

ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI

KAİZEN SÜREKLİ İYİLEŞTİRME STRATEJİSİ İLE HASTANEDE
İNSAN KAYNAKLARININ GELİŞTİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
ŞERİFE YILMAZ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HALİL İBRAHİM ÜLKER

ANKARA 2014

ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI

KAİZEN SÜREKLİ İYİLEŞTİRME STRATEJİSİ İLE HASTANEDE
İNSAN KAYNAKLARININ GELİŞTİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
ŞERİFE YILMAZ

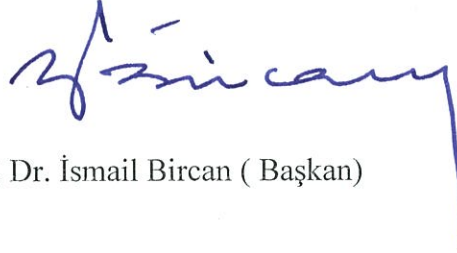
TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HALİL İBRAHİM ÜLKER

ANKARA 2014

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Şerife Yılmaz'ın hazırlamış olduğu “Kaizen Sürekli İyileştirme Stratejisi İle Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi” başlıklı çalışma 16.01.2014 tarihinde yapılan savunma sınavı neticesinde jürimiz tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İsmail Bircan (Başkan)



Prof. Dr. Halil İbrahim Ülker (Danışman)



Doç. Dr. A. Mete Törüner (Üye)

ÖNSÖZ

Sağlık insan yaşamının sürdürülmesini, yaşam kalitesini ve verimliliğini etkileyen önemli bir alandır. Sağlık hizmetlerinin düzeyi aynı zamanda ülkelerin de gelişmişlik düzeyini göstermektedir.

Tıp alanında meydana gelen, aşırı uzmanlaşma, teknolojik gelişmeler, sağlık kuruluşlarının sayısında görülen artışlar, maliyet baskıları, yeni yasalar, hasta doktor ilişkilerinin değişmesi, toplumun sağlık konusunda bilinçlenmesi; hastaların daha profesyonel bir yönetim bakış açısıyla değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin insan hayatıyla ilgili olması ve yapılacak bir hatanın geri dönüşünün çoğu kez mümkün olmaması sağlık hizmetlerinde kaliteyi kaçınılmaz kılmaktadır.

Dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda hassasiyet her geçen gün artmakta ve birçok ülkede sağlık alanında önemli çalışmalar yürütülmektedir.

Kaizen'i ilke olarak içinde barındıran Toplam Kalite etkinliklerinden fayda sağlanabilmesinin şartlarından biri de Kaizen düşüncesinin anlaşılması ve kurumda çalışan herkes tarafından benimsenmesidir. Kaizende temel şart mevcut durumu yeterli bulmayıp daha iyiye götürmektir. Hiç bir sistem tam anlamıyla mükemmel olamaz. Burada sonuçlara değil süreçlere dikkat edilmesi gerekmektedir. Japonlar Kaizen'i uygularken sıçramaların büyüklüğü ile değil sıklığı ile batıya göre daha büyük ilerlemeler göstermişlerdir.

Kaizen her geçen gün bir önceki günden daha ilerde olmak için sık ve küçük adımlarla gerçekleştirilen sürekli iyileştirme sürecidir.

Hastaneler bünyelerinde çok değişik meslek ve eğitim gruplarından insanları barındırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin toplum tarafından istenen kalitede verilebilmesi için hastanedeki insan kaynaklarının niteliği ve koordinasyonu büyük önem taşımaktadır.

Kaizen stratejisinde en önemli unsur insan kalitesidir. Ancak insan kalitesi sağlandığında donanım ve uygulama kurallarında kalitesi sağlanmış olur. İşletmenin değişen teknolojiye uyum sağlaması ve rekabet gücünü korumasında temel faktör ise insan kaynakları ögesidir.

Hastanelerin hastalarına bekledikleri kaliteli hizmeti sunabilmeleri için bünyelerinde barındırdıkları çok çeşitli uzmanlık alanlarına, mesleklere ve eğitim düzeylerine sahip insan kaynaklarının bir arada aynı amaca doğru yöneltilmesi, aralarında uyumlu iletişimin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle çağdaş yönetim teknikleriyle yönetilmesi gereken hastanelerde insan ve kalite odaklı “Toplam Kalite Yönetimi”nin etkili bir şekilde uygulanması son derece önemlidir.

“Kaizen Sürekli İyileştirme ile Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi”ni konu alan bu yüksek lisans tezimin hazırlanması sırasında önerileriyle bana yol gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Halil İbrahim Ülker'e; anket uygulaması sırasında desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Süreyya Akten ve Gülper Çalışkan'a; tez çalışmam üresince benden manevi desteğini esirgemeyen eşim Sinan Yılmaz ve biricik kızım Berna Yılmaz'a; anket çalışmama görüşleriyle katkıda bulunan tüm Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLAR VE TANIMLAR.....	4
1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE KAVRAMLARINA GENEL	
BAKIŞ	4
1.1. Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış	4
1.1.1. Sağlık Kavramı.....	5
1.1.1.2. Sağlık Sistemi Tanımı	8
1.1.2. Hizmet Kavramı	11
1.1.2.1 Hizmet tanımı	13
1.1.2.2. Hizmetin Özellikleri	14
1.1.2.3. Hizmet Sektörü Sınıflandırması	16
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Amacı ve Kapsamı.....	16
1.1.4.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	20
1.1.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri.....	21
1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreci	23
1.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Önemi.....	24
1.1.7. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	25
1.2.HASTANE KAVRAMLARINA GENEL BAKIŞ.....	29
1.3. HASTANELERİN AMAÇLARI VE FONKSİYONLARI	29
1.3.1. Hastanelerin Amaçları ve Özellikleri.....	30
1.3.2. Hastanelerin Özellikleri.....	30
1.3.3. Hastanelerin Sınıflandırılması	34

1.3.4. Türkiye’de Hastanelerin Organizasyon Yapısı.....	38
1.3.5. Hastane Yönetimi.....	40
1.4. KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNE GENEL BAKIŞ İLE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	42
1.4.1. Kalite Kavramı.....	43
1.4.1.1. Kalite Tanımı.....	45
1.4.1.2. Kalite boyutları	46
1.4.1.3. Kaliteyi Etkileyen Temel Faktörler	47
1.4.2. Hizmet Kalitesi Kavramı.....	48
1.4.3. Hizmet Kalitesi Tanımı.....	49
1.4.3.1. Algılanan Hizmet Kalitesi.....	50
1.4.3.2. Hizmet Kalitesini Oluşturan Kalite Bileşenleri.....	51
1.4.3.3. Hizmet Kalitesinin Özellikleri.....	51
1.4.3.4. Hizmet Kalitesinin Boyutları	52
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI.....	54
1.5.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları.....	55
1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belirleyicileri	56
1.5.3.Teknik Kalite	56
1.5.4. Tedavi Sanatı	57
1.5.5.Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Boyutları.....	59
1.6.KALİTENİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ’ NİN ORTAYA ÇIKIŞI	59
1.8. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ’NİN DAYANDIĞI TEMEL İLKELER.	66
1.8.1. Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu.....	67
1.8.1.1. Müşteri Odaklılık.....	67
1.8.1.2. Tam Katılım.....	68
1.8.1.3. Sürekli Gelişme (Kaizen).....	69
1.9. SAĞLIK HİZMETLERİNDE VE HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	71
1.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Önemi.....	72
1.9.2. Sağlık Kuruluşları Açısından Toplam Kalite Yönetimi İle Kalite Güvencesi Arasındaki Farklar.....	74

1.9.3. ISO STANDARTLARI	76
1.9.4. ISO 9000	78
1.9.5. Hastaneerde Toplam Kalite Yönetimi'nin Başarıya Ulaşması İçin Gerekli Faktörler	79
1.10. KAİZEN – SÜREKLİ İYİLEŞTİRME STRATEJİSİ	81
1.10.1. Kaizen – Sürekli İyileştirme Kavramı	81
1.10.2. Kaizen ve Yenilik Yaklaşımları	84
1.10.3. Kaizen ve Süreç Öncelikli Yönetim	87
1.10.4. Kaizen ve Katılım	88
1.10.4.1. Yönetim Öncelikli Kaizen	89
1.10.4.2. Grup Öncelikli Kaizen	89
1.10.4.3. Birey Öncelikli Kaizen	90
1.10.5. Kaizen'de Problem Çözme Araçları	90
1.11. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirmenin Temel Prensipleri	95
1.12. İNSAN KAYNAKLARININ GELİŞTİRİLMESİ	96
1.12.1. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi Kavramı	97
1.12.2. İnsan Kaynaklarının Eğitimi ve İnsan Kaynaklarını Geliştirme	98
1.13. İNSAN KAYNAKLARININ GELİŞTİRİLMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	100
1.13.1. İnsan Kaynakları Geliştirme Fonksiyonunun Diğer İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonları İle İlişkisi	101
1.13.2. İnsan Kaynaklarını Geliştirmenin Çalışanlara ve İşletmeye Sağladığı Yararlar	104
1.14. İNSAN KAYNAKLARINI GELİŞTİRME SÜRECİ VE YAKLAŞIMLARI	105
1.14.1. Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi	107

İKİNCİ BÖLÜM

2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	109
2.1. Araştırmanın Kapsamı	109

2.2. Araştırmanın Konusu	109
2.3. Araştırmanın Önemi.....	110
2.4. Araştırmanın Amacı	111
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	111
2.6. Araştırmanın Varsayımları.....	112
2.7. Araştırmanın Hipotezleri	112
2.8. Araştırmanın Yöntemi.....	113
2.9. Anket Sorularının Hazırlanması	114
2.10. Örneklem Yöntemi ve Büyüklüğünün Belirlenmesi	115
2.11. Araştırma Verilerinin Analizi ve Yorumu.....	115

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR VE YORUM.....	117
3.1. Hastane Çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi, Kaizen'in Hastanelerinde Uygulanışı Ve Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiği Hakkındaki Yorumlarına İlişkin Bulgular	120
3.2. Hastane Çalışanlarının Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiği İle İlgili Yorumlarına İlişkin Bulgular	129
3.3. Kaizen'in Hastanede Uygulanması İle İnsan Kaynaklarını Geliştirmesine İlişkin Hipotezler.....	135
3.3.1. Kaizen'in Hastanede Uygulanması ile İnsan Kaynaklarını Geliştirmesi Arasındaki İlişki.....	135
3.3.2. Kaizen'in Hastanede Uygulanışı İle İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşler Arasındaki Farklılık	136
3.4. Kaizen'in Hastanede Uygulanmasının ve Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirmesinin Demografik Değişkenlere Göre Farklaşmasına İlişkin Hipotezler.....	138
3.4.1. Kaizen'in Uygulanışı – Meslek ve Eğitim Durumu.....	138

3.4.2. Öğrenim Durumu, Meslek ve Çalışma Yıllarına Göre Kaizen'in Hastanede Uygulanışı ve İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı.....	139
3.4.3. Yaşa Göre Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı.....	141
3.4.4. Cinsiyete Göre Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı.....	142
3.4.5. Çalışma Yıllarına Göre Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı.....	143
3.4.6. Öğrenim Durumlarına Göre Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı.....	144
3.4.7. Mesleklere Göre Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı.....	145
SONUÇ.....	147
ÖNERİLER	153
KAYNAKLAR	156
EKLER.....	165
EK 1: ANKET FORMU	165
EK 2: ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ.....	171
ÖZET.....	172
ABSTRACT.....	174

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1.	Araştırmaya katılanların demografik bilgilerine ilişkin bulgular	118
Tablo 3.2.	Hastanede Çalışanların Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen Uygulamaları İle İlgili Görüşlerine İlişkin Frekans Tablosu.....	121
Tablo 3.3.	Kaizen'in Uygulanışı İle İlgili İfadelere Katılım Dereceleri İle 23. Soruya Katılım Dereceleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi sonuçlarının dağılımı.....	124
Tablo 3.4.	Açıklanan toplam varyansa ilişkin istatistikler.....	126
Tablo 3.5.	Faktör analize göre kaizenin uygulanışına yönelik soruların boyutlara dağılımı	127
Tablo 3.6.	Hastane Çalışanlarının Kaizen'le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi İle İlgili Görüşlerine İlişkin Frekans Tablosu	130
Tablo 3.7.	Kaizen'le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi İle İlgili İfadelere Katılım Dereceleri İle 40. Soruya Katılım Dereceleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Basit Korelasyon Analizi	132
Tablo 3.8.	Açıklanan Toplam Varyansa İlişkin İstatistikler	133
Tablo 3.9.	Faktör Analizine Göre Kaizen'le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Soruların Boyutlara Dağılımı.....	134
Tablo 3.10.	Ki-Kare Bağımsızlık Testi Sonuçları.....	136
Tablo 3.11.	Kaizen'in Uygulanışı ve Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirmesi İle İlgili İlişkili Ölçümler için T - Testi	137
Tablo 3.12.	Kaizen'in Uygulanmasına İlişkin Görüşler İle Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirmesine Yönelik Görüşler Arasındaki Korelasyon	137
Tablo 3.13	Çalışanların Mesleklerine ve öğrenim durumuna Göre Kaizen Uygulamalarını Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklemeler İçin İki Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları	138
Tablo 3.14.	Çalışanların Öğrenim Durumu, Meslek ve Çalışma Yıllarına Göre Kaizen Uygulamalarına ve Kaizen'le İnsan Kaynaklarının	

	Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Çok Faktörlü Varyans Analizi	140
Tablo 3.15.	Çalışanların Yaşlarına Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları.....	142
Tablo 3.16.	Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları.....	143
Tablo 3.17.	Çalışanların Çalışma Yıllarına Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları.....	144
Tablo 3.18.	Çalışanların Öğrenim Durumlarına Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları.....	145
Tablo 3.19.	Çalışanların Mesleklerine Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları.....	146

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1.	Sağlık Sistemi.....	9
Şekil 1.2.	Sağlık Sistemini Oluşturan Alt Sistemler.....	10
Şekil 1.3.	Sağlık Hizmetleri Endüstrisi.....	17
Şekil 1.4.	Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri.....	22
Şekil 1.5.	Hastanelerde Matriks Yapı.....	33
Şekil 1.6.	Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması Örneği	38
Şekil 1.7.	Türkiye Kamu hastaneleri Birliği Organizasyon Şeması	39
Şekil 1.8.	Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi	54
Şekil 1.9.	Sağlık hizmetleri kalitesinin belirleyicileri	58
Şekil 1.10.	Kalitenin Tarihsel Gelişimi	61
Şekil 1.11.	Kaizen Şemsiyesi.....	70
Şekil 1.12.	Kalite Güvencesi ve Toplam Kalite Yönetimi Arasındaki Farklılıklar	75
Şekil 1.13.	İyileştirmede Batı (Yenilik) Yaklaşımı	82
Şekil 1.14.	Kaizen ve Klasik Gelişme	85
Şekil 1.15.	Koruma ve İyileştirme	87
Şekil 1.16.	Yeniden düzenlenen PUKÖ döngüsü	89
Şekil 1.17.	Sağlık Hizmetlerinde Sürekli İyileştirme Çerçevesi	95

1. GİRİŞ

Sağlık kavramı, insan hayatının sürdürülmesinde ve korunmasında, yaşam kalitesinin oluşturulmasında çok önemlidir. Verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi, kişilerin yaşam kalitesini ve verimliliğini etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Sağlık hizmetlerinin düzeyi aynı zamanda ülkelerin de gelişmişlik düzeyini göstermektedir (Aktan ve Saran, 2005: 162) .

Yaşamsal özelliği nedeniyle her insanın hayatında birçok kez başvurmak durumunda kaldığı sağlık hizmetlerinin, toplumun bilgi ve kültür düzeyinin yükselmesi sonucu insanların sağlıkları ile daha fazla ilgilenmeye başlamasıyla kavramsal boyutu değişmiş ve önemi daha da artmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin uluslararası standartlara göre ve hastaların beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verecek ölçüde kaliteli, hızlı, ve düşük malitelerle verilmesi gerekmektedir (Doğanay, 2008: 3).

Tıp alanında ortaya çıkan buluşlar, teknolojik gelişmeler, aşırı uzmanlaşma, yeni yasal düzenlemeler, sağlık kuruluşlarının sayısında görülen artışlar, toplumun bilinçlenmesi, hasta-doktor ilişkilerinin düzeyi, maliyetin önemli hale gelmesi ve rekabetin artması sağlık hizmetlerinin daha nitelikli bir bakış açısıyla yönetilmesini ve kalite odaklı bir şekilde değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır (Doğanay, 2008: 55).

Toplam kalite yönetimi, günümüzde tüm dünyada rekabet ve pazar üstünlüğüne sahip olmak isteyen işletmelerin uyguladığı bir yönetim modeli olarak yaygınlaşmaktadır. İşletmelerde etkili bir yönetim, insan odaklı yaklaşıma dayalı Toplam Kalite Yönetimi ile sağlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin insan hayatıyla doğrudan ilgili olması ve bu hizmetlerde ortaya çıkacak aksaklıkların geri dönüşü çoğu kez mümkün olmayan olumsuz sonuçlar doğurması sağlık hizmetlerinde kalite yönetimini zorunlu kılmaktadır.

Dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda hassasiyet her geçen gün artmaktadır. Ülkemizde de birçok sağlık kuruluşunda Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları sürdürülmektedir.

Bakanlığın desteği ile hastanelerde de Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları yaygınlaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı, hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi konusuna özel bir önem vermekte, bu konuda sistemli çalışmalar yürütülmektedir (Şahin, 2012: 111).

Sağlık hizmeti sunan kurumlar sağlık hizmetlerini topluma arzuladığı ölçüde sunabilmek için kurumdaki insan kaynaklarının niteliğine, niceliğine ve koordinasyonuna önem vermelidir (Doğanay, 2008: 20).

Doktorundan, hemşiresine, teknikerine, hasta bakıcısına, mutfakta çalışanından, çamaşırhanede çalışanına tüm hastanedeki insan kaynakları hastanede sunulan kaliteli hizmette doğrudan pay sahibidir. Bu nedenle bir küçük işin aksaması dahi zincirleme olarak diğerlerini de etkileyecektir ve bu da sunulan sağlık hizmetinin kalitesini doğrudan etkileyecektir. Hastanelerin hastalarına bekledikleri kaliteli hizmeti sunabilmeleri için bünyelerinde barındırdıkları çok çeşitli uzmanlık alanlarına, mesleklere ve eğitim düzeylerine sahip insan kaynaklarının bir arada aynı amaca doğru yöneltilmesi, aralarında uyumlu iletişimin sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle çağdaş yönetim teknikleriyle yönetilmesi gereken hastanelerde insan ve kalite odaklı “Toplam Kalite Yönetimi”nin etkili bir şekilde uygulanması son derece önemlidir (Doğanay, 2008: 61-62).

Sağlık kuruluşları hem kaliteli hizmet sunmak, hem de bununla birlikte maliyetleri ile baş etmek zorundadırlar.

İyileştirmenin asla son bulmayacak bir süreç olduğu herkesçe kavranmalı ve sürekli daha iyiyi bulmak ve yapmak için herkesin fikirleriyle katılacağı işbirliğinin egemen olduğu bir ortam yaratılmalıdır (Doğanay, 2008: 174).

Kaizen'in hastanelerde uygulanmasının insan kaynaklarını geliştireceğini savunan ve "Kaizen'in insan kaynaklarının geliştirilmesi üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlayan Kaizen- Sürekli iyileştirme ile Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi konulu Yüksek Lisans tez çalışmam üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde "Kavramlar ve Tanımlar"; İkinci bölümde "Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi"; tezin son bölümü olan üçüncü bölümde ise "Bulgular ve Yorumlar" başlığı altında tezin amacına yönelik yapılan anket çalışmasından elde edilen verilerin analiz edilmesi ve hipotezlerin test edilmesiyle ulaşılan bulguların incelenmesi ve yorumlanması yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLAR VE TANIMLAR

1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANE KAVRAMLARINA GENEL BAKIŞ

Yaşamsal özelliği nedeniyle her insanın hayatında birçok kez başvurmak durumunda kaldığı sağlık hizmetlerinin, toplumun bilgi ve kültür düzeyinin yükselmesi sonucu insanların sağlıkları ile daha fazla ilgilenmeye başlamasıyla kavramsal boyutu değişmiş ve önemi daha da artmıştır. Topluma bu hizmetin sunumunda en önemli rolü oynayan hastaneler bu açıdan çok büyük öneme sahiptir (Doğanay, 2008: 5).

1.1. Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür.

“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerini, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri olmak üzere dört grupta toplanabilir.”

Sağlık Hizmetleri iki ana grupta toplanabilir. Bunlar “insanların sağlığının korunması” ve “tanı, tedavi ve bakım”dır.

Sağlık hizmetleri kişisel olarak ya da kurumsal olarak sunulabilir. Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden ayrılan bazı farklı özellikleri vardır. Bu konuya ileriki konularda değinilecektir. Sağlık hizmetleri özel veya kamu kurumları tarafından sunulabilir (Temgilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 72).

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlıklı olmak, insanların doğuştan kazandıkları hakların başında gelmektedir. Sağlıklı olmayan bireyin diğer haklarını kullanabilmesi mümkün değildir (Temgilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 461).

Ülkemizde de sağlık hakkı anayasal güvence altındadır.

Anayasanın 17. Maddesi’nde “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” ifadesi yer almaktadır (AŞTI, T.A. www.istanbul.edu.tr).

Bu nedenle, “sağlığın korunması hakkı”, artık yaşam hakkından bağımsızlaşmış ve Sosyal Devlet ilkesini güvenceye alan 1961 Anayasası’ndan itibaren “Sosyal Ekonomik ve Kültürel Haklar” başlıklı bölümde devletin aktif tedbirler alacağı temel bir ödevi olarak düzenlenmiştir. Sağlık hakkının yaşam hakkı ile kopmaz bağlantısı o kadar somuttur ki, hukuk sistemleri, daha doğmadan dahi insan yaşamını koruyan, yani anne karnındaki ceninin sağlığıyla ilgili düzenlemeler içermektedir. Bilindiği üzere Türk Medeni Kanunu’nun 28. maddesinde göre tamamlanmış doğumun sonunda sağ olan kişinin hak ehliyeti, anne rahmine düştüğü andan itibaren başlar denilmektedir (www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html).

İnsan hakları evrensel bildirgesinin 25. Maddesinde

“Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar” denilmektedir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi - Milli Eğitim Bakanlığı www.meb.gov.tr).

Anayasanın 56. Maddesi; *“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.Çevreyi geliştirmek,çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarının tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için sağlık sigortası kurulabilir”* (www.tbmm.gov.tr).

Halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlıkla ilgili konularda biliçlenmesi, sağlık açısından riskler belirlenerek hastalıklar oluşmada önlem alınması, hastalıklar sonucu oluşan kalıcı sakatlıkların önüne geçilmesi, toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi amacıyla “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı” 18.01.2008 tarihinde 00708 sayılı makam oluru ile Sağlık Bakanlığı, Temal Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Sağlık kavramı günümüzde sağlığın korunması ve geliştirilmesi üzerine temellenmiştir (AŞTI, T.A; www.istanbul.edu.tr).

Topluma sağık hizmetlerin sunumunda en önemli rol oynayan hastaneler, büyük bir öneme sahiptir. Günümüzde sağık hizmetlerinin sunuluş biçimi, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini de belirlemektedir (Doğanay, 2008: 6).

1.1.1.1. Sağık Tanımı

Dünya Sağık Örgütü (WHO) anayasasında sağık tanımı şu şekilde yapılmıştır: Sağık yalnız hastalık ve bir engelinin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumudur. Buradaki açıklamaya göre açıklamada beden ve ruhen iyilik durumu sağığın bilinen tarafıdır. “Sosyal açıdan tam iyilik durumu” yeni ve açıklanması gereken bir olgudur. Bu olguyu açıklayabilmek için sağığın yalnızca bireysel bir olgu olmadığını, toplumsal yönünün de olduğunu ifade etmek gerekir. Bireyin sosyal açıdan tam iyilik durumunda olmasının ilk şartı sosyal yaşamın sağıklı olmasıdır. İş ve yaşam güvenliğinin oluşturulmadığı, iş bulma ihtimalinin olmadığı, gelir dağılım dengesizliğinin meydana getirdiği huzursuzluğun durdurulmadığı toplumlarda bireyin tam iyilik durumunda olması imkânsızdır (Kaygın, 2012: 4).

İnsan sosyal bir varlık olması nedeniyle diğer canlılardan ayrılmaktadır. Yaşamımızda sürekli çevremizdeki kişi ve olaylarla etkileşimde bulunmaktayız. Bu olaylar insan sağığını etkilemektedir. Bu nedenle toplum hayatının etkileri sonucu oluşan hastalıklara sosyal hastalıklar denilmektedir (www.diyadinnet.com).

Sağığın Dünya Sağık Örgütü’ ne göre üç temel ölçütü vardır;

- Bedensel iyilik: Vucuttaki doku ve organlarda noksanlık, işlev bozukluğu, mikrop bulunmaması,
- Ruhsal iyilik: Kendisi ile barışık olma, yaşına uygun düşünebilme, düşündüklerini ifade edebilme, başkalarını anlayabilme, yerinde ağlama yerinde gülme, güçlüklerle mücadele edebilme, başarılarla mutlu olma ve başarısızlıkları kabullenme,

- Sosyal iyilik: Sorumluluklarını bilme, insanlarla iyi ilişkiler içinde olma, büyüğünü ve küçüğünü sevme, hoşgörülü olma, çevresiyle barışık olma, nerede ve nasıl davranacağını bilme,

Sağlığın sözlük anlamı ise;

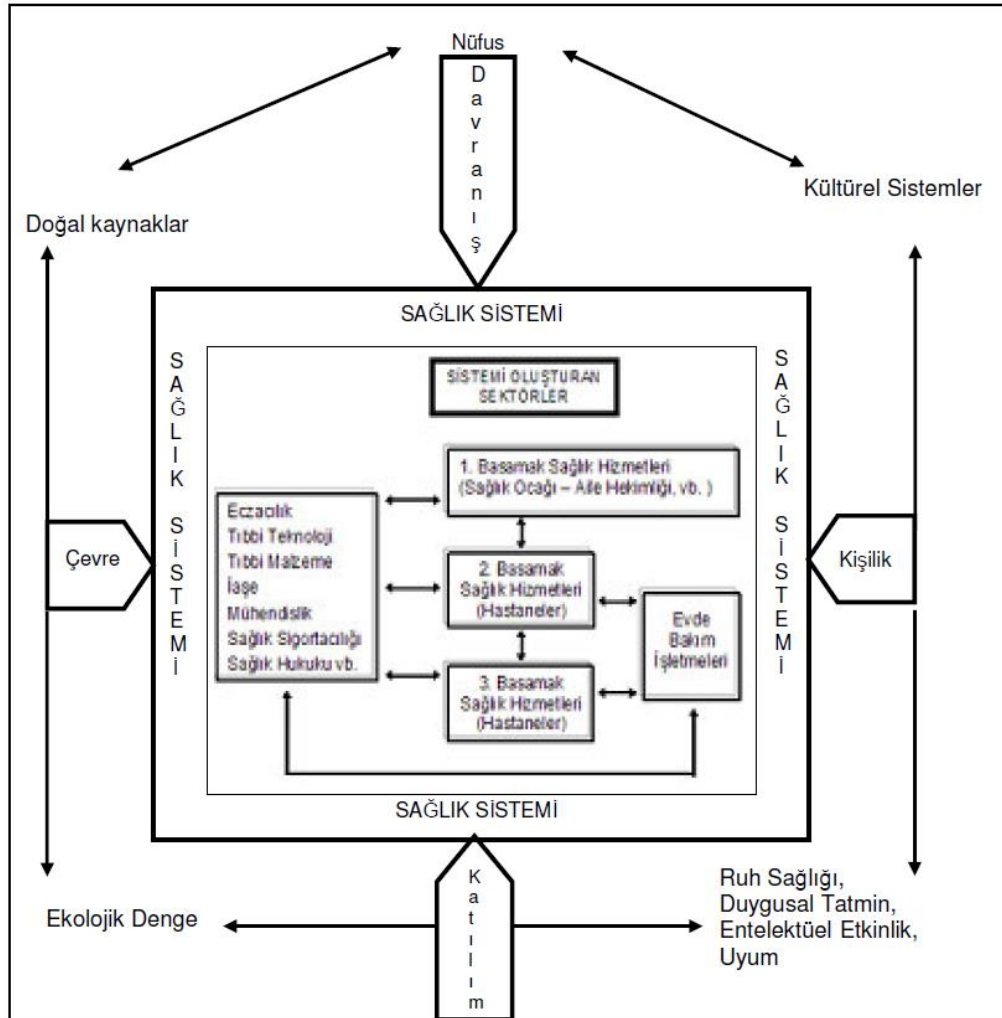
Vucudun iyi veya kötü olması durumu, sağ, canlı, diri olma, vucut esenliği, vucudun hasta olmaması durumu, esenlik, sıhhat, afiyet (www.sağlık.nedir.com,2013).

Fakat kişisel davranışlar ve yaşam tarzları, çalışma ve yaşam koşulları, sağlık hizmetlerine erişim, genel sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar kişilerin sağlığını olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Yıldırım, H.H ve Yıldırım, T, 2011: 148).

1.1.1.2. Sağlık Sistemi Tanımı

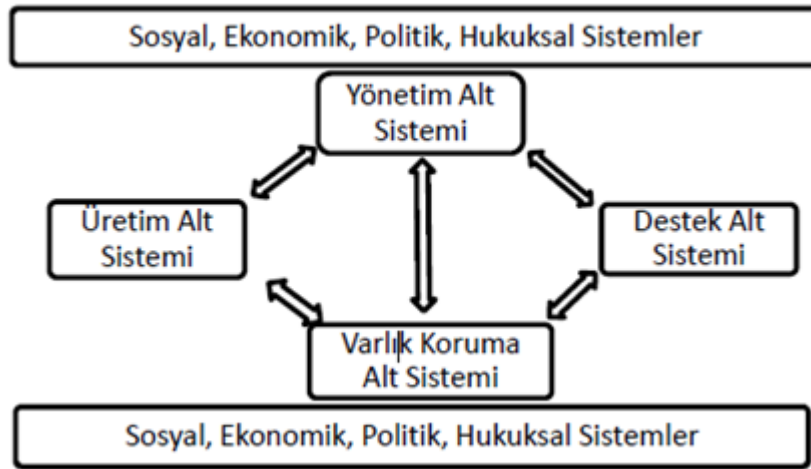
Dünya Sağlık Örgütü 2000 raporunda Sağlık sistemi, genel olarak sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek amacıyla yapılan her türlü hizmet olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2000).

Sağlık Sistemini aşağıdaki şekilde şematize edebiliriz.



Şekil 1.1. Sağlık Sistemi (Doğanay, 2008: 10)

Sosyal sistemler içerisinde en karmaşık sistemlerden biri olan sağlık sistemi görünüşte biririnden çok farklı kurum ve kişilerin karmaşık ilişkilerinden oluşuyormuş gibi görünsede, derinlemesine incelendiğinde karşılaşılan çok sayıda kurum ve kişinin belli bir düzen içerisinde etkileşiminden oluştuğu anlaşılacaktır.



Şekil 1. 2. Sağlık Sistemini Oluşturan Alt Sistemler
Kaynak: (Kaluzny, 1982: 355; Aktaran: Yalkın, 2010: 27)

Buna göre sağlık sistemi dört alt sistemin birbiri ile etkileşiminden oluşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin üretimini gerçekleştiren kişi ve kurumları içeren “Üretim Alt Sistemi” (Sağlık Ocağı, hastaneler vb.),

Sağlık sisteminin gereksinme duyduğu finansal kaynakları ve insan kaynaklarını sağlamak ve geliştirmek yoluyla sağlık hizmetleri sunumunun kararlılığını ve sürekliliğini sağlama amacı güden “Varlık Koruma Alt Sistemi” (Üniversiteler, meslek odaları vb.),

Değişken bir çevre içinde bulunan sağlık sisteminin yaşamını devam ettirebilmesi için gerekli olan, tıp bilimindeki gelişmeler, toplumun beklentilerindeki değişiklikler, hastalık dokusundaki farklılaşmalar gibi faaliyetler takip eden “Destek Alt Sistemi”,

Diğer alt sistemlerinin tamamının faaliyetlerini yönlendirmekle, eş güdümlenmekle görevli “Yönetim Alt Sistemi” (Sağlık Bakanlığı, Sağlık Müdürlükleri vb) (Yalkın, 2010: 26-28).

1.1.2. Hizmet Kavramı

İnsanlar, yaşamlarının her aşamasında değişik biçimlerde karşılıklarına çıkan hizmet olayı ile iç içe yaşamaktadır. Hizmet insanların bir arada yaşamalarının bir sonucudur. Hizmet sektörü, günümüzde ekonominin gelişme süreciyle birlikte giderek artan bir öneme sahiptir (Tezcan, 2000: 52).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında giderek artan globalleşme ve bunun getirmiş olduğu ezici rekabet, bir yandan teknolojik imkanların olağan üstü gelişmesine, diğer taraftan uluslararası ilişkilerin genişlemesine ve rekabetin artık günlük yaşamımıza girmesine neden olmuştur (Kavrakoğlu, 1997: 7).

20. yüzyılda yaşanan bilgi devrimi ile birlikte teknolojiye, sosyal hayatta ve ekonomide meydana gelen değişimler, sanayi toplumlarını, sanayi ötesi toplumlara dönüştürmekte ve sanayi çağı da yerini bilgi çağına bırakmaktadır. Bu değişimle birlikte, çağı yakalamış ülkeler de ekonomik yapıda ürün temelinden hizmet temeline dönüşmektedir. İçinde bulunduğumuz çağın bazı kaynaklarda hizmet çağı olarak adlandırılmasının temel nedeni, ekonominin odağında meydana gelen bu değişimdir.

Çok değişik türde ve nitelikte hizmetle karşılaşılmaktadır. Hizmetteki bu çeşitlilik tüm hizmet türlerini kapsayacak bir tanım yapılmasını zorlaştırmaktadır. Amerikan Pazarlama Birliği (AMA), hizmeti; “Pazara sunulan, veya ürünlerin satışına bağlı olarak sağlanan faaliyet, fayda ve doyumlar” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım hizmetin üründen farklı özelliklerini tam olarak belirlemediği için, pek açık değildir. Daha dar kapsamlı bir tanıma göre, hizmet; “Ayrı ayrı tanımlanabilen, başka bir mal veya hizmetin satışına bağlı olmaksızın ve ihtiyaç giderici olarak sunulan, soyut etkinliklerdir.” Görüldüğü gibi bu tanım ürünlere bağlı hizmetleri kapsamamıştır.

Klasik ekonomistlerden Adam Smith, hizmeti; “Maddi çıktısı olmayan faaliyetler.” olarak tanımlarken, Alfred Marshall ise; “Üretildiği anda tüketilen faaliyetler.” olarak tanımlamıştır. Vargo ve Lusch’un tanımı ise; “Uzmanlaşmış

yeteneklerin, beceriler, bilgi birikimi, eylemler, süreçler ve performanslar aracılığıyla başka bir birey ya da bireyin kendisinin yararı için uygulanmasıdır” şeklindedir. Bu tanımlar irdelenecek olursa şu özelliklerin ön plana çıktığı görülmektedir.

Bir tarafın yaptığı işler ya da eylemler ile diğerine bir fayda sağlaması ve karşı tarafın ihtiyacını gidermesi. Bu eylemlerin belli bir bilgi birikimi ve beceriye dayanması, yapılanın bir iş, eylem olması nedeniyle büyük ölçüde soyut nitelik taşıması mal ve hizmetlerin genelde iç içe girmiş olması. Hizmetlerin eylemler, süreçler ve etkileşimler sonucu ortaya çıkması. Hizmetlerin anında tüketilen üretimler olması. İnsan ihtiyacını gideren ve fiziki olmayan her faaliyetin hizmet olarak nitelendirilmesi daha doğrudur. Çünkü bir başkasının ihtiyacını gidermek için gerçekleştirilen bir faaliyette, o faaliyetin herhangi bir ürüne bağlı olup olmaması hizmetin niteliğini değiştirmemektedir. Ancak, herhangi bir ürüne bağlı olarak sunulan faaliyetin hizmet olarak nitelendirilebilmesi için belirli bir fiyatının olması ve ayrıca satışa sunulması gerekmektedir. Aksi halde malı tamamlayan bir işlem olarak değerlendirilir.

Hizmetlerin kendi başına bir çalışma alanı olduğu fikri yakın geçmişe dayanmaktadır. Shostack (1977) ile başlayan, hizmetlerin ayrı bir çalışma alanı olarak ele alınması gerektiği düşüncesi ile ürünlerin pazarlanması ile hizmetlerin pazarlanması arasında farklılıklar olduğu, hizmetlere ilişkin ayrı bir literatür oluşması gerektiği ortaya konulmuştur. Bu, hizmetler açısından önemli bir dönüm noktası olmuş ve hizmetlerle ilgili, gerek akademik, gerek uygulamaya dönük pek çok gelişme bu sayede ortaya çıkmıştır. Bugün, dünyada yaşanan dönüşüm, yeniçağın, bilgi, iletişim ve hizmet çağı olarak adlandırılmasına neden olmakta ve çağın hizmetlerin maddi çıktılarının olmaması gerekleri hizmetlerin yeniden sorgulanması zorunluluğunu beraberinde getirmektedir (Şahin, 2012: 42-44).

1.1.2.1 Hizmet tanımı

Hizmet en genel anlamıyla; bir birey ya da grubun başka bir birey ya da gruba başarımıdır. Üretimi fiziksel bir ürüne gereksinim gösterebilir veya göstermez şeklinde tanımlanmaktadır.

Geçmişten bugüne hizmet tanımı, içinde bulunduğu döneme ve bilim adamlarının bakış açılarına göre kapsamı açısından farklılıklar göstermektedir.

Adam Smith (1723- 1790) Somut, elle tutulabilen ürün meydana getirmeyen tüm faaliyetler,

Fizyokratlar(- 1750) Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler,

Jean Baptiste Say (1767-1832) Malların faydasını arttıran ve imalatı yapılamayan tüm faaliyetler,

Batı Ülkeleri (1842- 1924) Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan faaliyetler,

Alfred Marshall (1842- 1924) Yaratıldığı anda varlık bulan ürünler,

Philip Kotler bir tarafın diğerine belirli bir fiyattan sunabileceği, temel olarak soyut ve herhangi bir şeyin sahipliğiyle sonuçlanmayan faaliyet ve faydalardır. Fiziksel bir ürüne bağlı olmayabilir veya olabilir

Cristian Grönross doğal olarak az ya da çok dokunulmaz olan, müşteri ve hizmet personeli veya hizmeti sağlayanın fiziksel kaynakları ve malları veya sistemleri arasında oluşan etkileşim anında oluşan ve müşteri problemlerinin çözümü olarak verilen faaliyetler dizisidir (Doğanay, 2008: 11-13).

1.1.2.2. Hizmetin Özellikleri

Hizmetleri fiziksel mallardan ayıran bazı özellikler bulunmaktadır.

Genel kabul görmüş hizmetlerin özellikleri şöyle sıralanabilir:

- Hizmetler dokunulmaz,
- Üretimi ve tüketimi eş zamanlıdır,
- Hizmetler değişkendir (heterojendir, kalite ve standardizasyonun sağlanması güçtür),
- Hizmetler stoklanamaz (dayanıksızdır),
- Sahiplik yoktur, (Temgilimoğlu, 2012: 52).

1. Hizmetlerin Tanımlanması Güçtür (Soyut Performanslardır): Bir ürün olan mal; bir objedir, araçtır. Bir hizmet ise; bir eylem, bir performans ve çabadır. Bir mal satın alındığında, somut bir şeyler elde edilir, gözle görülebilir, dokunulabilir, hatta beklide koklanabilir. Bir hizmet satın alındığında ise, genellikle onu gösteren bir somutluk yoktur. Hizmetlerin dokunulmazlığı fiziksel bir varlığa sahip olmamasının bir sonucudur.

2. Üretim ve Tüketim Eş Zamanlıdır (Ayrılmazlık): Somut bir malın, üretimi ve tüketimi iki farklı aktivitedir. İşletmeler genellikle mallarını bir merkezde üretirler ve ardından müşteri nerden daha çok satın almak isterse oraya nakledeleler.

Hizmetler, önce satılır, ardından üretilir ve eş zamanlı bir şekilde de tüketilir. Eş zamanlı üretim ve tüketimin anlamı; hizmet sunanın ve alanın genellikle üretim ve tüketim gerçekleşirken fiziksel olarak orada bulunmalarıyla ilgilidir.

Ayrılmazlık özelliğinin bir istisnası şudur; hizmet, hizmetin yaratıcısını ve satıcısını temsil eden bir kişi tarafından satılabilir. Örneğin; Sigorta Şirketi ve Acentalar.

3. Standardizasyonu Sağlamak Güçtür (Türdeş olmama): Hizmet endüstrisi, araç-gereç tabanlı değil de insan tabanlı olduğundan farklılık göstermektedir. İnsan tabanlı hizmetlerin çıktıları, takım tabanlı ya da mal üretiminin çıktılarında daha az standardize ve daha az tek düzedir. Ayrıca, hizmet üretiminde sonuçta belirsizlik varken, sadece tüketirken denemek mümkündür.

4. Hizmetler Dayanıklı Değildirler (stoklanamaz): Mallar önce üretilir, satılır ve sonra tüketilir. Hizmetler ise genellikle önce satın alınır, daha sonra üretilir ve aynı zamanda tüketilirler. Hizmetlerin pek çoğunun yararı kısa sürelidir. Sunulduğunda hemen kullanılmazsa, depo edilemeyeceği için boşa gider. Ayrıca hizmetler birer “performans” olarak nitelendirildikleri için, saklanamazlar ve envantere girmezler.

5. Sahipliği yoktur: Sahipliğin olmaması, mallar ve hizmetler arasındaki ana farklılıklarından biridir. Bir malı satın alan kişi o malın sahibi olur. Hizmet ise satın alınamaz, hizmet sektöründe verilen hizmetten örneğin sağlanan bir kolaylıktan veya bir tesisten ancak belli bir süre yararlanılabilir.

Bazı pazarlamacılar ise hizmetlerin karakteristik özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamaktadırlar:

- Fiziksel bir yapı değil bir fonksiyondur.
- Stoklanamaz, geri kazanımı mümkün değildir.
- Muayene edilemez ya da incelenemez.
- Kalitesi denenmeden belirlenemez.
- Yaşam süresi yoktur, oluşturulma ve sunum süresi vardır.
- Zaman boyutu vardır, belirli bir saatte başlar ve biter.
- Talebe göre üretilir.

- Ürün güvenilirliğinden çok insan güvenirliliği içerir.
- Kalite subjektiftir.
- İş gören ve müşteri arasında yüz yüze ilişki vardır (Tengilimoğlu, 2012: 52).

1.1.2.3. Hizmet Sektörü Sınıflandırması

Avrupa Komisyonu'nun Türkiye ile başlaması olası olan “ Hizmetlerin Serbest Dolaşımı Müzakereleri” ne ilişkin hazırladığı bir taslak raporunda hizmet sektörü aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır.

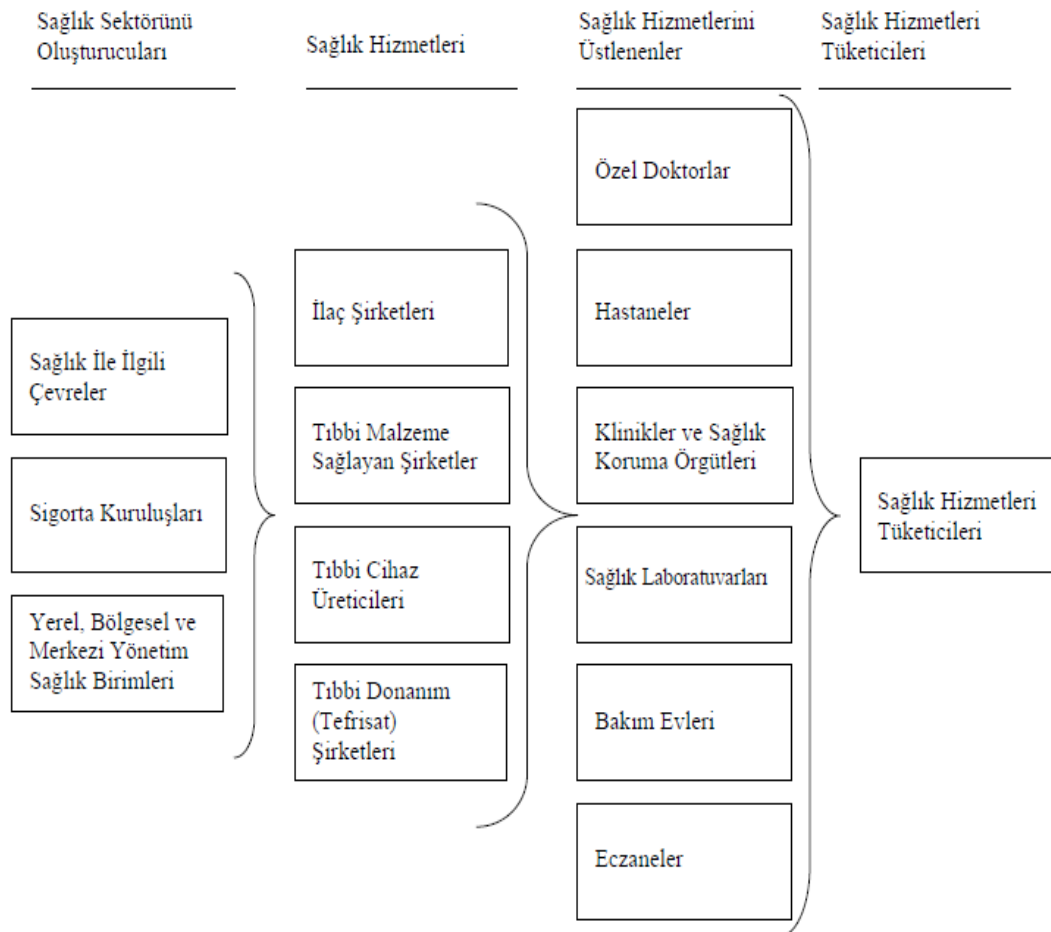
- Sağlık Hizmetleri,
- Hukuk Hizmetleri
- Turizm Hizmetleri,
- Mesleki Hizmetler,
- Diğer Meslekler (Yöneticiler, gazete direktörleri vs.)
- Posta Kurye Hizmetleri
- Telekomünikasyon Hizmetleri,
- Görsel İşitsel Hizmetler,
- İnşaat Hizmetleri,
- Dağıtım Hizmetleri ,
- Çevre Hizmetleri,
- Sigorta Hizmetleri,
- Bankacılık Hizmetleri,
- Turizm Hizmetleri,
- Ulaştırma hizmetleri (Doğanay, 2008: 17).

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı, Amacı ve Kapsamı

Hizmet üretimi ve pazarlaması içerisinde yer alan sağlık hizmetleri, toplumun ve kişilerin sağlığının korunması, kişilerin hastalanması halinde tedavisinin

yapılması, tedavi sonrası tam iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını sürdürebilmelerinin sağlanması ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümüdür. Sağlık hizmetleri Dünya Sağlık Örgütü tarafından, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlanmıştır(Geç, 2011: 57-58).

Sağlık hizmetleri endüstrisi Şekil 1. 3’de gösterilmektedir.



Şekil 1. 3. Sağlık Hizmetleri Endüstrisi (Odabaşı, 1994: 26, Aktaran Genç, 2011: 58).

1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri dört grupta incelenmektedir. Bunlar;

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat, 2012: 79).

1.1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi amacıyla verilen hizmetler ve yapılan düzenlemelerdir Koruyucu sağlık hizmetleri başlıca üç şekilde açıklanmaktadır.

- Primer Koruma: Kişisel veya toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek için, çevrenin güvenli duruma getirilmesi, aşılama, dengeli beslenme, duygusal ve fiziksel olarak iyi durumda olmak amacıyla gerekli önlemleri alınması,
- Sekonder Koruma: Erken teşhis ve tedavi önlemlerinin sağlığın bozulabileceği varsayımına karşı, kişisel ve toplumsal düzeyde alınması,
- Tersiyer Koruma: Kişilerin geçirdiği hastalıklar sonucunda oluşabilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en az seviyeye indirilmesi, hastaların bu yeni durumlarına uyumunun sağlanarak yaşam standardının artırılması amacıyla gerekli önlemlerin alınmasıdır.

Bu bağlamda kişilere yönelik koruma yöntemleri tamamen birbirleriyle bağlantılıdır. Kişiler primer korumayla hastalıkların oluşması önlenmeye çalışılırken sekonder ve tersiyer koruma ile hastalıkların erken tanı ve tedavisi, kalıcı

hastalıkların önlenmesi amaçlanmıştır. Böylece toplumun sağlık düzeyide yükselmiş olur. (Günel,2007: 12- 13).

Koruyucu sağlık hizmetleri ikiye ayrılmaktadır. Bunlar;

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Çevrede bulunan ve insan sağlığını olumsuz etkileyen kimyasal, biyolojik, fiziksel ve sosyal etkenlerin yok edilmesi ve çevrenin insan sağlığı için olumlu hale getirilmesi ve kişilerin etkilenmesinin önlenmesi amacıyla yapılan çabaların tümü çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler bu konuda özel eğitim görmüş kimyager, veteriner, teknisyen, mühendis ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütülmektedir.

Bu hizmetlere örnek vermek gerekirse; su kaynaklarının sağlanması ve denetlenmesi, zararlı canlılarla mücadele, katı atıkların denetimi, hava kirliliğinin denetimi, besin sanitasyonu, iş sağlığı, konut sağlığı, radyasyonla savaş, gürültü kirliliğinin denetimi, radyolojik zararlıların denetimi gibi hizmetler bu gruba girmektedir. Bu hizmetler daha çok sağlık mensupları dışındaki meslek mensupları tarafından yapılan hizmetlerdir.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Bireyleri, dolayısıyla toplumu hastalıklara karşı korumak, hastalanmaları halinde en erken dönemde tanı konularak en az zararla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetlerdir.

Bu hizmetlere örnek vermek gerekirse aşılama,beslenmenin iyileştirilmesi,sağlık eğitimi,erken tanı ve tedavi, kişisel hijyen,ilaçla koruma (kemoproflaksi), ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi hizmetler bu gruba girmektedir.Hizmet tanım ve türlerinden anlaşılacağı üzere bu grup hizmetler sağlık personeli ve sağlık sektörünce yürütülmektedir.Bu hizmetler ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri,dispanserler, laboratuvarlar,çevre sağlığı birimleri, sağlık evi, sağlık ocağı, iş yeri reviri tarafından yürütülen hizmetlerdir (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat,2012: 79-82).

1.1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireye ve çevreye yönelik olarak yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen sağlığı bozulan, kendini hasta hisseden veya sağlık kontrolünden geçmek isteyen kişilerin muayene, teşhis ve tedavileri ile ilgili verilen hizmetlerdir. Bu hizmetler çoğunlukla yataklı tedavi kurumlarında hastanelerde yerine getirilir (Günel,2007: 14).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamına ve hizmet kriterlerine göre üçe ayrılmaktadır:

a) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastalıkların ayakta teşhis ve tedavisi için yürütülen hizmetlerdir.

b) İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: İleri tetkik ve tedavi gerektirmeyen hastalıkların teşhisi ve yatarak tedavisi için verilen hizmetlerdir. Genel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmetler vermektedir.

c) Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Yoğun, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıkların tedavisi için verilen yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren sağlık hizmetleridir. Ülkemizde üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri bu hizmeti vermektedir(Tengilimoğlu; Işık; Akbolat,2012:82-83).

1.1.4.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, diğer koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen, ciddi hastalık veya depresyon, yangın gibi doğal afet, iş veya trafik kazası gibi olaylardan dolayı sağlığı bozulan, kalıcı bedensel ve ruhsal bozukluğu olan insanların sosyal ve fiziki açıdan topluma tekrar kazandırılmasını sağlamaya çalışan hizmetlerdir (Günel,2007: 15).

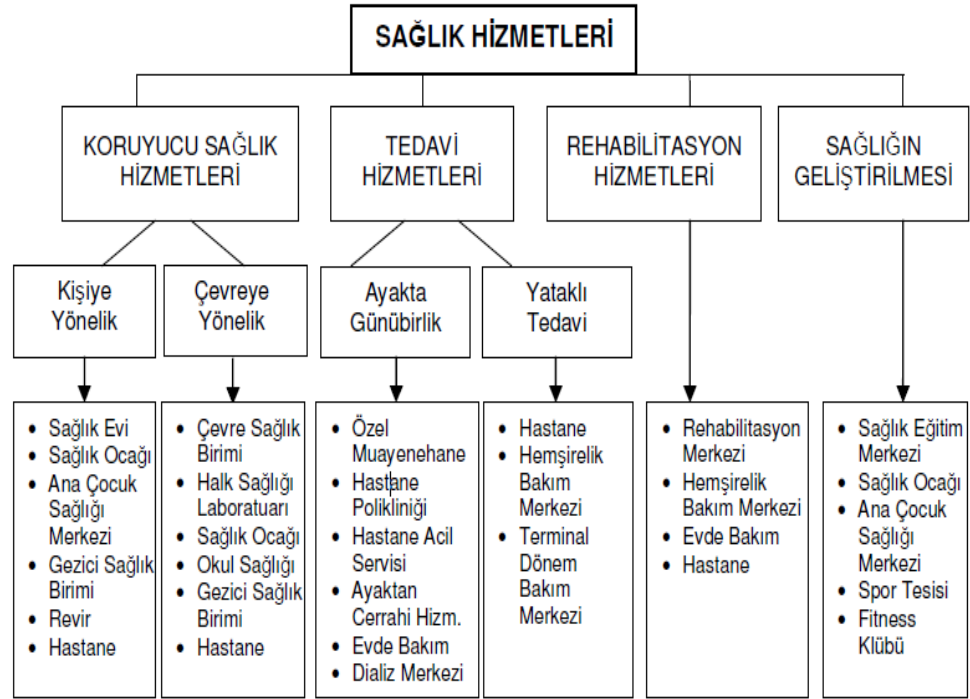
Bu hizmetlerde iki şekilde verilmektedir:

Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı hastalık ve sakatlıkların düzeltilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetler bu gruba girmektedir. Örneğin; Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremiteler için protez kullanımı gibi hizmetlerdir.

Sosyal Rehabilitasyon: Kalıcı sakatlığı veya özrü bulunan bireylerin, topluma kazandırılması ve günlük hayata aktif bir şekilde katılmaları, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için yapılan işe uyum sağlama, ya da öğretme gibi hizmetlerdir (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat,2012: 83).

1.1.4.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Bu hizmetler sağlıklı bireylerin sağlık düzeylerini daha iyi duruma yükseltmek, yaşam kalitesini ve süresini arttırmak için verilen hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Günümüzde hastalıkların birçoğu kişilerin yaşam tarzlarından ve alışkanlıklarından kaynaklanmaktadır. (Kaygın, 2012: 10-11).



Şekil 1.4. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri
(Kaynak: KAVUNCUBASI, 2000: 34; Aktaran (Genç, 2012: 60)

Sağlık hizmetlerinde amaç; bireylere en kısa sürede, uygun ve ulaşılabilir bir fiyatta, güler yüzlü ve şevkatli, alternatif tedfavi yöntemlerindeki sunarak, bilgilendirerek, tıbbi etik ve deontoloji ilkeleri esas alınarak, eldeki imkanlarla tıbbi manada en iyi hizmeti vermektir.

Sözen ve Özdevecioğlu'na göre ise tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeflerin başında gelmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin adil ve dengeli bir biçimde toplumun tümüne, hizmetin türüne göre doğrudan ve dolaylı olarak ulaştırılması hedeflenmektedir (Genç, 2012: 63).

1.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreci

Osmanlı Devleti'nde sağlık hizmetlerinin çoğunluğu, vakıflar kanalıyla ya da askeri hastanelerde yürütülmekteydi. Osmanlı devletinin son zamanlarında ise işlerine bağlı bir genel müdürlük olarak örgütlenmişti.

Sağlık Bakanlığı 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanunla kurulmuştur. Sağlık hizmeti sunma ve politika üretmekten sorumlu temel kurumdur.

İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında sağlık hizmetleri ile ilgili hiçbir kayıt ve bilgi mevcut değildi. Cumhuriyet kurulduktan sonra Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam oldu ve bu görevini 1937'ye kadar sürdürdü.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde planlı çalışmaya 1960 yılından sonra geçilmiştir Sağlık Hizmetlerini beş dönem halinde incelenebilir. Bu dönemler;

Milli Mücadele Dönemi (1920- 1923) TBMM'nin kurmuş olduğu hükümette Sağlık Bakanı olan Dr. Adnan Adıvar savaş sonrası göçmen iskanıyla ve sağlık kayıtları ilgilenmiştir.

Dr. Refik Saydam dönemi (1923-1946); Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatları kurulmuş, sağlık personeli yetiştirilmiş, sağlıkla ilgili çok önemli kanunlar çıkartılmış, bulaşıcı ve sosyal hastalıklarla uğraşmıştır.

Dr. Behçet Uz dönemi (1946-1960); yataklı tedavi hizmetleri geliştirilmiştir. Bu amaçla 20.000 nüfusa hizmet edecek şekilde, ilçe merkezinde veya merkezi köylerde sağlık merkezleri kurulmuştur.

Sosyalizasyon dönemi (1960-2000); 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Hakkında Kanun çıkartılmış, horizontal örgütlenmeye geçilmiş (dar alanda çok hizmet), sağlık ocakları kurularak, planlı sağlık hizmeti dönemine geçilmiştir.

2000 sonrası dönem; aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin özerkliği yoğun olarak tartışılmış ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan “Acil Eylem Planı” çerçevesinde; etkili, verimli, ve hakkaniyete uygun sağlık hizmetleri organize edilebilmesi için “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” uygulamaya konulmuştur (Yalkın, 2010: 35-36).

1.1.6. Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Hizmetleri zorunluluk derecelerine göre de sınıflandırdığımızda sağlık hizmetleri birinci derecede zorunlu hizmetler sınıfında yer almaktadır (Karahan, 2006: 31).

Doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olarak sağlık hizmetleri yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara değil toplumdaki tüm bireylere sosyal adalet anlayışı çerçevesinde eşit olarak verilmesi gerekmektedir. Toplumdaki bireylerin eğitilmiş ve bilinçli olması sağlığa verdiği önem doğrudan doğruya toplum sağlığını etkiler. Dolayısıyla bireyler kendi sağlıklarından sorumlu olduğu kadar toplum sağlığından da sorumludur. Sağlık hizmetlerinin önemini arttıran özelliklerinden biride “sağlığın sosyal bir olgu” olmasından kaynaklanmaktadır. İnsan sağlığı ve mutluluğu için yapılan her şey sağlık sektörü ve daha birçok sektörün işbirliğini gerektirmektedir (Öztek, 1986: 14).

Bu işbirliği ve eğitim, gıda, ilaç, kanalizasyon, temiz su ve sanitasyon gibi ürün ve hizmet sektörlerinin katılımı ile sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve devamlılığını arttırabilmektedir.

Bununla birlikte, ülkeler arasında sağlık düzeyi yönünden mevcut olan eşitsizlikler, uluslararası politik, sosyal ve ekonomik işbirliği ve desteklemeyi gerektirmektedir.

Sağlık hizmetlerinden insanlar çok sayıda fayda elde ederler. Bu faydaları genel olarak iki başlık altında incelemek mümkündür (Karabulut ve Yapraklı, 2001: 11).

- Sağlık Hizmetlerinden Elde Edilen Ekonomik Yararlar: Sağlık hizmetleri sonucu bireyin üretici gücünün korunması ya da artırılması, ileride ortaya çıkacak bir hastalık sonucu katlanılacak masrafların şimdiden bu hizmetler vasıtasıyla önlenmesi gibi etkiler sağlık hizmetlerinin ekonomik yararlarıdır.
- Sağlık Hizmetlerinden Elde Edilen Ekonomik Olmayan Yararlar: Bireyin bir kısım şüphe, acı ve ızdıraplarından sağlık hizmetleri vasıtasıyla kurtulması, bu hizmetlerin ekonomik olmayan yararlarıdır. Sağlık hizmetleri ile sağlanacak yararların artırılması için bu hizmetlerin kaliteli olması önem arz eder (Günel, 2007: 15).

1.1.7. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri kendine has özelliklerinden dolayı ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmıştır. Bu özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısalıdır: Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden biri talebin ne zaman olacağına belli olmamasıdır. Kimin ne zaman hastalanacağı önceden kestirilemez. Ayrıca hastalığın maliyeti de belirsiz ve büyük boyuttadır. Bundan dolayı devlet sağlık hizmetleri alanından tam olarak çıkamaz. Sağlık hizmetleri ihtiyacının ne zaman oluşacağına öngörülebilmesi, insanların bu harcamalarını karşılamak üzere bütçelerinde pay ayırmamış olmaları ve sağlık hizmeti maliyetlerinin bir kerede ödenemeyecek kadar fazla olması hem bireysel hem de kamusal anlamda önlem alınmasını gerektirir. Bundan dolayı sağlık sigortaları geliştirilmiştir. Sağlık sigortası sistemi ile önceden ödeme yöntemi ile risk paylaşımı sağlanmakta, ani ve yüksek maliyetlere karşı, hem bireysel hem de kamusal anlamda destek sağlanmaktadır.

2. Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur: Bir malın fiyatı yükselince tüketiciler doğal olarak, bu malın yerine diğer malları ikame etmeye çalışacaklardır. Örneğin pirinç fiyatları yükselince, tüketiciler onun yerine bulgur ya da makarnaya yönelebilirler. Fakat sağlık hizmetin yerine başka bir hizmet alınamaz yani ikamesi yoktur. Daha ucuz bir hizmet ile değiştirilemez.

3. Sağlık Hizmetlerinin Büyük Bir Kısmı Ertelenemez: Sağlık hizmetlerinin doğası gereği hizmetin kullanımı ertelenemez. Özellikle ani gelişen ve kişiye acı veren ya da sağlığını tehlikeye düşüren hizmetlerin ertelenmesi mümkün değildir. Hizmetlerin ertelenmesi kişide kalıcı hastalık ve sakatlıkların oluşumuna da sebep olabilmektedir. Dolayısıyla ihtiyaç duyduğu anda kişinin herhangi bir etmene ya da kısıtlamaya bağlı olmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanmalıdır.

4. Sağlık Hizmetinin Boyutunu Hizmetten Yararlanan Değil, Hekim Belirler: Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerden biri, hizmeti sunan doktor ile hasta arasında bilgi asimetrisi olmasıdır. Tüketici konumundaki hastalar alacağı hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Hangi hekime ya da kuruma başvurmaları gerektiği, tedavileri için hangi uzmanlık dallarının gerekli olduğu, hangi tetkikleri yaptırmaları gerektiği ya da hangi tedavi yöntemlerini uygulamaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Uzun bir eğitim döneminden sonra ve sürekli eğitimlerle yenilikleri takip edip kendilerini geliştiren kişilerin bileceği karmaşıklıkta konulardan oluşan sağlık hizmetleri ileri teknoloji ile üretilen hizmetlerin gelişmesi ile daha da karmaşık bir hal almıştır. Bu nedenle hastalar hizmete kendisi karar veremez ve hizmeti satın almaktan vazgeçemez, yapılacak bir hata telafisi mümkün olmayan kötü sonuçları beraberinde getirebilir. Bu nedenle tüketici uzmanın bilgisine güvenmek ve o bilgiyi kullanmak zorundadır.

5. Sağlık hizmeti tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir: Tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlılığı aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır.

Bu nedenle sağlık hizmetleri uygulamalarında pek çok akılcı olmayan davranışa rastlamak mümkündür. Birçok hasta dişlerin çürümesi gibi, önemli hastalıklara sebep olan rahatsızlıklar önemsenmemekte, ağrısı rahatsız etmediği sürece hekime dahi başvurulmamaktadır. Akıl hastaları gibi gruplar serbest iradeleriyle seçim yapabilme yeteneğine sahip olmadıklarından “tüketicinin üstünlüğü” kavramı tamamen ortadan kalkmaktadır. Acil sağlık hizmetleri tüketicileri rahatsızlıklarını belirtmeyecek durumda dahi olabilmektedirler. Tüm bu ve buna benzer sebeplerle diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine sağlık hizmetlerinde talep ve tercihlerin belirlenmesinde tüketicinin rasyonel davranışları yerine, dış faktörler etkili olmaktadır.

6. Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek zordur:

Sağlık hizmeti tüketicileri hastalık hakkında fazla bilgi sahibi olmamaları nedeniyle, oluşabilecek riskleri azaltmak için sağlık personeline güvenmek zorundadırlar. Sağlık hizmeti sunucuları için uyulması gereken ahlaki ve sosyal standartlar, etik kurallar vardır. Hizmet veren ve hizmet alan ilişkisi tamamen etik kurallar ve güven duygusuna bağlıdır. Ayrıca sigorta kuruluşları ve sosyal güvenlik kurumunun denetimi, sektörde gelişen rekabet ve mesleki ve sivil toplum kuruluşlarının gelişmesi, toplumun eğitim ve kültür düzeyinin artması vb. unsurlar hem ahlaki ve sosyal standartların gelişmesine hem de sağlık hizmeti tüketicilerinin doyumunun olumlu yönde gelişmesine etki etmektedir.

7. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır: Özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliği taşır. Salgın hastalıklarda hastaların tedavisi bütün toplumun yararına. Bazı hastalıklarda örneğin sıtma, verem ve kızamık gibi hastalıklarla mücadele hastalık ortaya çıkmadan ve kişinin para ödeyip ödememesine bakılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır. Yani bu tür hizmetlerde sadece ödemeye istekli olanlara verip, diğerlerine vermemek söz konusu olamaz. Bu tür hizmetlerin kamu malı olması özelliği nedeniyle serbest piyasa koşullarında üretilmesi ve tüketilmesi mümkün olmamakta ve piyasaya müdahale edilmesi gerekmektedir.

8. Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez: Sağlık hizmetleri, fiyatı biçilemeyen, dolayısıyla iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmet türüdür. Örneğin dişi ağrıyan bir insanın o anda yapamayacağı fedakarlık düşünülemez. Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden dolayı fiyatların oluşması mekanizması bakımından diğer piyasalardan ayrılmaktadır. Genel olarak ekonomik açıdan kabul edilen yaygın yaklaşıma göre, ideal bir rekabet piyasasında fiyatlar üretimin uçta sosyal maliyetlerini yansıtmaktadır. Örneğin tüketiciler uçta değer, uçta üretim maliyetini aşması halinde söz konusu ürünü satın alırlar, ancak sağlık hizmetlerinde fiyatların oluşması ve uçta sosyal faaliyetler arasında bir ilişki yoktur. Sağlık hizmeti sonucunda kişiler iyileşebilir, sakat kalabilir ya da istenmeyen bir sonuç olarak yaşamını yitirebilir. Bu nedenle sağlık hizmetinin pazarlığı yapılamaz, çıktısı paraya çevrilemez. Sağlık hizmeti kar getirici bir anlayışla ele alınırsa bu yoksullar için yaşamın olumsuz etkilenmesi ve dezavantajlı olmak anlamına gelecektir. Bu nedenle sağlık hizmetleri kar amaçlı değil sosyal amaçlı olmalıdır.

9. Diğer özellikler: Sağlık kuruluşları sağlık hizmetinin depolanamaması nedeniyle kapasitesini talebin en yüksek olduğu seviyeye göre belirlemek zorunda kalabilir. Sağlık hizmetleri teknoloji yoğun emek işletmeleridir. Bu nedenle yüksek maliyet gerektiren hizmetler sunmaktadır. Bir diğer özelliği hata ve belirsizliklere izin vermemesidir. Çünkü yapılacak bir hata insan hayatına mal olabilir. Diğer bir özellik ise hizmet sunumunda garantinin olmamasıdır. En küçük bir enjeksiyon uygulamasında bile hastada hayati tehlike belirebilir. Sağlık hizmetleri iyi ya da kötü dışsal yarar ve zarar doğurabilir. Bir ülkede sağlık hizmetlerinin iyi olması, diğer sektörlere de (özellikle turizm sektörüne) önemli fayda sağlar. Enfeksiyonun yaygın (örneğin kuş gribi, kolera vb.) olduğu bir ülkeye turist gitmez (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat, 2012: 73-78).

1.2.HASTANE KAVRAMLARINA GENEL BAKIŞ

Hastaneler; sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyen hastaların ve yaralıların veya hastalıktan şüphe edenlerin, ayakta yada yatarak müşahade, teşhis,tedavi ve rehabilite edildikleri kuruluşlardır(Işık, 2011: 12).

Dünya sağlık örgütü (WHO) hastaneleri; *“müşahade, teşhis tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar”* olarak tanımlamıştır (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat, 2012: 173).

Sağlık hizmetlerinin genel sağlık sigortası ile finanse edilerek tüm ülke genelini kapsayacak şekilde genişletilmesi dünya çapında bir yaklaşımdır. Kaliteli hizmet için daha fazla kaynak gerekli olup aşırıya kaçmamak gerekmektedir (Kavuncuoğlu ve Kısa, 2002: 68).

Tıp bilimi ve eğitimindeki gelişmeler, hemşirelik hizmetlerinin gelişmesi ve meslekleşmesi, tıbbi teknolojisinin gelişmesi ve sağlık sigorta sistemini yaygınlaşması ile beraber günümüzün modern hastaneleri ortaya çıkmıştır (Cantürk, 2012: 31).

1.3. HASTANELERİN AMAÇLARI VE FONKSİYONLARI

Geçmiş asırlarda düşkün ve yoksulların barındırıldığı yerler olan ilk sağlık kuruluşlarından günümüze dek hastane amaç ve görevleri önemli derecede değişmiştir.Günümüzde hastaneler tıbbi bakım, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanında eğitim ve araştırma görevlerini de üstlenmiştir (www. mahmut ozdemir.com).

1.3.1. Hastanelerin Amaçları ve Özellikleri

Yataklı Tedavi Kurumlar Hastane Yönetmeliğine göre hastanelerin amacı, “Modern çağın icaplarına ve gereklerine göre; süratli, disiplinli, üstün kaliteli ve ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır.” demektedir (Cantürk, 2012: 31).

Sağlık sisteminin bir alt sistemi olan hastaneler hasta bakım hizmetlerinin temel unsurlarındandır. Hastaneler tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü ekonomik, teknik ve hukuki özellikleri olan bir işletme türüdür.

Hastanelerin hizmet amaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- İnsan sağlığının korunması,
- Her türlü sağlık hizmetlerinin üretilip arz edilmesi,
- Tıp bilimindeki araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yürütülmesi,
- Tıbbi personelin yetiştirilmesi ve eğitilmesidir (www. mahmut ozdemir.com).

1.3.2. Hastanelerin Özellikleri

Tıp bilimindeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşmanın giderek artması hastanelere yansımış ve bunun sonucunda hem nitelikli personel sayısı artmış, hem de hizmet birimleri çeşitlenerek artmıştır. Buna göre hastaneler,

Ekonomik ilkeleri yönetimde göz önünde bulundurmamak zorunda oldukları için bir işletme,

Ödeme gücüne sahip olmayanlara hizmet vermesi nedeniyle sosyal bir kuruluş,

Tedavi hizmetleri verdikleri için bir tıbbi kuruluş,

Sağlık personelinin eğitimlerindeki rolü nedeniyle eğitim kurumu,

Tıbbi araştırmalara yaptığı katkılardan dolayı araştırma kurumu,

Belirli bir coğrafi bölgeye hizmet vermesi nedeniyle toplumsal bir girişim,

Kısmen ya da tamamen toplumun yardımları ile varlıklarını sürdürmelerine göre de bir hayır kurumu,

Devletin hastaneler üzerindeki denetimi nedeniyle bir kamu kuruluşudur.

Organizasyon açısından ele alındığı zaman hastanelerin özellikleri şöyle sıralanabilir:

1. Hastaneler birer hizmet organizasyonudur: Hastanelerde verilen hizmet soyuttur, herhangi bir ölçü birimi ile tanımlanamaz, bölünemez, tüm unsurlarıyla bir bütündür. Soyut olması ve depolanamaması yüzünden envantere giremez ,emek ve teknoloji yoğun işletmelerdir, hizmetler üretildiği anda tüketilirler ve üretici ve tüketici arasında yakınlık, yüz yüze ilişki gerekir, hizmetler standartlaştırılmaz, insan davranışlarıyla gerçekleştirilir.

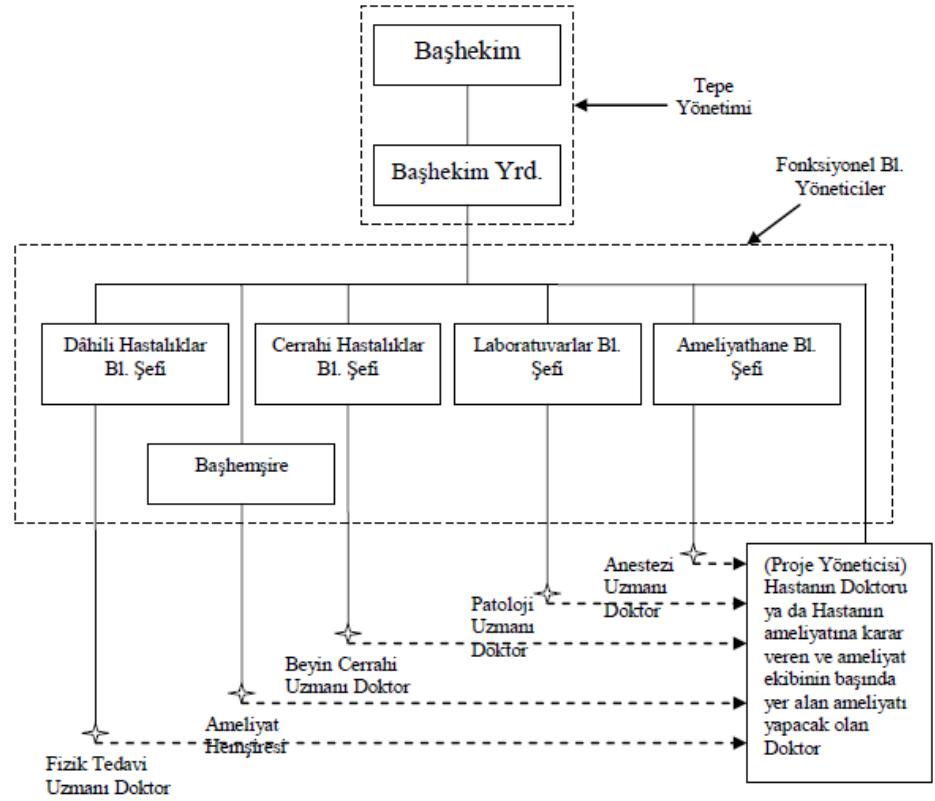
2. Hastaneler Karmaşık Yapıda Açık-Dinamik Sistemlerdir: Hastane çevresinin çok karmaşık olması ve hastaneyi etkilemesi hastanenin karmaşık yapıda olmasının çeşitli sebeplerinden biridir. Çok sayıda ve farklı hastalıklardan hastaneye başvuran hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizlikten dolayı ve sağlık hizmetinin acil ve reddedilemez olmasından dolayı hastanelerin sürekli kullanıma hazır bulundurulmasını gerektirmektedir. Aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, tıp biliminde ve teknolojide meydana gelen büyük ilerlemeler, hastanede hem personel hem de hizmet birimlerinin hızla artmasına neden olmuştur.Hastanede kullanılan cihazlar sayı olarak artmış ve sadece uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır.Tüm sosyal sistemlerin yok olmamak için çevreye açık olması gerekmektedir.Çevresine uyum gösteremeyen, çevresindeki talep ve değişimlere cevap veremeyen her türlü sosyal sistem, yok olmak durumunda kalmaktadır.

Tüm sosyal sistemler, girdilerini çevreden alıp çıktılarında büyük bir kısmını çevreye verirler. Dolayısıyla bu açıklık zaten mevcuttur. Fakat, hastanelerin aynı zamanda çevredeki değişiklikleri izlemesi ve elde edilen çıktılarının çevreyi tatmin edip etmediğinin kontrolü için geribildirim mekanizmasını kurması ve çevresi ile ilgili diğer bağlantıları kurmuş olması gerekmektedir.

3.Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır: Bir işletmenin organizasyon yapısı oluşturulurken işletmenin yürüteceği faaliyetler bazı esaslara göre gruplandırılmaktadır. Genellikle de faaliyetler mal veya hizmete göre bölgeye, müşterilere ve sayı temeline göre, sürece veya işlemlere göre ve zaman esasına göre gruplandırılırlar. Gruplandırma fonksiyon ve mal/ hizmet esası ile birlikte ele alındığında ortaya matriks yapı çıkmaktadır. Matriks organizasyonlarda iki türlü yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici ve proje yönetici. Fonksiyonel yönetici, işin kim tarafından, nerede, mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilienmektedir. Proje yöneticisi ise neyin, ne zaman ve neden yapılacağıyla ilgilienmektedir. Tüm personel her iki yönetici bağlıdır.

Hastanede faaliyetlerinin hemşirelik hizmetleri ve tıbbi hizmetler olarak ayrılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade eder. Baştabip tıbbi hizmetlerden, başhemşire ise hemşirelik hizmetlerinden sorumlu fonksiyonel yöneticidir.

Tıbbi hizmetlerin çocuk, dahiliye, hariciye vesaire olarak gruplandırılması hizmet esasına göre gruplandırılmadır ve proje organizasyonunun esasını oluşturur. Burada proje hastanın tedavisi, projenin yöneticisi ise hekimdir. Her hasta hekim için bir projedir.



Şekil 1 . 5. Hastanelerde Matriks Yapı

Kaynak: (Sarsenova, 2010: 30)

4. Hastaneler 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır: Hastanelere müracaat eden hastaların acilliği ve reddedilemezliği sözkonusu olduğundan ayrıca yatarak tedavisi süren hastaların sürekli sağlık bakımı alması gerektiğinden hastanelerin 24 saat hizmet vermesi gerekmektedir. 24 saat hizmet verebilmesi için hastane çalışanlarının vardiya veya nöbet usulü çalışması gerekmektedir.

5. Hastane Çalışanlarının Çoğunluğu Bayanlardan Oluşur: Hastanelerdeki çalışanların büyük bir kısmı bayanlardan oluşur. Nöbet ve vardiya usulü çalışmak bayan personel için bazı problemleri beraberinde getirmektedir. Çocukların bakımı, ulaşım zorlukları ve saire (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat,2012:175-181.).

1.3.3. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler topluma çok yönlü hizmet veren kuruluşlardır ve çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılırlar.

Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Hastanenin hangi kuruma veya kuruluşa ait olduğunu ve bu kuruluşların niteliklerini gösteren sınıflama şeklidir. Türkiye’de hastaneler Sağlık Bakanlığı’na, Tıp Fakültelerine, yabancılara, azınlıklara, derneklere, belediyelere ve özel kesime ait hastanelerdir. Hastanenin mülkiyetine sahip olan kuruluş hastaneyi yönetme ve kontrol yetkisinde sahiptir. Hastanenin üst kademe ve yönetim organı olarak örgüt içinde yer almaktadırlar. Mülkiyet esasına göre hastaneleri aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz.

Devlet hastaneleri: Sağlık Bakanlığı’na dolayısıyla devlete doğrudan bağlı hastanelerdir. Başhemşire ve hastane müdürünün yardımcı olduğu başhekim tarafından yönetilir. Bu hastanelerdeki tüm yönetim personeli başhekim de dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından atanır.

Üniversite hastaneleri: Üniversite hastaneleri devlete dolaylı olarak bağlı hastanelerdir. Üniversite hastaneleri 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu’na bağlı olarak araştırma merkezi hüviyetinde kurulur ve bu kanuna göre örgütlenir. Ancak bu hastanelerde tek tip örgüt yapısı yoktur. Çünkü her üniversitenin kendi işletme yönetmelikleri vardır. Bu hastaneler kendi özel işletme yönetmeliklerine göre, eğer yoksa Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ne örgütlenir. Rektörce atanan başhekim tarafından yönetilir. Başhekim hastanede tıbbi tedavi ve bakım hizmetleri ile birlikte araştırma ve eğitim faaliyetlerini de düzenler.

Özel hastaneler/ Dernek ve Vakıf Hastaneleri:Türkiye’de kamuya ait olmayan hastaneleri dörde ayırmak mümkündür.Bunlar; Özel Hastaneler,Vakıf Hastaneleri, Etnik azınlıklara ait hastaneler,yabancılara ait hastanelerdir.Bu hastaneler Özel

Hastaneler Kanunu hükümlerine tabi olup yönetimleri Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmektedir (Danacı, 2010:23-26).

Büyükliklerine Göre Hastaneler: Organizasyon açısından bir diğer sınıflandırmada hastanelerin yatak kapasitelerine yani büyüklüklerine göre sınıflandırılmasıdır.Çünkü hastane büyüdükçe yeni birimler açılacak ve bazı birimler de yeterli büyüklüğe erişeceği için organizasyonlarında değişiklikler olacaktır. Büyüklüğüne göre hastaneler 25,50,100,200,400,600,800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler şeklinde sınıflandırılmaktadır (Somunoğlu; Ağırbaş; Tengilimoğlu; Çelik; Erdem; Akbulut; Erigüç, 2012:56).

Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler: Eğitim verme statüsü açısından hastaneler, eğitim amaçlı hastaneler ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Eğitim ve araştırma hastaneleri sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlık personelinin eğitimine yönelik hizmetleride sunmaktadır. Hekimlerin uzmanlık eğitimlerinin yanı sıra sağlık hizmetlerine yönelik araştırmaları da yürütmektedir.

Eğitim amaçlı olmayan hastanelerde ise sağlık hizmetlerinin yanı sıra sınırlı olarak uygulamaya yönelik faaliyetlerde öğrencilere eğitim imkanı da sunmaktadır (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat,2012:185)

Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler: Hastaneler akreditasyon durumuna göre akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Ülkemizde hastaneleri akredite eden milli bir akreditasyon kuruluşu yoktur. Bu nedenle hastaneler bu hizmeti dışarıdan satın almaktadır. Türkiyede yaygın olarak, hastaneler çoğunlukla ABD’de Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (Joint Comission International, JCI) tarafından geliştirilmiş standartlara göre akredite edilmektedir. Akreditasyon Avrupa ülkeleri ve Avusturalya, Kanada gibi

gelişmiş ülkelerde de uygulanmaktadır. Bu ülkelerin akreditasyon kurumları bulunmaktadır. Özellikle ABD’de finansman bakımından hastanelerin akreditasyonun önemi büyüktür.Çünkü çoğu sigorta şirketi hastanenin akredite durumuna bakarak ödemede bulunmaktadır.Akreditasyon ayrıca sağlık turizmi açısından da önem arz etmektedir (Somunoğlu; Ağırbaş; Tengilimoğlu; Çelik; Erdem; Akbulut; Erigüç, 2012:56-57).

Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracıdır. Bir sağlık kuruluşunun, hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanmış koşulları sağlayıp sağlamadığını tespit etmek için gerçekleştirilen bir değerlendirme sürecidir. Akreditasyon, organizasyon odaklı standartlar ve hasta odaklı standartlar olarak temelde iki gruba ayrılmaktadır.

Hasta odaklı standartlar, hizmetin sürekliliği ve hizmete erişim, hastaların değerlendirilmesi, hasta ve yakınlarının hakları, hastaların bakımı, hasta ve yakınlarının eğitimi, ilaç yönetimi ve kullanımı, anestezi ve cerrahi bakım olmak üzere yedi kısımdan oluşmaktadır.

Organizasyon odaklı standartlar ise sağlık kuruluşu yönetim standartlarını içermektedir. Organizasyon standartları, tesis yönetimi ve güvenliği, çalışanların niteliği ve eğitimi,iletişim ve bilgi yönetimi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği,enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü,yönetişim, liderlik ve yönlendirme olmak üzere altı kısımdan oluşmaktadır (Sarsenova, 2010: 34-35).

Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler: Bu sınıflandırmada hastaneler birinci, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler olmak üzere üçe ayrılır.

Birinci basamak hastanelerde ayaktan ve günibirlik tanı ve tedavi hizmetleri verilmektedir.

İkinci basamak hastanelerde genel bölümleri olan ve kısa süreli, tedavi gerektiren hastalara hizmet sunmaktadır.

Üçüncü basamak hastaneler ise birinci ve ikinci basamak hastanelerde tedavi edilemeyen hastaların tedavileri ile ilgilenen gelişmiş teknolojik donanıma sahip hastanelerdir. Oldukça uzmanlaşmış hastaneler olup Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bu gruba girmektedir (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat,2012:186)

Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler: Hastaneler bu sınıflandırmada genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki grupta toplanmaktadır.

Genel hastaneler yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin her türlü acil vaka ile bünyesindeki var olan uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir.

Özel dal hastaneleri ise belirli;

Hastalık türü (onkoloji, tüberküloz ve benzeri),

Cinsiyet ve yaş grubu (çocuk, geriatri, kadın hastalıkları ve doğum vb..) ,

Organ türü (göz, kemik, kalp, damar vb.) ile ilgili hizmet veren hastanelerdir.

Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler: Bu sınıflandırmada hastaların hastanede yatış süreleri esas alınmaktadır. Yatış sürelerine göre hastaneler akut bakım hastaneleri veya kısa süreli hastaneler ve kronik bakım hastaneleri veya uzun süreli hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

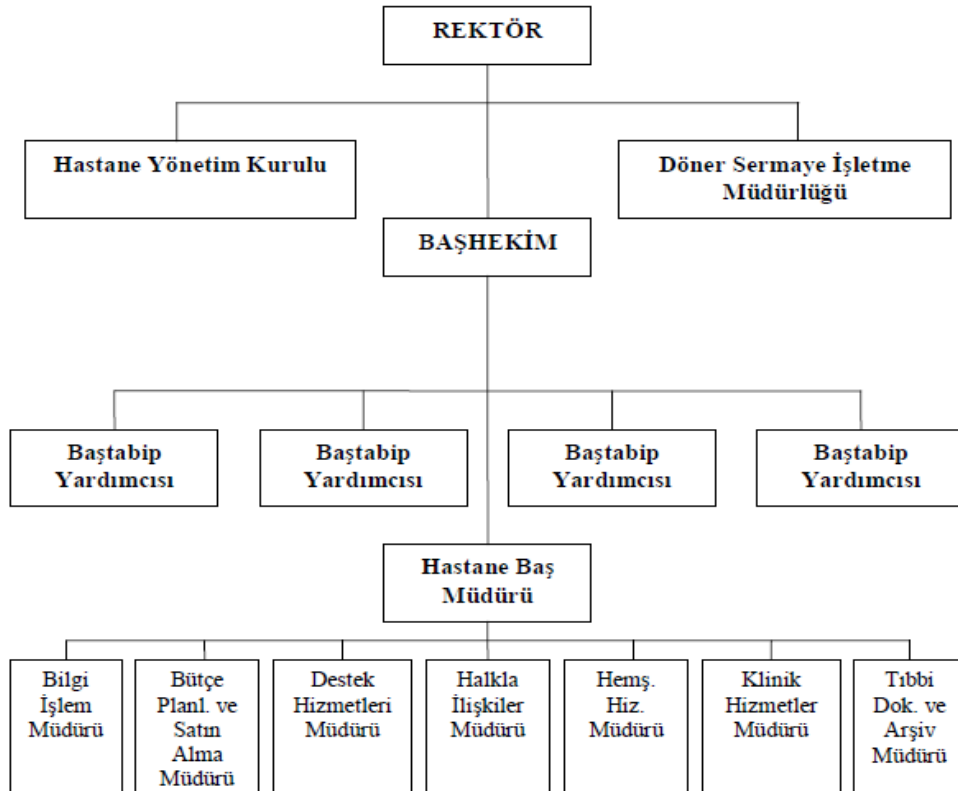
Akut bakım hastaneleri, genelde 30 günden daha az sürede hastanede kalmayı gerektiren hastalıkların tedavisini gerçekleştirirken, kronik bakım hastaneleri ise genelde 30 günden daha fazla yatış gerektiren yani uzun dönemli hastalıkların tedavisi ile ilgilenmektedir (Uzkesici,2002;72-73).

1.3.4. Türkiye’de Hastanelerin Organizasyon Yapısı

Türkiyede hastaneler büyük çoğunlukla Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerdir. Diğer hastaneler ise Milli Savunma Bakanlığı, yabancılar, azınlıklar, belediyeler, üniversiteler, özel ve tüzel kişilere aittir.

Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastanelerinin yönetim açısından tam bir standardı bulunmamaktadır. Üniversitelere göre farklılıklar gösterebilmektedir. Ancak genel bir organizasyon yapısından söz edilebilir. Bazı hastaneler Rektöre bağlı çalışırken, bazı hastaneler Tıp Fakültesi Dekanlığına bağlı olarak görev yapmaktadır (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat, 2012:188).

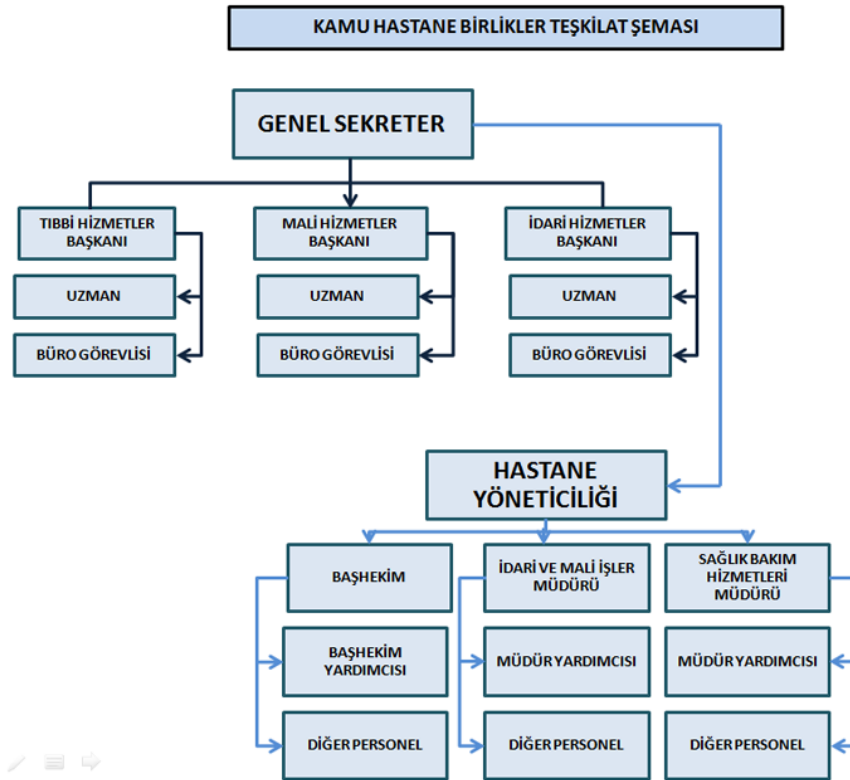


Not: Alt müdürlükler üniversitelere göre farklılık gösterebilir.

Şekil 1. 6. Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması Örneği
Kaynak: (Sarsenova, 2010: 37)

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

“Sağlık Bakanlığı hastanelerinin dış organizasyon yapısı 2 Kasım 2011 tarihinde 28103 sayılı mükerrer Resmi Gazete’de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname esas alınarak düzenlenmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı hastanelerinin Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve bu kuruma bağlı olarak illerde Kamu Hastane Birlikleri marifetiyle yönetilmektedir” (Tengilimoğlu; Işık; Akbolat,2012:190)



Şekil 1. 7. Türkiye Kamu hastaneleri Birliği Organizasyon Şeması
Kaynak: www.kkhhb.gov.tr/OrganizasyonSemasi.aspx

Özel Hastaneler

Tüm dünyada özel hastaneler kapsam itibarı ile yalnızca kar amacı güden girişimcilerin kurduğu ve işlettiği sağlık kuruluşlarını değil, aynı zamanda kar amacı gütmeyen dernek, vakıf ve dini kurumlar tarafından kurulan ve yönetilen sağlık kuruluşlarında kapsar.

Özel hastanelerin organizasyon yapısında ve yönetiminde belli bir format yoktur. Üst yönetici özel hastanede mesul müdürdür ve hekim olması zorunludur. Sağlık Bakanlığı ve Müdürlüğünün birinci derecede muhatabı özel hastanelerin mesul müdürüdür. Özel hastanelerin minimum 25 yataklı olması öngörülmüştür ve genel veya dal hastaneleri olarak iki şekilde sınıflandırılmışlardır. Özel hastanelerin teşviki ile birlikte özel hastaneler son yıllarda tüm sosyal güvenceye sahip hastaların kullanımına açılmış ve bunun sonucunda da kurum ve yatak sayıları hızla artmıştır. Bu hastanelerin açılması, ruhsatlandırılması ve denetlenmesi konusunda düzenlemeler yapılmıştır ve niteliklerine göre çalıştıracakları personel ve kullanacakları tıbbi donanım ve teknoloji belirlenmiştir. Tıbbi hizmetlerden sorumlu yönetici başhekim, hasta bakım hizmetlerinden sorumlu yönetici başhemşire, mali destek hizmetlerinden sorumlu yönetici ise hastane müdürüdür (Sarsenova, 2010: 38-39)

1.3.5. Hastane Yönetimi

Tıp alanında meydana gelen teknolojik gelişmeler, aşırı uzmanlaşma, sağlık kuruluşlarında görülen artışlar, artan maliyet baskıları, yeni yasal düzenlemeler, tüketicilerin bilinçlenmesi, hasta- doktor ilişkilerinin düzeyinin değişmesi; hastaların daha profesyonel yönetilmesini zorunlu kılmaktadır (Tengilimoğlu,2000:188).

Diğer işletmelerde göre hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının uygulama farklılıkları ve güçlükleri vardır. Bunlar teşhis, tıbbi bakım ve hasta bakımı ile hastane yönetimi ve işletmeciliği gibi hastane

fonksiyonlarından ve onların işleyişinden kaynaklanan ayrıca hastane yönetiminin örgütsel yapılanmasından kaynaklanan güçlüklerdir Yöneticiler ve yönetim kurulu sağlık personelinden ayrılırlar.Yönetim kurulu tarafında belirlenen politikalar hastane yönetimi tarafından yerine getirilir.Öte yandan doktorlar da yönetim gücü ve otorite kaynağına sahiptirler.Doktorlar hastanenin direkt çalışanları olmaktan çok danışman olarak hizmet edebilirler. Diğer yandan hastanede çalışan ve operatörlük gibi özel hizmetleri veren doktorlara rastlamakta mümkündür. Bu nedenle hastanede Toplam Kalite Yönetimi'nin yerleştirilmesi için bu iki yönetim gücünün (doktor ve yöneticiler) beraber hareket etmeleri çok önemlidir (Öçalan,2000: 27).

Sağlık yönetimi, bireylerin ve toplumların sağlıklı bir çevre ve tıbbi bakım isteklerinin belirli hizmetler sağlanarak karşılanmasını sağlayan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, kontrol ve koordinasyonunu içerir.

Hastane yönetimi, hastanedeki tüm hizmetlerden ve faaliyetlerden yönetim kuruluna karşı sorumlu organdır.

Hastane yönetimi tıbbi yönetim ve genel yönetim olarak ikiye ayrılır.

Tıbbi yönetim hasta bakım ve tedavi hizmetleri veren hemşirelik ve tıbbi personel yönetimini, ayrıca servis ve polikliniklerin yönetimini kapsamaktadır.

Genel yönetim ise personel yönetimi, büro yönetimi. Mali yönetim, hastabakımı için diyet, yiyecek- içecek, ev idaresi, arşiv, çamaşırhane gibi hizmetlerin yanı sıra, diğer organizasyonlardaki yönetim fonksiyonlarında kapsamaktadır.

Hastane yöneticiliği, toplum sağlığına, bireylerin sağlığına ve milli ekonomiye etki eden hastalıkların tedavisi, sağlık sorunları için plan ve programların düzenlenmesi, gerekli mevzuatın hazırlanması, sosyal yardım tesislerinin kurulması, hizmet çeşidine göre personel yetiştirilmesi ve dolayısı ile sağlık faaliyetlerinin yöneticiliğidir (Karakoç, 2011: 15-16).

Çağdaş yönetim modellerinden uzak bir hastane yönetimi, doktorların ve ve diğer sağlık personelinin mesleki açıdan olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir. Bu nedenle yönetim hastanede verilen hizmetin kalitesini birebir etkilemektedir. Konusu insan yaşamı olan ve sıfır hata ile çalışmak zorunda olan hastaneler profesyonel yönetim teknikleri ile yönetilmelidir.

Hastane yöneticilerinin temel görevi, hastanedeki tüm birimleri kendi aralarında iyi organize ederek, yetki ve sorumluluklarını açıkça belirlemek ve birimler arası eşgüdüm ve iletişimi, koordinasyonu sağlamaktır.

Hastane yönetiminin bir diğer görevi ise hastanenin stratejik planlarını geliştirmek ve finans, insan kaynakları gibi işlevleri yerine getirmek, hastanenin akredite edilmesi için gerekli çalışmaları yürütmektir. Sıfır hata ile çalışmak zorunda olan hastaneler için kalite bir seçenek değil zorunluluktur. Hastanelerin hastalarına kaliteli hizmet sunabilmeleri için bünyelerindeki çok çeşitli uzmanlık alanlarına, mesleklere ve öğrenime sahip insan kaynaklarını bir arada aynı amaca doğru yöneltmesi aralarında uyumlu ilişimi sağlaması gerekmektedir. Kalitenin sağlanmasında tüm insan kaynaklarının payı vardır. Bu nedenle bir küçük işin aksaması zincirleme olarak diğerlerini de etkileyecektir ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesine doğrudan etki edecektir. Dolayısı ile çağdaş yönetim teknikleriyle yönetilmesi gereken hastanelerde insan ve kalite odaklı “ Toplam Kalite Yönetimi”nin etkili bir şekilde uygulanması son derece önemlidir (Doğanay, 2008: 57- 62).

1.4. KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNE GENEL BAKIŞ İLE SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Toplam Kalite yönetimi ile endüstri ve hizmet sektöründe elde edilen başarılı sonuçlar sağlık sektörünü de harekete geçirmiştir.

Toplam Kalite Yönetimi ülkemizde, sağlık hizmeti sunumunda 1990' lı yıllardan itibaren uygulanmaya başlanmış ve sağlık sektörünü canlandırmıştır.

Sağlık sektörü Toplam Kalite Yönetimi ve uygulamaları ile gecikmeli tanışan sektörler arasındadır. Sağlık sektörünün yapısının karmaşıklığı ve değişime olan direnci bu gecikmeye neden olan faktörlerdir. Sağlık sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin doğmasına neden olan başlıca nedenler şu şekilde ifade edilebilir;

- Sağlık kurumları arasında rekabetin başlaması,
- Maliyet ve kalite çelişkisine çözüm olarak gösterilmesi
- Bireylerin satın alma gücünün artması,
- Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin artması,

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı “ uluslararası standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanında aynı zamanda hizmet sürecinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını tam olarak karşılaması” olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kaliteden bahsedilebilmesi için;

- Sağlam bir organizasyon ve yönetim modelinin olması,
- İşlerin ne zaman nerede hangi vasıtalarla ve kim tarafından, hangi yöntemle yapıldığının bilinmesi,
- Yöneticilerin kaliteye inanmış olması ve destek vermesi
- Personelin alt yapısının ver niteliğinin güçlü olması ve sürekli hizmet içi eğitimlerle bu alt yapının güçlendirilmesi,
- Tüm personelin, verilen hizmetin dolayısıyla bütünün bir parçası olduğunu bilmesi ve zincirin birer halkası olduğunu unutmaması gerekir (Öçalan, 2000: 26-29).

1.4.1. Kalite Kavramı

İnsanlar tarih boyunca kaliteye büyük önem vermişlerdir.

Kalite ile ilgili ilk kayıtlar M.Ö. 2150 yılında ünlü Hammurabi kanunlarında “bir inşaat ustasının yaptığı ev ustanın yetersizliği ya da işini gerektiği gibi

yapmamasından dolayı yıkılıp ev sahibinin ölümüne neden olursa, evi yapan usta öldürülecektir denilmektedir (Bozkurt,2001: 45).

Fenikelilerde ise bazı kişiler hatalı üretim yapanların elini kesmekle görevliydi.

Osmanlı döneminde Loncalarda iş ahlakı ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Ancak kalite 19. yüzyılda bir kavram olarak ortaya çıkmıştır.

Sanayi devriminden sonra tarım işçiliğinden fabrika işçisine geçişteki sıkıntılar, sanayi devrimi ve nitelikli iş gücüne olan ihtiyaç, bilimsel yönetim yaklaşımlarının gelişmesine neden olmuştur(Sarp, 2012: 5).

Zamanla kalite kavramı yeni anlamlar ve boyutlar kazanmıştır.1900'lerde kalite tüm işçilerin ürettiği malın son aşamada gelişigüzel denetlenmesi, teftiş edilmesi şeklinde uygulanmış. 1930'larda,önceden belirlenen özelliklere göre ürünün ve hizmetin bu ölçülere uyup uymadığının kontrolü ve hataların üretim sonrası düzeltilmesi şeklinde uygulanmış.1950' lerde kalite Toplam Kalite Kontrol anlayışı ile kalite tüm birimleri ortak çabası haline gelmiş hatayı bulma yerine hatasız yapma önemli hale gelmiştir.1960'larda kalite güvencesi, 1980'lerde de stratejik kalite yönetimi, toplam kalite yönetimi kaliteye yeni boyutlar kazandırmıştır Bu yıllarda rekabette maliyet tek başına yetersiz kalmış, kalite üstünlüğü ön planda yer almıştır.Kalitede maliyet ögesi tek başına yeterli görülmemiş düşük maliyet ve yüksek kalite bir arada istenmiş, 1990 'larda bir de kalitenin bu boyutlarına hız ögesi eklenmiştir.

Günümüzde kalite sürekli müşteri memnuniyeti sağlanması olarak tanımlanmış ve temelini Yönetim Kalitesi'nin oluşturduğu "Toplam Kalite Yönetimi" anlayışına gelinmiştir.(Tengilimoğlu,2012:308)

1.4.1.1. Kalite Tanımı

Kalite kavramı bir şeyin nasıl oluştuğu manasına gelen Latince kökenli “qualitas” sözcüğünden türemiştir.

Japon yönetim bilimi ve kalite uzmanı Kaoru Ishikawa kaliteyi şöyle tanımlamaktadır:”Dar anlamda kalite ürün kalitesi demektir. Geniş anlamda ise iş kalitesi, hizmet kalitesi, iletişim kalitesi, süreç kalitesi, firma kalitesi. Hedeflerin kalitesidir.”

Uluslararası Standardizasyon Örgütü ISO 9000’ göre kalite “ürün veya hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama niteliğine dayanan özelliklerin toplamıdır” denilmiştir.

J. Joseph. Juran “Kalite kusursuzluk anlayışına sistemli bir yaklaşımdır. Kalite kullanıma uygunluktur” demiştir.

Philip Crosby “Kalite şartlara uygunluktur. Kalite, bedelsizdir,mutlaka kendini öder” demiştir.

Sonuç olarak kaliteyi bir ürün ve ya hizmetin, müşteri beklenti ve gereksinimlerini karşılama düzeyi olarak nitelendirebiliriz (Paşaoğlu, 2011: 3).

Sağlık hizmetlerinde kalite, verilen hizmetin standartlara uygun olmasının yanında mümkün olduğunca hasta beklenti ve ihtiyaçlarında karşılmasını içerir.

Kaliteli bir sağlık hizmeti; hastanın zihinsel, ruhsal ve bedensel hastalıklarının en kısa sürede iyileşmesini sağlar. Sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik, beşeri ve finansal kaynaklarının en verimli şekilde kullanılmasını sağlar.

Kalite, birbirini tamamlayan iki bölümden oluşmaktadır.Bunlar; Gerçek kalite ve algılanan kalitedir.

Gerçek kalite standartlara uygunluğu, algılanan kalite ise beklentilerin karşılanmasını ifade etmektedir (Taşlıyan ve Gök, 2012: 74).

1.4.1.2. Kalite boyutları

Garvin tarafından geliştirilen ve kalitenin sekiz boyutu olarak bilinen kavramlar şu şekildedir;

Özellikler: Ürün ya da hizmetin temel fonksiyonlarını destekleyen, tanıtımın yapan özellikleri. Örneğin bir televizyonun otomatik arama yetenekleri gibi özellikler

Performans: Ürünün işlem yetenekleri ile ilgilidir. Örneğin bir televizyonun ses ve görüntü netliği gibi özellikleri. Kalitenin bu boyutu ölçülebildiği için markalar performans ölçülerine göre sıralanabilirler.

Güvenilirlik: Belirli bir sürede ürünün bozulma riski ile ilgilidir.

Uygunluk: Bir ürünün tasarım ve kullanım olanaklarının standartlara uyma düzeyidir.

Dayanıklılık: Bir ürünün bozulana kadar kullanım miktarıdır.

Servis Olanakları: Bir ürünün onarımının hızı, kolaylığı ve gereken ustalaktır.

Estetik; Evrensel değildir, öznel yargılara dayanır ve kişiler ait zevkin yansımasıdır.

Algılanan Kalite; Müşteriler ürünün veya hizmetin tüm özelliklerini bilmediklerinde karşılaştırma yapabilirler. Ürünü üreten firmayı ünü, ürünün imajı, markası algılanan kalitenin özünü oluşturur.

Kaliteyle ilgili çalışmalar yapılırken kalitenin tüm boyutları dikkate alınmalıdır (Doğanay, 2008: 69).

1.4.1.3. Kaliteyi Etkileyen Temel Faktörler

Ürün ve hizmet kalitesini düşürmemek için aşağıdaki faktörlerin göz önünde bulundurulması ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir;

Malzeme: Kalite isteklerinin artması ve üretim maliyetleri mühendisleri daha özellikli malzemeler kullanmaya sevk etmiş ve üretimde yeni metal ve alaşımlar kullanmaya başlamışlardır. Bu nedenle de malzeme çeşitliliği artmış ve malzeme özellikleri kesin olarak belirlenmiştir.

Makine ve Teçhizat: İşletmeler rekabetin yoğun olduğu pazarlarda müşterileri tatmin edebilmek için üretim sistemlerine önem vermeye başlamışlardır. Yüksek kalite için üretimde kullanılan makina ve teçhizatın tam kapasite çalışması ve üretim maliyetlerinin düşürülmesi gerekmektedir.

Modern Bilgi Metodları: Teknolojik gelişmelerin neticesinde bilgisayarlarında hızla gelişmesi bilgilerin toplanarak saklanması, ve işlenmesini kolaylaştırmıştır. Bunun sonucunda da yönetim daha verimli, hızlı ve doğru kararlar verebilmektedir

Üretim Parametreleri Oluşturma: Günümüzde mühendislik tasarımlarının gelişmesiyle birlikte bazı faktörler önem kazanmıştır. Örneğin; sistem odalarında sıcaklık elektronik montaj atölyelerinde toz, numerik kontrolü bir makine için yer titreşimi gibi faktörler imalat sanayi için birer tehlike arz etmektedir (Şimşek, 2007; 69- 70).

Pazar. Gün geçtikçe müşteriler daha nitelikli ürünler talep etmektedirler. Bu nedenle pazar gittikçe genişlemekte ve üretilen mal ve hizmetler daha kapsamlı ve özel olmaktadır. Bu nedenle işletmeler üretilen mal ve hizmetler açısından uzmanlaşmalıdır.

Para: Ekonomik faktörlerin etkisiyle (rekabet, iktisadi bunalımlar, vesaire) işletme karları azalabilir.Yeni üretim yöntemleri için otomasyona geçildiğinde; maliyeti yükselten tekrar işleme, hurda miktarı ve üretim kayıpları gibi faktörler çok daha sıkı takip eilmelidir.

Yönetim: İşletmeler günümüzde tüm bölümleriyle kaliteyle iç içedir. Bütün bölümler kendi faaliyetleri hususunda kaliteden sorumludur.Yönetimin bu bölümler arasındaki eşgüdüm ve iletişimi sağlaması gerekmektedir.

İnsan: Teknolojinin ve teknik bilgi alanlarının hızla artarak içerik olarakta büyümesi ve karmaşıklaşması alanında ihtisaslaşmış kişilere olan ihtiyacı arttırmış ve uzmanlaşmayı zorunlu hale getirmiştir.

Motivasyon: Pazara kaliteli ürün ve hizmet sunabilmek gittikçe zorlaşmakta ve karmaşıklaşmaktadır. Bu nedenle tüm çalışanların kalitede pay shibi olduğu dikkate alınırsa çalışanların bilgi ve yeteneklerinin örgüt amaçları doğrultusunda kullanılabilmesi için çalışanların motive edilmesi gerekmektedir (Doğanay, 2008: 71).

1.4.2. Hizmet Kalitesi Kavramı

Mallar için yapılan kalite tanımları hizmetlerin kalitesini açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Kalite konusundaki gelişmelere paralel olarak son dönemlerde hizmet kalitesi kavramı üzerinde fazlaca durulmaktadır. Bunun nedeni işletmelerin ancak bu şekilde pazar paylarını büyütebilmesi, daha yüksek kar ve verimlilik sağlayabilmesi, müşteri sadakati sağlayabilmesi, rakip işletmelere göre farklılık yaratarak fiyat rekabetinden korunabilmesidir. Özellikle de son yirmi yıldır hizmet kalitesi kavramı işletmeler için “stratejik değer” olarak tanımlanmıştır (Kayral, 2012: 9).

Son yıllarda hizmet sektörünün hızla gelişmesi ve daha geniş pazarlarda rekabet etmeleri aynı zamanda tükücilerin hizmetleri ve ürünleri satın alırken hizmet kalitesine büyük önem vermeye başlamışları hizmet işletmelerinde kalitenin önemini

artırmıştır. Günümüzde işletmelerin artan rekabet koşulları altında ayakta kalabilmesi kalite kavramının uygulanmasına bağlıdır.

Kalite kavramı sağlık hizmetleri açısından ele alındığında “ hasta istek ve beklentilerinin karşılanması olarak” tanımlanmaktadır. Kalite kavramı, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak da tanımlanmaktadır. Fakat hizmet alan kişilerin sosyal, psikolojik istek, beklenti ve gereksinimlerinin göz ardı edilerek verilen bir hizmet ne kadar bilimsel olursa olsun sağlık sektöründe kalite hedefinin gerçekleştirilmesi ve hasta beklentilerinin gerçekleştirilmesi açısından yetersiz kalabilir (Kuzhan, 2009: 51).

1.4.3. Hizmet Kalitesi Tanımı

Sağlık Bakanlığı bilgilerine bakıldığında, hizmet kalitesinin, hizmet alanların gereksinimlerini karşılaması ve verilen hizmetin kabul edilen standart ve rehberlerle uyum içinde sunulması olduğu görülmektedir. Hizmet alan ve hizmet veren kişinin gereksinim, hak ve memnuniyeti kalitenin birbirinden ayrılmaz iki yönüdür. Bu nedenle kalite stratejisi hizmet alan kişiye odaklı ve hizmet veren kişinin verimli çalışacağı koşulları oluşturmaktadır. Böylece hizmet kalitesi yükseltilmiş olacaktır.

Hizmet kalitesi ile ilgili bazı tarifler şu şekildedir:

- Hizmet kalitesi, hizmet organizasyonunun başarı anahtarıdır.
- Hizmet kalitesi, geleneksel olarak müşterinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki farktır.
- Hizmet kalitesi, müşteri beklentilerini karşılayabilme ve geçebilme yeteneğidir.
- Hizmet kalitesi organizasyonun hizmetlerinin müşteri üzerinde bıraktığı toplam etkidir.
- Hizmet kalitesi başarıyı etkileyen en önemli faktördür.

- Hizmet kalitesi bir davranış biçimidir. Tatmin ile ilişkili fakat tatmine eş değer değildir.
- Hizmet kalitesi, müşteri beklentilerini karşılayabilmek için mükemmel hizmetin verilmesidir (Yazgan, 2009: 15-18).

1.4.3.1. Algılanan Hizmet Kalitesi

Hizmet için kalite hizmeti verenle alan arasındaki etkileşim anında belirlenen bir kavramdır. Hizmetin soyut bir kavram olması hizmet kalitesinin değerlendirilmesini de zorlaştırmaktadır. (<http://enm.blogcu.com>).

Hizmet kalitesi konusunda, müşteri beklentileri önemli bir yere sahiptir. Bu beklentiler müşteriye kaliteli hizmet sunumunda önemli rol oynamaktadır. Müşteri beklentileri, geçmiş deneyimlerden, kulaktan kulağa duyumlardan, reklam ve diğer iletişim şekillerinden oluşmaktadır. İşletmelerin görevi bu beklentileri karşılamaktır.

Algılanan kalite; subjektif bir kavramdır. Bir mal veya hizmet müşterinin beklentilerini karşıladığı zaman algılanan kaliteye ulaşılmış olunmaktadır. Hizmet tüketimi yüksek müşteri katılımını gerektirir ve üretimi ve tüketimi eş zamanlı olarak gerçekleşir. Müşteri bu esnada hizmeti değerlendirir ve beklediği hizmet ile algıladığı hizmeti karşılaştırır, değerlendirme sürecinin sonucu algılanan hizmet kalitesidir. Eğer algılanan kalite beklentilerinin üzerindeyse müşteriler tatmin olurlar. Eğer hizmet beklentilerin altında gerçekleşmiş ise tatmin olmazlar ve alternatif hizmetleri araştırabilirler (Yalkın, 2010: 45-46).

Hizmette yararlanılan fiziksel araç ve gereçler, personelin tutum ve davranışları, hizmet ortamı gibi unsurlar algılanan hizmet kalitesini etkilemektedir.

Hizmet kalitesinin belirlenmesine genel olarak, hizmete güvenilirlik, fiziki unsurlar, tam zamanında hizmet, doğru kişiye doğru hizmet, telkin etme ve müşteriyle karşılıklı iletişim ve anlama gibi faktörler etki etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutlarını aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz;

- İlgi ve yardım,
- Dürüstlük,
- Nezaket ve saygı,
- Karşılıklı güven,
- Yakınlık,
- İletişim ve bilgi paylaşımı,
- Hastayı anlamak ve hastanın dilinden konuşmak,
- Hasta haklarına saygı duymak,
- Kişisel ve kurumsal imaj (Demirel, Yoldaş ve Divanoğlu, 2009:3-4).

1.4.3.2. Hizmet Kalitesini Oluşturan Kalite Bileşenleri

Lehtinen ve Lehtinen kalite bileşenlerinde üç faktörden bahsetmiştir. Bunlar fiziksel kalite, işletme kalitesi, ve etkileşim kalitesidir. Fiziksel kalite, teçhizat, malzeme ve araçlar, tesis gibi hizmet verirken kullanılan ekipmanı kapsamaktadır. İşletme kalitesi, işletmenin müşterinin gözündeki imajını ve nasıl görüldüğünü kapsamaktadır. Etkileşim kalitesi ise, müşteri ile işletme personeli arasındaki ilişki ve iletişimin kalitesidir (Yüce, 2011: 23- 24).

1.4.3.3. Hizmet Kalitesinin Özellikleri

Hizmet kalitesi teknik ve fonksiyonel olmak üzere iki özellikte incelenmektedir. Teknik kalite bir bankada sıra bekleme süresi gibi ölçülebilen ve kontrol edilebilen bir özelliktir. Fonksiyonel kalite ise müşterinin beklentilerinin karşılanıp karşılanamaması, işletmenin imajı gibi çevresel faktörlerden etkilenen ve ölçülmesi daha zor olan bir özelliktir (Sarıhan, 2011: 17).

Araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalar neticesinde hizmet kalitesi ile ilgili bazı ortak bulgular ortaya çıkmıştır.

Müşteriler için hizmet kalitesi ürün kalitesine göre daha zor değerlendirilmektedir.

Müşteri beklentileriyle gerçekleşen hizmet performansı arasındaki ilişki sonucunda hizmet kalitesi algısı oluşur.

Kalite değerlendirilirken sadece hizmet performansı değil, hizmet sunum süreci de değerlendirilmelidir.

Hizmetlerin soyut olması nedeniyle, üretim süreci sonucunda somut ve sayısal verilerle değerlendirilemezler.

Hizmet kalitesinin performansı müşteri beklentilerinden daha iyi düzeyde ise, hizmet kalitesinin yüksek olduğu söylenebilir (Sevimli, 2006:13-14).

1.4.3.4. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet müşteri tarafından üretildiği anda aynı zamanda da tüketildiği ve müşterinin bütün üretim süresince işletme ile etkileşim içerisinde olduğu ve üretime katıldığından dolayı, müşteri sadece ürün kalitesinde olduğu gibi üretim sonucunda ortaya çıkan çıktının kalitesi ile değil, bütün üretim süreci boyunca etkileşim içerisinde olduğu hizmetin diğer öğelerinin kalitesi ile de ilgilenir. Bu durum hizmet kalitesinin boyutları kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Sevimli,2006:14)

Hizmet kalitesi oluşturan en geniş kapsamlı yaklaşım Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen on kalite boyutudur.

Güvenilirlik: Bir hizmetin, müşteriye sunulduğu ilk seferde doğru olarak yapılması ve işletmenin müşteriye verdiği sözü yerine getirmesidir. Performansta tutarlılıktır.Güvenilirlik doğru faturalama, hizmeti önceden belirlenen zamanda yerine getirme, kayıtları doğru tutma gibi konuları kapsamaktadır.

Heveslilik: Hizmet verenlerin verdikleri hizmete karşı hazır ve istekli oluşu ve zamanında hizmeti kapsar.Hızlı servis yapmak, müşteriye hemen çağırmak, bir evrakı hemen postaya vermek gibi konuları içerir.

Yeterlilik: Hizmeti verenlerin hizmeti sunmak için yeterli bilgi ve beceriye sahip olması anlamına gelmektedir. Faaliyetlere destek sağlayan personelin bilgi ve becerisi, müşteri ile ilişki kuran personelin bilgi ve becerisi, örgütün araştırma kapasitesi gibi konuları kapsar.

Ulaşılabilirlik: Müşterinin işletme ile kolay ilişki kurabilirliğini ve yaklaşılabilirliği ifade eder. Müşterinin hizmet almak için bekleme zamanının kısa olması, müşterinin telefonla hizmete kolayca ulaşabilmesi, hizmet tesislerinin uygun yerde bulunması, iş saatlerinin uygunluğu gibi konuları içerir.

İletişim: Çalışanların müşterileri anlayabilecekleri bir dilde bilgilendirmeleri ve onları dinlemelerini ifade eder. Örneğin, eğitim düzeyi yüksek bir müşteri için ileri düzeyde bir dil kullanılabiliriyorken, daha eğitimsiz bir müşteri için basit bir dil kullanmak gerekir. Verilen hizmetin içeriğini, maliyetini, çıkabilecek sorunlar karşısında neler yapılabileceğinin açıklanması gibi konuları içerir.

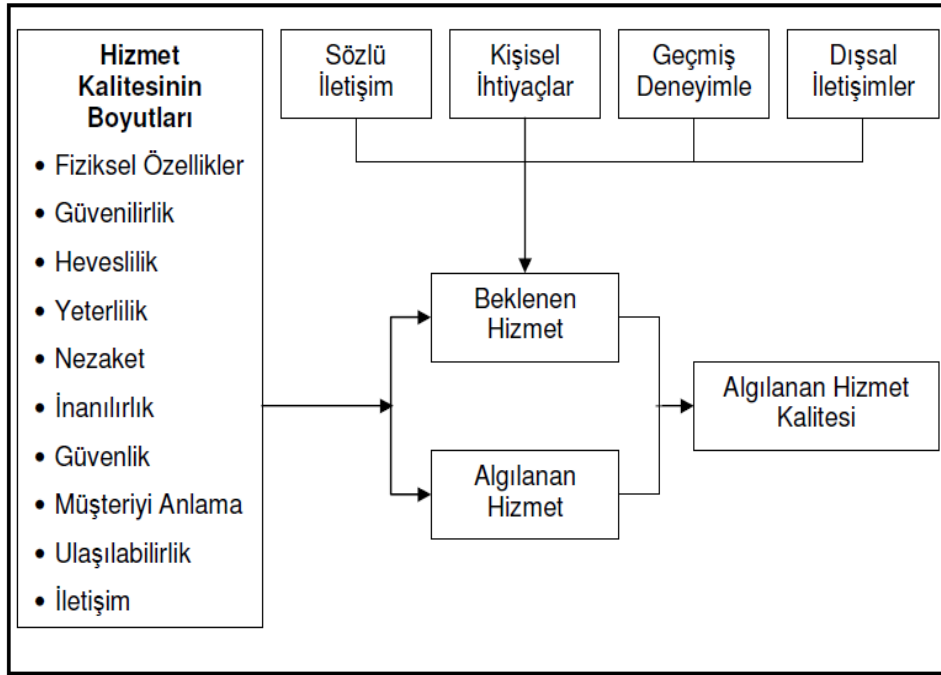
İnanılrlık: İtibarı, dürüstlüğü, müşterilerin çıkarlarını kalben anlamayı ifade eder. Firma ismi, firmanın ünü, müşterilerle ilişkide kullanılan satış teknikleri inanılrlığa katkıda bulunan faktörlerdir

Nezaket: Müşteri ile ilgilenen personelin saygısını, kibarlığını ve dostluğunu ifade eder. Personelin görünüşünün temiz olması, güler yüzlü olması müşterinin orada bulunmasına ilgi gösterilmesi gibi konuları içerir.

Fiziksel Özellikler: Verilen hizmetin fiziksel tarafını içerir. Örneğin işletmenin tesisleri, hizmeti sunmak için kullanılan araç ve gereçler, personelin görünüşü ve tesisteki diğer müşteriler gibi konuları içerir

Güvenlik: Verilen hizmetin tehlike, şüphe ve riskten uzak olmasını içerir. Müşterilerin fiziksel güvenliği, finansal güvenliği ve mahremiyeti gibi konuları kapsar.

Müşteriyi Anlama: Çalışanların müşterilerin ihtiyaçlarını anlamada çaba göstermesini ifade eder. Müşterilerin ihtiyaçlarını öğrenmek, düzenli müşterileri tanımak, müşterilere bireysel ilgi göstermek gibi konuları kapsar (Yüce, 2011:21-22).



Şekil 1.8. Müşterilerin Hizmet Kalitesini Değerlendirmesi
Kaynak: (Doğanay, 2008: 82)

1.5. SAĞIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

Toplumsal ihtiyaçların değişmesi, işletmelerin ürettiği ürün ve hizmetlerin aynı zamanda da işletmenin kendisinin değişmesini gerektirmektedir. Her sektörde yaşanan bu değişim, sağlık sektöründe etkilemiştir (Şahin, 2012: 80).

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite anlayışı ilk olarak 1970’lerde Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkmıştır. Hatalı tedavilerin sonucunda şikayetlerin artması ve dava açılması sürekli iyileştirme anlayışının yerleşmesine yol açmıştır (Kırılmaz, 2010: 20).

1980’ li yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma düşüncesi öne çıkmış tüm ülkeler yeni arayışlara yönelmişlerdir. Günümüzde rekabet ortamında ayakta kalabilmenin en etkili unsurlarından biriside üretilen hizmetin kalitesidir. Günümüzün müşteri profili değişmiş, artık kaliteli hizmet talep etmektedir.

Üretim ve hizmet sektöründe kalite ile sağlık sektöründe kalite arasında büyük fark vardır. Bir mal hatalı çıktığında ya üretimi durdurulur, ya da defolu olarak ayrılır ve hatayı düzelterek önlemler alınır. Hizmet sektöründe ise müşteri memnuniyeti sağlanamadıysa belki müşteri kaybedilir fakat yapılan hatayla bir daha karşılaşmamak için önlem alınır.

Sağlık hizmetlerinde yapılan bir hatadan dolayı “pardon” kelimesi asla kullanılamaz. Hata kelimesi ise telaffuz dahi edilemez. Sağlık hizmetlerinde yapılacak bir hatanın doğrudan insan yaşamını etkilemesi ve hatanın geri dönüşünün olmaması sağlık kuruluşlarında kaliteyi kaçınılmaz kılmaktadır. Bu nedenle sağlık işletmelerinin hizmetin üretimi ve sunumunda kalite yönetimini sistematik olarak gerçekleştirmesi ve kalite güvence sistemi ile toplam kalite yönetimini esas almaları gerekmektedir (Aslantekin, Göktaş ve Erdem, 2005: 59- 60).

1.5.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları

Sağlık hizmetlerinde kalite, beklenen kalite ile algılanan kalite arasındaki farktır.

Fakat hasta beklentisini düşük olması durumunda, müşteri beklentisinin karşılanması verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmez. Dolayısıyla bu tanım tam bir kalite kavramını çağrıştırmayabilir.

Sağlık hizmetinde kalite kavramı: “ Uluslararası standartlara uygun teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanında hizmetin hasta beklenti ve ihtiyaçlarını tam olarak karşılaması” olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin bir diğer tanımı ise; “Hastanın mümkün olan en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik ve ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konmasıdır (Tengilimoğlu, 2012: 318).

Sağlık hizmetlerinde kalite; Gerekli kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, kaynak dağıtımında ve hedef kitlenin kaynaklara ulaşmasında adalet önem verilmesi, hizmetin etkili bir şekilde verilmesi ve hizmetin sunumu ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması”dır (Mohammad,2007: 52).

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belirleyicileri

Vincent K; Omachomu tarafından geliştirilen sentezci yaklaşıma göre, kalitenin teknik ve sanatsal olmak üzere iki boyutu vardır ve iki boyutu bir arada ele alınmaktadır (Tengilimoğlu, 2012: 318).

Kalitenin teknik yönü, verilen hizmetin bilimsel standart ve normlara uygun olmasını, sanatsal yönü ise verilen hizmetin hasta beklentilerini karşılamasını kapsamaktadır (Mohammad, 2007: 51).

1.5.3. Teknik Kalite

Sağlık hizmetinin teknik kalitesini değerlendirmede kullanılan en önemli yaklaşım Donabedian tarafından geliştirilen “ yapı, süreç, sonuç “ yaklaşımıdır.

Donabedian, sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmek için önerdiği yapı, süreç ve sonucu şu şekilde tanımlamıştır:

1. Yapı, hizmetin hangi koşullarda sunulduğunu gösterir. Bunlar;

- Maddi kaynaklar, (örneğin, donanım, tesis,).
- İnsan kaynakları,(örneğin, personelin sayısı, niteliği, çeşitliliği).
- Örgütsel özellikler, (örneğin, eğitim ve araştırma fonksiyonlarının varlığı, tıbbi personelin ve hemşirelik personelinin organizasyonu, hizmetin ücretini ödeme yöntemleri).

2.Süreç, sağlık hizmetlerini oluşturan faaliyetler anlamına gelir. Bunlar teşhis, tedavi, rehabilitasyon, önleme ve hasta eğitimi kapsar ve genellikle profesyonel personel tarafından gerçekleştirilir; fakat bakıma katkıda bulunan diğer kişilerin özellikle hasta ve ailelerin faaliyetlerini de kapsar.

3. Sonuç, bireyler ve toplumlardaki sağlık hizmetlerine atfedilebilen istenilen veya istenmeyen değişiklikler anlamına gelir. Bunlar;

- Sağlık statüsündeki değişiklikler.
- Hasta ve ailelerinin öğrendikleri ve gelecekte hizmetleri etkileyecek bilgilerdeki değişiklikler.
- Hasta ve ailelerinin davranışlarındaki gelecekte sağlığı etkileyebilecek değişiklikler.
- Hasta ve ailelerinin aldıkları hizmetten ve sonucundan memnuniyetleri.

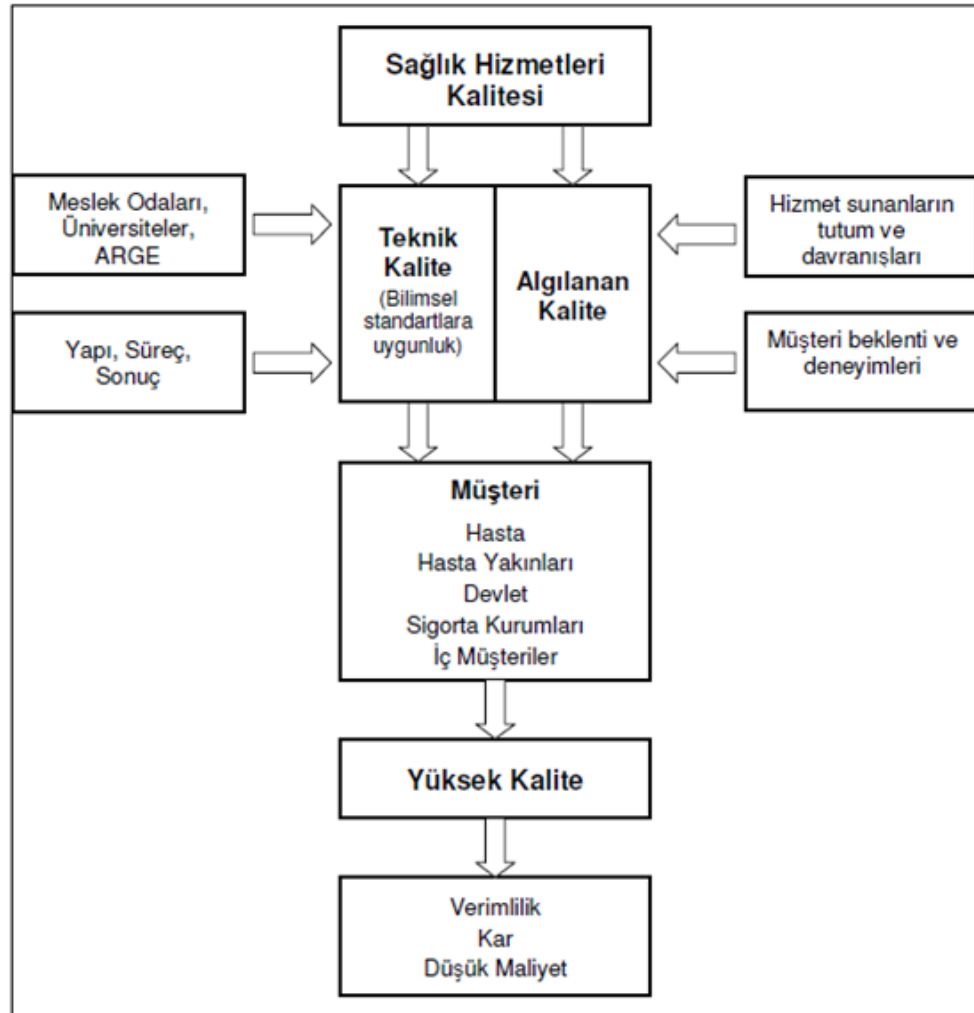
Uzmanlar, kalitenin değerlendirilmesi için, bakımın bu üç yönünde gözlenmesinin ve bunlar hakkında bilgi toplanmasının gerekli olduğu görüşünü kabul etmişlerdir (Kaya, Tengilimoğlu, Işık, Akbolat ve Yılmaz, 2013 :67).

1.5.4. Tedavi Sanatı

Kalitenin sanatsal yönü verilen hizmetin hasta beklentilerini karşılaması olarak ifade edilmektedir.

Hastaların genellikle sağlık hizmetlerinin teknik kalitesini doğru olarak değerlendiremedikleri düşünüldüğünde daha çok tedavinin sanatsal yönü hastaları kalite algısında birincil etkindir.

Sağlık hizmetlerinde maksimum bir kalite olgusundan bahsedebilmek için verilen hizmetlerin uluslar arası bilimsel norm ve standartlara uygun olması ve aynı zamanda da hastalar tarafından yüksek kalitede algılanmasını gerekmektedir (Sevimli, 2006: 57- 59).



Şekil 1.9. Sağlık hizmetleri kalitesinin belirleyicileri
Kaynak: (Doğanay, 2008: 91)

1.5.5.Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Boyutları

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanabilmesi için aşağıdaki konular önem taşımaktadır.

Mesleki Yeterlilik: Sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili konularda nitelikli olması, güncel bilimsel bilgi ve becerilere sahip olması ve bu bilgi ve becerileri uygulayabilmesidir. Mesleki yeterlilik, nitelikli sağlık personeli istihdamı ve personelin sürekli geliştirilmesiyle sağlanabilir.

- Kişisel Kabul Edilebilirlik: Hizmetin sunum şeklinin, müşterilerin değer ve normlarına, beklentilerine uygun olmasıdır. Hizmetler bilimsel standartlara uygun olarak sunulsa bile, yeterli bilgilendirme yapılmaması, persdsonelin güven telkin etmemesi, nazik davranmaması gibi sebeplerden dolayı bieryler hizmeti kabul etmeyebilir.
- Kaliteni Uygunluğu: Sunulan hizmetlerin, meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenen standartlara uygun olmasıdır (Günel, 2007: 24).

1.6.KALİTENİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ' NİN ORTAYA ÇIKIŞI

Taş devrinde, insanlar bilinmeyen bir standart parçayla kontrol ederek en ilkel kalite kontrolü gerçekleştirmişlerdir. İlk kalite kontrol uygulamaları ziraatle uğraşan toplumlarda ürünün gözle muayenesi sonucu bizzat tüketiciler tarafından yapılarak, uygun olan ürünün alınması şeklinde gerçekleştirilmiştir (Paşaoğlu, 2011: 3).

Daha sonraki yıllarda pazar yerleri kurulmuş ve müşteri ustanın hünerine ve şöhretine göre seçim yapmış, yani bir anlamda marka seçimi ile kalite kontrol yapılmıştır.

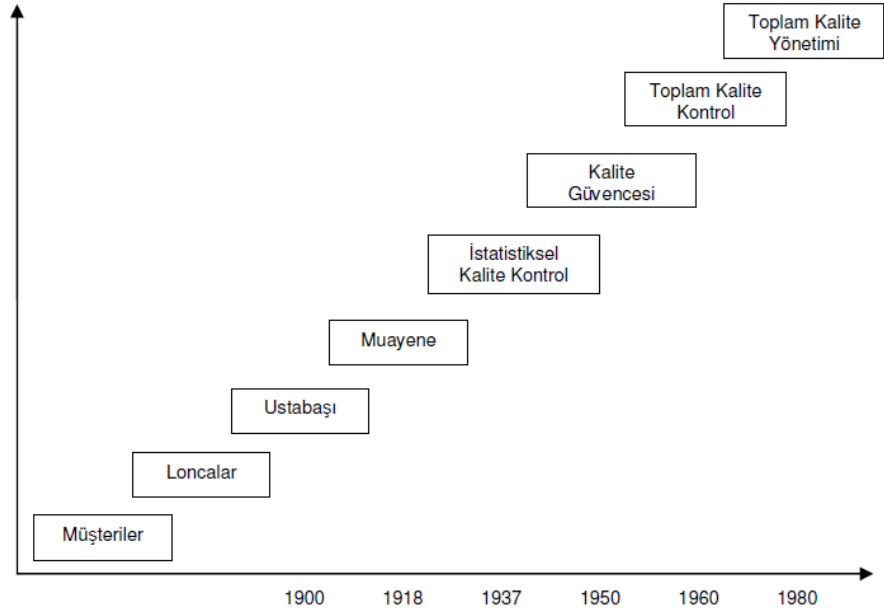
İlerleyen yıllarda Ahilik teşkilatında ürünler, süreçler ve hammaddeler için standartlar geliştirilmiş, lonca üyelerinin bu standartlara uyması istenmiş, bu konuda özendirici ve cezai tedbirler alınmış ve uygulanmıştır.

Sanayi devriminden sonra işletmelerin büyümesi ile birlikte otamasyona geçilmesiyle kalite kontrol birimleri oluşmaya başladı. Burada çalışanlar bitmiş mamülün hatalı olanlarını ayırarak yarar kontrollerini gerçekleştirmişlerdir (Şimşek, 2007: 16).

İngiltere’de 1919 yılında Teknik Muayene Kurumu kurulmuştur (Paşaoğlu, 2011: 4).

Birinci Dünya Savaşı ile birlikte seri üretime geçilmiş ve endüstriyel denetimin gerekliliği gündeme gelmiştir. Üretimin artması ve ürün çeşitliliği kalite kontrol için matematiksel yöntemlerin kullanılmasını zorunlu hale getirmiştir.

Amerika’ da Bhewhart 1924 yılında kontrol çizgilerini geliştirdi. İngiltere’de Duding elektrik endüstrisinde istatistiksel metodları uygulamaya koyarken, Amerika’da firmalar örnekleme metodunu kullanmaya başladılar. 1930’larda Amerika ve İngiltere ilk kalite kontrol kitaplarını yayınladılar (Şimşek, 2007: 16).



Şekil 1.10. Kalitenin Tarihsel Gelişimi
Kaynak: (Doğanay, 2008: 101)

İkinci dünya savaşı yıllarında üretimin artması nedeniyle İstatistik Kalite Kontrol metodları geliştirildi ve maliyetlerin düşürülmesine çalışıldı (Şimşek, 2007: 17).

İkinci dünya savaşı nedeniyle kalifiye elemanların yerini vasıfsız işgücü alınca kalifiye olmayan elemanlara kaliteli iş yaptırmak için standart, talimat ve prosedürlere ağırlık verilmiştir ve kalite güvencesi kavramı gündeme gelmiştir (Doğanay, 2008: 99).

İkinci dünya savaşından sonra Amerika’ da Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC) kurulmuş, kalite iyileştirme çalışmalarına katkıda bulunmuştur (Uzan, 2012: 6).

Aynı dönemde savaştan yenik olarak çıkan Japonya’da ise hayatta kalabilmek için ülke ekonomisinin batı ile rekabet edecek düzeyde olması gerektiği ve ancak kaliteli ürünler üreterek piyasada var olunabileceği anlaşılmıştır.

Amerika’da Shewhart 1931 yılında “İmalat Sanayinde Kalite Kontrol” isimli eseriyle kaliteye ilk defa bilimsel olarak yaklaşmış ve W. A. Shewhard’ ın kontrol çizelgelerinin kullanılmasıyla istatistiki kalite kontrol dönemi başlamıştır.

Shewhart’ın düşünceleri Edward Deming’i oldukça etkilemiştir. Deming ve Juran Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili çalışmalara ilgi göstererek Japonya’da uygulamaya çalışmışlardır. Yapılan çalışmalarla küçük küçük fakat sürekli gelişme, Kaizen felsefesi ortaya çıkmıştır.

Amerika’ da başlayan istatistiki kontrol anlayışı, Japon sanayisinde yer bulmuştur.1946 yılında kurulan Japon Bilim Adamları Birliği’nde (JUSE) Dr. İshikawa, Kalite Kontrol dersleri vermeye başlamıştır (Paşaoğlu, 2011: 5).

Japonya’ da üst düzey yöneticiler Amerikan Yönetim Seminerleri’ne sekiz hafta boyunca katıldılar ve giderek kendi seminerlerini vermeye başladılar. Yöneticilerini eğitmiş endüstride artık ustabaşı ve işçilerinde bir şeyler yapma vaktinin geldiği düşünülerek kalite kontrol çalışmaları başlamıştır.

Sonuç olarak bitmiş ürümün muayene edilmesi yerine muayeneye gerek kalmayacak şekilde üretim sisteminin güvenceye alınması düşüncesi gelişmiştir ve üretim sektöründe sektörel Kalite Güvence Sistemleri ortaya çıkmıştır.Bu çalışmaları kaliteye üst yönetim ile birlikte tüm çalışanların katılımını ve müşterilerin yüzde yüz tatmin edilmesini hedefleyen Toplam Kalite çalışmaları takip etmiştir (Şimşek, 2007;18).

Türklerin kaliteyle ilgili çalışmaları daha eski yıllara dayanır.1502 yılında Sultan II. Beyazıd’ın çıkardığı ve kalitenin bu günkü anlamda ilk standardı olan Kanunname-i İhtisab-ı Bursa kalite konusunda en eski belgedir. Bu belgede ambalaj, boyama, kalite ile ilgili unsurlar ve narh ve ceza hükümleri yer almıştır.

13.yüzyılda, Ahi birliklerinin Ahi felsefesinde kullandıkları “müşteri velinimetimizdir” sözü, Toplam Kalite Yönetimi’nin müşteri odaklılık kavramı ile

örtüşmektedir. Ahi birliklerini kurucusu Ahi Evran esnaf denetimine büyük önem verir, olumsuz bir durumla karşılaşırsa esnafın dükkanı kilitlenirdi (Paşaoğlu, 2011: 4).

Ayrıca Mimar Sinan'ın eserlerinde, eski sağlık müesseselerinde, Topkapı Sarayın'da kalite kavramını açıkça görmekteyiz.

Türkiye'de kalite kavramı serbest ekonomiye geçilmesi ile önem kazanmıştır. Büyük sanayi kuruluşlarının yabancı kuruluşlar ile yaptıkları ortaklıklar ve ortak üretim neticesinde üretilen ürünlerin tanınması ile yerli ürünlerde de aynı özellikler istenmiştir. Sanayi sektörü bu gelişmelerle birlikte insan kaynakları ve eğitime önem vermeye başlamıştır. Birçok dernek ve danışmanlık şirketleri kurulmuş, bunlar sayesinde Kobi'ler ve büyük işletmeler kalite kavramını tanımış ve kendi işletmelerinde kullanmaya başlamışlardır. Bu işletmeler kalitenin sağladığı fayda karşısında kayıtsız kalamayıp, Kalite Yönetimi anlayışını tamamen benimsemişlerdir (Uzan, 2012: 6-7).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ilk ne zaman başladığı konusunda farklı görüşler vardır.

Eski Çin, Asur, Mısır, Japonya ve Meksika'da tıp okullarının ve değişik uygulamalarının olduğu bilinmektedir. Daha öncesinde M.Ö. 1100'de Chou hanedanının, doktorları işe başlamadan önce bir sınava tabi tutması, doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre vermesi, M.Ö 5. yüzyılda Hipokrat'ın yazılı mesleki davranış kuralları, M.Ö. 2000'de Mısır Papirüslerinde belgelenen tıbbi uygulama standartları, M.S. 1000'de İran'da tıbbi uygulama yapan herkese sınav yapılması kaliteyle ilgili gelişmelerdir.

1914 yılında Ernest Codman tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde hastane standartlarına yönelik istatistikî çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sağlık kalitesi ile ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmiştir.

Bir cerrah olan Ernest Codman üç amaçla göstergeleri incelemiştir;

- Sorunların klinisyenlemi, sistemlemi yoksa hastaylamı ilgili olduğunu belirlemek,
- Tüm göstergelerin ne sıklıkta oluştuğunu değerlendirmek,
- Önlenebilecek sorunların tekrar etmemesi için bu değişkenleri değerlendirmek ve düzeltmek.

Bu girişimler 1915’ de Amerikan Cerrahlar Birliği’ni (The Amerikan Collage of Surgeons, ACS) harekete geçirmiş ve birlik hastane standartizasyon programı geliştirmiştir. Bu program da akredite edilmek isteyen hastanelerin kayıt sistemlerini ACS’ye sunmaları sorumluluğunu getirmiştir. Bu kuruluş daha sonra (Amerikan Tıp Birliği- Medl Association) ile birleşerek hastaneleri akredite eden bir kurum olan, Joiicant Commission on Accredition of Hospitals’ı (JCAH) oluşturmuştur ve bu kuruluş tıbbi kayıtların gelişiminde önemli rol oynamıştır. Tıbbi kayıtları JCAH’ ın belirlediği standartlara uymayan kuruluşların akredite edilmemesi tıbbi kayıtları anahtar standart haline getirmiştir. 1950 ile 1965 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, maliyetleri kontrol etmeyi amaçlayan birtakım organizasyonlar ortaya çıkmış ve hekimler tarafından gösterilen direnç nedeniyle yeterli başarı gösterememişlerdir. Deming, Crosby, Juran gibi araştırmalar tarafından tanımlanan ve uygulanan Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin sağlık sektörüne uygulanmasını amaçlayan proje çalışmaları başlatılmıştır.

1970’ lerde spesifik tanı ve prosedürlerin denetimi kavramı geliştirilmiş, 1980’lerin başında Amerika’da sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetin kalitesi ve iyileştirilmesi amacıyla hizmet standartlarının denetlenmesi ve danışmanlık hizmetin sağlanması için teşvik edilmiştir. 1989 yılında JCAH, Sağlık Bakım Örgütlerinde Akreditasyon Birleşik Komisyonu (Joint Commission on Accredition of Healthcare Organizations- JCAHO) olarak değiştirilmiş ve bu kuruluş sağlık kuruluşlarını belirlenmiş standartlara göre incelemeye tabi tutmuştur (Öksüz, 2010: 29-31).

1.7. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ KAVRAMI VE ÖNEMİ

Toplam Kalite Yönetimi maliyetleri düşürerek müşteri memnuniyetini kalıcı şekilde arttırmayı hedefleyen ve insan odaklı bir yönetim sistemidir. Bir örgütün başarısında anahtar rol üstlenen sürekli değişim sürecine uyum ve eğitimi ön plana çıkaran bir yönetim felsefesidir (Şimşek, 2009; 43).

Toplam Kalite Yönetiminde, müşteri beklentileri her şeyin üzerinde tutulur ve tüm süreçlerde kaliteyi arttırmak ve geliştirmek için tüm çalışanları katılımı, akılcı bir yönetim anlayışı ile planlı sistematik yaklaşım ve sürekli gelişme, iyileştirme, üretilen ürün veya hizmetin önceden belirlenen amaç ve standartlara uygun olarak elde edilmesi hedeflenir.

Kalite, ürünün üretildikten sonra kontrolünü değil, üretilirken hatasız üretilmesini öngörmektedir. Toplam Kalite Yönetimi felsefesinde en üst kademe yöneticiden en alt kademe çalışanlara kadar tüm çalışanların kalite faaliyetlerinde bir araya gelip işbirliği içinde olmaları yatmaktadır. Bu şekilde kurumda çalışma kültüründe ve yaşam biçiminde önemli değişimler ortaya çıkmakta, yönetimin belirlediği hedef ve önceliklere dayalı, çalışanların görüşü ile zenginleşen bir örgütsel yapı oluşmaktadır. Toplam Kalite Yönetiminin sürekli iyileştirme ve gelişmeyi sağlaması bu yönetim anlayışının zamanla yeni yönetim felsefelerinin gelişmesine de önderlik edeceği düşünülmektedir Genç, 2011: 27-29).

Toplam Kalite Yönetimi içerisinde geçen üç kelimenin aldığı özel anlamlar vardır: Bunlar;

Toplam: Bir işletmenin veya kurumun her çalışanı sürece dahildir. Ayrıca işletmenin veya kurumun müşterileri ve tedarikçileri de mümkün olduğunca sürece dahil edilmelidir.

Kalite: Müşteri beklenti ve ihtiyaçları tam anlamıyla eksiksiz karşılamalıdır.

Yönetim: Toplam kalite yönetimini benimsemiş üst yönetimin sürece tam katılımıyla, işletmelerin yönetilmesinde kullanılan etkili bir yönetim anlayışıdır (Kesim, 2011: 24).

Toplam Kalite Yönetimi örgütü bir sistem olarak ele alır. Sistem alt sistemlerden meydana gelir ve bu sistemlerin hepsi birbirleriyle bağlantılıdır. Tüm sistemler tek bir amaç için bir araya gelirler. Sistem süreçlerden meydana gelir. Tüm bu süreçlerden kalite elde edebilmek için sistemin ve sistemi oluşturan alt sistemlerin bir bütün olarak birlikte çalışması gerekmektedir (Bektaş, 2013: 6).

Toplam Kalite Yönetimi'ne geçmek isteyen işletmeler yönetimde başarı kriterlerini ortaya koayan, kendi kendini düzeltip geliştiren ve kendini sürekli kontrol eden bir süreci yürürlüğe koymalıdır (Saç, 2010: 6).

Toplam Kalite Yönetimi'nin işletmede uygulanmasıyla hataların önlenmesi, sürekli iyileştirme ve gelişme, tüm çalışanların katılımı ve motivasyonu ve yüksek verimlilik sonucunda düşük maliyet, yüksek kalite ve yüksek rekabet gücüne ulaşılabilmektedir (Saç, 2010: 8).

1.8. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ'NİN DAYANDIĞI TEMEL İLKELER

Toplam Kalite Yönetimi'nin tüm ilkeleri birbirini tamamlayıcı nitelikte olup, ancak tüm ilkeleri ile benimsenip, uygulandığı takdirde Toplam Kalite Yönetimi başarıya ulaşmaktadır. Bu ilkelerin çoğu dünyaca ünlü öncü bilim adamları Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, İshikawa tarafından ortaya atılmış olup bazı farklılıklar göstermesine karşılık temelde birbirine benzemektedir. İşletmelerin kendine özgü özellikleri nedeniyle farklı uygulamalar söz konusu olabilir. Bu ilkeler şunlardır:

1.8.1. Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu

Toplam Kalite Yönetimi'nin başarıya ulaşabilmesi için üst yönetimin kalite konusunda yeterli bilgiye ve donanıma sahip olması ve üst yönetimden birinin bu işi sahiplenmesi gerekmektedir. Toplam Kalite Yönetimi esasen yöneticilerin kararıyla başlayan değişerek gelişimdir ve üst yönetimin çalışanlara bu konuda destek vermesi çok önemlidir. Çünkü sadece üst düzey yöneticiler iyileştirme için gerekli olan mekanizmaları harekete geçirebilir.

Toplam Kalite Yönetimine geçişte işletmede var olan tüm alışkanlıklar ve süreçler etkilenecektir. Bu değişim karşısında çalışanların direnç göstermeleri olağandır. Böylesi bir durumda üst yöneticilerin yeni gelişmeleri çalışanlara açıkça anlatmaları ve benimsetmeleri gerekmektedir. Uygulamada karşılaşılan sorunların çözümünde üst yönetim çalışanları yalnız bırakmamalı, desteğini çalışanlara hissettirmelidir. Toplam Kalite Yönetimi için etkili liderlik şarttır. Etkili liderlik için gerekli özellikler; insan yönelimli olmak, sosyal sorumluluk taşımak, belirsizliği yönetebilmek, vizyon sahibi olmak, değişim ajanı olmak, bilgi paylaşımına açık olmak, yeniliğe bağlılık, müşterilerin değerlerinden hareket etmek, eğitim ve öğretime önem vermek, görünür olmak, kendini tanımak, desantralizasyon ve yetki devrine istekliliktir (Şahin, 2012: 26-28).

1.8.1.1. Müşteri Odaklılık

Toplam Kalite Yönetiminin temel prensibi müşteri tatminidir ve müşteri isteklerinin tam olarak, zamanında, kaliteli, hızlı ve ucuza sürekli olarak karşılama düşüncesine dayanır. İşletmenin çıktısını kullanan herkes ister işletme içinde ister dışında olsun işletmenin müşterisidir.

Müşteri, bir kurumun ürettiği mal ve hizmetlerden haberdar olan, bunları satın alma olasılığı olan ve satın alan herkeştir. Müşteri tatmini, memnuniyet düzeyinde artış, şikayetlerin azalması ve müşterilerin kaybedilmemesi olarak

tanımlanmaktadır Müşteri kavramını iç müşteri, dış müşteri ve global müşteri olarak üç başlıkta toplamak mümkündür.

İç Müşteri: İşletme çalışanları ve işletme bölümleridir. Mesleki faaliyetlerimizi yerine getirirken etkileşim içinde olduğumuz kişi ve kuruluşlardır.

Dış Müşteri: İşletme faaliyeti sonucu ortaya çıkan mal ve hizmetlerden birinci derecede etkilenen kişi ve kuruluşlardır.

Global Müşteri: Tutum ve davranışlarımızdan dolayı olarak etkilenen kişi ve kuruluşlardır (Küçük, 2009: 20-21).

Toplam Kalite Yönetimi, müşteri kavramını da ele alarak müşterilere bir bütün olarak bakılmasını sağlamakta, müşteri tatmini hedeflerini işletme dışında olduğu kadar işletme içindedeki gerçekleştirmektedir. Dış müşteri memnuniyeti esasında iç müşteri yani çalışan memnuniyetinden geçmektedir. İşletmeler dış müşteri memnuniyeti sağlarken, iç müşterilerinde kendi iş ilişkilerinde aynı memnuniyeti yaşamasını sağlamalıdır.

Müşteri odaklılık kavramı Toplam Kalite Yönetimi ilkelerinin içinde en zor uygulanan, fakat uzun vadede işletmeye en fazla fayda sağlayan ilkesidir. Müşteri beklentileri ve ihtiyaçlarını karşılayacak ürün ve hizmetlerin sunulması için gereken çalışmaların yapılmasıdır (Şahin, 2012: 29-30).

1.8.1.2. Tam Katılım

Toplam Kalite Yönetimi çalışanları pasif katılımcılar olarak değil aktif problem çözücü ve uygulayıcılar olarak görmektedir.

Tam katılımı destekleyen işletmelerde üst yönetim, kararlara katılımın etkili bir şekilde gerçekleşmesi için yetki devrine sıcak bakmalı, demokratik bir yönetim tarzı sergilemelidir. Böylece çalışanlar aldıkları yetkiler, sorumluluklar ve

katıldıkları kararlar ile motive olmakta ve verimli olarak çalışmaktadırlar. Tüm bireyler ve birimler o planın geliştirilme ve uygulanma sürecine dahil edilmelidir. Toplam Kalite Yönetimi'ne çalışanların aktif olarak gönüllü katılımını sağlamak için gerekli hususlar şunlardır:

- Çalışanların Toplam Kalite Yönetimi konusunda eğitilmesi
- Sürekli öğrenme ve öğretme ortamı yaratılması,
- Etkin iletişim,
- Açık bir görev ve amaç tanımı,
- Toplam Kalite Yönetimi'ne geçiş sürecine dahil edilmesi, süreç hakkında bilgilendirilmesi
- Yönetime katılma
- Kendi kendini denetleme (Şahin, 2012: 33).

Toplam Kalite Yönetimi anlayışı çerçevesinde personelin gerekli ve uyumlu katılımı takım çalışması ile sağlanabilir. Takım çalışmasının amacı süreçle ilgilenen herkesin kalite iyileştirme çalışmalarına katılması, bu taraflar arasında iletişimin artırılması ve gereken ortamın sağlanmasıdır. Kalite eğitimi ve kalitenin sürekli olarak iyileştirilmesi ancak iyi planlanmış bir takım çalışması ile yürütülebilir. Toplam Kalite Yönetimi' ne göre işi en iyi bilen o işi yapandır. Bu ilke çerçevesinde üç ile yedi kişiden oluşan kalite çemberleri oluşturulur. Kalite çemberleri çalışanların karşılaştıkları problemleri sürekli katılım çerçevesinde çözümleyerek takım çalışması ve tam katılım ilkesinin sağlıklı uygulanmasını sağlamaktadır (Küçük, 2009: 22-23).

1.8.1.3. Sürekli Gelişme (Kaizen)

Kaizen temelde bir yönetim felsefesidir ve bu felsefeyi ilk ortaya atan Masaaki Imai olarak gösterilmektedir. Japonya'da geliştirilen bu kavram zamanla bütün dünyaya yayılan bir yönetim uygulamasını kapsayan bir şemsiye niteliği kazanmıştır (Saygın, 2008: 159).



Şekil 1.11. Kaizen Şemsiyesi
Kaynak : (Doğanay, 2008: 117)

Kaizen felsefesi, Kai (değişim), ve zen (daha iyi) kelimelerinde türetilen bir hayat felsefesini ifade etmektedir. Kaizen, gelişmenin her zaman mümkün olmayacak şekilde sıçramalarla değil, düzenli ve küçük adımlar yoluyla sağlanabileceğini ifade eder. Değişikliklerin zaman içinde birikerek önemli gelişmeler sağlanacağına inanılmaktadır ve gerek iş hayatında gerekse birey ve toplum hayatında sürekli daha iyiye doğru gelişmenin gerekliliği üzerinde durmaktadır. Kaizen'in hedefi belli bir seviyeyi yakalamak değil, mevcut seviye ne olursa olsun o seviyeyi sürekli olarak geliştirmektir. Sürekli gelişmede çalışanlara düşen görev, kendi yaptıkları işi daha iyi nasıl yapabileceklerini, geliştirebileceklerini düşünmek ve projelendirmektir. Kaizen bir problem çözme yöntemidir ve başlangıç noktası problemin fark edilmesidir. Mevcut durum ile yetinmek Kaizen'in en büyük düşmanıdır. Kaizen felsefesini başarısında Japonların kültürlerinden gelen bazı özellikleri, batı yöntem ve teknikleriyle güçlendirerek kullanmaları önemli rol oynamaktadır (Şahin, 2012: 30-32).

Sürekli gelişmenin yararlarını şöyle sıralayabiliriz;

Tüm çalışanların aynı amaç ve hedef için çalışmasını sağlar,

Kuruluşun tüm etkinliklerinde canlılık meydana getirir.

Çalışanların bilgi ve becerileri artar,motivasyonu yükselir. Verimlilik ve diğer rekabet unsurları daha hızlı gelişir.

İşletme içindeki bölümler kendi işlerini daha etkili ve verimli şekilde yürütürler. Birbiri ile etkileşim içinde olan bölümler sorunlarını daha kısa yoldan ve kalıcı şekilde çözümler (Ulakanoğlu, 2001: 70).

1.9. SAĞLIK HİZMETLERİNDE VE HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Modern hemşireliğin kurucusu Florance Nightingale, ondokuzuncu yüzyılın başlarında, İngiltere’de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmış ve bu çalışmalar sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının başlangıcı olarak kabul görmüştür (Şahin, 2012: 86).

Endüstri ve hizmet sektöründe Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarındaki başarılı çalışmalar sağlık sektörünü de harekete geçirmiş ve 1980’li yıllardan itibaren özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde hızlı bir yayılma göstermiştir. Sağlık harcamalarında görülen hızlı artış, bazı tedavi kurumlarında gözlenen gereksiz tetkik ve tahlil işlemleri, sağlık hizmetlerine yapılan ödemelerin çok hızlı artması ve ödemelerde yaşanan sıkıntılar sektörde kalite iyileştirme çalışmalarını zorunlu kılmıştır (Küçük, 2009: 53).

Dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda hassasiyet her geçen gün artmakta ve birçok ülkede sağlık alanında ciddi çalışmalar yürütülmektedir.

Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin kalitesi konusuna her geçen gün ilgi artmaktadır ve birçok sağlık kuruluşunda Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı 30.10.2001 tarihinde Toplam Kalite Yönetimi’nin hastanelerde uygulanabilmesi için “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi

Hizmet Yönergesi'ni" uygulamaya koymuştur ve üst yönetimin bu konuda bilgilendirilmesi amacıyla bölgesel eğitim toplantıları düzenlemektedir (Şahin,2012: 64).

Sağlık hizmetlerinin dinamik yapısı kalitenin sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Tedavi hizmetlerinin sürekli artması, hızlı teknolojik gelişmeler, demografik değişiklikler kalitenin sağlanmasında zorluklara neden olmaktadır. Ayrıca halkın beklentileri sürekli artmaktadır (Tengilimoğlu, 2012: 318).

Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının sağlayacağı olumlu gelişmeleri şöyle sıralayabiliriz.

- Hasta memnuniyetinin artması,
- Çalışanlar arasındaki ilişkilerin daha olumlu hale gelmesi,
- Hastanelerde klinik ve idari yönden daha kaliteli hizmet sunulması,
- Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması,
- Hastane çalışanlarının sağlık hizmeti sunarken daha kaliteli bir destek hizmeti almalarının sağlanması,
- Tıbbi hata oranının azalması,
- Hastane enfeksiyonu oranının düşmesi (Şahin, 2012: 85).

1.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Önemi

Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin önemini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

Çalışanların sürekli gelişmesi sağlanır.

Eğitim kurumsallaşır ve kurumda sürekli hizmet içi eğitimlere önem verilerek personelin eğitimi sağlanır.

Yöneticilerin çalışanlarıyla işbirliği içinde olduğu, destek ve yardım sağladığı liderlik anlayışı gelişir.

Kamu yararının önceliğinden çok kaliteye önem verilir.

Alışlagelmiş rutin programların yerini stratejik planlama alır.

Katı istihdam politikası yerine esnek istihdam politikası uygulanır.

Sürekli denetlemenin yerine çalışanın kendi kendini denetlediği toplam süreç kontrolü uygulanır.

Yönetimdeki “kriz yönetimi” anlayışının yerini “sürekli iyileştirme Kaizen” alır.

Sürekli iyileştirmede bir işten bir kişinin sorumlu olması yerine ekip çalışması, toplam kalite ve tüm çalışanların katılımı ile uzlaşmaya dayalı karar verme yaklaşımları yaklaşımları ön plana çıkar.

Ast üst ilişkisinin yerini profesyonel uzmanlık alır.

Dikey örgütlenme yerine yatay örgütlenme uygulanır ve sorumluluklar çeşitli birimlere dağılır.

Kıdem ve sicil esasına dayalı kayırmacılığın yerini işe giriş ve yükselme kriterlerinin açık ve adaletli olduğu liyakat sistemi alır.

Yöneticiler Toplam Kalite Yönetimi teknikleri ve araçlarını (beyin fırtınası, benchmarking vs.) kullanarak, verilere dayalı olarak karar verirler

Çalışanlar üstlerinden talimat beklemek yerine problemlerin çözümü için inisiyatif alır ve üstleriyle işbirliği yapmaya özen gösterirler.

Otoritenin, emir ve talimatların, korku ve cezalandırmanın olduğu yönetim anlayışı yerine, karşılıklı işbirliği ve güven içinde yetki devretme anlayışına dayanan yönetim anlayışı gelişir.

Açık ve belirli olan değer ve ilkeler, kuruluşun vizyonu ve misyonu kurum çalışanları tarafından da benimsenir.

Müşteri istek ve ihtiyaçlarına önem verililerek müşteri odaklı yönetim anlayışı gelişir.

Sorunlar oluştuğundan sonra çözümlenmek yerine, önceden tedbir almak ve hataları kaynağında önleyerek sıfır hatalı üretim anlayışı gelişir.

Pozisyon ve kıdeme göre eşit işe eşit ücret politikası yerine, çalışanın özellikleri ve performansına göre ücret politikası uygulanır. Başarı ve yüksek performans yönetim tarafından ödüllendirilerek kalitenin iyileştirilmesi sağlanır (Öçalan, 2009: 34-36).

1.9.2. Sağlık Kuruluşları Açısından Toplam Kalite Yönetimi İle Kalite Güvencesi Arasındaki Farklar

Kalite güvencesi, ürün veya hizmetin müşteri ihtiyaçlarını eksiksiz ve doğru olarak karşılaması için tüm işletme mekanizmalarını aynı amaç çerçevesinde bir araya getirerek, tüm kuruluşu kaliteyi etkileyen süreçler zinciri olarak ele almak ve kalitenin sürekliliğini sağlamak olarak tanımlanmaktadır. Kalite güvencesinde hedef kalite düzeyini en az maliyetle elde edebilmek için gereken çabaları başlatmak birimler arası eşgüdümü sağlamak ve sonuçları sürekli takip ederek önlem almaktır (Doğan, 2004: 18-19).

Kalite güvencesi, sağlık hizmetlerinde sorunları bulup çözmeyi içeren, sorunları belirledikten sonra nedenlerini araştıran ve birlikte kararlaştırılan önlemleri

uyulamaya koyan ve izleyen belirlenen göstergeleri standartlara oranlayarak değerlendiren bir sistemdir.

Günümüzün ve geleceğin dünyasında başarılı olabilmek için Kalite Güvencesi sisteminin ötesinde daha geniş çaplı bir çaba gerekmektedir. Bu çaba Toplam Kalite Yönetimi' dir. Ülkemizde Toplam Kalite Yönetimi'nin yerleşmesinde öncü olan KALDER (Kalite Derneği), Toplam Kalite yönetimini şöyle tanımlamaktadır: Bir kuruluştaki tüm faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve tüm çalışanların aktif katılımı ile ve çalışanlar, müşteriler ve toplumun memnun edilerek karlılığa ulaşılmasıdır.

Kalite Güvencesi ile Toplam Kalite Yönetimi arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bunlar (Günel, 2007: 40);

Kalite Güvencesi	Toplam Kalite Yönetimi
Standartları karşılar	Sürekli Gelişme
Geriye dönük performans analizi	Hizmet sunulurken performans analizi
Katı planlama	Esnek planlama
Mesleki otorite	Katılım
Liderler zorlayıcıdır	Liderler destekleyicidir
Hata çalışanlardadır	Hata sistemden kaynaklanır
Kalite maliyetlidir.	Kalite tasarruf ağılar
Müşteriler problem yaratır	Müşteri tatmini esastır
Kararlar tahminlere dayanır	Kararlar verilere dayanır.
Departman içinde gelişme	Departmanlar arası gelişme
Bireysel sorumluluk	Ortak sorumluluk
Hataların düzeltilmesi	Hataların önlenmesi

Şekil 1.12. Kalite Güvencesi ve Toplam Kalite Yönetimi Arasındaki Farklılıklar

Kaynak: (Günel, 2007: 43)

1.9.3. ISO STANDARTLARI

ISO (International Organization or Standardization), 23.02. 1947' de kurulmuş, bir Uluslararası standardizasyon organizasyonudur.

ISO standardında ISO 9000, resmi kalite yönetim sistemi geliştirilmesi için ve başka organizasyonların değerlendirilmesinde bir esas olarak kullanılabilir bir model vermektedir. ISO 9000 mamüle değil firmaya verilmektedir.

ISO 9000 serisi aşağıdaki dört temel standarttan oluşmaktadır;

- ISO 9000: Kalite Yönetim Sistemi – Temel Tanımlar Sözlük
- ISO 9001: Kalite Yönetim Sistemleri – Gereklilikler
- ISO 9004: Kalite Yönetim Sistemleri – Performans Geliştirme İçin Rehber
- ISO 19011: Kalite ve Çevre İçin Rehber

ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi' nin amaçlarını ve uygulanmasını özetler nitelikte sekiz temel prensibi vardır. Bunlar;

Çalışanların Katılımı: Kuruluş çalışanların bilgi ve yeteneklerini geliştirerek kullanmalarını sağlamalı ve tüm çalışanlara bu konuda destek olmalıdır. Çünkü kurumların varlığı çalışanlara bağlıdır.

Liderlik: Liderler kuruluşün yönünü belirlemeli, tüm işletme içinde bir amaç tutarlılığı oluşturmalı ve çalışanların kuruluş amaçları için çaba sarfetmelerini sağlayacak ortamı oluşturmalıdır. Çünkü kuruluşün başarısı liderlere bağlıdır.

Müşteri Odaklılık: Kuruluşlar müşteri ihtiyaçlarını anlamalı, karşılayabilmeli ve aşabilmelidir. Çünkü kuruluşlar müşterileri için vardır. Kamu hizmetlerinde kaliteye ilişkin sorunların incelenmesinde uygun bir müşteri tanımının yapılması gerekmektedir.

Süreç Yaklaşımı: Süreç yaklaşımı üç aşamayı kapsamaktadır. Bunlar süreçlerin belirlenmesi, etkileşimlerinin belirlenmesi, sırasının belirlenmesidir. Süreç yaklaşımı örgüt yönetiminde bazı yararlar sağlayabilir. Bu yararlar;

En üst yönetimden itibaren sorumlulukların paylaşımı, koordinasyon ve birlikteliği, süreçlerin etkin hale getirilmesi, süreçlerde bir değişiklik yapılacağı zaman potansiyel etkilerin ve optimizasyon seçeneklerinin görülmesidir. Süreç yaklaşımı kuruluşların verimlilik ve etkinliğini artırır. ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi sistem kurma çalışmalarına süreç yaklaşımı ile bakar, mevcut süreçlerin performanslarının ölçülmesine ve sistemin sürekli iyileştirilmesine imkan tanır.

Sistem Yaklaşımı: Süreç yaklaşımının tamamlayıcısı olan sistem yaklaşımı bir kuruluşun etkinliğini en üst düzeye çıkarır. Bu nedenle kuruluş birbiri ile ilgili süreçleri belirlemeli ve bunları bir sistem olarak ele almalıdır ve ilgili süreçlerin yönetiminde sistem yaklaşımını kullanmalıdır.

Verilere Dayalı Karar Verme: Kuruluş içgüdüsel ve hislere dayalı karar almamalı, verilere ve gerçeklere dayalı olarak karar almalıdır. Bu şekilde hata yapma olasılığı en aza indirilerek kuruluşun etkinliği artırılır.

Tedarikçilerle İşbirliği: Kuruluş tedarikçileri ile karşılıklı iyi ve yararlı ilişkiler kurmalıdır. Çünkü kuruluş tüm faaliyetlerini tedarikçilerle yürütür.

Sürekli İyileştirme: Günümüzde rekabet ortamında varlığını sürdürebilmek için sürekli iyileştirmek şarttır. Bu nedenle kuruluş sürekli iyileştirmeyi iş yapma şekline yansıtmalıdır (Bal, 2006: 18-22).

ISO 9000 Kalite Sistem Standartları yayınlandığı günden beri en fazla ilgi gösterilen uluslararası standartlardır. ISO 9000 serisini, ISO üyesi ülkelerin katılımı ile oluşturulan teknik komite (ISO/TC/176) geliştirmiştir. ISO 9000 bir standartlar serisidir ve değişik aşamalarına yönelik 9001,9002,9003 ve 9004 kodlu elemanları

bulunmaktadır. ISO 9000 standardı ile kalitenin sürekliliği yani tüm çalışanların yerleri değiştirilse dahi, yerlerine gelecek çalışanların kalite sistemini ve ürün veya hizmeti eskisi gibi üretimde kullanabilmesi hedeflenmektedir.

TS – EN – 9000 Kalite standartları, etkili bir yönetim sisteminin nasıl olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu ifadeye yer alan TS ibaresi Türk Standartlarını, EN ifadesi Avrupa Standartlarını ve ISO ifadesi de bu standartları yayınlayan, Uluslararası Standart Organizasyonunu ifade etmektedir. Türk Standartları Enstitüsü ISO'nun üyesi ve ülkemizdeki tek temsilcisidir. Sağlık kuruluşları faaliyet gösterdikleri alanlarla ilgili ISO standartlarını takip edebilir ve Türk Standartları Enstitüsü tarafından belgelendirmeyi talep edebilirler.

ISO 9001 standartları 2000 yılında güncellenerek ISO 9001: 2000 adını almıştır (Yalkın, 2010: 82-83).

1.9.4. ISO 9000

ISO 9000 serisi ilk olarak 1987 yılında oluşturulmuş ve kabul görmesinin ardından özellikle Avrupa Birliği ülkelerinde hızla yayılmıştır.

ISO halen 135 ülkeden, her ülkeden bir üye olmak ve eşit oy hakkına sahip olmak üzere, ulusal standart kuruluşlarının katılımı ile faaliyetlerini sürdürmektedir. ISO daha çok mal ve hizmetlere yönelik bir sistem değil, örgütsel süreçleri değerlendiren bir sistemdir.

ISO 9000 sunduğu açılımlarla hizmet işletmeleri tarafından hızla benimsenmiş ve sadece geleneksel imalat işletmelerine yönelik olmaktan çıkmıştır ve küresel anlamda rekabet avantajını sağlamıştır.

Bu konuda öncü devlet kuruluşlarının ve uluslararası şirketlerin uygulamaları diğer işletmeleride aynı şeyleri yapmaya zorlamıştır.

1987 yılında yayınlanmış ISO 9000 standartları bünyesinde bulunan kalite güvence modelleri (ISO 9001, 9002,9003) ülkemizde ilk defa 1990 yılında başlamış ve 2007 yılında 68 kuruluş ISO 9001: 2000 belgesi almıştır.

Böylelikle hastanede tüm süreçlerin belirli göstergeler ve standartlara göre izlenmesi sağlanmış, tüm sağlık kuruluşları aynı standarda kavuşmuştur ve sürekli iyileştirme için gerekli alt yapı çalışmalarının temelleri atılmıştır (Etöz, 2008: 24-25).

1.9.5. Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi'nin Başarıya Ulaşması İçin Gerekli Faktörler

Doktorların Toplam Kalite Yönetimi konusundaki dirençlerinin aşılabilmesi için, bu direncin nedenlerinin iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Her yenilikte olduğu gibi, Toplam Kalite Yönetimi uygulamasında bazı dirençlerle karşılaşması doğaldır. Geleneksel yapıları gereği doktorlar bağımsız hareket eden ve hastalarına karşı kendini sorumlu hisseden bir meslek grubudur. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi uygulamasında aşağıdaki unsurlar başarıya ulaşmada anahtar görevi görmektedir:

İleri Görüşlü Liderlik Anlayışı: Üst düzey yöneticiler Toplam Kalite Yönetimi için vazgeçilmez bir unsurdur. Sistemin başarısızlığında en önemli unsur ileri görüşlü lider kadrosunun olmayışıdır.

Müşteri Odaklı Kurumsal Kültür: Kurum çalışanlarının ödüllendirilmesi müşteri memnuniyeti ile bağlantılı hale getirilmelidir.

Çalışanların Tam Katılımı: Toplam Kalite Yönetiminde başarı sağlamak için tüm çalışanların katılımı şarttır. Başarıya ulaşmak için ekip çalışması ön planda tutulmalıdır. Profesyonel ekiplerle kurum içinde Toplam Kalite Yönetimi felsefesi yayılmalıdır. Bu ekiplerde farklı fonksiyon gruplarında elemanlar ve üst düzey yöneticiler bulunmalıdır.

Doktorların Kalite Çalışmalarında Aktif Olarak Görev Almaları: Toplam Kalite Yönetiminin uygulamasının sağlık sektöründe başarıya ulaşabilmesi için doktorların kalite çalışmalarına katılımlarının, kalite konseylerinde, eğitim ekiplerinde ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi amaçlı kalite çemberlerinde yer almalarının sağlanması gerekmektedir.

Sürekli İyileştirme Yaklaşımı: Toplam Kalite Yönetimi sürecinde daima daha iyiyi hedefleyen bir düşünce tarzı oluşturulmalıdır.

Sistem ile Bütünleşme: Toplam Kalite Yönetimi'nin başarıya ulaşabilmesi için kurumun kütlerine şekil veren yönetim sisteminin Toplam Kalite Yönetimi ile aynı çizgide olması sağlanmalıdır.

Doktorların Toplam Kalite Yönetimi'nin kendilerine aşağıdaki konularda fayda sağlayacağına inanmaları gerekir;

Hastanenin işleyişinde daha güçlü bir etkiye sahip olabileceklerdir.

Mesleki uygulamalarında kontrolü daha fazla ellerinde tutabileceklerdir.

Hastalar hastaneden memnun ayrılacaklardır.

Sağlık hizmeti verirken daha kaliteli bir destek hizmeti alacaklardır.

Refere edilen ve kurumu seçen hasta sayısı artacaktır.

İşler düzenli yürüdüğünden hastalarla ilgilenecek daha fazla zamanları olacaktır.

Hastanede hem klinik, hem de idari yönden kaliteli bir hizmet verilmeye başlanacaktır (Tengilimoğlu, 2012: 324-325).

1.10. KAİZEN – SÜREKLİ İYİLEŞTİRME STRATEJİSİ

2. Dünya Savaşına kadar Japonlar dünya pazarında kötü bir üne sahipti. Yaptıkları ve ihraç ettikleri her şey ucuz ve kalitesizdi. Amerika’ da başlayan kalite hareketlerinin dünyada yayılmaya başlamasıyla Japonlarda iş dünyasında ayakta kalabilmek için sürekli ilerlemenin şart olduğunu anlamışlar ve bu sistemi kendi ülkelerinde uygulamaya başlamışlardır.

2. Dünya Savaşı’ndan sonra birçok Japon şirketinin işçileri ve yöneticileri birlikte hareket ederek her gün önlerine çıkan yeni zorluklarla mücadele ederek her gün ileriye doğru bir adım attılar ve bir yaşam tarzı olarak Kaizen ortaya çıktı (Kesim, 2011: 50).

Sürekli iyileştirme stratejisini ilk ortaya atan SHEWHARD’tır. Bu stratejiyi doğru bir biçimde özümseyerek 1950 yılında Japonlara aktaran ise DEMING olmuştur (Tengilimoğlu, 20012: 312).

Savaş sonrası Japonya ülke olarak fakir düşmüştü ve ileri teknolojileri üretecek veya satın alacak güce sahip değildi. Bu durumun yanına Japon halkının gelenekleri ve yaşam tarzları da eklenince, Japonların küçük ama sürekli gelişme adımlarına dayanan Kaizen anlayışı ortaya çıktı (Şimşek, 2007: 141).

1.10.1. Kaizen – Sürekli İyileştirme Kavramı

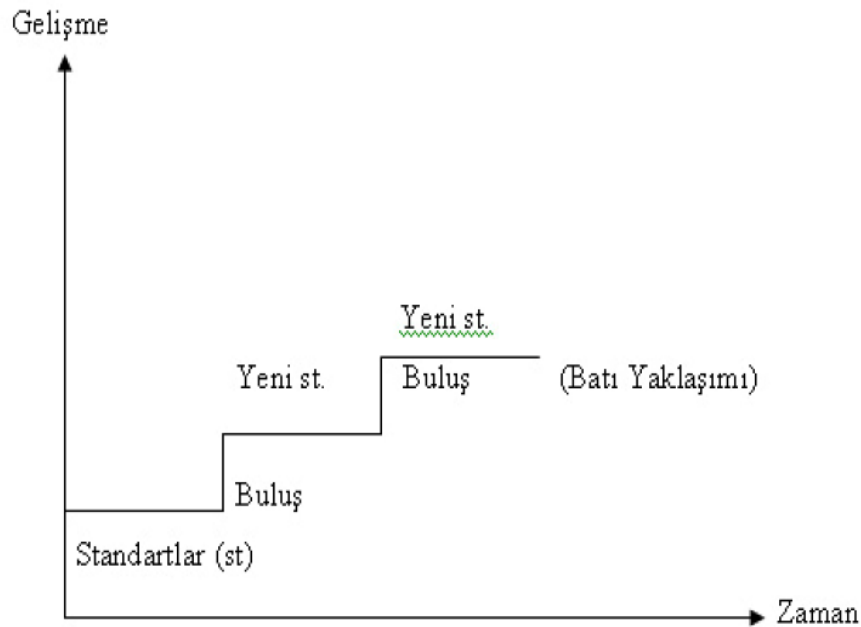
Masaki Imai, Japonya’da yıllar içinde kullanılan ve geliştirilen yönetim felsefelerini bir araya getirerek Kaizen kavramı altında birleştirmiş ve bu kavramı işletmedeki herkesi kapsayan sürekli iyileştirme olarak tanımlamıştır (dosya.sakarya.edu.tr).

Kaizen Japonya’ nın rekabetteki başarısının anahtarıdır ve iş, özel, sosyal yaşamdaki sürekli iyileştirme faaliyetleridir. Japoncada; Kai (değişim) ve zen (daha

iyi) kelimelerinin bir araya getirilmesinden oluşan Kaizen kavramı, Türkçe’de sürekli iyileştirme, sürekli gelişme olarak kullanılmaktadır.

Kaizen düşüncesinin anlaşılması ve benimsenmesi Toplam Kalite uygulamalarından istenen yararın sağlanmasının gerçek şartlarındandır. Kaizen’in temel koşulu şu anki durumu yeterli bulmayıp daha ileriye götürmektir. Kaizen’e göre en mükemmel sistemde dahi iyileştirilecek taraflar vardır, hiçbir sistem tamamen kusursuz değildir. Burada dikkat edilmesi gereken sonuçlar değil süreçlerdir. Süreçler başarılı olursa kesinlikle başarılı sonuçlar alınacaktır (www.erays.com.tr).

Japonlar Kaizen’i uygularken sıçramaların büyüklüğü ile değil sıklığı ile batıya göre daha büyük ölçüde ilerleme kaydetmişlerdir. Atılan adımların küçük ve sık olması tüm çalışanların ve örgütün gelişmelerle bütünleşmesini sağlamaktadır (Kavrakoğlu, 1998: 12)



Şekil 1.13. İyileştirmede Batı (Yenilik) Yaklaşımı
kaynak: (dosya.sakarya.edu.tr)

Kaizen'in gerçekleşmesi için 3 temel koşulu sağlamak gerekmektedir. Bunlar:

İnsan Kaynaklarını Geliştirmek: İnsan kaynakları bir kuruluşun en değerli varlığıdır. Her Őeyi yapan insandır. Her alışanı sürekli iyileştirme faaliyetlerinin bir parçası haline getirmek gerekir.çalışanlar hizmet içi eğitimlerle desteklenerek problem çözmeleri sağlanmalı ve problem çözöldükten sonra bir daha o problemle karşılaşmamak için sonuçlar standart hale getirilmelidir (www.erays.com.tr).

Mevcut Durumu Yetersiz Bulmak: En mükemmeli işleyen sistemde dahi geliştirilecek taraflar vardır. Hiç bir sistem tamamen kusursuz değildir. Sistem küçük ve sık adımlarla her gün daha ileriye gtrölmelidir.

Problem özme tekniklerini yaygın bir biçimde kullanmak: İyileştirme yapmak için belirlenen problemlerin, sorunların çözümü gerekmektedir. Bu problemlerin ve sorunların çözümü için bazı araç ve tekniklerin kullanılması gerekir. Bunlar problem çözmede kullanılan yedi istatistiksel araç olarak ifade edilen etkin problem çözme teknikleridir. Yedi istatistiksel araç; Histogramlar, kontrol tabloları, saçılma diyagramları, sebep sonuç diyagramları, grafikler, kontrol çizelgeleri ve pareto diyagramlarıdır (Kesim, 2011: 54).

Kaizenin başarısı üç önemli etkene bağlıdır. Bunlar;

1. Üst yönetim Kaizen konusunda bilgili olmalı, Kaizen çalışmalarını nasıl değerlendirmesi gerektiğini bilmeli ve personele anlatarak bu konuda onları teşvik etmelidir.

2. Tüm alışanlar Kaizen'i anlamalı, Kaizen için olumlu tutum geliştirmelidir.

3. Herkesin Kaizen'i günlük çalışmalarda anlaması ve uygulaması değil her Şeyden önce Kaizen'in altında yatan ruhu ve fese feyi anlaması gerekmektedir (dosya.sakarya.edu.tr).

Toplam Kalite Kontrol insanla başlar, ancak insan faktörü yerine oturursa işin diğer kısımları olan donanım ve uygulama kurallarından bahsedilebilir (www.erasys.com.tr).

Kaizen insan odaklı, sürece öncelik veren küçük ve sık adımlı, işbirliğini öngören sürekli daha iyiyi arama gayretidir.

Kaizen küçük ve sık adımlı olduğu için etkisi yavaş yavaş ortaya çıkar ve sonuçları hemen fark edilmez. Tüm sonuçlara geçici gözüyle bakılarak ulaşılan her sonuç daha iyiye ulaşmak için birer basamak olarak görülmektedir. Kaizen fazla yatırım gerektirmez, tüm çalışanların katılımını sağlayarak, kalite çemberleri oluşturarak, birimler arası iletişimi sağlayarak sorunların çözülmesini sağlar (dosya.sakarya.edu.tr).

Sürekli iyileştirme kalite geliştirme çabaları için mutlaka gereklidir. Sorunlarla birlikte yaşam alışkanlığına karşı çıkar ve en büyük kronik sorunu hedefler. Projeler oluşturarak sorunları programlı olarak ele alır, ani ve büyük değişiklikleri önler.

Toplam Kalite Yönetimi Kaizen'i ilke olarak içinde barındırmaktadır. Masaki Imai sürekli iyileştirmeyi toplam kalite yönetimine kazandırmıştır (Keskin, 2010: 27-28).

1.10.2. Kaizen ve Yenilik Yaklaşımları

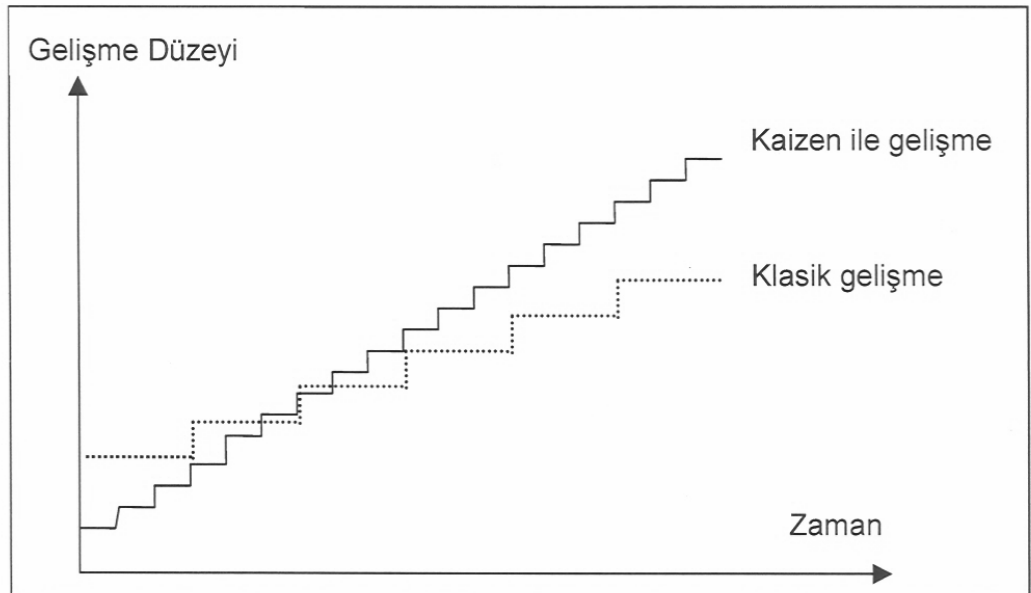
İlerleme konusunda kademeli ilerleme ve tek bir büyük adımda ilerleme olmak üzere iki yaklaşım bulunmaktadır. Tek büyük adım yenilik anlamına gelmektedir. Yenilik çarpıcı ve daha fazla ilgi odağıdır. Kaizen ise ilk bakışta etkileyici gözükmez, sonuçları yavaş yavaş ortaya çıkar ve hemen fark edilmez.

Örneğin orta düzeyde bir yönetici bilgisayar destekli üretim (CAM), bilgisayar destekli tasarım (CAD) ve malzeme gereksinimlerini planlama (MRP)

gibi projeleri yönetime kolaylıkla kabul ettirebilir. Çünkü bu projeler sistemi tümüyle değiştirecek yenilikçi projelerdir. Buna karşılık, bir fabrika müdürünün işçilerin makineleri kullanımında küçük bir değişiklik yapmak üzere iş dağılımını gözden geçirmek veya üretim yöntemlerini yeniden düzenlemek gibi konularda yönetimin desteğini alması zor olabilir. Çünkü bunların her ikisinde işçilerin yeniden eğitim ve öğretim görmelerini gerektirir.

Japon şirketlerinde kademeli ilerleme, batılı şirketlerde ise tek büyük adımda ilerleme tercih edilmiştir.

Yenilik atılım faaliyeti olup, etkileri yoğun rekabet sonucunda azalır fakat Kaizen sürekli gayretlerin biriken etkisiyle yıllar geçtikçe gelişme eğilimi gösterecektir. Kaizen felsefesi yavaş gelişen ekonomiler için daha uygun iken, yenilik hızla gelişen ekonomilere uygundur. Enerji ve malzeme maliyetlerinin yüksek, pazarın durgun olduğu yavaş gelişen ekonomilerde Kaizen'e yapılan yatırım yenilikle kıyaslandığında kendini daha çabuk ödemektedir (Akbaba, 2010: 33-35).



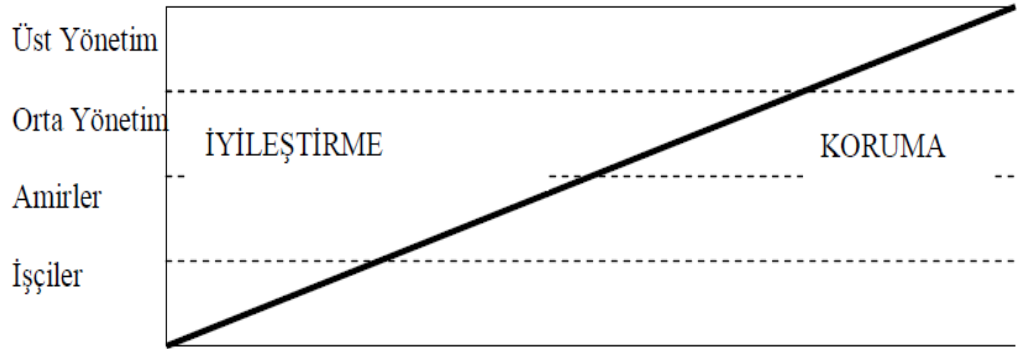
Şekil 1.14. Kaizen ve Klasik Gelişme
Kaynak : (Keskin, 2010: 30)

Kaizeni uygulayabilmek için karmaşık teknikler ve büyük yatırımlar gerekmemektedir. Sadece problem çözme araçları gibi basit teknikler ve sürekli bir çaba ile işe adanmışlık gerekmektedir. Yenilik ise ileri teknoloji ve büyük yatırımlar gerektirir.

Sonuç olarak Kaizen ve Yenilik yaklaşımlarını kıyaslarsak;

- Kaizen’de küçük adımlarla kademeli olarak ilerleme sağlanırken Yenilikte daha yükseklerle varmak amacıyla yatırım maliyetlerinin ağırlığına rağmen büyük sıçramalar hakimdir,
- Yaratıcılığa oranla uyarlama yeteneği Kaizende hakimdir,
- Kaizen insan odaklı yenilik ise ileri teknoloji ve para odaklıdır,
- Kaizen’de takım çalışması, yenilikte ise bireysel çalışmalar önemlidir,
- Şirketler yenilik yaklaşımını benimsediklerinde yeni teknoloji arayışlarına, Kaizen’i benimsediklerinde ise mevcut olan teknolojiyi iyileştirme arayışlarına yönelirler,
- Kaizen’de yeniliğe göre daha kapsamlı bilgi paylaşımı vardır.

Yönetimde koruma ve iyileştirme olmak üzere iki temel unsur vardır. Koruma işletme faaliyetleri ve yönetimle ilgili kriterlerin sürdürülmesine, iyileştirme ise mevcut kriterlerin iyileştirilmesine yönelik faaliyetleri kapsamaktadır. Yönetim koruma faaliyetleri çerçevesinde işletmedeki tüm çalışanların kuruluşun işleyişi ile ilgili kriterleri ve standart işletme talimatlarını takip etmesini sağlamalıdır (dosya.sakarya.edu.tr).



Şekil 1.15 Koruma ve İyileştirme
Kaynak: (dosya.sakarya.edu.tr)

1.10.3. Kaizen ve Süreç Öncelikli Yönetim

Belirli ürün ve hizmetlerin meydana getirilmesinde, tüm üretim mekanizmalarının birlikte hareket ederek yaptığı ve birbirini takip eden işlemlere süreç (proses) denilmektedir. Proses öncelikli düşünme tarzı, çalışanların amaçlar ve araçlar, hedefler ve standartlar, proses ve sonuç arasında bağ kurmasını sağlar ve çalışanların tüm faaliyetlere objektif bakmasını sağlar.

Süreç değişkenliğinin azaltılması ve süreç süresinin kısaltılması süreç geliştirmedeki temel amaçtır. Böylece süreçten kaynaklanan hatalar azalır, ürün ve hizmet kalitesi yükselir.

Süreç geliştirmek için bazı işlemlerin yapılması gerekmektedir. Bunlar;

Kuralları ve kaynaklarının kullanımını geliştirmek, artı değeri, hataları ve alınacak önlemleri araştırmak, yeni hedefler belirlemektir.

Ürün ve hizmetlerin kalitesini kontrol altında tutmak için süreçlerin normal değişkenliğinin bilinmesi gerekmektedir.

Süreç geliştirme amacıyla, süreçler açıklanmakta, değişkenlikleri ölçülmekte, değişkenlikleri tanımlanmakta, normal olmayan değişkenlikler için düzeltmeler yapılarak süreç gelişmesi sağlanmaktadır. Bu amaçla süreçlerin normal değişkenliğinin bilinmesi gerekmektedir ve bu bilgi süreç hakkında verilen kararlarda kullanılmalıdır (Akbaba, 2010: 35-36).

1.10.4. Kaizen ve Katılım

Kaizen işçilerden, amirlere, orta kademe yönetimlerden üst yönetime kadar herkesin katılımını gerektiren sürekli bir süreçtir ve herkesin bu faaliyetin içerisinde farklı görevleri ve sorumlulukları vardır.

Üst yönetim, bu sürecin politikasını, hedeflerini, fonksiyonlarını belirler ve bunlar için gerekli kaynağı sağlayarak bu sürece yön verir. Ayrıca üst yönetim Kaizen'i işletmede uygulama kararı alır ve tüm çalışanların bu sürece aktif katılımını sağlar, bu sisteme uygun sistemler, yapılar kurar.

Orta kademe yönetim ise; çalışanları Kaizen konusunda bilgilendirir ve problem çözme araçlarını kullanmaları için çalışanları destekler. Üst yönetim tarafından belirlenen politikaları, hedefleri birimlere yayarak işlemin yürütülmesini sağlar. Standartlar oluşturarak bunların korunmasını, iyileştirilmesini sağlar ve eğitimlerle çalışanların gelişimine katkıda bulunur. Amirler ise çalışanlarla iyi iletişim kurarak çalışanların morallerini yüksek tutar, Kaizen önerileri konusunda çalışanlara rehberlik eder, işyerinde disiplini sağlar, bireysel öneri sistemlerini destekler.

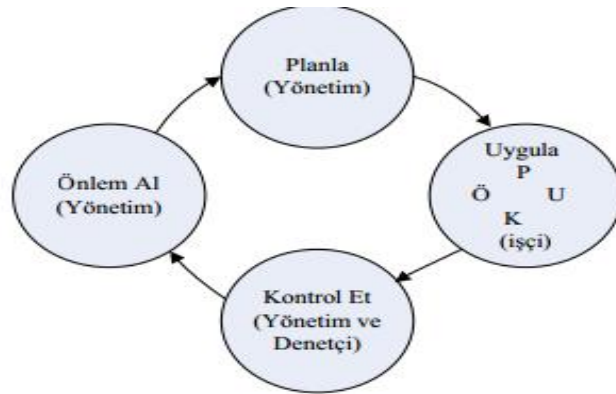
Son grup olan işçiler ise; Problemleri daha iyi çözebilmek, yetenek ve tecrübelerini arttırabilmek için kendilerini sürekli geliştirerek öneri sistemleri ile Kaizen sürecine dahil olurlar. İyi planlanmış Kaizen programı üçe ayrılır;

1.10.4.1. Yönetim Öncelikli Kaizen

Kaizen işletmede çalışan herkesin işi olduğu için yöneticide dahil olmak üzere herkesin işini geliştirmesi gerekmektedir. Toplam Kalite Kontrol ve Kaizen uygulanmaya başlandığında üst yönetimin tam anlamıyla sahiplenmesi gerekmektedir. Üst yönetim Kaizen'in uygulanması için kararlı davranmazsa Kaizen kuruluştaki tüm çalışanlar tarafından benimsenmeyecektir. Üst yönetim Kaizen felsefesinin işletmelerde yerleşmesine önem vermedikçe Kaizen'e yönelik her türlü çaba sonuçsuz kalacaktır. Kaizen'in uygulanışı üst yönetimden alt yönetime doğru olmakla birlikte, Kaizen için öneriler, iyileştirme fikirleri aşağıdan yukarıya doğru olmalıdır.

1.10.4.2. Grup Öncelikli Kaizen

Grup öncelikli Kaizen, Kalite Kontrol Çemberleri, öneri sistemleri ve bazı istatistiksel araç olan yedi istatistiksel araç, yeni yedi araç gibi metodlarla faaliyetleri yürüten küçük gruplardır. Bu yaklaşım tam bir PUKÖ döngüsünü gerektirmektedir.



Şekil 1.16. Yeniden düzenlenen PUKÖ döngüsü

Kaynak (Kesim, 2011: 73)

Bu yaklaşımda çalışanlar problem çözme ve karar alma gibi süreçlerden geçerler. Burada çalışanlar kendi işleri ile ilgili problemlerin çözümünde Kalite Kontrol çemberleri ve diğer grup faaliyetlerini kullanırlar. Grup katılımı ile alınan kararlar işletmeye bir takım yararlar sağlamaktadır. Her bir bireyin farklı görüş noktaları ve algıları problemin çok yönlü kavranmasına imkan sağlar ve çözümün araştırılması bireylerin katılımı ile olursa bu çözümün uygulanması daha kolay olur. Kalite kontrol çember faaliyetleri gönüllü olduğundan yönetim bu konuda çalışanları zorlayamaz. Yönetim Kalite Kontrol Çemberleri ilk meyvalarını verdiğinde bu faaliyetleri için çalışanlara yön gösterebilir ödül ve takdir mekanizmalarını işletebilir (Kesim,2011: 69-74).

1.10.4.3. Birey Öncelikli Kaizen

Kaizen kavranmını ortaya koyan Masaki Imai insan faktörünün kalite üzerindeki etkisini şu şekilde ifade etmiştir: Kalite konusunda ilk akla gelen ürün ya da hizmet kalitesi olmaktadır.

Fakat ürün ya da hizmet tasarımında insan faktörü etkilidir. Bu nedenle de ürün ya da hizmet kalitesi için ilk önce insan kalitesi ele alınmalıdır. Bir işi oluşturan üç yapı taşı vardır. Bunlar insan, uygulama kuralları ve donanımdır. Bunlardan insan kaynakları en ön sırada gelir. Çünkü ancak insan faktörünün kalitesi doğrultusunda diğer faktörlerin kalitesi ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle insanların Kaizen bilinci edinmeleri kaliteyi sağlamaları için gereklidir (Akbaba, 2010:37)

1.10.5. Kaizen'de Problem Çözme Araçları

Problemi beklentilerin ve isteklerin veya sonuçların, önceden tanımlanmış kabul edilebilirlik, alanı dışında olması halidir. Toplam Kalite Yönetimi, insanların davranışlarını tecrübe, his ve cesarete göre değil, doğruluğu kanıtlanmış verilere dayandırmalarını gerektirmektedir (Parlak, 2013:101).

Problem çözüme sürecinin evrelerini şöyle sıralayabiliriz:

- Problemin olduğunu anlama,
- Problemin saptanması,
- Alternatif çözüm yollarının belirlenmesi,
- Alternatif yollardan birinin tercih edilmesi,
- Tercih edilen çözüm yolunun uygulanması,
- Çözüm yolunun değerlendirilmesi (Akbaba, 2010:38-39).

Problem çözmek için iki değişik yol vardır. Bunlardan birincisi verilerin mevcut olduğu, ikincisi ise verilerin mevcut olmadığı durumlarda kullanılan problem çözüme araçlarıdır. Veriler mevcut olduğunda veriler analiz edilerek problem çözümlenir ve bu problem çözüme araçlarına “yedi istatistiksel araç” denilmektedir. Veriler mevcut olmadığı zaman kullanılan problem çözüme araçlarına ise “yeni yedi araç” adı verilmektedir (Doğanay, 2008: 164).

Yedi İstatistiksel Araç

Verilerin mevcut olduğu durumlarda kullanılan problem çözüme araçları “yedi istatistiksel araç” aşağıdaki gibi sıralanabilir.

Pareto Analizi: Pareto analizinde ilk olarak iyileştirilmek istenen konuya sebep olan tüm unsurlar gruplandırılır, liste yapılır ve bunların hangi sıklıkta geliştiği hesaplanır. Daha sonra bu gruplar sıklık derecesine göre büyükten küçüğe doğru sıralanarak toplam sıklık içindeki payı hesaplanır. Buradaki amaç problemlerin nedenini birçok neden içinden ayırabilmektir.

Sebebi Sonuç Diyagramları: Sebebi sonuç diyagramları vasıtasıyla problemle ilgili tüm konular incelenmekte ve fikir üretme yöntemleri (beyin fırtınası vs) gibi yöntemler kullanılarak, bilinmeyenlere doğru sistematik bir yaklaşımla sorunun ana kaynağına doğru ulaşılmaya çalışılarak, problem çözümlenmeye çalışılmaktadır.

Histogramlar: Histogramların meydana gelmesinde ortalama, mod, medyan, dağılım aralığı, standart sapma vb. istatistiksel işlemlerden yararlanılmaktadır. Genellikle bir problemde bir olayın oluş sıklığı ve belirlenen zaman aralığında tanımlanan problemin ne sıklıkta meydana geleceğini hesaplamak ve çıkan sonucu başka bir dağılım şekli ile karşılaştırmak için kullanılan istatistiksel işlemlerdir.

Kontrol Şemaları: Kontrol şemaları istenen nitelikte ürün ya da hizmet üretebilmek için işleyen sürecin istatistiksel olarak incelenmesi kontrol ve analiz edilmesi için kullanılan araçlardır. Sürecin ne zaman ayarlama gerektirdiğini göstermektedir. Kontrol sınırları dışındaki kısımlar kalite sorununu göstermekte ve önlem alınmasını işaret etmektedir.

Dağılım (Serpilme) Diyagramları: Bir süreçte inceleme konusu olan iki problemin birbirleriyle olan ilişkisini açıklamak için kullanılan yöntemdir.

Grafikler: Problemin türüne ve analizin amacına göre değişik şekilde çizgi, çubuk, daire, radar gibi pek çok grafik tipi kullanılır.

Kontrol Çizelgeleri: Meydana gelen gelişmelerin rutin kontrolü için yapılan basit, eldeki verileri kaydederek belirli olayların ne sıklıkta tekrarlandığını gösteren çizelgelerdir.

Yukarıdaki bu istatistiksel araçların tümü kalite kontrol çemberleri, üst ve orta yönetim tarafından sıklıkla kullanılan araçlardır. Kaizen uygulanan kuruluşlarda çalışanlar, günlük işlerinde bu araçları kullanmak için eğitilmelidirler.

Yeni Yedi Araç

Yeni yedi araç, yönetim öncelikli Kaizen'de kullanılır. Verilerin mevcut olmadığı, sözlü, kişilerin düşüncelerinde olan, istatistiksel rakamlarla ifade edilemeyen yönetim sorunlarının mantıklı bir karara bağlanabilmesi için anlamlı bir formla şekillenmesi gerekmektedir. Daha çok yöneticilerin, bazende çalışanların kullandıkları

“Yeni Yedi Araç” karmaşık problemlerin detaylı anlaşılmasını sağlamda önemli rol oynamaktadır.

Yeni yedi aracı aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz;

İlişki Diyagramı: İlişki diyagramı birçok birbiriyle ilişkili olan faktörün yarattığı karmaşık bir durumun sebep ve sonuç bağlantısına ve ara ilişkilerine açıklık kazandırır.

Yakınlık Diyagramı: Yakınlık diyagramı bir grup çalışmasıdır. Burada her üye kendi düşüncesini yazar ve sonra bu düşünceler konu ile ilgili olmasına göre gruplandırılır ve sıralanır.

Ağaç Diyagramı: Ağaç diyagramı geniş bir hedefi daha detaylı seviyelere ayırmayı amaçlar, hedefler ve önlemler arasındaki bağlantıları açıklamak için kullanılır.

Matriks Diyagramı: Matriks diyagramı iki değişik faktör arasındaki bağlantıyı açıklamak için kullanılan ve kalite taleplerini, birbirini tamamlayan unsurların içine ve sonrada üretim ve hizmet tanımlarına yerleştirilmek için kullanılan araçlardır.

Matriks Veri Analiz Diyagramları: Matriks tablosu yeterli bilgi vermediği zaman kullanılan araçlardır.

Proses Karar Program Tablosu (PKPT) : PKPT belirgi hedeflere ulaşmada planlanan programa göre yürümeyen uygulamalarda, ciddi sonuçları olan ani gelişen olaylar nedeniyle maksimum sonuçlara ulaşmak için ve bu ani gelişen olaylardan kaçınabilmek için geliştirilmiştir.

Ok Diyagramı: Bir iş akış planıdır ve bir programı tamamlamak için gereken aşamaları gösterir.

Yedi istatistiksel araç, geçmiş olaylardan ders almaya çalışır, yedi yeni araç ise belirlenmiş amaçlara daha iyi gelecek oluşturmayı amaçlar. Bu iki araç tüm kademelerdeki yöneticilerin problem çözme ve karar verme fonksiyonları ile bütünleştiğinde Kaizen için çok güçlü araçlar haline gelmektedir (dosya.sakarya.edu.tr).

Sağlık hizmetlerinde ve hastanelerde modern kalite iyileştirmeyi başlatan ilk çaba, 1987 yılında başlayıp sekiz ay süren “sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme ulusal demonstrasyon projesi” gibi görünmektedir. Bu proje, endüstride başarı sağlanan kalite iyileştirme tekniklerinin sağlık hizmetlerinde de uygulanabileceğini açıkça göstermiştir. Bu demonstrasyon projesinden, sonraki kalite iyileştirme çabaları için on önemli ders çıkarılmıştır.

- Kalite iyileştirme araçları, sağlık hizmetlerinde çalışılabilir.
- Sağlık bakım süreçlerini iyileştirmede çapraz fonksiyonlu ekipler değerlidir.
- Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme için faydalı pek çok veri bulunmaktadır.
- Kalite iyileştirme yöntemlerini kullanmak eğlencelidir.
- Kötü kalitenin maliyeti yüksektir ve tasarruflar yapılabilir.
- Doktorları katmak zordur.
- Eğitim ihtiyacı erken ortaya çıkar.
- Klinik olmayan süreçler erken ilgi çeker.
- Sağlık bakım örgütleri kalitenin daha geniş bir tanımına gerek gösterebilir.
- Endüstride olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de kalite iyileştirmenin yazgısı, her şeyden önce liderlerin ellerindedir (Kaya, 2005: 45).

Sürekli kalite iyileştirme “müşterilerin beklentilerini karşılayan ya da aşan hizmeti sağlamak için süreklilik gösteren bir çaba” veya “müşterilerin beklentilerini karşılayan ya da aşan bir mal ya da hizmeti sağlama ile ilgili süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi ise “hasta bakım

hizmetlerinin ve bu hizmetleri destekleyen örgütsel süreçlerin sunumunun sürekli olarak geliştirilmesiyle hem verimliliğin hem de sadece klinik boyutu değil finansal yönetsel ve hasta memnuniyeti ölçülerini de içeren kalitenin iyileştirilmesini amaçlayan bir sistem veya süreç” olarak tanımlanmaktadır.

Uygun şekilde uygulandığında, sürekli kalite iyileştirmenin, finansal, operasyonel performans ve rekabet edebilme gücü olarak kaliteyi arttırması ve çalışanların karar alma sürecine katılarak güçlenmesini sağlaması, aynı zamanda da müşteri ve çalışan dostu bir çevre yaratması beklenir (Kaya, Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, Yılmaz, 2013:143).

1.11.Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirmenin Temel Prensipleri

Sağlık Hizmetleri yönetiminde sürekli iyileştirme programları üç ana prensibe dayanır. Bu prensipler hasta odaklık, süreç iyileştirme ve çalışanı yetkilendirme.



Şekil 1.17. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli İyileştirme Çerçevesi
Kaynak: (Doğanay, 2008: 173)

Hasta odaklılık, sunulan tüm hizmetlerin sağlık kurumlarının nihai tüketicisi olan hastaların ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda şekillendirilerek hasta memnuniyetinin en üst düzeye çıkartılmasını ve sağlık kurumlarının hastalara karşı sorumluluk duymasını içermektedir.

Süreç iyileştirme, sistem eksikliklerinin azaltılması amacıyla yapılandırılmış süreçlerin kullanımı ile, sağlık kurumunun tüm müşterilerine en iyi hizmeti sunulabileceği inancı üzerine kurulmuştur.

Çalışanı yetkilendirme ise, sağlık kurumu içerisinde yer alan tüm çalışanların bilgi ve yeteneklerinde faydalanmayı amaçlayan çabalaradır.

Hastanelerin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi ve rakipleriyle rekabet edebilmesi, sürekli iyileştirme faaliyetlerinde bulunmasına bağlıdır (Doğanay, 2008: 173-174).

1.12. İNSAN KAYNAKLARININ GELİŞTİRİLMESİ

Sağlık hizmetleri sunumu işgücü yoğun bir faaliyettir. Hizmetin kalitesi sağlık insan kaynaklarının niteliğine bağlıdır ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde insan kaynakları önemli bir unsurdur (Yıldırım, H.H, ve Yıldırım. T. , 2011: 48).

Toplam Kalite Yönetimi, insan kaynakların güçlü hale getirilmesini amaçlar. Çalışanların işleri ile ilgili konularda, bilgi ve beceri yönünden yetiştirilmeleri ve geliştirilmeleri, ekip çalışmaları içinde tüm çalışanların kendi işinde yeterli olması işlerin aksamadan yürümesi için gerekli olmaktadır (Paksoy, 2002: 10).

İşletmenin rekabet ortamında var olabilmesi için insan kaynaklarının önemi giderek artmaktadır. Günümüzün rekabet ortamında üretim faktörleri içinde en önemli unsur insan faktörüdür. Çünkü kıt ve azalan kaynaklarının verimli kullanılması ve üretimin arttırılması tamamen insan kaynaklarının bilgisi, zekası, yaratıcılığı deneyimi ve yeteneği ile olmaktadır.

Ayrıca işletmenin sahip olduğu teknoloji ve sermaye diğer işletmelerde de olabilir. Bu durumda da insan faktörü rekabet ortamında fark yaratmakta etkili olmaktadır (Buluç, 1997: 24).

Bu nedenle işletmenin başarısı ve var olabilmesi için insan kaynakları geliştirilmelidir. Personel güçlendirme kavramı, insan kaynaklarından en yüksek verimin elde edilmesini sağlayan yönetim kavramlarından biridir. Birçok işletme yöneticisi ve bilim adamı işletmelerin rekabet etmesindeki en önemli unsurun işletmenin personeli olduğunu savunmaktadır (Karahana, 2009: 96).

1.12.1. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi Kavramı

Toplam Kalite Yönetimi içinde insan kaynaklarının amacı; maddi hataları, insandan kaynaklanan hata ve istenmeyen davranışları, müşteri kaybetmeyi ve müşteri şikayetlerini, kötü çalışma koşullarını, kaybedilen zamanı, zarar ve ziyanı sıfırlamaktır (Ersen, 1997: 59).

Son yirmi yıldır insan kaynakları yönetimi yönetimin ilk önce örgütün başarısına yardım etmesini ve rekabet avantajı sürdürme amacına odaklanması üzerine şekillenmiştir.

Bu bağlamda insancıl bir yaklaşım benimseyen, çalışanların eğitime ve geliştirilmesine önem veren bir insan kaynakları modeli rekabet açısından işletmeler için önemlidir.

Klasik insan kaynakları yönetimi personel hakkında, izin, rapor, işe geç kalma, muhasebe kayıtları, aldığı ücret vs. gibi konularda kayıt tutma şeklinde yürütülmekteydi. Bu anlayış çalışanları birer maliyet unsuru olarak görmekteydi.

Fakat modern yönetim anlayışı, çalışanları maliyet unsuru olarak değil geliştirilmesi gereken birer kaynak olarak değerlendirmektedir.

Bu yaklaşımla insan kaynaklarına daha sistematik bakılmakta ve insan kaynaklarını geliştirmek amacıyla işe alıştırma, eğitim ve kariyer geliştirme faaliyetleri ile çalışanlara, yetenek, bilgi ve beceri kazandırılarak işletmenin verimliliği artırılarak daha üst seviyelere taşınmaktadır. Bu etkinliklere insan kaynaklarını geliştirme fonksiyonu adı verilmektedir.

Bu nedenle işletmeler insan kaynaklarını geliştirecek faaliyetleri düzenlemeli ve bu konuda çalışanlara potansiyellerini keşfederek gerekli etkinlikleri sağlamalıdır (Karahana,2009: 97).

1.12.2. İnsan Kaynaklarının Eğitimi ve İnsan Kaynaklarını Geliştirme

Eğitim, insan kaynaklarının etkinliğinin ve verimliliğinin artırılmasında kullanılan etkinliklerin en önemlilerinden biridir. Eğitim vasıtasıyla çalışanların gerekli bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesi ve işletmenin başarısının yükseltilmesi amaçlanmaktadır (Ertürk, 2011: 117).

Toplam Kalite Yönetimi'ni benimseyen bir kuruluş, çalışanların zaman içinde değişim ve gelişmelere uyumunu sağlamak ve istenilen kaliteyi en ekonomik şekilde üretebilmeleri için onların ne yönde eğitileceklerini kararlaştırmak ve eğitim gereksinimlerini bu yönde planlamak durumundadır. Eğitimde amaç; çalışanlara istenilen kaliteyi üretebilmeleri için işleri ile ilgili bilinç, bilgi ve yetenek kazandırmaktır.

Eğitim programı ihtiyaca göre ve çalışanların kendi işleriyle ilgili konularda düzenlenmelidir. Toplam Kalite Yönetimi içerisinde geliştirilcek olan eğitim programının üst yönetimden, en alt düzeydeki çalışanlara kadar kuruluşteki herkesi kapsamı gerekir (Aydın, 2007: 106-107).

Örgütsel açıdan eğitim, işletmenin etkililik, etkinlik ve verimlilik açısından başarısını geliştirmeyi amaçlayan yönetim amaçlarının tümüdür. Eğitim çalışanın

işini yapabilmesi için özel yetenekler kazanarak performansını geliştirmesidir. Eğitimin işletmeye sağladığı faydalar şu şekilde sıralanabilir;

- İnsan kaynaklarının işletmenin amaçlarıyla özdeşleşmesine yardım eder.
- İşletmenin tüm kademelerinde işe yönelik bilgi ve becerileri artırır.
- İşletmenin gelişimine neden olur.
- İşletme içi şeffaflık ve güveni sağlar.
- İşgücünün maralini yükseltir.
- Ast üst arası ilişkiyi artırır.
- İşletme politikalarını netleştirir.
- Tüm işletme alanlarında geleceğe dönük bilgi sağlar.
- İşletme çalışanları, problem çözme ve karar alma konusunda daha aktif hale gelir.
- İşletme bünyesinde sorumluluk duygusunun gelişmesini sağlar.
- İşletme iletişimini destekler ve artmasına neden olur.
- Yöneticilerin liderlik becerilerini, insan kaynaklarının işletmeye sadakatini geliştirir, verimlilik ve iş kalitesini yükseltir.

İnsan kaynaklarının eğitim faaliyetlerinin başarısında, yetenekli insan kaynağının işe alınmasının önemi büyüktür. Potansiyeli yüksek olan insan kaynağına daha fazla eğitim verilebileceği gibi, eğitimin geri dönüşüde daha hızlı ve fazla olacaktır. Eğitim yoluyla işletmelerde ekonomik, toplumsal ve bireysel olarak gelişme ve kar elde etme amaçlanmaktadır.

İşletme amaçları doğrultusunda belirlenen eğitim politikalarının birbirini tamamlaması gerekir. Ayrıca üst yönetimin eğitime destek vermesi gerekmektedir. Eğitimin etkin olması gerekmektedir (Sarıhan, 2011: 33-34).

1.13. İNSAN KAYNAKLARININ GELİŞTİRİLMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Örgütler tarafından hazırlanan geliştirme programlarında, etik davranışlar, örgüt üst yönetiminin tutum ve davranışları, teknoloji, örgütsel stratejiler ve örgütsel yapı insan kaynaklarının geliştirilmesini etkileyen önemli faktörlerdir (gazi.edu.tr/~buluc).

Örgüt Üst Yönetimin Tutum ve Davranışları: Üst yönetim Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarına bizzat katılarak çalışanlara yol göstermeli ve onların bu konuda başarılı olabilmesi için her türlü konuda çalışanlara destek olmalıdır. Üst yönetimin çalışanların fikir ve kişiliklerine önem vermesi, çalışanların motivasyonu açısından fayda sağlar ve bu yaklaşım çalışanların dolayısıyla da örgütün başarısı için çok önemlidir (www.istanbul.edu.tr).

Örgütsel Yapı: Örgütsel yapı örgüt içerisinde çalışanların üstlendiği farklı roller arasındaki ilişkiyi elde tutan bir iskelet görevi görmektedir. Örgütsel yapının amacı, örgütsel hedeflere ulaşmak için çalışanların davranışlarını belirlemek ve koordine etmektir. Her şeyden önce örgütsel yapı, örgütsel amaçlara ulaşabilmek için gerekli olan çeşitli görevleri ya da süreçleri tanımlamalıdır. Bu durum işbölümü olarak tanımlanabilir. Daha sonra örgütsel yapı tanımlanan görevleri bir araya getirip koordine etmelidir. Tanımlanan görevler birbirinden ne kadar bağımsızsa o kadar çok koordinasyon gerekmektedir. Her örgüt bu iki gereksinimi sağlamak zorundadır ve örgütlerin bu sağlama yöntemleri farklı örgütsel yapıları doğurmaktadır (Kaynova, 2010: 21).

Teknoloji: Dünya genelinde artan küreselleşme eğilimi ve buna bağlı gelişen rekabet ortamında en önemli faktör teknolojidir (Kurtulan, 2009: 10).

İşletmelerde yeni teknolojilerin uygulanması, işletmede çalışan kişilerin rollerinin değişmesine ve kişiler arasındaki ilişkilerin niteliğinin değişmesine neden olmaktadır. İşletmenin değişen teknolojiye uyum sağlaması ve rekabet gücünü

korumasında temel faktör insan kaynaklarıdır. Teknolojik ilerlemeler nedeniyle artık günümüzde fiziksel güçlerin yerini beyin güçleri almaktadır (Doğanay, 2008: 190).

Örgütsel Stratejiler: Strateji üst düzey yönetimin rekabet avantajı elde edebilmek için, işletmenin yönünü ve hedeflerini belirleyerek, bunun için gerekli faaliyet ve kaynakları harekete geçirmesi ve örgütün misyon ve amaçlarıyla paralel sonuçlara ulaşacak planları gerçekleştirmesidir.

Örgütsel strateji ise, örgütün başarısı için yönetimin belirlediği yaşam tarzı ve yaklaşımlardır. Yöneticiler örgütün işlerini nasıl yapacağı, amaçlanan hedefe nasıl ulaşacağı konusunda stratejiler üretirler (Öğüt, Akgemci ve Demirsel: 281).

Etik Davranışlar: İş etiği genel manada yapılan iş için neyin doğru, neyin yanlış olduğunun bilinmesi ve doğru olanın yapılmasıdır. İş etiğine uygun davranışlar işletmelerin başarısını olumlu yönde etkilemektedir (Doğan, iibf.selcuk.edu.tr:180).

İnsan kaynakları yönetiminde başarıyı sağlamak için uyulması gereken bazı etik değerler vardır. Bunlardan en önemlileri, adalet, dürüstlük, eşitlik, insan hakları, tarafsızlık, demokrasi ve hoşgörüdür. İnsan kaynaklarının geliştirilmesi faaliyetleri planlanırken etik değerlere göre düzenlemelerin yapılması, çalışanların geliştirme faaliyetlerinde ve bu çabaların başarıya ulaşmasında önemli olmaktadır (Doğanay, 2008: 191).

1.13.1. İnsan Kaynakları Geliştirme Fonksiyonunun Diğer İnsan Kaynakları Yönetimi Fonksiyonları İle İlişkisi

Örgütler insan kaynakları geliştirme faaliyetleri düzenlerken diğer insan kaynakları yönetimi aktivitelerine de dikkat etmelidir.

Bu aktiviteler başlıklar halinde sıralanırsa;

- İnsan kaynağı seçme,
- Performans değerlendirme,

- Ücretlendirme,
- İnsan kaynaklarının planlanması,
- İş analizi, gibi konulardır (w3.gazi.edu.tr/~buluc/KONYA.DOC).

İnsan Kaynaklarının Planlanması: Örgütler insan kaynağı ihtiyacını karşılamak için planlama sürecine ihtiyaç duymaktadır. Örgütlerin gelişmesinde büyük rolü olan planlama süreci insan kaynağı ihtiyacının özelliklerini belirleme ve tahmin etmede örgütlere yol göstermektedir ve yönetimin etkinliğini artırmaktadır. Gelişen teknoloji ile birlikte örgütlerin insan kaynağı ihtiyacı daha da nitelikli bir hal almakta ve planlama konusu daha da önem kazanmaktadır. İyi bir yönetim için insan kaynağı ihtiyacı büyük bir titizlikle planlanmalıdır. Bu nedenle örgütler için insan kaynakları planlamasının yararlarını sıralayacak olursak;

Ne tür bir personel alma yoluna gidileceği konusunda (dışarıdan, yada iç transver ve yükseltme) yönetime kılavuzluk eder.

Örgütün gelecekteki personel ihtiyacının belirlenmesine yardım eder,

Örgütün meslek analizine göre amaç ve görevlerinin ve bunlara bağlı olarakta bilgi ve yetenek ihtiyacının belirlenmesini sağlar (w3.gazi.edu.tr/~buluc/YENTURK.DOC).

İş Analizi: İş analizi bir işin önemli taraflarını belirleyerek o işi tanımlama ve çözümlenme aşamasıdır. Diğer bir ifade ile bir işin yerine getirilmesi için gerekli olan koşulların niteliklerin, yeteneklerin ve faaliyetlerin incelenmesidir. İş analizi ile işi oluşturan etkinliklerin ve bu etkinliklerin başarılı bir biçimde gerçekleştirilmesi için çalışanlarda olması gereken bilgi, beceri ve diğer özelliklerin belirlenmesi amacıyla sistematik bir bilgi toplama süreci gerçekleşir. Örgütlerin başarısı ve rekabet ortamında ayakta kalabilmesi sağlıklı ve tutarlı iş analizlerine bağlıdır. Bu nedenle tüm birimlerdeki yapılan işlerin gerekliliği ve birbirleri ile olan ilişkileri açısından incelenmesi gerekmektedir. İş analizi örgütlerin vizyon, misyon ve stratejilerine ulaşmasında yardımcı olmaktadır ve yeni hedef ve stratejilere ulaşmasını

sağlamaktadır. Ayrıca yöneticilerin kalite, maliyet ve çalışanların tatmini açısından daha objektif kararlar vermesini sağlamaktadır (Konuk, 2010: 67-69).

İnsan Kaynağı Seçme: İnsan kaynağı seçimi, örgütlerde insan kaynağının verimli kullanımında önemli bir aşamadır. İnsan kaynağı seçme işe başvuran adaylar arasından işin özelliklerine en uygun adayın seçilmesi olarak tanımlanabilir. Burada işgören seçimi kadar işin niteliklerine uygun işgörenlerin işe başvurularının sağlanması da bir o kadar önemlidir (Akbaba ve Günlü, www.iibf.selçuk.edu.tr/iibf/dergi/dosyala:4).

Performans Değerlendirme: Performans değerlendirme çalışanların işteki başarılarını (performanslarını) belirleyen objektif analiz ve sentezlerdir. Çalışanların işgörmeye yeteneklerinin bilinmesi, başarılı kişilerin başarılarının karşılığını alabilmesi açısından çok önemlidir. Ayrıca performans değerlendirme, çalışanların terfi ettirilmesinin adaletli olması, eğitim konularının belirlenmesi, uyarı, işten çıkarma gibi konularda yöneticilerin daha rasyonel kararlar vermesini sağlamaktadır (Ünal, 2002: 4).

Ücretlendirme: Ücret, bireyin kuruluşa sunduğu uzmanlık becerilerinin ve çalışmalarının bedelidir. Ücret konusu kuruluş ve çalışanların insan kaynakları içinde en duyarlı oldukları uygulamaların başında gelmektedir (Aydın, 2007: 102).

Her çalışan, bağlı olduğu kuruma yetenekleri, bilgisi, becerisi ile birlikte bazı katkılarda bulunur. Bunun karşılığında ise adil bir ücret ister. Kuruluşlar ise kişiye bilgi, beceri ve yeteneklerini kullanacağı bir ortam sağlar ve kar ederek çalışanlara başarılarına göre ücret vermek durumundadır (Şahin, 2010: 138).

Örgütlerde ücretlendirmenin amacı uygun ücret politikaları ile işgörenlerin verimini ve motivasyonunu sağlamak ve örgüt performansını iyileştirmektir.

Performans açısından ücretlendirme;

Nitelikli işgörenleri seçme; Ücretlendirme vasıflı işgörenleri işletmeye çekecek seviyede ve piyasa ile rekabet edebilecek düzeyde olmalıdır.

Mevcut işgörenleri elde tutma: İşletme çalışanlarını elde tutabilmek için verilen ücretin diğer işletmelerle rekabet edebilecek seviyede olması gerekmektedir. Çünkü ücretin düşük verilmesi sonucunda işgücü devri ve bunun olumsuz sonuçları yaşanacaktır.

Motive edicilik: Verilen ücret, işgörenlerin davranışlarını teşvik edici, pekiştirici ve bu davranışların kalıcı olmasını sağlamalıdır. Bundan dolayı çalışanların başarılı performansları, örgüte bağlılığı, sorumluluk sahibi olması gibi olumlu davranışları etkili ve adil ücret politikaları ile teşvik edilmelidir.

Örgüt performansının yükseltilmesi: Çalışanlara verilen ücret ile örgüt performansı arasında anlamlı bir bağlantı vardır. Ücret artışı ile işletme verimliliğinin artması arasında çok sıkı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (enm.blogcu.com/insan-kaynaklari-ve-ucet-yonetimi/2586646).

1.13.2. İnsan Kaynaklarını Geliştirmenin Çalışanlara ve İşletmeye Sağladığı Yararlar

İnsan kaynaklarını geliştirme çalışmalarının, çalışanlara ve işletmeye bir takım faydaları vardır. Bunlar;

Çalışanlara Yararları: Çalışanlar açısından insan kaynaklarını geliştirme faaliyetlerinin faydalarını şu şekilde sıralayabiliriz;

- Kurum kültürünü aşılır,
- Beşeri ilişkileri geliştirir,
- Yeni bilgi ve beceriler kazandırır, yetenekleri ortaya çıkarır.
- Başarı oranının yükselmesini ve performansların artmasını sağlar,

- Çalışanların kendilerini geliştirme konusunda istekli olmasını ve çalışanların yeteneklerinin ortaya çıkmasını sağlar. Yöneticiler ve çalışanlar arasında iletişimi artırır ve çalışanların yetenekleri konusunda daha rasyonel kararlarla değerlendirilmesini sağlar.
- İş güvencesinin artmasını sağlar,
- Üst kademelere hazırlar ve terfi olanağı sağlar,
- Çalışanları işlerinde daha başarılı olmalarını sağlayarak morallerinin ve motivasyonlarının yükselmesini sağlar.

İşletmeye Yararları: İnsan kaynaklarının geliştirilmesi ile ilgili çalışmaların işletmelerde bir takım faydaları vardır. Bu faydaları şöyle sıralayabiliriz:

- Kalitenin yükselmesini sağlar,
- İşletmenin başarısını artırır,
- İş verimliliğini artırır,
- İşletmenin rekabet gücünü artırır
- Entelektüel sermayenin değerini yükseltir,
- Personel devir hızı azalır,
- Örgütte süreklilik ve esneklik sağlar,
- Çalışanlarda işletmeye karşı olumlu tutum yaratır,
- İşletme içerisindeki uyuşmazlıkların azalmasına katkıda bulunur (Karahan, 2009: 98).

1.14. İNSAN KAYNAKLARINI GELİŞTİRME SÜRECİ VE YAKLAŞIMLARI

İnsan kaynaklarının daha verimli ve daha tatminkar çalışmalarında, bilgi ve yetenek düzeylerinin önemi büyüktür. Bu nedenle çalışanlara ve yöneticilere kazandırılması gereken bir takım beceriler vardır ve genel olarak bu beceriler dört başlık altında toplanabilir. Bunlar;

Temel Beceriler: Bu tür beceriler, özellikle dilbilgisi, dinleme, matematik gibi becerilerdir. Çalışanlarda bu tür becerilerin eksikliği, iletişimde karışıklığa neden olmaktadır. Bu durum işletmede bireyler arası ilişkileri olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle özellikle alt kademedeki çalışan tüm insan kaynaklarına bu tür becerilerin kazandırılması gerekmektedir.

İletişim Becerileri: İletişim becerileri özellikle hizmet sektöründe çalışanlar için çok önemlidir. Özellikle orta dereceli yöneticiler ile müşteriyle yüzyüze ilişkilerde bulunan tüm çalışanlar için önem taşımaktadır. İletişim karşı tarafa iletilecek mesajın, bilgi, düşünce ve varsayımların ilgili kimselerce algılanması amacıyla, çeşitli araçlar (yazı, konuşma, görsel vs.) kullanılarak iletilmesidir. Ayrıca iletişim beşeri ilişkileri, liderliği, performans değerlendirilmesini ve işbirliğini de içermektedir.

Kavramsal Beceriler: Günümüzde işler artık daha soyut düşünmeyi gerektirmektedir. Son yıllarda soyut bilgilerin artması ve bilgisayarların da iletişim sürecine katılmasıyla kavramsal beceriler daha da önem kazanmıştır. Bu nedenle de karmaşık ve değişen çevreye uyum için bu tür becerilerin özellikle üst ve orta kademedeki yöneticilere kazandırılması büyük önem arz etmektedir.

Sistemik Problem Çözme Becerileri: Yöneticilere ve çalışanlara sistemik problem çözme becerilerinin kazandırılması; istatistiksel yöntemleri, süreç analizi gibi bilgilerin öğrenilmesinin yanı sıra insan kaynaklarının yaratıcılıklarını da ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle Kaizen stratejisinin uygulanması ve tüm süreçlerde sürekli iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi için problemlerin analizi ve çözümünde sistemik problem çözme becerilerinin, yöneticilerden çalışanlara tüm işletmedeki insan kaynaklarına kazandırılması gerekmektedir (Doğanay, 2008: 202-204).

1.14.1. Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi

İnsan kaynakları hizmetin üretim ve sunumunda, hizmetin kalitesi hususunda önemli rol oynamaktadır. Özellikle sağlık kurumlarında insan kaynaklarının geliştirilmesinin, sağlık hizmetlerinin başarısızlığında hatanın telafisinin mümkün olmaması nedeniyle çok daha büyük önemi vardır.

Sağlık kurumlarında insan kaynaklarının geliştirilmesi için yürütülmesi gereken faaliyetler aşağıdaki şekildedir;

Kurumsal Sosyalleşme: Kurumsal sosyalleşme çalışanların iş için değişen değer, tutum ve davranışlarını, kazandıkları yeni bilgi ve becerileri ve sağlık kurumunun amaçlarını gerçekleştirmek için gereken araçları, görev ve sorumluluklarını, normları ve değerleri kavramasını kapsamaktadır.

Bu kapsamda gerçekleştirilen en önemli faaliyet işe alıştırmadır. Başarılı bir işe alıştırma faaliyeti işe yeni başlayan çalışanların iş memnuniyetini ve motivasyonunu artırmakta ve çalışanın işletmede tanınarak statü kazanmasına olanak sağlamaktadır. Bu nedenle kurumsal sosyalleşme insan kaynaklarının geliştirilmesi için çok önemlidir.

Performans: Performans çalışanların görevleri ile ilgili konularda belirlenmiş ve amaçlanmış standartlara göre davranışları ve amaca yaklaşma düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Performans değerlendirme ise çalışanların gösterdiği bu seviyenin tespit edilmesidir. Performans değerlendirme çalışanların işe katkısının tespit edilmesini, işteki başarıları için teşvik edilmesini, eksik yönlerini tamamlamalarını, işgörenlerin terfi ve üst kademelere hazırlanmasını, adaletli bir ödül sistemi kurulmasını, yönetim ve çalışanlar arasındaki iletişim ve etkileşimin artırılmasını, çalışanların görevleri ile ilgili eğitim konularının belirlenerek gerekli faaliyetlerin düzenlenmesini sağlayarak insan kaynaklarını geliştirmektedir. Bu nedenle hastaneler ve diğer sağlık kurumları açısından stratejik önemi büyüktür.

Hizmet İçi Eğitim: Günümüzde sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler sağlık hizmeti veren sağlık personelinin önceden edindiği ya da iş başında öğrendiği mesleki bilgilerini yetersiz kılmaktadır. Çünkü her geçen gün bu bilgiler değişmektedir. Bu nedenle hastanelerin yenilikleri izleyerek, çalışanlara hizmet içi eğitimlerle bu yeni bilgileri kazandırması ve onları başarı olarak desteklemesi gerekmektedir. Hizmet içi eğitim, çalışanların işleri ile ilgili konularda bilgi ve becerilerin arttırarak, tutum ve davranışlarını geliştirerek, iş memnuniyetlerini yükselterek ve üst kademelere hazırlanmasını sağlayarak insan kaynaklarının gelişmesini sağlamaktadır.

Kariyer Geliştirme: Kariyer bir kişinin iş yaşamında ulaşmak istediği seviyedir. Kariyer geliştirme ise işgörenlerin kariyer seçimlerinde yol gösterici rol oynamakta ve seçilen kariyere adapte olmalarında kılavuzluk etmektedir. Kariyer geliştirme aynı zamanda insan kaynaklarının başarısını ve iş tatminini arttırır. Hastanelerde kariyer geliştirme programlarının yürütülmesi hastane ve insan kaynaklarına bir takım faydalar sağlamaktadır. Kariyer geliştirme insan kaynaklarının motivasyonunu arttırarak çalışanlara fayda sağlar. Hastaneye ise çalışanların iş tatminini yükselterek, kuruma bağlılığını arttırarak, becerilerini geliştirerek katkıda bulunur (Karahan, 2009: 99-100).

İKİNCİ BÖLÜM

2. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

2.1. Araştırmanın Kapsamı

Bu başlık altında araştırmanın konusu, amacı ve önemi, sınırlılıkları ve hipotezleri ele alınmıştır.

2.2. Araştırmanın Konusu

Sağlık, kişilerin yaşam kalitesinin oluşturulmasında ve verimli bir şekilde sürdürülmesinde özel bir öneme sahiptir. Bu nedenle sağlık hizmetleri sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu etkileyen bir alan olarak görülmelidir.

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan hayatıyla ilgili olması ve yapılacak bir hatanın telafisinin çoğu kez mümkün olmaması sağlık hizmetlerinde kaliteyi kaçınılmaz kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalayabilmek, sağlık kurumlarının sürekli iyileştirme faaliyetleri içerisinde bulunmasına bağlıdır. Toplam Kalite Yönetimi, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutar ve bir kuruluşun tüm süreçlerinde kaliteyi arttırmak, geliştirmek için tüm çalışanların katılımı, planlı ve sistematik yaklaşım ve sürekli gelişme, iyileştirme, akılcı bir yönetim anlayışı ile üretilecek olan ürün veya hizmetin önceden belirlenen hedef ve standartlara uygun şekilde elde edilmesini amaçlar. Toplam kalite çalışmalarından istenen yararın sağlanmasının şartlarından biri Kaizen düşüncesinin anlaşılması ve benimsenmesidir. Kaizen’de temel koşul mevcut durumu yeterli bulmayıp daha ileri götürmektir. En mükemmel işleyen bir sistemde dahi iyileştirilebilecek hususlar vardır. Dolayısıyla hiçbir sistem kusursuz değildir. Dikkat edilmesi gereken sonuçlar değil, süreçlerdir. Japonlar Kaizen’i gerçekleştirirken sıçramaların büyüklüğü ile değil sıklığı ile batıya göre

daha büyük ilerlemeler kaydetmişlerdir. Kaizen, iyinin en iyisi olarak her geçen gün bir önceki günden daha iyi olmak için küçük adımlarla elde edilen sürekli iyileştirme sürecidir. Kaizen stratejisinde en önemli unsur “insan kalitesi”dir. Bir işin üç yapı taşı donanım, uygulama kuralları ve insandır. Ancak insan faktörü yerine oturursa uygulama kuralları ve donanımdan bahsedilebilir. Sağlık işletmelerini değişen teknolojiye uyum sağlaması ve rekabet gücünü korumasında temel faktör insan kaynaklarıdır. Sürekli gelişme ise; işletmelerin değişimlere karşı çabuk reaksiyon vermesi, uyum sürecini rahat bir şekilde geçirebilmesi ve karşılaşılan problemlere hızlı ve akılcı çözüm önerileri üretebilmeleri, üst yönetimden en alt kademedeki çalışana kadar işletmenin her düzeyinde sürekli gelişme felsefesinin benimsetilmesi ve insan kaynaklarının bilgi ve becerilerinin sürekli geliştirilmesi ile başarılabacaktır.

Kaizen – Sürekli İyileştirme stratejisinin tüm bu özellikleri göz önüne alınarak, araştırma, Ankara’da bir kamu hastanesi olan İSO: EN: 9001 akreditasyon belgesine sahip Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Kaizen – Sürekli İyileştirme İle Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi konusunda yapılmıştır.

2.3. Araştırmanın Önemi

Hastaneler bünyesinde çok sayıda ve değişik meslek ve öğrenim grubundan insan kaynağı barındırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin toplum tarafından istenen seviyede üretilebilmeleri için hastanelerde görev yapan insan kaynağının niteliği, niceliği, örgütlenişi ve koordinasyonu çok büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle hastane yönetiminin bünyelerinde barındırdıkları çok çeşitli uzmanlık alanlarına, mesleklere ve eğitim düzeylerine sahip insan kaynaklarının birlikte aynı amaca doğru yönelmesi, aralarında uyumlu iletişimin sağlanması gerekmektedir.

Çağdaş yönetim teknikleriyle yönetilmesi gereken hastanelerde insan ve kalite odaklı, Kaizen stratejisini ilke olarak içinde barındıran Toplam Kalite Yönetimi’nin etkili bir şekilde uygulanması son derece önemlidir.

Toplam kalite etkinliklerinden istenen yararın sağlanması için işletmelerde Kaizen bilincini yerleştirilmesi gerekmektedir.

Kaizen – Sürekli İyileştirme stratejisi; süreçlerin, çalışanların fikir ve önerileriyle sürekli olarak iyileştirilmesi ile kaliteli sonuçlara ulaşılmasını sağlayan insan odaklı bir stratejidir. İşi en iyi onu yapanın bileceği görüşüne dayanır ve daha iyiye ulaşmak için onların fikirlerine önem verir. Kaizen stratejisi çalışanların karşılaştıkları sorunların çözümünde aktif rol almalarını sağlar ve önemle üzerinde durduğu problem çözme teknikleri, kişisel gelişim ve hizmet içi eğitim gibi eğitimlerle insan kaynaklarının gelişimlerini destekler.

Kaizen stratejisi, sağlık hizmetlerinin her kademesinde görev yapan tüm çalışanların katılımıyla hizmet süreçlerinin küçük ama devamlı adımlarla sürekli iyileştirilmesini sağlamakta ve böylece kaliteli hizmet sunumunda önemli bir rol oynamaktadır.

2.4. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; Kaizen – Sürekli İyileştirme Stratejisi'nin hastanede uygulanması ile hastanedeki insan kaynaklarının gerek bilgi, beceri ve gerekse başarı ve motivasyon açılarından gelişimlerinin desteklenebileceğine ilişkin kuramların irdelenmesidir. Bu araştırmada elde edilen bulguların Kaizen uygulamalarının önemi ve insan kaynaklarının gelişimi üzerinde yaptığı etkiler açısından hastane yöneticilerine katkıda bulunması umulmaktadır.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma Ankara ili ile sınırlandırılmıştır.
- Araştırmada tek hastane örneklem olarak ele alınmıştır.
- Araştırmanın evreni; Ankara'da hizmet veren İSO:EN:9001 belgesine sahip 501 yataklı Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve

Araştırma Hastanesi'nde görev yapan doktor, eczacı, hemşire, ebe ve diyetisyeni kapsamaktadır.

- Araştırmada kullanılan ankette 2013 yılında ekim ve kasım aylarında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ve yönetici kadrosunda olmayan sağlık çalışanlarından ulaşılabilenlerin cevapları yer almaktadır.
- İzin, rapor, geçici görev nedeniyle başka kuruma gitme, aile hekimliğine başvurup orada çalışmaya başlama vs. gibi sebeplerden dolayı tüm evrene ulaşılamayabilir.
- Araştırma gönüllülük esasına dayandırılmıştır.
- Yapılan anket çalışmasında Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen – Sürekli İyileştirme stratejisinin hastanede uygulanmasını ölçmeye yönelik sorular yöneltilmiş ve insan kaynaklarının geliştirilmesinde sadece Kaizen'in etkisi araştırılmıştır.
- Kaynakçada sadece Türkçe kaynaklar taranmıştır.

2.6. Araştırmanın Varsayımları

Ankete katılan kişilerin sorulara içten, samimi ve doğru cevaplar verdikleri varsayılmaktadır. Örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

2.7. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın temel hipotezi, Kaizen –Sürekli İyileştirme stratejisi ile hastanelerde insan kaynakları geliştirilebilmektedir. Araştırmanın alt hipotezleri aşağıda sunulmuştur.

1.Hipotez: Hastanede Kaizen'in uygulandığına ilişkin görüşler ile Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2.Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen'in hastanede uygulanışına yönelik görüşleri ile Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

3.Hipotez: Hastanede çalışan personelin hastanelerinde Kaizen'in uygulanışına ilişkin görüşleri mesleklerine ve öğretim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

4. Hipotez: Hastane çalışanlarının hastanelerinde Kaizen'in uygulanışına ve Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri öğrenim durumu, meslek ve çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

5. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

6. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

7. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir

8.Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri öğrenim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

9. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

2.8. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada ilgili literatürü tarama ve bu amaçla hazırlanmış bir anketi deneklere uygulama (deneysel) yöntem uygulanmıştır.

Bu bölümde, anket yöntemi kullanılarak yapılan alan araştırması ile ilgili olarak anket sorularının hazırlanması, örneklem yönteminin belirlenmesi, örneklem büyüklüğünün tespit edilmesi ve araştırma verilerinin analizi ve yorumu hakkındaki bilgilere yer verilmiştir.

2.9. Anket Sorularının Hazırlanması

Anket soruları Pınar Doğanay'ın "Kaizen – Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi" adlı yüksek lisans tezinden alınmıştır (Doğanay, 2008: 276-279).

Ankette toplam 40 soru bulunmaktadır. Demografik bilgiler ile ilgili sorular dışında ankette toplam 35 soru yer almaktadır. Bu sorular 5'li Likert Ölçeği'ne göre ölçeklendirilmiştir. Ölçekte kullanılan puanlama aşağıdaki şekildedir:

1= Kesinlikle Katılıyorum

2= Katılıyorum

3= Kararsızım

4= Katılmıyorum

5= Kesinlikle Katılmıyorum

Üç gruptan oluşan anket formunun birinci grubu demografik bilgilere yönelik soruları içermektedir. İlk 5 soruyu kapsayan bu grup, ankete katılanların demografik bilgilerini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Anketin ikinci grubunu oluşturan 6–23 arası sorular anketin yapıldığı hastanede Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen – Sürekli İyileştirme stratejisinin uygulanmasını ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Bu grupta kendi içerisinde iki bölüm halinde ele alınmıştır. İlk bölüm olan, 6-10 arası sorular Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili ifadeleri; ikinci bölüm olan 11-23 arası

sorular ise Kaizen ile ilgili ifadeleri içermektedir. Anketin son grubu olan ve 24–40 arası soruları kapsayan üçüncü grup ise ankete katılan hastane çalışanlarının Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşlerini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır.

Soruların her türlü kuşkudan uzak bir şekilde yanıtlanmasını sağlamak amacıyla anketin başına, görüşleriyle ankete katılanlara yönelik bir açıklama yazısı konulmuştur. Sorular oluşturulup anket hazırlandıktan sonra, anket güvenilirliğinin test edilmesi amacıyla doktor, eczacı, diyetisyen, hemşire ve ebe meslek gruplarında yer alan 20 kişiye öntest olarak uygulanmıştır. Öntest olarak uygulanan anketin Cronbach's Alpha güvenilirlik testi sonucunda ölçeğin genel güvenilirliği %0,942 olarak bulunmuştur. Çalışmanın güvenilir olduğu belirlenmiştir. Alınan ön test sonuçlarına göre anket sorularında gerekli düzeltmeler yapılarak anket, araştırmada uygulanabilir hale getirilmiştir.

2.10. Örneklem Yöntemi ve Büyüklüğünün Belirlenmesi

Araştırmanın örneklemini Ankara'da hizmet veren İSO EN 9001 belgesine sahip Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan doktor, eczacı, hemşire, ebe ve diyetisyeni kapsamaktadır. Ekim ve kasım ayları arasında araştırmanın kapsamı dahilindeki meslek gruplarında çalışan toplam 192 kişi ile anket çalışması yapılmıştır.

2.11. Araştırma Verilerinin Analizi ve Yorumu

Anketlerin analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. 5'li Likert Ölçeğine göre oluşturulan soruların yanıtları, puanlarına göre SPSS 15 programına veri olarak girilmiştir. Analiz sırasında öncelikle tüm sorular tek tek ele alınarak soruların frekans analizi yapılmıştır ve anketteki 3 gruba ilişkin frekans tabloları oluşturulmuştur. Her soru ile ilgili frekans bilgilerine ulaşıldıktan sonra asıl araştırma konusu içerisinde yer alan 2. ve 3. grupların grup katılım dereceleri hesaplanmıştır.

2. ve 3. grubu oluşturan sorular daha sonra faktör analizi ile boyutlara indirgenmiştir. Faktör analizi sırasında Varimax metodu kullanılmıştır.

Ankette yer alan sorulara ve gruplara yönelik betimsel analizler ve faktör analizleri yapıldıktan sonra hipotezlerin test edilmesine geçilmiştir. Hipotezlerin test edilmesi sırasında kanıtlamasal testler içerisinde yer alan parametrik olmayan testlerden Ki-Kare Testi ve parametrik olan önemlilik testlerinden T-Testi ve Varyans Analizleri kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde araştırma sonrası elde edilen bulgulara ve bu bulguların değerlendirme ve yorumlarına yer verilmiştir. Bölümün sonunda Kazien ile hastenelerde insan kaynaklarını geliştirmesine yönelik elde edilen bulgular değerlendirilip bir sonuca ulaşılmaya çalışılmıştır.

Anketin cronbach alfa değeri 0,942 olarak elde edilmiş ve çalışmanın güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmaya katılanların demografik bilgilerine ilişkin bulgular

Demografik bilgiler		Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaş	18-25	17	8,9
	26-35	85	44,3
	36-45	65	33,9
	46-55	24	12,5
	56 ve üzeri	1	0,5
Cinsiyeti	Bay	19	9,9
	Bayan	173	90,1
Mesleği	Doktor	45	23,4
	Diyetisyen	5	2,6
	Eczacı	1	,5
	Hemşire	66	34,4
	Ebe	75	39,1
Öğrenim durumu	Profesör / doçent	0	0,0
	Lisansüstü	46	24,0
	Lisans	82	42,7
	Önlisans	52	27,1
	Lise	12	6,3
Kurumda toplam hizmet süresi	0-1 yıl	20	10,4
	2-5 yıl	71	37,0
	6-10 yıl	31	16,1
	11-20 yıl	34	17,7
	20 yıl ve üzeri	36	18,8
Toplam		192	100,0

Hastane çalışanlarına uygulanan anketin ilk 5 sorusu personelin yaşı, öğrenim durumu, cinsiyeti, hastanede çalışma yılı ve meslekleri ile ilgili demografik bilgilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan 192 hastane çalışanınin %44,3'ünü 26 – 35 yaş grubu, %33,9'unu 36 – 45 yaş grubu, %12,5'ini 40-55 yaş grubu, %8,9'unu 18-25 yaş grubu oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların öğrenim durumuna ilişkin bölüm dikkate alındığında ankete katılanların %42,7'sinin lisans mezunu olduğu, %27,1'inin önlisans mezunu olduğu, %24'ünün lisansüstü eğitim kurumundan mezun olduğu,%6.3'ünün lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu durum araştırmaya katılan çalışanların yüksek bir öğrenim düzeyine sahip olduğu göstermektedir.

Araştırmaya katılanların %90,1'ini bayan çalışandan oluştuğu, %9,9'unu bay çalışandan oluştuğu belirlenmiştir. Çalışmada bayan çalışanların bay çalışanlara göre oldukça fazla olduğu göze çarpmaktadır.

Araştırmaya katılan 192 çalışanın %39,1'inin ebe olduğu, %34,4'ünün hemşire olduğu, %23,4'ünün doktor olduğu, %2,5'inin diyetisyen olduğu, %0,5'inin eczacı olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların çoğunluğunu ebe ve hemşire oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan çalışanların hastanede çalışma sürelerine bakıldığında çalışanların %37'sinin 2-5 yıl arası hizmet süresinin olduğu, %18,8'inin 20 yıl ve üzeri hizmet süresinin olduğu, %17,7'sinin 11-20 yıl arası hizmet süresinin olduğu, %16,1'inin 6-10 yıl arası hizmet süresinin olduğu belirlenmiştir. Çalışanların çoğunluğunun hizmet süresinin 2-5 yıl arasında olduğu saptanmıştır.

3.1. Hastane Çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi, Kaizen'in Hastanelerinde Uygulanışı Ve Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiği Hakkındaki Yorumlarına İlişkin Bulgular

Ankete katılan hastane çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen stratejisinin hastanelerinde uygulanmasına ve Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirmesine yönelik görüşleri doğrultusunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ankette bulunan soruların 5 tanesi (6-10 arası sorular) Kaizen-Sürekli İyileştirme stratejisini ilke olarak içinde barındıran Toplam Kalite Yönetimi'nin hastanede uygulanmasını ölçmeye yönelik hazırlanmıştır. 11-23 arası soruları oluşturan 13 soru ise Kaizen'in hastanede uygulanışını ölçmektedir. Toplam Kalite Yönetimi'nin ve Kaizen'in hastanede uygulanışını ölçen soruların frekans ve yüzde dağılımlarını bulmak amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Bu iki grubun yanıtlarına ilişkin dağılımlar Tablo 3.2'deki frekans tablosunda yer almaktadır.

Tablo 3.2. Hastanede Çalışanların Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen Uygulamaları İle İlgili Görüşlerine İlişkin Frekans Tablosu

	İfadelere katılma dereceleri											
	1		2		3		4		5		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
6. Hastane hizmet politikalarının oluşturulmasında Toplam Kalite Yönetimi ilkeleri, sürekli iyileştirme (Kaizen) müşteri odaklı olmak yönetimin liderliği ve sorumluluğu esas alınmıştır.	26	13,5	85	44,3	48	25,0	23	12,0	10	5,0	192	100,0
7. Hastanemizde kalite amaçları net bir şekilde belirlenmiştir.	22	11,5	113	58,9	32	16,7	19	9,9	6	3,1	192	100,0
8. Hastanemizde kalite için ana süreçler tanımlanmıştır ve herkesçe bilinmektedir.	16	8,3	82	42,7	51	26,6	30	15,6	13	6,8	192	100,0
9. Hastanemizin kalite misyonunun ve hedeflerinin belirlenmesinde çalışanlar aktif rol almaktadırlar.	17	8,9	58	30,2	63	32,8	43	22,4	11	5,7	192	100,0
10. Hastane yönetiminin vizyonu ve kalite iyileştirilmesine olan bağlılığı tüm çalışanlara sürekli olarak iletilmektedir.	23	12,0	72	37,5	43	22,4	42	21,9	12	6,3	192	100,0
11. Hastane yönetimi kalitenin sürekli iyileştirilmesi için sorumluluk almaktadır.	21	10,9	85	44,3	51	26,6	27	14,1	8	4,2	192	100,0
12. “İşi en iyi onu yapan bilir, problemleri en iyi o işi yapan gözlemler ve çözümler” anlayışıyla çalışanların fikirlerinin önemli olduğu hastane yönetimi tarafından tüm çalışanlara hissettirilmektedir.	12	6,3	42	21,9	63	32,8	52	27,1	23	12,0	192	100,0
13. Çalışanlar, kalitenin sürekli iyileştirmesi için yeni fikir ve öneri oluşturmada kendileri gönüllü olmaktadır.	12	6,3	40	20,8	68	35,4	63	32,8	9	4,7	192	100,0
14. Çalışanların kalite iyileştirme konusundaki her adımlarında yönetim çalışanları cesaretlendirmekte ve desteklemektedir.	8	4,2	39	20,3	61	31,8	59	30,7	25	13,0	192	100,0
15. Sonuç öncelikli olmak yerine sonuçları ortaya çıkaran süreçlere öncelik vermek ve daha kaliteli sonuçlar ortaya çıkarır.	55	28,6	104	54,2	18	9,4	9	4,7	6	3,1	192	100,0
16. Sürekli İyileştirme (Kaizen) stratejisini	15	7,8	71	37,0	49	25,5	43	22,4	14	7,3	192	100,0

uygulamaya yönelik olarak bireysel önerilerle ve kalite çemberleri, kalite takımları, kalite komiteleri gibi grup çalışmaları ile çalışanların kararlara katılımları sağlanmaktadır.												
17. Yönetim tarafından çalışanlara önerileri ile ilgili geri bildirim yapılmaktadır.	15	7,8	48	25,0	50	26,0	54	28,1	25	13,0	192	100,0
18. Çalışanlar tarafından bireysel veya grup çalışmaları sonucunda geliştirilen kalite iyileştirme önerileri yönetim tarafından uygulamaya konulmaktadır.	13	6,8	49	25,5	61	31,8	50	26,0	19	9,9	192	100,0
19. Yönetim çalışanların kalite iyileştirme çabalarını takdir etmektedir.	12	6,3	39	20,3	61	31,8	56	29,2	24	12,5	192	100,0
20. Çalışanlar tarafından geliştirilen öneriler uygulandığında öneriyi veren grup ya da birey maddi yada manevi şekilde ödüllendirilmektedir.	13	6,8	22	11,5	45	23,4	73	38,0	39	20,3	192	100,0
21. Sürekli iyileştirme (Kaizen) stratejisi faaliyetlerine yönelik çalışmalara problem tanımlama analiz etme ve çözüm yolu üretme ile ilgili eğitimler verilmektedir.	11	5,7	60	31,3	62	32,3	44	22,9	15	7,8	192	100,0
22 Sürekli iyileştirme (Kaizen) faaliyetlerinde yer alabilmek için çalışanlara kişisel gelişim (iletişim teknikleri, zaman yönetimi, sunum teknikleri, takım çalışması vs.) ile ilgili eğitimler verilmektedir.	16	8,3	65	33,9	51	26,6	45	23,4	15	7,8	192	100,0
23. Hastanemizde sürekli iyileştirme kaizen stratejisi uygulanmaktadır.	12	6,3	75	39,1	55	28,6	34	17,7	16	8,3	192	100,0

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili ifadelerine katılma düzeyi incelendiğinde; 6. Soruya %44,3 oranında katıldıkları, 7. Soruya %58,9 oranında katıldıkları, 8. soruya %42,7 oranında katıldıkları, 9. Soruya %32,8 oranında kararsız oldukları, 10. Soruya %37,5 oranında katıldıkları belirlenmiştir.

Bu sorulardan elde edilen sonuçlara göre hastanede Toplam Kalite Yönetimi ilkelerinin uygulandığı, kalite amaçlarının net olarak tanımlandığı, hastane yönetiminin kalite iyileştirmeye olan bağlılığını tüm çalışanlara sürekli olarak ilettikleri ve bu konu ile ilgili çalışanların fikir sahibi oldukları fakat tüm çalışanların aktif olarak bu sürece dahil edilmediği, sadece bazı çalışanlarla kalite çalışmalarının yürütüldüğü anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının hastanede Kaizen uygulamasını ölçmeye yönelik ifadelerine katılma düzeyi incelendiğinde; 11. Soruya %44,3 oranında katıldıkları, 12. soruya %32,8 oranında kararsız oldukları, 13. Soruya %35,4 oranında kararsız oldukları, 14. Soruya %31,8 oranında kararsız oldukları, 15. Soruya %54,2 oranında katıldıkları, 16. Soruya %37 oranında katıldıkları, 17. Soruya %28,1 oranında katılmadıkları, 18. Soruya %31,8 oranında kararsız oldukları, 19. Soruya %31,8 oranında kararsız oldukları, 20. Soruya %38 oranında katılmadıkları, 21. Soruya %32,3 oranında kararsız oldukları, 22. Soruya %33,9 oranında katıldıkları, 23. Soruya %39,1 oranında katıldıkları belirlenmiştir.

Bu sorulardan elde edilen sonuçlara göre çalışanlar hastanede Sürekli İyileştirme (Kaizen) stratejisinin uygulandığı, hastane yönetiminin kalitenin sürekli iyileştirilmesi için sorumluluk aldığını, Kaizen stratejisini uygulamaya yönelik olarak Kalite çemberleri, kalite takımları, kalite komiteleri ve bireysel önerilerle çalışanların kararlara katılımının sağlandığını, belirtmişlerdir. Ayrıca çalışanlar sonuç öncelikli olmak yerine sonuçları ortaya çıkaran süreçlere öncelik vermek daha kaliteli sonuçlar ortaya çıkarır ifadesini yüksek oranda desteklemişlerdir.

Ancak buradan elde edilen sonuçlara göre Kaizen'in uygulanışına ilişkin bazı eksikliklerin bulunduğunu söyleyebiliriz. Bu eksiklikler hastane yönetiminin kalite iyileştirme konusunda tüm çalışanlara fikirlerinin önemli olduğunu hissettirmemesi ve bu konuda cesaret ve destek vermemesi, bunun sonucunda da çalışanların kalite iyileştirme için yeni fikir ve öneri oluşturmada gönüllü olmak konusunda kararsız kalmalarıdır. Ayrıca hastane yönetiminin tüm çalışanların fikir ve önerilerini uygulamaya koymadıkları, fikir ve önerileri ile ilgili geri bildirim yapmadıkları görülmektedir. Takdir ve ödüllendirme konusunda ise yönetimin çalışanların kalite iyileştirme çalışmalarını takdir etmediği ve maddi ve manevi ödüllendirmede bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Bu da hastanenin takdir ve ödüllendirme sisteminin, çalışanları tatmin etmediğini göstermektedir. Ayrıca eğitim konusunda da bazı eksiklikler mevcuttur. Çalışanlara Kaizen faaliyetlerinde yer alabilmek için kişisel gelişim (iletişim teknikleri, zaman yönetimi, sunum teknikleri, takım çalışması vs.) ile ilgili eğitimlerin verildiği fakat Kaizen faaliyetlerine yönelik olarak problem tanımlama, analiz etme ve çözüm yolu üretme ile ilgili eğitimlerin verilmesi konusunda çalışanlara eğitim verilmediği ortaya çıkmıştır.

Kaizen ile ilgili bölümdeki 12 soruya ait puanlar ile 23. Soru arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, bu iki katılım dereceleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (p: 0,000; r: 0,799).

Tablo 3.3. Kaizen'in Uygulanışı İle İlgili İfadelere Katılım Dereceleri İle 23. Soruya Katılım Dereceleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi sonuçlarının dağılımı

		Kaizen	s23
Kaizen	R	1	,799(**)
	P		,000
	N	192	192
s23	R	,799 (**)	1
	P	,000	
	N	192	192

Kaizen'in uygulanışı ile ilgili ifadelerle katılım dereceleri ile 23. Soruya katılım dereceleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde kuvvetli anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r: 0.799$; $p: 0.000$) ($p < 1.05$).

Çok yüksek bir korelasyonun olması, Kaizen'e ilişkin tüm sorulara verilen yanıtlar ile Kaizen'in uygulandığını ölçen 23. soruya verilen yanıtların tutarlı olduğunu da göstermektedir. 11-23 arasındaki soruları içeren Kaizen ile ilgili bölümün, Kaizen'in uygulanışını kaç boyutta ölçtüğü Faktör Analiziyle belirlenebilir. Yapılan Faktör Analizi ile ankete katılan hastane çalışanlarının verdikleri cevaplara göre, Kaizen'in uygulanışının kaç boyuttan oluştuğu ve hangi soruların hangi boyutları oluşturduğu incelenebilir. Bu şekilde eksikliklerin bulunduğu alanların da hangi boyutta olduğu tespit edilerek gerekli önlemler alınabilir.

Tablo 3.4. Açıklanan toplam varyansa ilişkin istatistikler

Boyut	İlk özdeğerler			Kareleri alınmış yüklerin toplamlarının çıkarımı			Kareleri alınmış yüklerin toplamlarının rotasyonu		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif f %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	9,062	50,344	50,344	9,062	50,344	50,344	5,458	30,324	30,324
2	1,563	8,686	59,029	1,563	8,686	59,029	4,743	26,348	56,673
3	1,060	5,889	64,919	1,060	5,889	64,919	1,484	8,246	64,919
4	,861	4,784	69,702						
5	,811	4,506	74,208						
6	,699	3,884	78,092						
7	,520	2,892	80,984						
8	,464	2,576	83,560						
9	,433	2,407	85,967						
10	,396	2,201	88,168						
11	,379	2,103	90,272						
12	,330	1,831	92,102						
13	,317	1,760	93,863						
14	,260	1,443	95,305						
15	,238	1,324	96,629						
16	,220	1,223	97,852						
17	,200	1,111	98,963						
18	,187	1,037	100,000						

Kaizenin uygulanışı ölçmeye yönelik 18 sorudan oluşan ölçeğin 3 faktörlü (boyutlu) olduğu görülmektedir. Tablo 3.4'e göre, 3 faktör toplam varyansın %64,919'inin açıklamaktadır. Birinci faktör, toplam varyansın % 30,324'ünü, ikinci faktör, toplam varyansın %26,348'ini ve üçüncü faktör de toplam varyansın %8,246'sını açıklamaktadır

Tablo 3. 5. Faktör analize göre kaizenin uygulanışına yönelik soruların boyutlara dağılımı

	Faktörler		
	1	2	3
s6	,591	,395	,161
s7	,676	,473	,096
s8	,700	,362	-,176
s9	,731	,172	-,346
s10	,779	,244	,064
s11	,664	,444	-,038
s12	,745	,099	-,319
s13	,623	,076	-,143
s14	,750	-,046	-,270
s15	,358	,220	,746
s16	,725	-,242	,030
s17	,793	-,320	-,051
s18	,795	-,273	-,039
s19	,746	-,374	,065
s20	,652	-,498	,108
s21	,739	-,205	,062
s22	,770	-,180	,198
s23	,802	-,053	,231

1.faktörde 17 değişkenin yer aldığı, 3. Faktörde 1 değişkenin yer aldığı, 2. Faktörde ise herhangi bir değişkenin yer almadığı gözlenmiştir.

Boyutlara göre frekans tablosu incelendiğinde ankete katılanların çalışanların ifadelerine katılma düzeylerine bakıldığında çalışanların bu ifadeler bazı konularda katıldıkları bazı konularda ise katılmadıkları ortaya çıkmıştır. Çalışanların hastane yönetiminin kaliteyi sürekli iyileştirme için sorumluluk aldığı ifadesine, sürekli iyileştirme stratejisini uygulamaya yönelik olarak bireysel ve kalite çemberleri, kalite takımları, kalite komiteleri gibi grup çalışmaları ile çalışanların kararlara katılımı ifadesine ve sonuçlara öncelik vermek yerine süreçlere öncelik vermenin daha kaliteli sonuçlar ortaya çıkaracağı ifadesine yüksek oranda katıldıkları fakat diğer ifadeler katılmadıkları dolayısıyla yönetimin kalite iyileştirme konusunda çalışanlara fikirlerinin önemli olduğunu hissettirmemesi, çalışanların fikir ve öneri oluşturma konusunda gönüllü olmamaları, yönetimin sürekli iyileştirme konusunda çalışanlara cesaret ve destek vermemesi, önerilerle ilgili geribildirim yapmaması, çalışanların önerilerini uygulamaya koymaması nedeniyle Kaizen'in hastanede uygulanışı konusunda eksiklikler olduğunu söyleyebiliriz. Buradan da, ankete katılanların görüşleri doğrultusunda yönetimin kalitenin sürekli iyileştirilmesi için sorumluluk aldığı,hastanede Kaizen uygulamalarında bazı çalışanların katılımlarının sağlandığı, fakat yönetim tarafından tüm çalışanlara bu konuda destek verilmediği görülmektedir.

Eğitimle ilgili soruların değerlendirilmesi yapıldığında, ankete görüşlerini bildiren çalışanların ifadelerinde Kaizen faaliyetlerinde yer alabilmek için kişisel gelişim (iletişim teknikleri, zaman yönetimi, sunum teknikleri, takım çalışması vs.) ile ilgili eğitimlerin verildiği konusunda katılma oranlarının yüksek olduğu fakat Kaizen faaliyetlerine yönelik olarak çalışanlara problem tanımlama, analiz etme, ve çözüm yolu üretme ile ilgili eğitimlerin verildiği konusunda çalışanların kararsız kaldıkları görülmektedir. Bu da hastanede eğitim faaliyetlerinde eksiklikler olduğu, eğitim faaliyetlerine yeterince önem verilmediği sonucuna ulaşmamızı sağlamıştır.

Takdir ve ödüllendirme ile ilgili soruların değerlendirilmesi yapıldığında çalışanların kalite iyileştirme çabalarının yönetim tarafından takdir edilmesi konusunda kararsız kaldıkları, özellikle maddi ve manevi şekilde ödüllendirmenin yapılıp yapılmadığını ölçen 20. ifadeye ankete görüş bildirenlerin yüksek oranda katılmamaktadır. Takdir ve ödüllendirme konusunda ise yönetimin çalışanların kalite iyileştirme çalışmalarını takdir etmediği ve maddi ve manevi ödüllendirmede bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Bu da hastanenin takdir ve ödüllendirme sisteminin, çalışanları tatmin etmediğini göstermektedir.

Özetle, ankete katılanların bildirdikleri görüşler doğrultusunda, hastanede sürekli iyileştirmenin uygulandığı, fakat Kaizen – Sürekli İyileştirme uygulamalarında tüm çalışanların katılımlarının sağlanmadığı, gerekli desteğin verilmediği ve uygulamaya yönelik eğitim çalışmalarının da eksik yapıldığı; takdir ve ödüllendirme konusunda da birtakım eksiklikler bulunduğu, bir başka deyişle, çabalar sonrasında yönetimin sunduğu maddi ve manevi desteğin çalışanları tatmin etmediği söylenebilir.

3.2. Hastane Çalışanlarının Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiği İle İlgili Yorumlarına İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan anketteki son 17 soru (24–40 arası sorular) Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğini ölçmeye yönelik hazırlanmıştır. Ankete katılanların, Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirmesi ile ilgili bölüme verdikleri cevapların dağılımlarına Tablo 3.6'daki frekans tablosunda yer verilmiştir. Tablo 3.6'daki incelendiğinde, ankete katılanların, Kaizen aracılığıyla insan kaynaklarının geliştirilmesi ile ilgili tüm ifadelerle çok yüksek oranda katıldıkları görülmektedir.

Tablo 3.6. Hastane Çalışanlarının Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi İle İlgili Görüşlerine İlişkin Frekans Tablosu

	İfadelere katılma dereceleri											Toplam	
	1		2		3		4		5		N		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
24. Alınan eğitimler çalışanların kişisel gelişimlerine katkıda bulunarak yarar sağlamaktadır	19	9,9	74	38,5	56	29,2	33	17,2	10	5,2	192	100,0	
25. Alınan eğitimler problem çözme analiz etme ve öneri geliştirilerek kararlara katılımında çalışanlara yarar sağlamaktadır.	16	8,3	69	35,9	62	32,3	34	17,7	11	5,7	192	100,0	
26. Çalışanlar problemi kendileri fark ettikleri zaman düzeltme konusunda daha isteklidirler.	42	21,9	91	47,4	40	20,8	13	6,8	6	3,1	192	100,0	
27. Çalışanlar problemin çözümünde kendi önerileri kullanıldığı zaman onu uygulama konusunda daha istekli olurlar.	60	31,3	111	57,8	14	7,3	5	2,6	2	1,0	192	100,0	
28. Çalışanların karar alma sürecinde aktif rol almaları işlerine daha iyi odaklanmalarını sağlar.	67	31,9	109	56,8	10	5,2	5	2,6	1	0,5	192	100,0	
29. Fikirlerine önem verilen çalışanlar işlerinde daha başarılı olmaktadır.	91	47,4	84	43,8	11	5,7	5	2,6	1	0,5	192	100,0	
30. Sürekli iyileştirme kaizen faaliyetleri çerçevesinde çabaları ödüllendirilen çalışan kendini geliştirme konusunda daha istekli olmaktadır.	82	42,7	85	44,3	16	8,3	7	3,6	2	1,0	192	100,0	
31. Sürekli iyileştirme kaizen bilinci çalışanları işlerini daha kaliteli yapma konusunda sürekli düşünmeye teşvik ederek çalışanların düşünsel yeteneklerini ve yaratıcılıklarını geliştirmektedir.	63	32,8	101	52,6	21	10,9	4	2,1	3	1,6	192	100,0	
32. Sürekli iyileştirme kaizen bilinci çalışanları işlerini daha kaliteli yapma konusunda çalışanların normalde gerek duyulmayan yeteneklerini de sürekli iyileştirme çalışmaları içerisinde kullanmalarını sağlayarak çalışanların fark edilmemiş yeteneklerini ortaya çıkartmaktadır.	53	27,6	101	52,6	26	13,5	8	4,2	4	2,1	192	100,0	
33. Sürekli iyileştirme kaizen faaliyetleri çalışanların problem tanımlama analiz etme ve çözüm yolu üretme becerilerini geliştirmektedir.	53	27,6	94	49,0	30	15,6	12	6,3	3	1,6	192	100,0	
34. Sürekli iyileştirme kaizen iletişim teknikleri zaman yönetimi	52	27,1	99	51,6	26	13,5	13	6,8	2	1,0	192	100,0	

sunum teknikleri takım çalışması ikna kabiliyeti empati gibi konularda çalışanların kişisel yeteneklerini geliştirmektedir.												
35. Sürekli iyileştirme kaizen faaliyetleri çalışanların liderlik yeteneklerini geliştirmektedir.	56	29,2	94	49,0	24	12,5	14	7,3	4	2,1	192	100,0
36. Sürekli iyileştirme kaizen faaliyetleri çalışanların beşeri ilişkilerini geliştirmektedir.	56	29,2	95	49,5	28	14,6	10	5,2	3	1,6	192	100,0
37. Sürekli iyileştirme kaizen faaliyetleri çalışanların özgüvenini artırmaktadır.	56	29,2	93	48,4	30	15,6	9	4,7	4	2,1	192	100,0
38. Sürekli iyileştirme kaizen faaliyetleri çalışanların girişkenliğini artırmaktadır.	61	31,8	91	47,4	29	15,1	8	4,2	3	1,6	192	100,0
39. Sürekli iyileştirme kaizen stratejisi çalışanları da karar alma sürecine dahil ederek insan kaynaklarını geliştirmektedir.	59	30,7	95	49,5	23	12,0	9	4,7	6	3,1	192	100,0
40. Kazain yetenek geliştirerek motivasyon ve başarıyı artırarak ve eğitimle çalışanlara yarar sağlayarak insan kaynaklarını geliştirir.	63	32,8	92	47,9	22	11,5	10	5,2	5	2,6	192	100,0

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi İle İlgili İfadelere Katılım Dereceleri ile ilgili ifadeler katılma düzeyi incelendiğinde; 24. Soruya %38,5 oranında katıldıkları, 25. Soruya %35,9 oranında katıldıkları, 26. soruya %47,4 oranında katıldıkları, 27. Soruya %57,8 oranında katıldıkları, 28. Soruya %56,8 oranında katıldıkları, 29. Soruya %47,4 oranında kesinlikle katıldıkları, 30. Soruya %44,3 oranında katıldıkları, 31. Soruya %52,6 oranında katıldıkları, 32. Soruya %52,6 oranında katıldıkları, 33. Soruya %49 oranında katıldıkları, 34. Soruya %51,6 oranında katıldıkları, 35. Soruya %49 oranında katıldıkları, 36. Soruya %49,5 oranında katıldıkları, 37. Soruya %48,4 oranında katıldıkları, 38. Soruya %47,4 oranında katıldıkları, 39. Soruya %49,5 oranında katıldıkları, 40. Soruya %47,9 oranında katıldıkları belirlenmiştir.

Tablo 3.7. Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi İle İlgili İfadelere Katılım Dereceleri İle 40. Soruya Katılım Dereceleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Basit Korelasyon Analizi

Yönelik Basit Korelasyon Analizi	Kaizen’in Uygulanışı İle İlgili İfadelere Katılım Dereceleri	40. Sorunun katılım dereceleri
Kaizen’in Uygulanışı İle İlgili İfadelere Katılım Dereceleri	R P N	1 ,803(**) ,000 192
40. Sorunun katılım dereceleri	R P N	1 ,803(**) ,000 192

Kaizen’in uygulanışı ile ilgili bölümdeki 17 soruya ait puanlar ile 40. Soru arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre, bu iki katılım dereceleri arasında pozitif yönlü kuvvetli anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çok yüksek bir korelasyonun olması, Kaizen’le insan kaynaklarının geliştirilmesi ile ilgili tüm sorulara verilen yanıtlar ile Kaizen’in uygulandığını ölçen 40. soruya verilen yanıtların tutarlı olduğunu da göstermektedir (p:0,000; r: 0,803) (P<0,05).

40. soruya verilen katılım derecelerinden yola çıkarak Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğini söyleyebiliriz.

Tablo 3.8. Açıklanan Toplam Varyansa İlişkin İstatistikler

Boyut	İlk özdeğerler			Kareleri alınmış yüklerin toplamalarının çıkarımı			Kareleri alınmış yüklerin toplamalarının rotasyonu		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	9,670	56,882	56,882	9,670	56,882	56,882	6,732	39,601	39,601
2	1,743	10,251	67,133	1,743	10,251	67,133	4,216	24,797	64,398
3	1,652	9,720	76,852	1,652	9,720	76,852	2,117	12,454	76,852
4	,792	4,662	81,514						
5	,551	3,243	84,757						
6	,477	2,807	87,564						
7	,370	2,174	89,738						
8	,295	1,734	91,472						
9	,252	1,482	92,954						
10	,243	1,430	94,384						
11	,205	1,206	95,590						
12	,191	1,122	96,712						
13	,151	,886	97,598						
14	,138	,812	98,410						
15	,117	,686	99,095						
16	,098	,577	99,672						
17	,056	,328	100,000						

Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğini ölçmeye yönelik 17 sorudan oluşan ölçeğin 3 faktörlü (boyutlu) olduğu görülmektedir. Tablo 3. 8'e göre, 3 faktör toplam varyansın %76,852'ini açıklamaktadır. Birinci faktör, toplam varyansın %39,601'ini, ikinci faktör toplam varyansın %24,797'ini ve üçüncü faktör toplam varyansın %12, 454'ünü açıklamaktadır.

Tablo 3. 9. Faktör Analizine Göre Kaizen'le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Soruların Boyutlara Dağılımı

	Component		
	1	2	3
s24	,331	,837	-,075
s25	,331	,870	-,103
s26	,572	,426	,240
s27	,622	,095	,480
s28	,708	-,044	,506
s29	,677	-,083	,553
s30	,710	-,123	,456
s31	,808	-,064	,148
s32	,835	-,094	,009
s33	,889	-,127	,009
s34	,895	-,092	-,090
s35	,848	-,073	-,294
s36	,900	-,083	-,226
s37	,909	-,055	-,224
s38	,792	-,107	-,399
s39	,829	-,069	-,278
s40	,812	-,050	-,352

1.faktörde 15 değişkenin yer aldığı, 2. Faktörde 2 değişkenin yer aldığı, 3. Faktörde herhangi bir değişkenin yer almadığı gözlenmiştir.

Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğini ölçmeye yönelik hazırlanan soruların üç boyutuna da, ankete görüş bildiren hastane çalışanlarının yüksek oranda katıldıkları görülmüştür. Buradan elde edilen sonuçla Kaizen'in bilgi ve yetenek geliştirerek motivasyon ve başarıyı arttırarak ve eğitimle çalışanlara yarar sağlayarak insan kaynaklarını geliştirdiğini söyleyebiliriz.

3.3. Kaizen'in Hastanede Uygulanması İle İnsan Kaynaklarını Geliştirmesine İlişkin Hipotezler

Bu hipotezler; ankete katılanların Kaizen'in hastanede uygulanışına ilişkin görüşleri ile Kaizen stratejisinin insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri arasında ilişkiyi ve bu görüşler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını ölçmeye yönelik test edilecek hipotezlerdir. 9 alt hipotez SPSS programı aracılığı ile test edilmiştir. Analizler sonrasında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

3.3.1. Kaizen'in Hastanede Uygulanması ile İnsan Kaynaklarını Geliştirmesi Arasındaki İlişki

1. Hipotez: Hastanede Kaizen'in uygulandığına ilişkin görüşler ile Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine ilişkin görüşler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Kaizen'in uygulanışını ölçmeye yönelik bölümde yer alan ve "Hastanemizde Sürekli İyileştirme (Kaizen) stratejisi uygulanmaktadır." ifadesiyle direkt hastanede Kaizen'in uygulandığını ölçmeye yönelik oluşturulan 23. soru ile Kaizen'le insan kaynaklarının geliştirilmesi bölümünde yer alan ve "Sürekli İyileştirme (Kaizen) stratejisi fikirleriyle çalışanları da karar alma sürecine dahil ederek insan kaynaklarını geliştirmektedir." ifadesiyle doğrudan Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğini ölçen 40. soru arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ölçmek üzere Ki-Kare Bağımsızlık Testi yapılmıştır.

Tablo 3.10. Ki-Kare Bağımsızlık Testi Sonuçları

	Değer	df	Asymp. Sig. (2- tarafli)
Pearson Ki-Kare	22,903(a)	16	,116
Olasılık Oranı	21,168	16	,172
Linear-by-Linear Association	6,387	1	,011
Geçerli Olay Sayısı	192		

Tablo 3.10'daki sonuçlara göre hipotez reddedilir. Hastanede Kaizen'in uygulandığına ilişkin soruya verilen cevaplarla Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiği sorusuna verilen cevaplar arasında bir ilişki bulunmamaktadır ($\chi^2=22,903$; $p>0,05$). Buradan elde edilen sonuca göre Kaizen'in uygulandığındaki eksikliklerinden dolayı Kaizen'in hastanede uygulandığına ilişkin görüşler ile Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine ilişkin görüşler arasında ilişki bulunamamıştır.

3.3.2. Kaizen'in Hastanede Uygulanışı İle İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşler Arasındaki Farklılık

2. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen'in hastanede uygulamasına yönelik görüşleri ile Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Hipotezi test etmek üzere İlişkili Ölçümler İçin T-Testi yapılmıştır. Eşli değişkenler olarak anketteki Kaizen bölümü ve Kaizen'le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi bölümü alınarak analiz yapılmıştır. SPSS aracılığıyla yapılan testte değişkenler arasındaki korelasyon da verilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 3.11 ve Tablo 3.12'de yer almaktadır.

Tablo 3.11. Kaizen'in Uygulanışı ve Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirmesi İle İlgili İlişkili Ölçümler için T - Testi

Değişkenler	N	Ortalama	Standart sapma	df	T	p
Kaizen Uygulanması	192	34,66	11,04	191	-16,131	0,000
Kaizenin insan kaynaklarını geliştirmesi	192	51,703	13,44			

Tablo3.11.'deki test sonuçlarına göre hipotez kabul edilir ($t=-16,131$; $p<0,05$) Hastane çalışanlarının Kaizen'in hastanelerinde uygulanışına yönelik görüşleri (ortalama=34,66) ile Kaizen aracılığıyla insan kaynaklarının geliştirilmesine yönelik görüşlere (ortalama=51,703) ilişkin ölçümlere ait ortalamalar arasındaki fark,0.05 anlamlılık düzeyinde önemli olduğu belirlenmiştir ($p< 0.05$). Diğer bir ifadeyle hastane çalışanlarının Kaizen'in hastanede uygulanışına yönelik görüşleri ile Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 3.12.Kaizen'in Uygulanmasına İlişkin Görüşler İle Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirmesine Yönelik Görüşler Arasındaki Korelasyon

	N	r	Sig.
Kaizen'in Uygulanma Düzeyine İlişkin Görüşler & Kaizen'le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi	192	0,314	0,000

Tablo 3.12'deki sonuçlara göre; Kaizen'in hastanede uygulanma derecesine ve Kaizen'le insan kaynaklarının geliştirilmesine yönelik görüşlerin arasındaki ilişkiyi gösteren değerler (N, r, p) yer almaktadır. Tabloya göre değişkenler arasında pozitif yönlü kuvvetli anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,314$; $p: 0,000$) ($p<0,05$). Sonuçlara göre hipotez kabul edilir.

3.4. Kaizen'in Hastanede Uygulanmasının ve Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirmesinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşmasına İlişkin Hipotezler

Bu hipotezler, Kaizenin uygulanışı ve Kaizen stratejisinin insan kaynaklarını geliştirmesine ilişkin görüşler üzerinde demografik değişkenlerin anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını ölçmek amacıyla oluşturulmuş hipotezlerdir.

3.4.1. Kaizen'in Uygulanışı – Meslek ve Eğitim Durumu

3. Hipotez: Hastanede çalışan personelin hastanelerinde Kaizen'in uygulanışına ilişkin görüşleri mesleklerine ve eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Hipotezi test etmek üzere Bağımsız Örneklem İçin İki Faktörlü Varyans analizi (Two – Way ANOVA) yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak anketteki Kaizen bölümü alınmış ve meslek ve eğitim durumu faktörlerine göre analizi yapılmıştır. Analiz Tablo3.13' de yer almaktadır.

Tablo 3.13 Çalışanların Mesleklerine ve öğrenim durumuna Göre Kaizen Uygulamalarını Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklem İçin İki Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kareler Toplamı	df	Ortalamalar toplamı	F	Sig.
Corrected Model	5984,164(a)	12	498,680	3,130	,000
Intercept	69981,490	1	69981,490	439,226	,000
Mesleği	2296,731	4	574,183	3,604	,007
eğitim_durumu	359,574	3	119,858	,752	,522
mesleği * eğitim_durumu	1397,413	5	279,483	1,754	,125
Hata	28519,914	179	159,329		
Toplam	547761,000	192			
Corrected Toplam	34504,078	191			

Tablo 3.13' de yer alan sonuçlara göre, Kaizen'in uygulanışına ilişkin görüşler farklı eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermezken (F=0,752;

$p > 0,05$), farklı mesleklere göre de anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,754$; $p > 0,05$).

Tablo 3.13' de görülebileceği gibi hipotez reddedilir. Hastanede çalışan personelin hastanelerinde Kaizen'in uygulanışına ilişkin görüşleri mesleklerine ve eğitim durumuna göre %95 güven düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($F=1,754$, $p > 0,05$).

3.4.2. Öğrenim Durumu, Meslek ve Çalışma Yıllarına Göre Kaizen'in Hastanede Uygulanışı ve İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı

4. Hipotez: Hastane çalışanlarının hastanelerinde Kaizen'in uygulanışına ve Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri öğrenim durumu, meslek ve çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Bu hipotezi test etmek üzere Çok Faktörlü Varyans Analizi yapılmıştır. Bağımlı değişkenler olarak anketteki Kaizen bölümü ve Kaizen'le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi bölümü alınarak öğrenim durumu, meslek ve çalışma yılı faktörlerine göre analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 3.14' de yer verilmiştir.

Tablo 3.14. Çalışanların Öğrenim Durumu, Meslek ve Çalışma Yıllarına Göre Kaizen Uygulamalarına ve Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Çok Faktörlü Varyans Analizi

Kaynak	Bağımlı değişkenler	Tip III karelerin toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig.
Düzeltilmiş model	kaizen uygulamaları	5568,032(a)	11	506,185	3,149	,001
	kaizen ile insan kaynakları	1799,323(b)	11	163,575	1,369	,191
Intercept	kaizen uygulamaları	40065,956	1	40065,956	249,235	,000
	kaizen ile insan kaynakları	16475,090	1	16475,090	137,933	,000
mesleği	kaizen uygulamaları	1353,717	4	338,429	2,105	,082
	kaizen ile insan kaynakları	1228,257	4	307,064	2,571	,040
eğitim_durumu	kaizen uygulamaları	317,356	3	105,785	,658	,579
	kaizen ile insan kaynakları	165,856	3	55,285	,463	,709
kurumda_toplam_hizmet_suresi	kaizen uygulamaları	981,281	4	245,320	1,526	,196
	kaizen ile insan kaynakları	338,614	4	84,654	,709	,587
Hata	kaizen uygulamaları	28936,047	180	160,756		
	kaizen ile insan kaynakları	21499,672	180	119,443		
Toplam	kaizen uygulamaları	547761,000	192			
	kaizen ile insan kaynakları	253971,000	192			
Düzeltilmiş toplam	kaizen uygulamaları	34504,078	191			
	kaizen ile insan kaynakları	23298,995	191			

Tablo 3.14’de verilen çok faktörlü varyans sonuçları incelendiğinde, çalışanların Kaizen’in hastanede uygulanışına yönelik görüşleri ile Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine ilişkin görüşlerinin mesleklerine göre anlamlı bir farklılık

($p>0,05$) göstermediği, çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık ($p>0,05$) göstermediği görülmektedir. Bunun yanı sıra çalışanların Kaizen'in uygulanışına ilişkin görüşleri öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermezken, Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşler öğrenim durumuna göre önemli bir farklılık göstermemiştir ($p>0,05$).

Sonuçlara göre hipotez reddedilir.

Hastanede çalışan personelin hastanelerinde Kaizen'in uygulanışına ilişkin görüşleri mesleklerine, eğitim durumu ve kurumda toplam hizmet süresine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

3.4.3. Yaşa Göre Kaizen'in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı

5. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hipotezi test etmek üzere Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One – Way ANOVA) yapılmıştır. Bağımlı değişken olarak anketteki Kaizen'le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi bölümü alınmış ve yaş faktörüne göre analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 3.15'de yer verilmiştir.

Tablo 3.15. Çalışanların Yaşlarına Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyans kaynağı	Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	296,976	4	74,244	,604	,661
Gruplarıçi	23002,019	187	123,005		
Toplam	23298,995	191			

Tablo 15’deki sonuçlara göre, hipotez reddedilir ($p > 0,05$). Farklı yaşlara sahip çalışanlar arasında Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bir diğer ifadeyle, hastane çalışanlarının Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri, yaşa göre 0,05 anlamlılık düzeyinde önekl bir farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

3.4.4. Cinsiyete Göre Kaizen’in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı

6. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Bu hipotezi ölçmek için Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 3.16. Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyans kaynağı	Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	738,386	1	738,386	6,219	,013
Gruplarıçi	22560,608	190	118,740		
Toplam	23298,995	191			

Tablo 3.16’de yer alan sonuçlara göre, hipotez kabul edilir ($p < 0,05$). Hastane çalışanlarının Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri, cinsiyetlerine göre 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Erkeklerde daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu, Kaizen’in insan kaynaklarının geliştirdiğine yönelik değerlendirmelerinin erkeklerde daha olumlu yönde olduğu belirlenmiştir.

3.4.5. Çalışma Yıllarına Göre Kaizen’in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı

7. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Bu hipotezi ölçmek için Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One – Way ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 3.17. Çalışanların Çalışma Yıllarına Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyans kaynağı	Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	309,179	4	77,295	,629	,643
Gruplarıçi	22989,816	187	122,940		
Toplam	23298,995	191			

Tablo 3.17’deki sonuçlara göre hipotez reddedilir ($p>0,05$). Hastane çalışanlarının Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri, farklı çalışma yıllarına sahip çalışanlara göre 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir farklılık göstermemektedir. ($p>0,05$). Ancak 6-10 yıl arasında hizmet süresi olanlarda daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu, insan kaynaklarının geliştirilmesine yönelik değerlendirmeleri 6-10 yıl arasında hizmet süresi olanlarda en olumlu değerlendirmeye sahip olduğu belirlenmiştir.

3.4.6. Öğrenim Durumlarına Göre Kaizen’in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı

8. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri öğrenim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hipotezi test etmek için Bağımsız Örneklem İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 3.18. Çalışanların Öğrenim Durumlarına Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyans kaynağı	Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	355,079	3	118,360	,970	,408
Gruplarıçi	22943,916	188	122,042		
Toplam	23298,995	191			

Tablo 3.18’de yer alan sonuçlar doğrultusunda hipotez reddedilir ($p>0,05$). Farklı eğitim düzeylerine sahip çalışanların, Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik sorulara verdikleri cevaplar, birbirlerinden farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

3.4.7. Mesleklere Göre Kaizen’in İnsan Kaynaklarını Geliştirdiğine İlişkin Görüşlerin Farklılığı

9. Hipotez: Hastane çalışanlarının Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hipotezi test etmek için Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 3.19. Çalışanların Mesleklerine Göre Kaizen’le İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Yönelik Değerlendirmelerine İlişkin Bağımsız Örneklemeler İçin Tek Faktörlü Varyans Analizi Sonuçları

Varyans kaynağı	Kareler toplamı	df	Kareler ortalaması	F	Sig.
Gruplararası	1394,831	4	348,708	2,977	,021
Gruplarıçi	21904,164	187	117,135		
Toplam	23298,995	191			

Tablo 3.19’deki sonuçlara göre hipotez kabul edilir ($p < 0,05$). Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşler çalışanların mesleklerine göre 0,05 anlamlılık düzeyinde önemli bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($F=5,987$; $p < 0,05$). Hastane çalışanlarının mesleğe göre Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik değerlendirmeleri olumludan olumsuz doğru sıralanırsa sıralama diyetisyen, eczacı, ebe, hemşire, doktor şeklinde gerçekleşmiştir.

Alan araştırması ile ilgili yapılan analizler sonrasında ulaşılan genel sonuç; Kaizen – Sürekli İyileştirme çalışmalarının hastanede gerçekleştirildiğini ve ankete katılan hastane çalışanları olarak Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarının, Kaizen’in insan kaynaklarını geliştirdiği görüşünü yüksek oranla desteklediklerini söyleyebiliriz.

SONUÇ

Hastanelerin kaliteli hizmet sunumuna etki eden iki önemli faktör bulunmaktadır. Bunlar; etkili bir yönetim anlayışı ve insan faktörüdür. Etkili bir yönetim; kaliteyi odak noktasına almış, hizmette sürekli daha iyi olmayı hedefleyen ve müşteri memnuniyetine önem veren bir yönetimdir.

Sağlık hizmetlerinin toplum tarafından istenen seviyede üretilebilmeleri için insan kaynağının niteliği, niceliği, örgütlenişi ve koordinasyonu çok önemlidir. Bu açıdan hastanede insan kaynaklarının geliştirilmesi kaliteli sağlık hizmeti sunumu açısından büyük önem taşımaktadır.

Kaizen- Sürekli İyileştirme stratejisi hastanede çalışan herkesin, fikir ve önerileriyle karar alma sürecine katılarak, yetenek geliştirerek, motivasyon ve başarıyı arttırarak eğitimle çalışanlara yarar sağlayarak insan kaynaklarını geliştirir ve kaliteli hizmet sunumuyla hastane hizmetlerinin verimliliğini arttırır.

“Kaizen- Sürekli İyileştirme Stratejisi ile Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi” konulu tez çalışmasında Kaizen –Sürekli İyileştirme stratejisinin insan kaynaklarının geliştirilmesi üzerine etkisi araştırılmış ve alan araştırması bölümünde Kaizen’in hastanede uygulanışı ve insan kaynaklarını ne derece etkilediği ve hangi yönlerden gelişmelerini sağladığı ölçülmeye çalışılmıştır.

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan doktor, hemşire, ebe, diyetisyen ve eczacıdan oluşan 192 kişiye yapılan anket çalışmasından elde edilen verilerin sonunda tespit edilen bazı önemli bulgular ve bu bulgulara dayalı olarak geliştirilen öneriler aşağıdaki şekilde ifade edilebilir.

Katılımcıların çoğunluğunun % 90.1’ inin bayan olduğu, çoğunluğunun %44.3’ ünün 26-35 yaş arasında olduğu ve çoğunluğunun % 42.7’ sinin lisans mezunu olduğu, çoğunluğunun% 39.1’inin ebe olduğu ve hizmet süresinin çoğunluğunun%37’ sinin 2-5 yıl arasında olduğu görülmektedir. Bu oranlar ankete

görüşleriyle katılan kişilerin genellikle bayan ve genç yaşta olduklarını ve çoğunlukla ebe oldukları ve yüksek bir eğitim düzeyine sahip olduklarını göstermektedir.

Araştırmada kullanılan ankette bulunan soruların 5 tanesi (6-10 arası sorular) Kaizen-Sürekli İyileştirme stratejisini ilke olarak içinde barındıran Toplam Kalite Yönetiminin hastanede uygulanmasını ölçmeye yönelik hazırlanmıştır.

Bu sorulardan elde edilen sonuçlara göre hastane hizmet politikasının oluşturulmasında Toplam Kalite Yönetimi çerçevesinde Kaizen' in esas alındığı, hastanede kalite amaçlarının net bir şekilde tanımlandığı, hastanede kalite için ana süreçlerin tanımlandığı ve herkes tarafından bilindiği, fakat hastanede kalite misyonunun ve hedeflerinin belirlenmesinde tüm çalışanların aktif rol alması konusunda kararsız oldukları, hastane yönetiminin vizyon ve kalite iyileştirmesine olan bağlılığı tüm çalışanlara ilettikleri görülmektedir.

11-23 arası soruları oluşturan 13 soru ise Kaizen'in hastanede uygulanışını ölçmektedir. Ankette bu sorulara verilen cevaplar sonucunda hastane yönetiminin kalitenin sürekli iyileştirilmesi için sorumluluk aldığı fakat çalışanların fikir ve önerilerine önem vermeleri konusunda kararsız kaldıkları görülmüştür. Ayrıca kalitenin sürekli iyileştirilmesi için çalışanların fikir ve öneri oluşturmak için gönüllü olmak konusunda kararsız oldukları, yönetimin kalite iyileştirmede çalışanları cesaretlendirmesi ve desteklemesi konusunda kararsız kaldıkları, sürece öncelik vermenin daha kaliteli sonuçlar ortaya çıkardığı, çalışanların kararlara katılımının sağlanmadığı, yönetimin çalışalara öneriler ile ilgili geri bildirim yapmadıkları, çalışanlar tarafından geliştirilen önerilerin yönetim tarafından uygulamaya konulmadığı, yönetimin çalışanların kalite iyileştirme çabalarını takdir etmediğini, çalışanların önerilerinin uygulandığında maddi veya manevi şekilde ödüllendirilmedikleri, çalışanlara sürekli kalite iyileştirme konusunda eğitim verilmediği, hastanede sürekli iyileştirme kaizen stratejisinin uygulandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anket çalışmasından elde edilen verilere göre çalışanlara Kaizen stratejisi faaliyetlerine yönelik olarak problem tanımlama, analiz etme ve çözüm yolu üretme ile ilgili eğitimler verilmemektedir. Kişisel gelişim (iletişim teknikleri, zaman yönetimi, sunum teknikleri, takım çalışması, vs.) ile ilgili eğitimlerin ise verildiği anlaşılmıştır.

Araştırmada kullanılan anketteki son 17 soru (24–40 arası sorular) Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğini ölçmeye yönelik hazırlanmıştır.

Bu sorulara verilen yanıtlar neticesinde eğitimlerin çalışanların kişisel gelişimlerine katkıda bulunarak, problem çözme, analiz etme ve öneri geliştirerek kararlara katılımı yarar sağladığı, çalışanların problemi kendileri fark ettiği zaman düzeltmeye ve kendi önerileri kullanıldığı zaman uygulama konusunda daha istekli oldukları, karar alma sürecinde aktif rol almalarının işlerine daha iyi odaklanmalarını sağladığı, fikirlerine önem verildiğinde daha başarılı oldukları, çabaları ödüllendirildiğinde kendilerini geliştirme konusunda daha istekli oldukları, sürekli iyileştirme Kaizen bilincinin çalışanların işlerini daha kaliteli yapma konusunda sürekli düşünmeye teşvik ederek düşünsel yeteneklerini ve yaratıcılıklarını geliştirdiği, Kaizen bilincinin çalışanların normalde gerek duyulmayan yeteneklerini de kullanmalarını sağlayarak fark edilmemiş yeteneklerini ortaya çıkarmakta olduğu, Kaizen faaliyetlerinin çalışanların problem tanımlama, analiz etme ve çözüm yolu üretme becerilerini geliştirdiği, Kaizen bilincinin çalışanların kişisel yeteneklerini geliştirdiği, Kaizen'in, çalışanların liderlik yeteneklerini, beşeri ilişkilerini, özgüvenini, girişkenliğini artırdığı, çalışanların karar alma sürecine dahil edilerek, yetenek geliştirerek motivasyon ve başarıyı arttırarak insan kaynaklarını geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar neticesinde Kaizen'in insan kaynaklarının bilgi ve yeteneklerini geliştirerek, başarı ve motivasyonlarını arttırarak, eğitimlerle yarar sağlayarak insan kaynaklarını geliştirdiği ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla bu sonuçlara göre Kaizen-Sürekli İyileştirme ile hastanede insan kaynaklarının geliştirileceği sonucuna ulaşabiliriz.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aynı konuda yapılan bir başka çalışmaya göre benzer ve farklı yönlerde çıkmıştır. 2008 yılında Pınar Doğanay tarafından Bayındır Hastanesinde yapılan “Kaizen- Sürekli İyileştirme ile Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi” konulu çalışmada hastanede Kaizen- Sürekli iyileştirme stratejisinin uygulandığı sonucu ortaya çıkarken, bu çalışmada da aynı sonuç ortaya çıktığı görülmüştür.

Diğer çalışmada sonuçlar hastane yönetiminin Kaizen – Sürekli İyileştirme çalışmalarına katılımı sağladığı, Kaizen için eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirildiği, ancak çaba takdiri ve ödüllendirme ile ilgili yönetimin tutumunun çalışanları tatmin etmediği yönünde çıkarken, bu çalışmada çalışanların Kaizen – Sürekli İyileştirme çalışmalarına katılımının sağlandığı fakat tüm çalışanların katılımının sağlanmadığı, eğitim konusunda eksiklikler olduğu ve çaba takdiri ve ödüllendirme ile ilgili yönetimin tutumunun çalışanları tatmin etmediği ortaya çıkmıştır.

Diğer çalışmada yönetimin iyileştirme çalışmalarına katılarak, çalışanlara önerileri ile ilgili geri bildirimde bulunarak ve önerileri uygulamaya koyarak Kaizen çalışmalarının uygulanması konusunda üzerine düşen sorumluluğu yerine getirdikleri sonucu çıkarken, bu çalışmada yönetimin iyileştirme çalışmalarına katıldığı fakat çalışanların önerileri ile ilgili geri bildirimde bulunulmadığı ve önerilerinin uygulamaya konulmadığı ortaya çıkmıştır.

Diğer çalışmada çalışanların Kaizen’e katılımlarının desteklenmesi ve teşvik edilmesi konusunda hastane çalışanlarının yönetimin desteğini hissettiği görüşü ortaya çıkarken, bu çalışmada bu konuda çalışanlar yönetimin desteğini hissetmedikleri yönünde görüş bildirmişlerdir.

Ayrıca diğer çalışmada çalışanların yüksek bir oranla Kaizen- Sürekli İyileştirme çalışmalarını destekledikleri ve katılım konusunda istekli oldukları ortaya çıkmış fakat bu çalışmada çalışanların Kaizen’i destekledikleri ancak katılım konusunda istekli olmadıkları ortaya çıkmıştır.

Diğer çalışmada eğitim faaliyetlerine önem verilirken bu çalışmada eğitim konusunda bazı eksikliklerin olduğu ortaya çıkmıştır.

Takdir ve ödüllendirme konusu ise diğer çalışmada yönetimin çalışanları iyileştirme çalışmalarından dolayı takdir ettiği fakat ödüllendirmede bulunmadığı sonucu çıkarken, bu çalışmada ise çalışanlar yönetim tarafından takdir ve ödüllendirmenin yapılmadığı konusunda görüş bildirmişlerdir.

Kaizen'in insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik ifadeler iki çalışmada da benzer yönde çıkmış ve Kaizen'in insan kaynaklarının bilgi ve yeteneklerini geliştirerek, başarı ve motivasyonlarını arttırarak, eğitimle yarar sağlayarak insan kaynaklarını geliştirdiği ortaya çıkmıştır.

Her iki çalışmada da eğitimin, problem çözme ve öneri geliştirerek kararlara katılım konusunda ve kişisel gelişimlerine katkı konusunda çalışanlara yarar sağlayarak insan kaynaklarını geliştirdiği şeklinde çıkmıştır.

Her iki çalışmada da, Kaizen'in, çalışanların işlerinde kullanılmayan yeteneklerini sürekli iyileştirme faaliyetleri içerisinde kullanma olanağı tanınması ile fark edilmemiş yeteneklerini ortaya çıkartarak; problemleri analiz etme ve çözme becerilerini geliştirerek; kişisel gelişimlerine katkıda bulunarak, liderlik yeteneklerini geliştirerek, iletişim becerilerini geliştirerek beşeri ilişkilerini geliştirerek ve girişkenliğini arttırarak insan kaynaklarını geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Kaizen'in başarı ve motivasyonu arttırması konusunda da sonuçlar diğer çalışma ile benzer yönde çıkmıştır. Çıkan sonuca göre Kaizen'in, çalışanların fikirlerine önem verilmesini, önerilerin uygulamaya konulmasını, çabaların takdir edilmesini ve sürekli düşünmeye teşvik ederek düşünsel yeteneklerinin ve yaratıcılıklarının gelişmesini sağlaması ile motivasyon ve başarılarını arttırarak insan kaynaklarını geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Her iki çalışmada da araştırma sonucu çalışanların işleri ile ilgili kendi aralarında konuştukları eleştiri ve önerileri yönetimle de paylaşabilme olanağına sahip olması, vakit kaybına neden olan süreçleri kaldırma ya da daha etkin hale getirme imkanı bulabilmesi, başka bir ifadeyle, kararlarda kendi fikirlerinin de yer aldığını görmesi çalışanların motivasyonlarının yükselmesini ve başarılarının artmasını sağlamaktadır şeklinde çıkmıştır.

Her iki araştırma sonucu da çalışanların kendi fark ettikleri çözümünde kendi önerileri kullanıldığı zaman onu uygulamama daha istekli oldukları, çalışanların işleri ile ilgili karar alma sürecinde rol oynamalarının işlerine daha iyi odaklanmalarını sağladığı, fikirlerine önem verilen çalışanların daha başarılı olduğu ve çabaları ödüllendirilenlerin kendilerini geliştirme konusunda daha istekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

ÖNERİLER

Araştırma bulgularından yola çıkarak geliştirilen öneriler aşağıdaki şekilde ifade edilebilir;

1. Kaizen stratejisi ilk olarak yönetimle başlar. Çünkü sürekli iyileştirme kendiliğinden olmayacak yönetilmesi gereken bir kavramdır. Yönetim Kaizen – Sürekli iyileştirme stratejisini uygulama kararı verirken bu sürecin sonsuz, asla son bulmayacak bir süreç olduğunu ve devamının sağlanabilmesi için kararlılığın şart olduğunu göz ardı etmemelidir. Kaizen hastanede görev yapan herkesi kapsayan ve yöneticisinden çalışanına herkesin gözlem ve önerileri ile katılımını içeren bir stratejidir. Yönetimin kararı ile başlayan Kaizen serüveni, ancak çalışanların katılımı ile yoluna devam edebilmektedir. Bu nedenle de sürekli iyileştirme konusunda tüm çalışanlara aktif rol verilmeli ve bu konuda çalışanlar desteklenmeli aynı zamanda da etkili bir takdir ve ödül sistemi oluşturularak tüm çalışanlara bu konuda özendirici rol oynanmalıdır. Böylece Kaizen'in sürekliliğide sağlanmış olur. Yönetim Kaizen stratejisini uygulama konusunda çalışanların gönüllü katılımını sağlamak için çalışanlara Kaizen'i anlatmalı, onlara kazandıracaklarından bahsetmeli, ve bu süreçte çalışanlara destek olacağını belirtmelidir.

2. Kaizen stratejisinin başarıyla uygulanabilmesi için hastane yönetiminin eğitim faaliyetlerine önem vermesi ve eğitim faaliyetlerini hastane bünyesine yerleştirmesi gerekmektedir. Kaizen insan kaynaklarını iki şekilde geliştirmektedir. Bu gelişme insan kaynaklarının eğitime verdiği önem ile eğitimden elde ettiği bilgi ve becerileri uygulama olanağı sunmakla olmaktadır. Kaizen ile insan kaynaklarının geliştirilebilmesi için eğitimin çalışanlara yarar sağlıyor olması gerekmektedir. Bu nedenle eğitim faaliyetleri düzenlenirken çalışanların ihtiyaç ve ilgileri göz önünde tutulmalı ve çalışanların eğitimlere gönüllü katılımları konusunda teşvik edilmelidir. Eğitim konusunda elde edilen bilgiler ise ancak bunları kullanabilecek fırsatlara sahip olunursa kalıcı olmaktadır. Bu nedenle hastane yönetiminin çalışanları bilgi ve beceri edinmeleri konusunda desteklemesi, gerekli fırsatları sunması ve edindikleri bilgi ve becerileri değerlendirebilecekleri alanlar yaratması gerekmektedir.

3. Kaizen çalışanları işi icra eden kişiler olarak değil; düşünen ve fikir üreten kişiler olarak görmektedir. Bu nedenle yönetimin çalışanların her türlü gözlem ve önerilerini dikkate alması gerekmektedir. Çalışanların işleri ile ilgili kendi aralarında konuştukları eleştiri ve önerileri yönetimle paylaşabilme olanağının olması, kendi fikirlerinin kararlarda yer aldığını görmesi motivasyon ve başarılarını artırmaktadır. Araştırma sonucu bu görüşü desteklemektedir. Bu nedenle hastane yönetiminin çalışanlarının fikirlerine önem vererek, uygulanabilecek nitelikteki önerileri faaliyete geçirmesi ve çabaları takdir etmesi gerekmektedir. Böylece motivasyon ve başarı olarak insan kaynakları geliştirilmiş olacaktır.

4. Kaizen –Sürekli iyileştirme stratejisinin kamu hastanelerinde yaygınlaştırılması ve bu konuda alt yapı çalışmalarının yapılması hastanelerde kalitenin sürekli iyileştirilmesinde ve topluma kaliteli sağlık hizmeti sunumunda faydalı olacaktır.

5. Kaizen – Sürekli iyileştirme stratejisinin, ülkemizde 2003 yılından beri uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları arasında olan sağlık hizmetlerinin etkili, verimli, ve adaletli bir şekilde organize edilmesi ve sunulması ve ana bileşenlerinden olan sağlık hizmetlerinde kalite konusunda fayda sağlayacağını söyleyebiliriz. Bireylere ve topluma ulaşılabilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmeti sunmak için sistemin kapasitesini güçlendirmek, kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek esastır. Bu kapsamda sağlık hizmetleri geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi uygulamaları da içine alacak şekilde entegre edilmeli ve bu entegrasyon sağlık insan kaynağı iyileştirilerek desteklenmelidir. Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı olabilmesi toplumun ve kurumların programa destek vermesine bağlıdır. Bu nedenle Kaizen stratejisi Sağlıkta Dönüşüm Programı'na önemli katkılar sağlayacaktır.

6. Sağlıkta uluslararası öneme haiz konularda diğer ülkelere örnek olmak ve bu şekilde hem küresel sağlık politikalarında söz sahibi olabilmek hem de küresel sağlığa yardım edebilmek için sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli iyileştirilmesi gerekmektedir. Sağlık sektörünün ekonomiye katkısını arttırmak için sağlık turizmi güçlendirilmelidir. Sağlık turizmi kapsamında verilen hizmet sunumunun kalitesinin

ve yönetişiminin iyileştirmesi için Kaizen – sürekli iyileştirme stratejisi etkili olacaktır ve böylece hem kuruma hemde ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

- AKBABA, A. ; GÜNLÜ, E. , **Otel İşletmelerinde İşgören Bulma, Seçme ve Eğitim Sürecinin Stratejik İnsan Kaynakları Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi: Beş Yıldızlı Otellerde Bir Araştırma**,www.iibf.selcuk.edu.tr/iibf dergi/dosyalar
- AKBABA, L ,**Toplam Kalite Yönetiminde Sürekli İyileştirme Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,2010
- AKTAN,C. Can; SARAN,U. , **Kamu Yönetiminde ve Kamu Hizmetlerinde Kalite Hizmet İş Sendikası Yayınları** , 2005
- ASLANTEKİN, F. ; GÖKTAŞ, B. ; ULUŞEN, M. ,**Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği** II. Ulusal/ Uluslararası Hemşirelik Kongresi'nde(25-27 Mayıs 2005 İstanbul) Poster Bildiri
- AYDIN, S. , **Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Kaynaklarının Rolü**, Yüksek Lisans Tezi, 2007
- BAL, C. G. , **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde TSE: EN: ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulaması Yüksek Lisans Tezi**, Kahramanmaraş, Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006
- BEKTAŞ, F. , **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Kredityon Uygulamaları Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013
- BOZKURT, R. “**Örgütsel Mükemmellik Anlayışı: Toplam Kalite Yönetimi**” Verimlilik Dergisi, Ankara.2001

- CANTÜRK, Ö. , **Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği Yüksek Lisans Tezi**,Ankara, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,2012
- DEMİREL, T. ,YOLDAŞ, M. A. , DİVANOĞLU, S.U. ,**Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin, Tavsiye Davranışı ve Tercih Üzerine Etkisi:Sağlık Sektöründe Bir Araştırma** Akademik Bakış, Sayı: 16, Nisan, 2009 Uluslar arası Hakemli Sosyal Bilimler E- Dergisi
- DANACI, B. , **Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi**, Kütahya, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,2010
- DOĞAN, S. , **Üç İldeki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004
- DOĞANAY, P. , **Kaizen – Sürekli İyileştirme ile Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi Yüksek Lisans Tezi**, Ankara, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008
- EMSEN, A, K. , **Örgütsel Yapı Unsurlarının Çalışanların Örgütsel Adalet Algılamaları Üzerine Etkisi :Antalya Sağlık Örgütlerinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi**, Antalya, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010
- ERSEN. H. , **Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi Verimli ve Etkin Olmanın Yolu**, Sim Matbaacılık, 1997, 2. Baskı
- ERTÜRK, M. , **İnsan Kaynakları Yönetimi** , Beta Basım A.Ş, 2011
- ETÖZ, S. D. , **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri Ve Akreditasyon Yüksek Lisans Tezi** ,Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü , 2008

- GENÇ. H. ,**Toplam Kalite Yönetimi Dahilinde Hasta Memnuniyeti (Sivas Devlet Hastanesinde Bir Alan Araştırması) Yüksek Lisans Tezi**, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi, 2011
- GÜNAL, M. , **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Hasta Tatmini Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007
- IŞIK, O. **Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi Doktora Tezi**, Ankara, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011
- KARABULUT, K. ; YAPRAKLI, Ş. , **“Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Klite Düzeyinin Belirlenmesi – Erzurum’ da Bir Uygulama”**, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt. 15, Mart, Sayı 1-2, 2001
- KARAHAN, A. , **İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesine Katkısı Açısından Personel Güçlendirme Yaklaşımı: Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Örneği**, 2009, cilt: 7, sayı:1
- KARAHAN, K. , **Hizmet Pazarlaması**, Beta Basım Yayım, 2006
- KARAKOÇ, S. **Hastaların Hastane Seçimlerinin Hastane Yönetimi Üzerine Etkileri: Ankara’da Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,2011
- KAVRAKOĞLU, İ. , **Kalite Cep Kitabı**, Kalder Yayınları,1997
- KAVRAKOĞLU, İ. , **Toplam Kalite Yönetimi**, Kalder Yayınları, 4. Basım, 1998
- KAVUNCUBAŞI, Ş; KISA, A. , **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 1429, Eskişehir,2002
- KAYA, S. , **Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme**, Pelikan Yayınları,2005

- KAYA, S. ; TENGİLİMOĞLU, D. ; IŞIK, O. ; AKBOLAT, M. ; YILMAZ, A. ,
Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayını
 No: 2864, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1821, 2013, 1. Baskı,
 Eskişehir, Ocak, 2013
- KAYGIN, N. , **Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta
 Hemşire İlişkileri Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, Beykent Üniversitesi,
 Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012
- KAYRAL, İ.H. , **Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara’da
 Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma, Doktora Tezi**, Ankara, Gazi
 Üniversitesi,2012
- KESİM, Ş. , **Üniversite Kütüphanelerinde Sürekli İyileştirme Felsefesinin
 Uygulanması: Sakarya Üniversitesi Örneği Yüksek Lisans Tezi**,
 İstanbul, Marmara Üniversitesi, Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü,2011
- KESKİN, E. , **Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Uygulamalarının ve Sürekli
 İyileştirmenin Çalışanların Motivasyonu Üzerine Etkisi Yüksek
 Lisans Tezi**, İstanbul, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler
 Enstitüsü,2010
- KIRILMAZ, H. , T.C. , **Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
 Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler
 Kitabı**, Cilt:1, Editör, Harun Kırılmaz, Ankara,2010
- KONUK, P. , **Hastane Temizlik Personelinin İş Analizi Yoluyla İş
 Standartlarının Belirlenmesi Ankara İlindeki Hastanelerde Bir Alan
 Araştırması**,Yüksek Lisans Tezi, Ankara,Gazi Üniversitesi, Sosyal
 Bilimler Enstitüsü,2010
- KURTULAN,M. ,**Küresel Rekabet Ortamında İşletmelerde Teknoloji Geliştirme
 Birimlerinden Kurulması ve Teknoloji Yönetimi Yüksek Lisans Tezi**,
 Karaman, Karamanoğlumehmetbey Üniversitesi, Sosyal Bilimler
 Enstitüsü,2009

- KUZHAN, H. , **Bir Sağlık Kuruluşunda Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**, 2009
- KÜÇÜK, N. , **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Dış Müşteri Memnuniyeti Üzerine Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nde Bir Uygulama (Diyarbakır Devlet Hastanesi) Yüksek Lisans Tezi**, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2009
- MOHAMMAD, G. , **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Serqual Analizi ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesi'nde Uygulama, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007
- ODABAŞI, Y. , **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 799, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 409, 1994
- ÖÇALAN, B. K. , **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Memnuniyet Analizi Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000.
- ÖKSÜZ, A. S. , **Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama Araştırması Yüksek Lisans Tezi**, Ankara, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010
- ÖZKARA, Y. , **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi**, Antalya, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006
- ÖZTEK, Z. , **“Temel Sağlık Hizmetleri,”** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını, 86/ 33, Kısa Dizi No:1 , Ankara, 1986
- PAKSOY, M. , **Çalışma Ortamında İnsan ve Toplam Kalite Yönetimi**, Çantay Kitabevi, 2002, İstanbul

- PAŞAOĞLU, P. , **Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Tezsiz Yüksek Lisans Bitirme Projesi, Isparta, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011
- SAC, G. , **Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin İş Sonuçlarına Etkisi (Hemşirelerde Bir Uygulama)** , İstanbul , Beykent Üniversitesi, 2010
- SARIHAN, Ö. , **Hizmet İşletmelerinde İnsan Kaynağının Önemi ve İnsan Kaynakları Yönetim Fonksiyonlarının Kullanımı Üzerine Özel Hastanelerde Bir Araştırma**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011
- SARSENOVA, K. , **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi**, Konya, Selçuk Üniversitesi , Sosyal Bilimler Enstitüsü,2010
- SAYGIN,T. , **Stratejik Maliyet Yönetimi Yaklaşımlarından Kaizen Maliyetleme ve Hedef Maliyetlemenin Uygulanabilirliği ve Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi**, Çanakkale, Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008
- SEVİMLİ,S. , **Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006
- SOMUNOĞLU, S. ; AĞIRBAŞ ,İ . ; TENGİLİMOĞLU, D. ; ÇELİK, Y. ; ERDEM, R . ; AKBULUT, Y. , ERİGÜĞ, G. ; Editör TATAR, M. ; **Sağlık Kurumları Yönetimi- I**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599, 2012
- ŞAHİN, H. , **Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi**, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,2012
- ŞAHİN, L. , **İnsan Kaynakları Yönetiminde Ücretlendirme Fonksiyonunun Analizi** Kamu-İş; C:11, S:2/2010 www.kamu-is.org.tr/pdf/1126.pdf

- ŞİMŞEK, H. , **Toplam Kalite Yönetimi Kuram, İlkeler, Uygulamalar**, Seçkin Yayınevi Birinci Baskı, 2009
- ŞİMŞEK, M. ,**Toplam Kalite Yönetimi**, Alfa Yayınları , 2007
- TAŞLIYAN, M. ; GÖK, S. , **Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması**, 2012
- TENGİLİMOĞLU, D. , “**Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elamanları ve Özellikleri**”, Ankara, Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi, Cilt 55, Sayı. 1, 2000
- TENGİLİMOĞLU, D, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Siyasal Kitabevi,2012
- TENGİLİMOĞLU, D; IŞIK, O; AKBOLAT, M. , **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, 4. Baskı, Nobel Kitabevi,2012
- TEZCAN, N. , **Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Ve Etimesgut Hava Hastanesi'nde Personel Motivasyonunun Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama**,Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000
- ULAKANOĞLU, C. , **Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen Felsefesi**, Yıl: 2001/ Cilt:3 Sayı: 2 Sıra:5/ No:70
- ULAŞANOĞLU, M.E. , “**Gsm Sektöründe Hizmet Kalitesi: Müşteri Memnuniyeti Ölçümü ve Öneriler**”
- UZAN, Ş. ,**Toplam Kalite Yönetiminin Hizmet Sektörüne Uygulanabilirliği, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,2012
- ÜNAL, A. , **İşletmelerde İnsan Kaynaklarının Önemi, İnsan Kaynakları İşlevleri ve İnsan Kaynakları Yönetimi Sisteminde Ücretleme, Kamu- iş; C:7,S:1/2002** [www. Kamu-is.org.tr/pdf/713.pdf](http://www.Kamu-is.org.tr/pdf/713.pdf)

YALKIN, S. , Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Kalitenin Serqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi,Ankara, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,2010

YAZGAN, M. , Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bi,limleri Enstitüsü,2009

YILDIRIM, H.H; YILDIRIM, T. , Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye, İmaj Yayınevi, 2. Baskı, 2011

YILDIRIM, H.H; YILDIRIM, T. , Avrupa Birliğine Uyum Sürecinde Türkiye Sağlık Sektörü, İmaj Yayınları, Ankara, 2011.

YÜCE, Ş.A. , Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri(Hasta) Memnuniyeti, Tokat Devlet Hastanesi’ nde Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Tokat, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011

Elektronik Kaynakça

AŞTI,T. A, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu /, www.istanbul.edu.tr (01.10.2013)

BULUÇ,B. ,Bilgi Çağında İnsan Kaynakları Yönetiminin Temel Bileşenleri,w3.gazi.edu.tr/~buluc/YENTURK.DOC

BULUÇ,B. , **Milli Eğitim Bakanlığında İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi,** w3.gazi.edu.tr/~buluc/KONYA.DOC

DOĞAN, NİLHUN, İş Etiği ve İşletmelerde Etik Çöküş, www.iibf.selcuk.edu.tr/iibf Türk Tabipler Birliği <http://www.ttb.org.tr/>, (05.10.2013)

<http://enm.blogcu.com> (03. 10. 2013)

http://www.erasys.com.tr/doc_22.pdf (05. 10.2013)

<https://dosya.sakarya.edu.tr/Dokumanlar/2013/019/98732341> **Toplam Kalite Yönetimi, Sürekli İyileştirme (Kaizen) ve sürekli iyileştirme Teknikleri_h05.pdf** (05.10.2015)

İNSAN KAYNAKLARI VE ÜCRET YÖNETİMİ enm. Blogcu.com/ insan kaynakları – ve – ücret yönetimi/2586646

ÖĞÜT, A. ; AKGEMCİ, T. ; DEMİRSEL, M.T. , **Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Bağlamında Örgütlerde İşgören Motivasyonu Süreci**
www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos

ÖZDEMİR, Mahmut. www.mahmutozdemir.com/TÜRKİYE'de-hastaneler-için-yeni-organizasyon

SARP, Nilgün. “**Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**”,
<http://Www.Nilgunsarp.Com/?P=19> 12.07.2012

UZKESİCİ,N. , books.google.com.tr/boks?isbn=9750601661,**Sağlık Kurumları Yönetimi,**

Www.Diyadinnet.Com (05.10.2013)

[www.istanbul.edu.tr/eng/metalurji/selim/Toplam Kalite Yönetimi2%2030-57.pdf](http://www.istanbul.edu.tr/eng/metalurji/selim/Toplam%20Kalite%20Yönetimi2%2030-57.pdf)
(15.10. 2013)

www.kkhhb.gov.tr/OrganizasyonSemasi.aspx (10.10.2013)

www.saglik.nedir.com(05.10.2013)

www.meb.gov.tr.(İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi - Milli Eğitim Bakanlığı,
03.10 2013)

www.tbmm.gov.tr/develop/owa/anayasa.uc?p1=56 (03. 10. 2013)

www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html (02.10.2013)

EKLER

EK 1: ANKET FORMU

KAİZEN - SÜREKLİ İYİLEŞTİRME İLE HASTANELERDE İNSAN

KAYNAKLARININ GELİŞTİRİLMESİ ANKETİ

Sayın Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mensupları,

Bu anket çalışması, “Kaizen – Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi” konulu tez çalışması ile ilgili verileri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Kaizen, Japoncada kai değişim, zen ise daha iyi anlamına gelmektedir. Sürekli iyileştirme demektir.

Kaizen Sürekli İyileştirme stratejisi, Toplam Kalite Yönetiminin temel ilkelerindedir. Sonu olmayan iyileştirme çabalarını içerir. İşletmenin her kademesinde görev yapan tüm çalışanların katılımıyla süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesini öngören bir yaklaşımdır.

Bu çalışmayla hastanede Kaizen – Sürekli İyileştirme stratejisinin uygulanması ile fikir ve önerileri ile karar alma sürecine katılan insan kaynaklarının gelişimi arasındaki ilişki incelenmek istenmektedir.

Anket iki bölümden ve toplam 40 sorudan oluşmaktadır. İlk bölüm demografik bilgilere yönelik soruları, ikinci bölüm ise Kaizen aracılığıyla insan kaynaklarının geliştirilmesinin ölçülmesine yönelik soruları içermektedir.

Anketin ilk 5 sorusunu içeren demografik bilgilere yönelik sorular dışındaki tüm ikinci bölüm soruları “Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde” derecelendirilmiştir.

Anketi yanıtlama aşamasında, sizin düşüncenize en uygun olan ifadenin sütununa X işareti koyarak cevaplarınızı belirtiniz.

Ankete vereceğiniz içten ve samimi cevaplar araştırmanın amacına ulaşması için son derece önemlidir. Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma için

kullanılacak olup araştırmanın amacı dışında kullanılmayacak, gizli tutulacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır.

Araştırmaya gösterdiğiniz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden çok teşekkür ederim.

Saygılarımla

Şerife Yılmaz
Atılım Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları İşletmeciliği
Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Bölüm– Demografik Bilgiler

1) Yaşınız ?

a) 18-25 b) 26-35 c) 36-45 d) 46-55 e) 56>

2) Cinsiyetiniz ?

a) Bay b) Bayan

3) Mesleğiniz?

a) Doktor b) Diyetisyen c) Eczacı d) Hemşire e) Ebe

4) Eğitim durumunuz ?

a) Profesör / doçent b) Lisansüstü c) Lisans d) Önlisans e) Lise

5) Kurumunuzda toplam hizmet süreniz?

a) 0-1 yıl b) 2-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11-20 e) 20 yıl ve üzeri

2. Bölüm- Kaizen – Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi

	1. Kesinlikle Katılıyorum	2. Katılıyorum	3. Kararsızım	4. Katılmıyorum	5. Kesinlikle Katılmıyorum
6) Hastane hizmet politikalarının oluşturulmasında Toplam Kalite Yönetimi ilkeleri (tüm çalışanların katılımı, Sürekli İyileştirme (Kaizen), müşteri odaklı olmak, yönetimin liderliği ve sorumluluğu) esas alınmıştır.					
7) Hastanemizde kalite amaçları net bir şekilde belirlenmiştir.					
8) Hastanemizde kalite için ana süreçler tanımlanmış ve herkes tarafından bilinmektedir.					
9) Hastanemizde kalite misyon ve hedeflerinin belirlenmesinde çalışanlar aktif rol almaktadırlar.					
10) Hastane yönetiminin vizyonu ve kalite iyileştirmeye verdiği önem tüm çalışanlara sürekli olarak iletilmektedir.					
11) Hastane yönetimi kalitenin sürekli iyileştirilmesi için sorumluluk almaktadır.					
12) İşi en iyi onu yapan bilir, sorunları en iyi onu yapan gözlemler ve çözümler anlayışıyla çalışanların fikir ve düşüncelerinin önemli olduğu hastane yönetimi tarafından tüm çalışanlara hissettirilmektedir.					
13) Çalışanlar kalitenin sürekli iyileştirilmesi konusunda fikir ve öneri oluşturmada kendileri gönüllü olmaktadır.					
14) Çalışanların kalite iyileştirme konusundaki her adımlarında yönetim çalışanları cesaretlendirmekte ve desteklemektedir.					
15) Sonuç öncelikli olmak yerine sonuçları ortaya çıkaran süreçlere önem vermek daha kaliteli sonuçlar ortaya çıkarır.					
16) Sürekli İyileştirme (Kaizen) stratejisini uygulamaya yönelik olarak bireysel önerilerle ve kalite					

çemberleri, kalite takımları, kalite komiteleri gibi grup çalışmaları ile çalışanların kararlara katılımları sağlanmaktadır.					
17) Yönetim tarafından çalışanlara önerileri ile ilgili geri bildirim yapılmaktadır.					
18) Çalışanlar tarafından bireysel veya grup çalışmaları sonucunda geliştirilen kalite iyileştirme önerileri yönetim tarafından uygulamaya konulmaktadır.					
19) Yönetim çalışanların kalite iyileştirme çabalarını takdir etmektedir.					
20) Çalışanlar tarafından geliştirilen öneriler uygulandığında öneriyi veren grup yada birey maddi ya da manevi şekilde ödüllendirilmektedir.					
21) Sürekli iyileştirme (Kaizen) stratejisi faaliyetlerine yönelik çalışanlara problem tanımlama, analiz etme ve çözüm yolu üretme ile ilgili eğitimler verilmektedir.					
22) Sürekli iyileştirme (Kaizen) faaliyetlerinde yer alabilmek için çalışanlara kişisel gelişim (iletişim teknikleri, zaman yönetimi, sunum teknikleri, takım çalışması vs.) ile ilgili eğitimler verilmektedir.					
23) Hastanemizde Sürekli İyileştirme (Kaizen) stratejisi uygulanmaktadır.					
24) Alınan eğitimler çalışanların kişisel gelişimlerine katkıda bulunarak yarar sağlamaktadır.					
25) Alınan eğitimler problem çözme, analiz etme ve öneri geliştirerek kararlara katılımında çalışanlara yarar sağlamaktadır.					
26) Çalışanlar problemi kendileri fark ettikleri zaman düzeltme konusunda daha isteklidirler.					
27) Çalışanlar problemin çözümünde kendi önerileri kullanıldığı zaman onu uygulama konusunda daha istekli olurlar.					
28) Çalışanların karar alma sürecinde aktif rol almaları işlerine daha iyi odaklanmalarını sağlar.					
29) Fikirlerine önem verilen çalışanlar işlerinde daha başarılı olmaktadırlar.					
30) Sürekli iyileştirme (Kaizen) faaliyetleri çerçevesinde çabaları ödüllendirilen çalışan kendini geliştirme konusunda daha istekli olmaktadır.					
31) Sürekli iyileştirme (Kaizen) bilinci çalışanları işlerini daha kaliteli yapma konusunda sürekli düşünmeye teşvik ederek, çalışanların düşünsel yeteneklerini ve yaratıcılıklarını geliştirmektedir.					
32) Sürekli iyileştirme (Kaizen) bilinci çalışanları işlerini daha kaliteli yapma konusunda çalışanların normalde gerek duyulmayan yeteneklerini de Sürekli					

iyileştirme çalışmalarını içerisinde kullanmalarını sağlayarak çalışanların fark edilmemiş yeteneklerini ortaya çıkartmaktadır.					
33) Sürekli iyileştirme (Kaizen) faaliyetleri çalışanların problem tanımlama, analiz etme ve çözüm yolu üretme becerilerini geliştirmektedir.					
34) Sürekli iyileştirme (Kaizen); iletişim teknikleri, zaman yönetimi, sunum teknikleri, takım çalışması, ikna kabiliyeti, empati gibi konularda çalışanların kişisel yeteneklerini geliştirmektedir.					
35) Sürekli iyileştirme (Kaizen) faaliyetleri çalışanların liderlik yeteneklerini geliştirmektedir.					
36) Sürekli iyileştirme (Kaizen) faaliyetleri çalışanların, beşeri ilişkilerini geliştirmektedir.					
37) Sürekli iyileştirme (Kaizen) faaliyetleri çalışanların, özgüvenini artırmaktadır.					
38) Sürekli iyileştirme (Kaizen) faaliyetleri çalışanların girişkenliğini artırmaktadır.					
39) Sürekli iyileştirme Kaizen stratejisi çalışanları da karar alma sürecine dahil ederek insan kaynaklarını geliştirmektedir.					
40) Kaizen yetenek geliştirerek motivasyon ve başarıyı arttırarak ve eğitimle çalışanlara yarar sağlayarak insan kaynaklarını geliştirir.					

EK 2: ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ



Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu
Hastaneleri Kurumu

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Karar No:20
Konu: Tez Çalışma Başvurusu

28/11/2013

EĞİTİM PLANLAMA ve KOORDİNASYON KURULU KARARI

Hastanemiz personeli Ebe Şerife YILMAZ'ın "Kaizen-Sürekli İyileştirme Stratejisi ile Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi" konulu tez çalışma başvurusu; Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından uygun görülmüştür.

Doç.Dr.Suna OĞUZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Nafiye YILMAZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr. Dilek UYGUR
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Salim ERKAYA
EPK Kurulu Üyesi/Başhekim

Uzm.Dr.Halil İbrahim YAKUT
EPK Kurulu Başkanı/Hastane Yöneticisi

"NOT: Çalışma yapan kişilerin çalışmalarının gidişatı ile ilgili durum bildirir ön raporlarını en geç 6(Altı) ay içinde EPK Kurulu'na göndermeyip bilgi vermedikleri takdirde EPKK Kararı iptal olacaktır."

ÖZET

Yılmaz, Şerife. Kaizen - Sürekli İyileştirme İle Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

Sağlık hizmetlerinin toplum tarafından arzulanan düzeyde, kaliteli üretilmeleri için insan kaynağının niteliği, niceliği, örgütlenişi ve koordinasyonu büyük önem taşımaktadır.

Sürekli gelişmenin sağlanabilmesi için; işletmelerin değişimlere karşı çabuk reaksiyon verebilmesi, uyum sürecini rahat bir şekilde geçirebilmesi, üst yönetimden en alt kademedeki çalışanına kadar işletmenin her düzeyinde sürekli gelişme felsefesinin benimsetilmesi ve insan kaynaklarının becerilerinin sürekli geliştirilmesiyle başarılabacaktır.

Kaizen –Sürekli İyileştirme Stratejisi, sağlık hizmetleri kalitesinin birincil belirleyicileri olan insan kaynaklarının, karşılaşılan problemlere hızlı ve akılcı çözüm önerileri üretebilmeleri için, karar alma süreçlerinde aktif rol oynamalarını sağlamak amacıyla, eğitim faaliyetlerine önem vermekte ve çalışanların bilgi düzeylerini yükselterek, yeteneklerini geliştirerek, yaratıcılıklarını ortaya çıkartarak ve motivasyonlarını arttırarak hastanede görev alan herkesin iyileştirme çalışmalarına katılımlarını desteklemekte ve böylece sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlamaktadır.

Bu çalışma, Kaizen – Sürekli İyileştirme Stratejisi'nin hastanelerde uygulanmasıyla gerek bilgi, beceri gerekse başarı ve motivasyon açılarından hastanelerde insan kaynaklarının gelişimlerinin desteklenebileceğini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Ankara'da hizmet veren İSO: EN 9001 belgesine sahip Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan doktor, eczacı, hemşire, ebe ve diyetisyeni kapsamaktadır. Araştırmada anket yöntemi uygulanmıştır. Araştırmaya 192 kişi katılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlar SPSS

18.0 paket programına girilerek analizi yapılmıştır. Analiz yöntemleri olarak; parametrik olmayan testlerden Ki-Kare Testi ve parametrik olan önemlilik testlerinden T-Testi ve Varyans Analizleri kullanılmıştır. Anlamlılık değeri olarak 0,05 belirlenmiştir. Ankete katılan hastane çalışanlarının çoğunluğunun Kaizen'in hastanelerde insan kaynaklarını geliştirdiğine yönelik görüşleriyle, Kaizen - Sürekli İyileştirme İle Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi konulu tezi desteklediği belirtilmiştir.

Anahtar Sözcükler

1. Kaizen
2. Sürekli İyileştirme
3. İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi
4. Hastane ve Sağlık Hizmetleri
5. Toplam Kalite Yönetimi

ABSTRACT

Yılmaz, Şerife. Through Kaizen – Continuous Improvement Development of Human Resources in Hospital, Graduate Thesis, Ankara, 2014.

The qualification, formation, and coordination of the human resources have a vital importance on the quality of the Health Services which should satisfy the needs of the public.

Timely reaction to change, smoothness of transaction, philosophy of constant progress, and improving the abilities of human resources are required to achieve continuous improvement.

Kaizen – Continuous Improvement strategy aims to improve the quickness and effectiveness in problem solving and playing active roles in decision making by underlining; the importance to the education activities and satisfying the development of human resources by increasing their level of knowledge, enhancing their qualifications and creativity and by raising their motivations.

This study aims to investigate the improvements on human resources progress by implementing Kaizen - Continuous Improvement strategy in hospitals. The research was made through a survey at Dr. Zekai Tahir Burak Women Health Education and Research Hospital, which is certified with a ISO 9001. This study was composed of 192 people including the doctors, nurses, pharmacists, dieticians and patient consultants working in the mentioned hospital. The statistics were analyzed through SPSS 18.0, the method used for non-parametric quantities was chi-square test and for those which are parametric t-test and analysis of variance were used. The significance level used was 0.05.

At the end of the study, it is concluded that Kaizen - Continuous Improvement strategy develops the human resources in three dimensions by increasing their knowledge, enhancing their qualifications and raising their

motivations. Majority of the hospital employees that took the survey stated that the Kaizen strategy develops the human resources in hospitals.

Key Words:

1. Kaizen
2. Continuous Development
3. Improving Human Resources
4. Health and Hospital Services
5. Total Quality Management