadığı ve geliştirilmeye ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Burada önemli olan çalışanların tam olarak nelerden motive edildiklerinin belirlenmesidir (Ağırbaş ve diğ, 2005). Bu nedenle çalışanlardan gelen sese kulak verilmelidir. Bu çalışmada da araştırma yapılan hastanelerde motivasyon kavramına çalışanların bakış açısının negatif olduğu görülmektedir. Hastane genelinde çalışan motivasyonu ile ilgili herhangi bir çabanın olmadığı anlaşılmaktadır. Hastaneler de “Çalışanlar” ile ilgili düzenlemelerin yapılması, onların motivasyonlarını olumlu yönde etkileyecek ilk faktör olarak belirlenmiştir.
- Hastanedeki denetim sistemine çalışanların bakış açıları incelendiğinde ise, çalışanların denetim sisteminin hastanede var olduğu görüşü hâkimdir. Yani hastanede bir denetim

sistemi vardır ve işlemektedir. Ancak bu sistemin geliştirilmesi için öncelikle “Liderler” değişkeni ile ilgili düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

- Çalışanlar, kalite yönetimi felsefesine inançlı ve gönüllü bir biçimde katılmalıdırlar. Özellikle doktorların kalite çalışmalarında aktif olarak yer almaları gerekmektedir. Doktorlar, sürekli gelişme, kalite çemberleri ve eğitim süreçlerinin ayrılmaz parçaları olmalıdırlar (Asunakutlu, 2004). Bu yolla hastanenin genel kalitesi yükselmektedir. Bu çalışmada da çalışanların hastanenin genel kalitesine yönelik algılarının pozitif yönde olduğu görülmektedir. Yani çalışanlar sağlık hizmetinin belirli bir düzeyde kaliteye sahip olduğu görüşündedir. Hastane kalitesinin daha da yükseltilebilmesi için çalışanlar öncelikle “Süreç Yönetimi” ne odaklanılması gerektiğini düşünmektedirler.
- 2000-2001 yılları arasında İstanbul’daki bir devlet hastanesinde yapılan bir mükemmellik çalışmasında, kalite çalışmalarının başlamasından sonra çalışanların memnuniyet algılama ölçüm sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (Dalbay ve Biçer, 2002). Bu çalışmada da Çalışanların hastane mükemmelliği algılarının pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir. Çalışanlar hastanede sunulan hizmetin mükemmel olduğuna yönelik pozitif tutum sergilemektedirler. Ancak bu mükemmelliğin daha ileriye götürülmesi için “Süreç Yönetimi”ne odaklanılması gerektiğini düşünmektedirler.
- Hasta güvenliğini iyileştirmede yararlı olabilecek yöntemler; klinik uygulama rehberlerinin hazırlanması, kritik yol haritaları (critical pathways), klinik karar verme destek sistemleri, davranış değişikliğini sağlayacak eğitim programları (kültür) ve yasal önlemler, akreditasyon, hizmet alıcıların zorlamaları olarak sıralanabilir (Akalın, 2005). Bu yöntemler genel olarak süreçlere odaklanmaktadır. Yapılan çalışmada da bu vurgulanmaktadır. Çalışanların hasta güvenliği konusundaki yaklaşımları olumlu yöndedir. Yani, çalışanlar sunulan hizmetin hasta odaklı olduğu konusunda iyimser düşüncelere sahiptirler. Ancak bunun geliştirilmesi için öncelikle “Süreç Yönetimi”ne odaklanılmalıdır.
- Son yirmi yıldan beri sağlık çalışanlarının sürekli artış gösteren meslek hastalıkları, iş kazaları, işe bağlı sağlık sorunları ve istenmeyen sonuçları ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik çok sayıda çözüm yaklaşımı bulunmaktadır. Bu nedenle hastanede çalışanların iş sağlığı ve güvenliğine yönelik hastane yönetimlerinin çalışanlar üzerine odaklanması gerektiği vurgulanmaktadır (Özkan ve Emiroğlu, 2006). Araştırmadan elde

edilen bulgular da bu durumu desteklemektedir. Çalışanların hastanede çalışan güvenliğine karşı algıları negatif yöndedir. Bunun anlamı hastanede çalışan güvenliğine, önem verilmediği düşünülmektedir. Bunun için analizlerden elde edilen sonuç öncelikle “Çalışanlar” üzerine odaklanması gerekliliğidir.

- Hasta memnuniyetini belirleyen birçok farklı faktör bulunmaktadır. Ancak hastalar hastanede kaldıkları süre boyunca, memnun olduklarını belirtmektedirler (Tükel ve diğ., 2004). Yapılan regresyon analizinde de aynı sonuçlara ulaşılmıştır. Hasta memnuniyeti ile ilgili olarak çalışanlar olumlu düşünceye sahiptir. Çalışanlar, sunulan hizmet doğrultusunda hastaların memnun olduklarını düşünmektedirler. Ancak bu memnuniyetin daha da artırılması için “Hasta Odaklı” olmaya özen göstermeleri gerekmektedir.
- Çalışanların, hastanın hastanelerini diğer hastalara tavsiye edecekleri konusundaki düşünceleri pozitif yöndedir. Yani çalışanların hastaların hizmet aldıkları hastaneleri başkalarına tavsiye ettiklerini düşünmektedirler.
- Örgütsel bağlılık çeşitli faktörlerden etkilenen ve algılanması bireye ve zamana göre değişen sübjektif bir yapıya sahiptir. Elazığ’da 6 hastanede yapılan araştırmaya göre (Erdem, 2007) hastane yöneticileri, çalışanlarına daha fazla kişisel ilgi gösterdikleri ve onların özel sorunlarıyla ilgilendikleri takdirde bu onların kurumlarına olan bağlılıklarını artıracaktır. Yapılan çalışmada da liderlerin çalışan odaklı davranmaları konusunda sonuçlar elde edilmiştir. Çalışanların örgüte bağlılıkları konusundaki düşünceleri olumlu yöndedir. Çalışanlar kurumlarına bağlı olduklarını düşünmektedirler. Ancak bu bağlılığın artması için kurumun çalışan odaklı olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.
- Çalışanların işlerinden memnuniyetleri ile ilgili göstergeler; çalışanların işe gelmemeleri, geç gelmeleri, düşük moral düzeyleri ve yüksek işgücü devir hızının olmasıdır (Rad ve Yarmohammadian, 2006). Bu çalışmada da çalışanların işlerinden memnun olmaları ile ilgili düşünceleri olumlu yöndedir. Yani çalışanlar bu olumsuzlukları iş yaşamında sergilememektedir. Genel olarak çalışanların işlerinden memnun olduğu; ancak memnuniyetin artması için kurumun çalışan odaklı olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

## 5.2 SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın temel amacı II. Basamak sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarının özdeğerlendirme modelini algılama düzeylerinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda, araştırma sonuçları ve öneriler şu şekilde özetlenebilir:

- Hastanelerde çalışan personelin çoğunu hemşirelerin oluşturduğu bilinmektedir ve araştırmada da saptanmıştır. Bu doğrultuda iş mükemmelliği ile ilgili olarak yapılacak çalışmalarda hemşirelerin bu konu ile ilgili düşüncelerinin olumlu olması tüm hastaneyi etkileyebilecektir.
- İş mükemmelliğinin değişkenleri hakkında sağlık çalışanlarının düşüncelerinin cinsiyetlerine göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir ve erkeklerin daha olumlu düşüncelere sahip olduğu görülmüştür. Bu durumda bayanların bu düşüncelerini daha iyiye çıkarma yönünde çeşitli çalışmalar yapılmalıdır. Yani öncelikli olarak bayanların algılarında değişiklik yapılması akılcı olacaktır.
- Eğitim düzeyi de iş mükemmelliği ile ilgili düşünceleri etkilemektedir. Lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan sağlık çalışanlarının hastanenin mükemmelliği ile ilgili daha olumlu düşüncelere sahip olduğu görülmüştür. Bunun nedeni de eğitim düzeyi düşük olanların beklentilerinin daha düşük olmasıdır. Eğitim düzeyi yüksek olanların tatmin olmaları daha güçtür ve bilinçli bir gruptur.
- Uzun süredir kalite çalışmaları olan hastanelerde sağlık çalışanlarının kalite konusunda bilinçlendiği ve bu konu ile ilgili beklentilerinin yükseldiği görülmektedir. Yani bir hastanede kalite çalışmalarının yürüyor olması, uzun dönemde hastaneye yarar sağlayacak örgütsel bir faaliyet olarak nitelendirilebilmektedir. Hastanelerin bir an önce kalite çalışmalarına başlamaları, mükemmellik yolculuğunda sağlık kurumunun olumlu davranışlar sergilemesine neden olacaktır.
- Hastane yönetimini etkileyen iş mükemmelliği bağımsız değişkenleri incelendiğinde, sağlık kurumları öncelikle “Liderler” bağımsız değişkenine odaklanmalıdır. Liderler fonksiyonlarının iyi bir şekilde yerine getirilmesi hastane yönetiminin olumlu yönde ilerleme göstereceği anlamına gelmektedir. Liderliği sırasıyla, “Çalışanlar” ve “Süreç Yönetimi” takip etmektedir.
- Hastanenin planlama sisteminin geliştirilebilmesi, analizlerden elde edilen sonuçlara göre öncelikle süreç yönetimi ile ilişkilidir. Hastane yönetiminin

planlama konusunda başarıya ulaşabilmesi, süreçlerin doğru tanımlanması ve uygulanması ile gerçekleşebilecektir. “Süreç yönetimini”, “Liderler”, “Çalışanlar” ve “Stratejik Planlama” takip etmektedir.

- Hastanenin iyi bir organizasyon sistemine sahip olması, hastanede uygulanan süreç yönetiminin etkililiğine bağlıdır. Bu nedenle hastanelerin organizasyonlarındaki olumsuzluklar, süreç yönetiminin sağlıklı bir şekilde yapılması ile ortadan kaldırılabilir bir konudur. “Stratejik Planlama” ve “Çalışanlar” da organizasyon da büyük bir öneme sahiptir. Bu değişkenleri “Ölçme, Analiz ve Bilgi Yönetimi” takip etmektedir.
- Hastanede çalışanların motivasyonu da mükemmelliği etkileyen önemli bir kavramdır. Aynı şekilde bir hastanede olumlu motivasyonun olması, kurumu mükemmelliğe götürmede oldukça büyük önem taşımaktadır. Elde edilen bulgulara göre hastanede motivasyonun artırılabilmesi için öncelikle çalışanlar üzerine odaklanılmalıdır. Daha sonra “Liderler” ve “Süreç Yönetimi” ile ilgili çalışmalar motivasyonu artırıcı bir unsur olmaktadır.
- Denetim genel anlamıyla üst düzey yöneticiler tarafından gerçekleştirilen bir fonksiyondur. Bu nedenle bulgular denetim sisteminin iyileşmesi için liderlerin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle denetim fonksiyonunda liderlere büyük önem düşmektedir. Süreç yönetimi ise denetimde önemli olan diğer bir boyuttur. Denetim sisteminin iyi işlemesi için öncelikle süreçlerin doğru tanımlanması ve yürütülmesi gerekmektedir. Doğru işlemeyen, iyi tanımlanmamış ve karmaşa içinde olan süreçlerin denetlenmesi de mümkün olmamaktadır.
- Hastane kalitesini etkileyen iş mükemmelliği değişkenlerini incelediğimizde “Süreç Yönetimi” ve “Hasta Odaklılık” ilk olarak karşılaşılan faktörlerdir. Sağlık kurumunun kalitesini artırmaya yönelik olarak yapılacak olan çalışmalar öncelikli olarak bu iki faktörden başlayarak ilerletilmelidir. “Stratejik Planlama” ve “Ölçme, Analiz ve Süreç Yönetimi” üzerinde durulması gereken diğer noktalardır.
- Hastanede mükemmelliğe ulaşmak isteniyorsa “Süreç Yönetimi”, “Hasta Odaklılık” ve “Stratejik Planlama”ya neredeyse aynı oranda önem verilmesi gerekmektedir. Süreçlerin iyi tasarlanması ve yürütülmesi, hasta odaklı yaklaşımın benimsenmesi ve faaliyetlerin stratejik olarak planlanması sağlık kurumunu iş mükemmelliğine ulaştıracak faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

- Hastanelerde hasta güvenliği vazgeçilmez bir kavramdır. Hasta güvenliğinin de sağlanabilmesi öncelikle süreçlerin iyileştirilmesini gerektirmektedir. Hasta odaklılık da hasta güvenliğinin vazgeçilmez unsurudur ve bu yaklaşımın tüm sağlık personeli tarafından benimsenmesi gerekmektedir. Hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve istenen düzeye ulaşması içinde iyi bir kayıt sisteminin olması, verilerin doğru şekilde toplanması ve analiz edilmesi gerekmektedir. Bu yolla önleyici faaliyetlere yön gösterilebilecektir.
- Çalışan güvenliği sağlık kurumunda çok önemli bir unsurdur ve çalışanların iş doyumlarını etkilemekte dolayısıyla da sağlık kurumunun mükemmellik yolculuğunda büyük bir önem taşımaktadır. Bu nedenle, çalışan güvenliğinde öncelikli olarak odaklanması gereken konu “Çalışanlar”, “Liderler” ve “Süreç Yönetimi”dir. Çalışanlar ile ilgili süreçlerin düzenlenmesi, liderlerin bu konu ile ilgili akılcı karar almaları ve süreçlerin iyi bir şekilde tasarlanması gerekmektedir.
- Hastanede hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kullanıcıları olan hastaların istenilen düzeyde hastaneden verim aldıklarının bir göstergesidir. Bu nedenle hastaların değerlendirebileceği bir konu olan hasta odaklılık kavramına öncelikli olarak önem verilmesi gerekmektedir. Sonrasında ise iyi tasarlanan süreçlere ihtiyaç vardır. Süreçlerin iyi işlemesi, hastanın hastaneye girişinden çıkışına kadar yaşayacağı karmaşaları ortadan kaldıracaktır ve zaman kaybını önleyecektir.
- Hastaların hastaneyi diğer hastalara tavsiye etmelerini sağlamak için üzerinde durulması gereken öncelikli konu hasta odaklılıktır. Hasta odaklı bir yaklaşımı benimseyen hastane, büyük oranda tavsiye edilebilir. Bu konuyu süreç yönetimi, ölçme, analiz ve bilgi yönetimi ve çalışanlar takip etmektedir.
- Çalışanların örgüte bağlılığı sağlık kurumunun etkili bir şekilde hizmet sunumu ve yönetilmesi için oldukça önemlidir. Hizmet sunan kesim çalışanlar olduğu için ve onların örgüte bağlılıkları hizmet sunumunu etkilediği için öncelikli olarak çalışanlar üzerine odaklanılmalıdır. Süreç yönetimine de aynı şekilde odaklanması gerekmektedir. Bunun nedeni ise, görev karmaşalarının yaşanması, aksaklıkların olması ve işlerin düzgün yürümemesi süreç yönetiminin gerektiği gibi olmadığı anlamına gelmektedir. Bu da çalışanların örgüte bağlılıklarını etkilemektedir. Son olarak üzerinde durulması gereken konu da “Stratejik Planlama”dır.



- Çalışanların işlerinden memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktör çalışanlardır. Çalışanlar ile ilgili süreçlerde yapılacak olan iyileştirmeler onların işten memnuniyetlerini olumlu yönde etkileyecektir. “Süreç Yönetimi” ve “Liderler” değişkenleri de memnuniyeti etkileyen diğer faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Bu çalışma özellikle özdeğerlendirme konusunda çalışanların bilinçlendirildiği bir hastane yapısında gerçekleştirildiği takdirde daha da yararlı sonuçlara ulaşılabilecektir. Uygulama sırasında karşılan çalışanların bazı kavramlar üzerinde bilgi sahibi olmamaları gibi sorunlar çalışmanın etkiliğini etkileyebilmektedir. Kalite çalışmalarının belirli bir süredir devam etmesi veya özdeğerlendirme ile ilgili olarak hastane bünyesinde çeşitli uygulamaların ve çalışmaların başlatılması, araştırmayı daha sağlıklı kılacaktır.

## 6 KAYNAKÇA

- Tan, KC. A comparative study of 16 national quality awards. The TQM Magazine, 2002; 14(3): 165–171
- Ghobadian, A. ve Woo, HS. Characteristics, Benefits and Shortcomings of Four Major Quality Awards. International Journal of Quality and Reliability Management, 1996; 13(2): 10–44.
- Blum, HL. Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory. Human Science Pres: New York, 1974.
- Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000. s. 23, 24, 112, 126.
- Kitapçı, M. ISO, Akreditasyon, Toplam Kalite Yönetimi ve Beklentiler, Gazi Kalite Günleri II. Sempozyum Kitabı. (1999).
- Akgün, H.S. ve Öztürk, A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini. Modern Hastane Yönetimi, 2002; 6(2).
- Sargutan, AE. Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. Sağlık İdaresi Dergisi, 2005; 8(3)
- Fitzsimmons, JA. & Fitzsimmons, MJ. Service Management for Competitive Advantage. Singapore: McGraw-Hill, 1994
- Zeithaml, V. Defing and Relative Price Perceived Ouality, and Perceived Value, Report No: 87-101, Cambridge, MA: Marketing Science Institute'den aktaran A. Parasuraman, V. A. Zeithaml & L. L.
- Shortell, SM. ve Kaluzny AD. Organization Theory and Healthcare Management içinde Shortell, S. M. ve Kaluzny A. D. Healthcare Management: A Text in organization Theory and Behavior. John Wlley and Sons: New York, 1983.
- Zink, KJ. ve Schmidt, A. Practice and Implementation of Self-Assessment. International Journal of Quality Science, 1998; 3(2): 147–170
- Oakland J. From Quality to Excellence in the 21st Century. Total Quality Management. 2005; 16(8–9): 1053–1060
- Bohoris, GA. A Comparative Assessment of Some Major Quality Awards. International Journal of Quality & Reliability Management. 1995; 12(9): 30–43.
- Hillman, GP. Making self-assessment successful. The TQM Magazine, 1994; 6(3): 29–31.

- Caffyn, S. Development of A Continuous Improvement Self-Assessment Tool. *International Journal of Operations & Production Management*, 1999; 19(11): 1138–1153.
- Dyason, MD. ve Kaye, MM., Is There Life After Total Quality Management? (II). *Quality World*, 1995; Vol: 1: 23–31.
- Mackerron GC., Mason R. ve McGlynn M. Self-Assessment: Use at Operational Level to Promote Continuous Improvement. *Production Planning & Control*, 2003; 14(1): 82–89
- Van Der Wiele, T., Dale, B. ve Williams, R. Business improvement through quality management systems. *Management Decision*, 2000; 38(1): 19–23.
- Karapetrovic, S. ve Willborn, W. Audit and Self Assesment in Quality Management: Comparison and Compatibility. *Managerial Auditing Journal*, 2001; (16)6: 366–377
- McAdam, R. ve Leonard, D. A TQM Dynamics Perspective on Baldrige and Business Excellence Model Comparisons. *Total Quality Management*, 2005; 16(6): 771–791.
- Ritchie, L. ve Dale, BG. An Analysis of Self-Assessment Practices Using the Business Excellence Model. *Proc Institution Mech Engineers*, 2001; (214) B: 593–602
- Berwick, DM., Godfrey, AB. ve Roessner, J. *Curing Healthcare, New Strategies for Quality Improvement*. Jossey-Bass: San Francisco: 1990. s. 58
- Lee, PM, ve Quazi, HA. A Methodology for Developing a Self-assessment Tool to Measure Quality Performance in Organizations. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 2001; (18)2: 118–141.
- Porter, LJ. ve Taner SJ. *Assesing Business Excellence*. Elsevier Butterworth-Heinemann, Oxford, 2005. s. 26, 34, 186, 228, 230.
- Hafeez, K., Malak, N. ve Abdelmeguid, H. A Framework For TQM to Achieve Business Excellence. *Total Quality Management* 2006; 17(9): 1213–1229
- Doğan, Ö. İ. ve Tütüncü, Ö. *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama*, DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir, 2003.
- Camp, R. C. Benchmarking: the search for industry best practice that leads to superior performance- Part II”, *Quality Progress*, 1989; 22(2).
- Juran, J. *Quality Control Handbook*. McGraw-Hill, New York 1951
- Crosby ,P. *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*. McGraw-Hill, 1979.

- Puay, SH., Tan, KC., Xie, M. ve Goh TN. A comparative study of nine quality awards, The TQM Magazine, 1998; 10(1): 30-39.
- Biazzo, S. ve Bernardi, G. Organisational self-assessment options; A classification and a conceptual map for SMEs. International Journal of Quality & Reliability Management, 2003; 20(8) 881–900
- Tutuncu, O. ve Kucukusta, D. Relationship between Organizational Commitment and EFQM Business Excellence Model: A Study on Turkish Award Winners. Total Quality Management and Business Excellence, 2007; 18 (10)
- NIST. Baldrige National Quality Programme, 2004: 15.  
URL:<http://www.stttelkom.ac.id/staf/bdo/download/INTROTOBALDRIGE.ppt#377,37>. (10.01.2009)
- Ghobadian, A., Woo, HS. ve Liu, J. Benefit impact and shortcomings of the four major quality awards , Case K. ve Newman S. (Editörler), Advances in Manufacturing Technology VIII, Taylor&Francis, London, 1994.
- Nakhai, B. ve Neves, J. The evolution of the Baldrige Award. Quality Progress, 1994; 27(6): 65-70.
- Vora, MK. Business Excellence Through Quality Management. Total Quality Management, 2002; 13(8): 1151–1159
- JUSE, (2007) Guide for the Deming Prize, <http://www.juse.or.jp/e/deming/index.html> (16.03.2008)
- JUSE, (2008a) Guide for the Deming Prize <http://www.juse.or.jp/e/deming/index.html>(19. 10.2008)
- JUSE, (2008b) Guide for the Deming Application Prize <http://www.juse.or.jp/e/deming/index.html>(19. 10.2008)
- NIST, 2009–2010 Criteria for Performance Excellence, [http://www.quality.nist.gov/PDF\\_files/2009\\_2010\\_Business\\_Nonprofit\\_Criteria.pdf](http://www.quality.nist.gov/PDF_files/2009_2010_Business_Nonprofit_Criteria.pdf) (03.11.2008)
- NIST, 2007 Health Care Criteria for Performance Excellence, [http://www.quality.nist.gov/PDF\\_files/2007\\_HealthCare\\_Criteria.pdf](http://www.quality.nist.gov/PDF_files/2007_HealthCare_Criteria.pdf) (30.01.2008)
- NIST, 2008 Health Care Criteria for Performance Excellence, [http://www.quality.nist.gov/PDF\\_files/2009\\_2010\\_HealthCareCriteria.pdf](http://www.quality.nist.gov/PDF_files/2009_2010_HealthCareCriteria.pdf) (26.03.2008)

- EFQM (2008a). The Fundamental Concepts of Excellence, <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=36> ( 12. 11. 2008)
- EFQM (2008c) Introducing Excellence, [http://www.efqm.org/uploads/introducing\\_english.pdf](http://www.efqm.org/uploads/introducing_english.pdf) (18.09.2008)
- EFQM (2008b). The EFQM Frameworks <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=58> ( 12. 11. 2008)
- EFQM (2008d). The EFQM Excellence Model criteria <http://www.efqm.org/Default.aspx?tabid=40> (19. 10. 2008)
- EFQM (2008e) Fundamental Concepts of Excellence <http://www.efqm.org/uploads/fundamental%20concepts%20English.pdf> (16.06.2008)
- Dale, BG., Zairi, M., Wiele, AVD. ve Williams, ART. Quality is dead in Europe-long live excellence-true or false? *Quality Focus*, 2000; 4(3): 4-10.
- Henry, CA. Does the United States need quality awards? *Quality Progress*, December 1990; 23(12): 26–27
- Micklewright, MJ. Competitive benchmarking: large gains for small companies. *Quality Progress*, 1993; 26(6): 67–68.
- Kanji, GK. & SA, PM. Sustaining Healthcare Excellence Through Performance Measurement. *Total Quality Management*, 2003; 14(3): 269-289
- Dlugacz, DY., Restifo, A. ve Greenwood A. *The Quality Hand Book for Health Care Organizations*. Jossey-Bass, San Francisco, 2004
- Şahin, B., Yılmaz, F. “Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Bir Göstergesi Olarak Hasta Tatmini: Bir Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, *MPM Verimlilik Dergisi*, 2007.
- Roemer, MI. ve Montoya-Aguilar, C. *Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care*. WHO Offset Publication, No:105, Geneva, 1988.
- Morgil, O ve Küçükçirkin M. TOBB'nin Sağlıkta Kalite Yönetimine Bakışı, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: Mithat Çoruh, Haberal Vakfı Yayını, 30- 33, Ankara, 1995.
- Donabedian, A. The quality of care, How can it be assessed ? *JAMA*, 1988; 260(12). Sep 23-30,
- Uz, M.H. Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri. Başkent Üniversitesi,

1. Basamak Sağlık Hizmetleri'nde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu Kitapçığı, s. 49–56, Kasım, 1995.
- Hayran, O., ve Sur, H. Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1997.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Esatoğlu AE. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi. Hemşirelik ve Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi (Der: Y.Öztürk), Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 1998
- Donahue K.T. and Yen J. Joint Commission International. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 1997; 23 (1): 71.
- Yüksel, F. ve Sadaklıoğlu, H. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, 01–03 Haziran 2007, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, Kıbrıs, 2007.
- Devebakan N. Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2006; 8(1).
- Hayran, O. ve Uz. H. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi [http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/538\\_13sag\\_hizm\\_tky.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/538_13sag_hizm_tky.pdf) (23.12.2008)
- Argan, M., ve Tokay Argan, M. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Kalite ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Servislerde Yatan Hastalara Yönelik Bir Araştırma. Modern Hastane Yönetimi. 2002; 6(2).
- Uslu, B. ve Aydın, S. Kamu Sağlık Kuruluşlarında Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Çalışmaları. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi. 01-03 Haziran 2007 Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, Kıbrıs, 2007.
- Tütüncü, Ö. Yiyecek İçecek İşletmelerinde Müşteri Tatmininin Ölçülmesi, Ankara: Turhan Kitabevi, 2001.
- Balcı, A. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem, Teknik ve İlkeler. Ankara Pagem Yayıncılık. 2004.
- American Psychological Association. Technical Recommendations for Psychological Tests and Diagnostic Techniques, Psychological Bulletin, 1954; 51: 201–238.
- Moser, CA. ve Kalton G. Survey Methods in Social Investigation, London: Heinemann Educational Boks, 1971.
- Kumar, R. Research Methodology, London: Sage Publications, 1999.
- Nunnally, J. C. Psychometric Theory, McGraw Hill, New York, 1967.

- Nabitz, U.W. ve Klazinga, N.S. EFQM approach and the Dutch Quality Award, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 1999;12/2: 65–70
- Hespanhol, A., Pereira, A.C. ve Pinto, A.S. Job satisfaction in Portuguese physicians in general medicine, *Aten Primaria*, 1999; 24: 456-61.
- Lyons, K.J., Lapin, J. ve Young, B. A study of job satisfaction of nursing and allied health graduates from a Mid-Atlantic university, *Journal of Allied Health*, 2003;32/1: 10-17.
- Hallock, D.E., Salazar, R.J. ve Vennemanw, S. Demographic and attitudinal correlates of employee satisfaction with an ESOP, *British Journal of Management*, 2004;15: 321-333.
- Frer, J. ve Jackson, S. Using the business excellence model to effectively manage change, *Health Manpower Management*, 1998; 24/2:76–81
- Yavas, U. Ve Romanova, N. Assessing Performance of multi-hospital organizations: a measurement approach *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2005; 18/3:193-203
- Eggl, Y. ve Halfon, P. A conceptual framework for hospital quality management, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2003; 16/1: 29–36.
- Naveh, E., Erez, M. ve Zonnenshain, A. Developing a TQM implementation model, *Quality Progress*, 1998; 31/2: 55-9.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, 1985;49/4: 41-50.
- Arndt, M. ve Bigelow, B. The adoption of corporate restructuring by hospitals, *Hospital & Health Services Administration*, 1995;40/3: 332–46.
- Lenox, A.C. ve New, H.F. Observation unit improvement proves that quality pays, *Nursing Management*, 1996; 27/6: 38–41.
- Moore, J.D. Team approach, *Modern Healthcare*, 1998; 28/11: 84–5.
- Carman, J. Patient perceptions of service quality: combining the dimensions, *Journal of Management in Medicine*, 2000;14(5/6): 339–56.
- McDougall, G.H.G. and Levesque, T. Customer satisfaction with services: putting perceived value into the equation, *Journal of Services Marketing*, 2000;14/5: 392-410.
- Rose, R.C., Uli, J., Abdul, M. ve Looi, K. Hospital service quality: a managerial challenge, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2004;17/3: 146–159

- Ugolini, M. Can quality become tangible for health service users? The TQM Journal 2009; 21/ 4: 400-412
- Ağırbaş, İ., elik, Y. ve Bykkayıkı, H. Motivasyon Araları Ve İş Tatmini: Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Hastane Başhekim Yardımcıları zerinde Bir Araştırma Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2005;8/3: 326-350.
- Asunakutlu, Tuncer, Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004, [http://www.pydb.saglik.gov.tr/document/pydb/kalite\\_trk.pdf](http://www.pydb.saglik.gov.tr/document/pydb/kalite_trk.pdf) (01.02.07)
- Dalbay, . ve Biçer, İ. H. Bir kamu hastanesinde ISO-9002:1994 Kalite Güvence Yönetimi uygulamasının hasta memnuniyeti ve bazı performans göstergelerine etkisi, İTÜ Dergisi, 2002;1/1: 11-19
- Akalın, H.E. Yoğun Bakım nitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi 2005;5(3):141–146
- zkan, . ve Emiroğlu, O. N. Hastane Sağlık alışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri, C..Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 10 (3): 43–51.
- Tkel, B., Acuner, A.M., nder, .R. Özgül, A. Ankara Üniversitesi İbn–i Sina Hastanesi’nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı rneği) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004;57/ 4: 205-214
- Erdem, R. Örgüt Kültürü Tipleri ile rgtsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Elazığ İl Merkezindeki Hastaneler zerinde Bir alışma, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi Dergisi, 2007; 2/2: 63–79
- Rad, A.M.M. ve Yarmohammadian, M.H. A study of relationship between managers’ leadership style and employees’ job satisfaction, Leadership in Health Services, 2006: 19/2: xi-xxviii



## 7 EKLER

### Anket Formu

*Sayın Katılımcı,*

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Bu anket, Sağlık Çalışanlarının Özdeğerlendirme Modelini Algılama Düzeylerini ortaya koymaya yöneliktir. Anketi doldurmak sadece dokuz dakikanızı alacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel araştırma amaçlı kullanılacaktır ve elde edilen veriler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür eder, saygılar sunarız.

<b><u>MÜKEMMELLİK VE ÖZDEĞERLENDİRME MODELİ</u></b>	Çok İyidir	İyidir	Ne İyidir, Ne Kötüdür	Kötüdür	Çok Kötüdür
<b>HASTANEMİZDEKİ LİDERLER (YÖNETİCİLER)</b>					
1. Liderlerin, hasta güvenliğine verdikleri önem,	⑤	④	③	②	①
2. Liderlerin, çalışan güvenliğine verdikleri önem,	⑤	④	③	②	①
3. Liderlerin oluşturdukları gelecek planları,	⑤	④	③	②	①
4. Liderlerin çalışanlarla kurdukları iletişim,	⑤	④	③	②	①
5. Liderlerin, örgütsel değerleri çalışanlara benimsetmesi,	⑤	④	③	②	①
6. Liderlerin, ahlaki davranışları örgüte benimsetmesi,	⑤	④	③	②	①
7. Liderlerin, verimlilik göstergelerini izlemeleri,	⑤	④	③	②	①
8. Liderlerin, sağlık sistemi ile ilgili bilgi düzeyleri,	⑤	④	③	②	①
9. Liderlerin, birbirlerinin performansını izlemeleri,	⑤	④	③	②	①
10. Liderlerin, çevredeki sağlık ihtiyaçlarını belirlemeleri,	⑤	④	③	②	①
11. Liderlerin, risk analizi yapmaları,	⑤	④	③	②	①
<b>HASTANEMİZDE STRATEJİK PLANLAMA</b>					
12. Stratejik amaçların tutarlılığı,	⑤	④	③	②	①
13. Stratejik hedeflerin planlanması ve izlenmesi,	⑤	④	③	②	①
14. Stratejik planlamada bilgi ve verilerin analizi,	⑤	④	③	②	①
15. Stratejik planlara kaynak tahsisi,	⑤	④	③	②	①
16. Stratejik planlardaki faaliyet planları,	⑤	④	③	②	①
17. Stratejik insan kaynakları planlaması,	⑤	④	③	②	①
18. Stratejik planlardaki performans göstergeleri,	⑤	④	③	②	①
19. Stratejik planlara göre geleceğin öngörülenmesi,	⑤	④	③	②	①
<b>HASTANEMİZDE HASTA ODAKLILIK</b>					
20. Hastalara verilen sağlık hizmetinin hızı,	⑤	④	③	②	①
21. Hastalara verilen sağlık hizmetinin kalitesi,	⑤	④	③	②	①
22. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi,	⑤	④	③	②	①
23. Hastalara verilen değer,	⑤	④	③	②	①
24. Hasta önerilerinin alınması ve değerlendirilmesi,	⑤	④	③	②	①
25. Hastalara yönelik yeni alanların oluşturulması,	⑤	④	③	②	①
<b>HASTANEMİZDE ÖLÇME, ANALİZ VE BİLGİ YÖNETİMİ</b>					
26. Verilerin analizleri,	⑤	④	③	②	①
27. Verilerin örgüt gelişimi için kullanımı,	⑤	④	③	②	①
28. Verilerin sistematik değerlendirilmesi,	⑤	④	③	②	①
29. Veri ve bilgi yönetimi,	⑤	④	③	②	①
30. Performans ölçüm sistemimiz,	⑤	④	③	②	①
31. Acil durumlarda, yazılım ve donanım sistemlerine ulaşım,	⑤	④	③	②	①
32. Kullanılan yazılım ve donanımın güvenliği,	⑤	④	③	②	①

<b>HASTANEMİZDE ÇALIŞANLAR</b>					
33. Çalışanlara sağlanan destek,	⑤	④	③	②	①
34. Çalışanların kapasitelerinin değerlendirilmesi,	⑤	④	③	②	①
35. Çalışanların örgütsel süreçlere katılımı,	⑤	④	③	②	①
36. Çalışanların benimsediği örgüt kültürü,	⑤	④	③	②	①
37. Çalışanların işe alım süreci,	⑤	④	③	②	①
38. Çalışanlar için sağlanan kariyer gelişimi,	⑤	④	③	②	①
39. Çalışma ortamı sağlığı ve güvenliği,	⑤	④	③	②	①
40. Çalışanların örgüt politikalarını desteklenmesi,	⑤	④	③	②	①
<b><u>MÜKEMMELLİK VE ÖZDEĞERLENDİRME MODELİ</u></b>	Çok İyidir	İyidir	Ne İyidir, Ne Kötüdür	Kötüdür	Çok Kötüdür
<b>HASTANEMİZDE SÜREÇ YÖNETİMİ</b>					
41. Süreçlerin eksiksiz yerine getirilmesi,	⑤	④	③	②	①
42. Süreçlerin ihtiyaçlara göre tasarlanması,	⑤	④	③	②	①
43. Süreçlerin ihtiyaçlara göre güncellenmesi,	⑤	④	③	②	①
44. Süreçlerin, hasta beklentilerini karşılaması,	⑤	④	③	②	①
45. Süreçlerin etkinliği,	⑤	④	③	②	①
46. Yönetmel ve tıbbi çalışma süreçlerinin yeterliliği,	⑤	④	③	②	①
47. Acil durum süreçlerinin yeterliliği,	⑤	④	③	②	①
48. Sağlık ile ilgili yeni süreçlerin geliştirilmesi,	⑤	④	③	②	①
<b>GENEL OLARAK</b>					
49. Hastanemizin yönetimi,	⑤	④	③	②	①
50. Hastanemizdeki planlama sistemi,	⑤	④	③	②	①
51. Hastane organizasyonu,	⑤	④	③	②	①
52. Hastanemizdeki motivasyon,	⑤	④	③	②	①
53. Hastanemizdeki denetimi sistemi,	⑤	④	③	②	①
54. Hastanemizin kalitesi,	⑤	④	③	②	①
55. Hastanemizin mükemmelliği,	⑤	④	③	②	①
56. Hastanemizdeki stratejik planlama,	⑤	④	③	②	①
57. Hastanemizdeki hasta odaklılık,	⑤	④	③	②	①
58. Hastanemizde toplanan verilerin ölçme ve analizi,	⑤	④	③	②	①
59. Hastanemiz çalışanları,	⑤	④	③	②	①
60. Hastane süreçlerimiz,	⑤	④	③	②	①
61. Hastanemizdeki hasta güvenliği,	⑤	④	③	②	①
62. Hastanemizdeki çalışan güvenliği,	⑤	④	③	②	①
63. Hasta memnuniyeti,	⑤	④	③	②	①
64. Hastaların hastanemizi diğer hastalara tavsiyeleri,	⑤	④	③	②	①
65. Örgüte bağlılığım,	⑤	④	③	②	①
66. İşimden memnuniyetim,	⑤	④	③	②	①

67. Yaşınız aşağıdakilerden hangi guruba girer?

- a) 20 ve altı                      b) 21–30                      c) 31–40d) 41–50                      e) 51 ve üstü

68. Cinsiyetiniz aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Kadın                      b) Erkek

69. Eğitim durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İlköğretim                      b) Lise                      c) Üniversite                      d) Lisansüstü

70. Hastanenizde kalite çalışmaları kaç yıldan beri sürmektedir?

- a) 1 yıl'dan az                      b) 1-3 yıl                      c) 4-6 yıl                      d) 7- 9 yıl                      e) 10 yıl'dan fazla

71. Kaç yıldır bu işi yapmaktasınız?

- a) 1 yıl'dan az                      b) 1-3 yıl                      c) 4-6 yıl                      d) 7- 9 yıl                      e) 10 yıl'dan fazla

72. Göreviniz:

- a) Hekim                      b) Hemşire                      c) İdari Personel                      d) Teknik Personel                      e) Diğer.....

73. Çalıştığınız birimi lütfen buraya yazınız:.....

*Yorumunuz:*

Teşekkür ederiz