



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARININ
AKREDİTASYON SÜRECİNDE
İNSAN KAYNAKLARININ ÖNEMİ**

Tuğçe SAYGILI

Tez Danışmanı

Dr.Öğr.Üyesi Süreyya YILMAZ

İSTANBUL-2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARININ
AKREDİTASYON SÜRECİNDE
İNSAN KAYNAKLARININ ÖNEMİ

Tuğçe SAYGILI

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Süreyya YILMAZ

İSTANBUL-2019

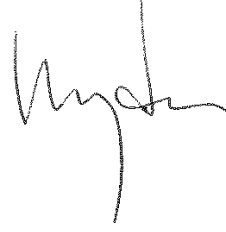
T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : SAĞLIK YÖNETİMİ
Program : SAĞLIK YÖNETİMİ
Öğrenci No : 174201005
Öğrenci Adı Soyadı : TUĞÇE SAYGILI

SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARININ AKREDİTASYON SÜRECİNDE İNSAN KAYNAKLARININ ÖNEMİ isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 10/09/2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Haydar SUR
(ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ)

İmza



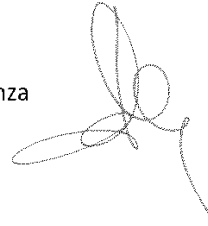
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Süreyya YILMAZ
(ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ)

İmza



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Tuncay PALTEKİ
(BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Araştırmanın amacı, sağlık hizmet kuruluşlarında görev yapan insan kaynağının akreditasyon sürecindeki katkısı, bu süreçteki etkisini ölçmektir. Sağlık hizmet kuruluşunda çalışan personelin akreditasyon sürecindeki etkisi ile ilgili akredite olmuş özel bir sağlık kuruluşunda, tam olarak doldurulan 181 anket ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak El-Jardali ve diğerleri (2008) tarafından akreditasyonun hizmet kalitesine etkisi ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörler hakkından çalışanların algılarını değerlendirmek için hazırlanan anket, sağlık hizmet kuruluşunda çalışan tüm personele uygulanması için uyarlanmıştır. Bağımlı değişken 'Akreditasyonun Faydaları' ile Bağımsız değişkenler 'Çalışanların Katılımı, Eğitim ve Öğretim, Ödül ve Takdir, Liderlik, Taahhüt ve Destek' değişkenleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). En güçlü ilişki 'Akreditasyon faydaları' ile 'Eğitim ve Öğretim' alt ölçekleri ($r = 0,605$, $p < 0,05$) arasında olduğu tespit edilmiştir. Regresyon analizi sonucunda $R^2 = 0,487$ olarak hesaplanmış olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama derecesi %49 olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamında 'Çalışanların Katılımı, Akreditasyonun Faydaları, Eğitim ve Öğretim, Ödül ve Takdir, Liderlik, Taahhüt ve Destek' ölçeklerindeki ifadelerin eğitim durumu, meslek grubu ve çalışma süresi ile farklılık gösterip göstermediği gözlemlenmiştir. Araştırma sonucu olarak 'Akreditasyonun Faydaları' ve 'Eğitim ve Öğretim' alt ölçeklerinde eğitim durumu, meslek grubu ve çalışma süresi ile bu ölçeklerdeki ifadeler çalışanların katılma derecelerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 'Çalışanların Katılımı' ile 'Ödül ve Takdir' alt ölçeklerinde yer alan ifadeler için çalışanların katılma dereceleri mesleki olarak Hemşire ve Doktor grupları arasında farklılık gösterdiği analiz sonuçlarında tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmet Kuruluşları, İnsan Kaynakları, Akreditasyon

ABSTRACT

The purpose of our research is to work in health service to measure the contribution of human resources in the accreditation process and its impact on this process. The survey was conducted with 181 questionnaires completed in an accredited private health organization about the effect of the staff, working in the health service organization on the accreditation process. As a data collection tool, the questionnaire prepared by El-Jardali et al. (2008) to assess the perceptions of employees about the effect of accreditation on service quality and other factors affecting service quality was adapted to be applied to all staff, working in the health service organization. There was a positive and significant relationship ($p < 0,05$) between the dependent variables 'Benefits of Accreditation' and Independent variables 'Employee Participation, Education and Training, Reward and Appreciation, Leadership'. The strongest relationship ($r = 0,605$, $p < 0,05$) was found between the subscales of 'Accreditation Benefits' and 'Education and Training'. As a result of the regression analysis it was calculated $R^2 = 0.487$ and it was determined that explanation degree of the dependent variable for the independent variables as 49%. Within the scope of the research, it was observed whether the expressions in the scales of 'Employee Participation, Benefits of Accreditation, Education and Training, Reward and Appreciation, Leadership' differed by educational status, occupational group and working time. As a result of the research, there was no significant difference in the educational status, occupational group and working time and the degree of participation of the employees in the subscales of 'Accreditation' and 'Education and Training'. Employee participation degrees differed professionally between nurse and doctor groups for the statements in subscales of 'Employee Participation in the Accreditation Process' and 'Reward and Appreciation'.

Keywords: Health Service Organization, Human Resources, Accreditation

TEŞEKKÜR

Tez alıőmam boyunca zaman ayırıp, hoőgörü ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer tez danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi Süreyya YILMAZ' a,

Bu süreç boyunca bana güvenlerinin tam olduğunu ve desteklerini her zaman hissettiğim annem ve canım kardeőlerime sonsuz teőekkürü bir borç bilirim.



BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazım aşaması da dahil olmak üzere hiçbir etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez çalışmam ile elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

10 Eylül 2019

Tuğçe SAYGILI



İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN	iv
TABLO DİZİNİ	vii
ŞEKİL DİZİNİ	ix
SİMGE VE KISALTMA DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARINDA AKREDİTASYON	3
2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmet Kuruluşlarının Gelişimi	3
2.2. Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Akreditasyonun Tanımı, Özellikleri ve Yararları	6
2.3. Uluslararası Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Akreditasyonun Gelişimi	7
2.3.1. Uluslararası Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Akreditasyon Başvuru ve Denetim Süreci ...	12
2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Akreditasyonun Gelişimi	13
2.4.1. Türkiye’de Akreditasyon Başvuru ve Denetim Süreci.....	15
3. SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARINDA İNSAN KAYNAKLARI	17
3.1. Sağlık Hizmet Kuruluşlarında İnsan Kaynaklarının Tanımı	17
3.2. Sağlık Hizmet Kuruluşlarında İnsan Kaynaklarının Planlanması	18
3.3. Sağlık İnsan Kaynağı Planlanmasını Etkileyen Faktörler	22
3.4. Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları ile İlgili Yapılan Çalışmalar	24
4. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	29
4.2. Evren ve Örneklem	29
4.3. Veri Toplaması	29
4.4. Araştırma Hipotezleri.....	30
4.5. Veri Analizi	32
5. BULGULAR	37
5.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri	37
5.2. Çalışanların, Çalışan Katılımı Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi	39

5.4. Çalışanların, Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi.....	49
5.5. Çalışanların Ödül ve Takdir Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi	52
5.6. Çalışanların Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi.	56
6. TARTIŞMA	70
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR	77
EKLER.....	82



TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Uluslararası akreditasyon programlarından örnekler.....	11
Tablo 2: Faktör analizi	33
Tablo 3: Anketin güvenilirliği.....	36
Tablo 4: Demografik bilgiler.....	38
Tablo 5: Yaş ve çalışma süresi bilgileri	38
Tablo 6 : Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	39
Tablo 7: Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	40
Tablo 8: Çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin meslek gruplarına göre farklılığı.....	42
Tablo 9: Çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin çalışma süresi ile ilişkisi	42
Tablo 10: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	43
Tablo 11: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	45
Tablo 12: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde çalışanların katılım derecesinin çalışma süresi ile ilişkisi.....	48
Tablo 13: Eğitim ve öğretim alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	49
Tablo 14: Eğitim ve öğretim alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	50
Tablo 15: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin çalışma süresi ile ilişkisi	52
Tablo 16: Ödül ve takdir alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması	53
Tablo 17: Ödül ve takdir alt ölçeğine yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması	54
Tablo 18: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin meslek gruplarına göre farklılık analizi.....	55
Tablo 19: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin çalışma süresi ile arasındaki ilişki.....	56

Tablo 20: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	57
Tablo 21: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların eğitim durumuna göre katılma derecesi	59
Tablo 22: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması.....	60
Tablo 23: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğinde yer alan ifadelerin çalışanların katılım derecelerinin meslek grupları arasındaki farklılığın karşılaştırılması	62
Tablo 24: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin çalışma süreleri ile ilişkisi.....	65
Tablo 25: Ölçeklerin katılım derecesi ortalaması.....	66
Tablo 26: Ankette yer alan değişkenler arasındaki ilişki	67
Tablo 27: Değişkenler arasındaki açıklama yüzdesi	68
Tablo 28: Modelin doğrusallık analizi	68
Tablo 29: Bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki çoklu regresyon analizi.....	68

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık İnsan Kaynakları Aksiyon Çerçevesi (HRH Action Framework)	20
---	----



SİMGE VE KISALTMA DİZİNİ

AC:	Accreditation Canada
ACHS:	The Australian Council on Healthcare Standards
ADSM:	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
HSO:	Health Organization for Standardization
ISO:	International Organization for Standardization
ISQua:	The International Society for Quality in Health Care
JC:	Joint Commission
JCAHO:	Joint Commision for Accreditation of Health Care Organizations
JCI:	Joint Commission International
NSQHS:	Avusturalya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu
OECD:	Organisation for Economic Cooperation and Development
SAS:	Sağlık Akreditasyon Standartları
SASAM:	Sağlık- Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
SAİK	Sağlıkta İnsan Kaynakları
SB:	Sağlık Bakanlığı
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SM:	Sağlık Memuru
SPSS	Statistical Package for Social Science
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
T.C.:	Türkiye Cumhuriyeti
TÜSEB:	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanı
TÜSKA:	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

1. GİRİŞ

Sağlık hizmet kuruluşlarında akreditasyon, ‘bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun herkesçe kabul gören tüzel bir kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi süreçtir’ ifadesi kullanılmış ve genellikle gönüllülük esasına dayanarak, uluslararası kabul görmüş ilkelere dayanan bir program olduğu kabul görülmüştür (Cengiz, 2018, s:22). Bu programın sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi ve verimliliğin artırılması için eğitim görmüş, yeterli donanıma sahip, hasta memnuniyet seviyesini en yüksek seviyede tutmayı ve tıbbi hataları en aza indirme bilincine sahip çalışanların bulunması en önemli etkenler arasında olmuştur. Gün geçtikçe gelişen teknoloji ve hasta beklentisindeki artış, sağlık hizmet kuruluşlarının akreditasyon standartlarına olan ilgisi artış göstermiştir. Uluslararası alanda hastane akreditasyon programı 1913 yılında Amerika’da Amerikan Tabipler Birliği tarafından uygulanmaya konulan hastane standartları ile başlamış ve 1994 yılında ise uluslararası alanda hizmeti sağlayabilmek için Joint Commission International (JCI) kurulmuştur (Cengiz, 2018, s:23). Amerika’da uygulanan standartlar diğer ülkelerde de uygulamaya konularak, sağlık hizmet kuruluşlarının uluslararası kuruluşların denetimiyle akredite hastane statüsüne sahip olması amaçlanmıştır.

Uluslararası alanda belirlenen standartları uygulamak hem mali açıdan hem insan kaynağı açısından önem taşımaktadır. Bu standartların uygulayıcısı olan insan kaynağının yeterli sayıda ve eğitim seviyesinde olması önemli etkenlerden biridir. Bu konuda yaşanacak yetersiz personel kaynağının oluşturacağı aksaklıklar zaman kaybı yanında finansal kayıpları da yanında getirecektir. İnsan kaynağı açısından yeterli bir düzeye ulaşılmasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi, 1998 yılında bölgede yer alan ülkeleri yönlendirmek amacıyla herkese “21. Yüzyılda 21 Hedef” sloganıyla sağlık politikası hedefleri belirlemiş, bütün üye ülkelerin bu hedefler doğrultusunda kendi hedeflerini belirlemesini istemiştir. Bu hedefler arasındaki 18. Hedef ‘Sağlık İçin İnsan Kaynakları Geliştirilmesi 2010 yılına kadar, bütün üye ülkelerde sağlık çalışanlarının tümü ve diğer sektörlerde çalışanlar, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli bilgi, tutum ve becerileri edinmelidirler’ olmuştur (Öztek, 2018, s:17-18). Ayrıca 2000

yılında yine DSÖ tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu'nda sağlık sisteminin en temel girdisi olarak insan kaynakları vurgusu yapılmıştır (Avcı ve Ağaoğlu, 2014, s:85). Sağlıkta insan kaynakları bir ülkede sağlık sisteminin kalbi, yön vericisi ve sağlık politikalarının en önemli bileşeni olarak tanımlanmıştır. Sağlık politikaların başarılı olabilmesi ve sağlık hizmetinin sunumunda amaçlanan hedefe ulaşılmasında yine en önemli üretim faktörü sağlık insan kaynakları olmuştur (Özkan ve Uydacı, 2015, s:222).

Yıllardır sağlık insan kaynağı konusunda araştırmalar yapılarak çeşitli politikalar izlenmektedir. İnsan kaynağındaki eksikliği kapatmaya odaklanırken mevcut sayının korunması gerekecektir. Hasta memnuniyeti, gelişen teknolojiye uyum sağlayacak personel yetiştirme, sağlıkta sıfır hata gibi birçok faktörü bir arada istenmekte ama bunu sağlayacak insan kaynağını sürece ne kadar entegre edilmekte ve çalışan memnuniyetini, motivasyonunu ne kadar sağlanmakta bu konu biraz göz ardı edilebilmektedir. Son dönemin önemli konularından akreditasyon sürecinde sağlık insan kaynağı başrol olmaktadır. Çünkü bu standartlara onlar ne kadar uygun hareket ederse hastane o kadar başarılı olacaktır. Araştırmada, bu konudan yola çıkılmış ve anket uygulanmıştır. Bunun sonucunda elde edilen bilgiler ışığında sağlık hizmet kuruluşlarının akreditasyonu sürecinde kuruluştaki görev yapan insan kaynağının akreditasyon sürecindeki katkısı ile etkisini ölçmek amaçlanmış ve personeli etkileyen faktörlerin neler olduğunu analiz etmeye yönelik bir çalışma yapılmıştır.

2. SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARINDA AKREDİTASYON

2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmet Kuruluşlarının Gelişimi

Sağlık hizmet kuruluşlarının gelişimi Osmanlı döneminde incelendiğinde saray yönetimi tarafından yürütülen bu hizmetin, saray üyeleri ve orduya yönelik olarak sunulduğu görülmektedir. Bunun dışında sağlık hizmeti veren serbest tabipler özel ücret karşılığında evlere giderek hizmet vermişlerdir (Çakmak ve Çakmak, 2017, s:49). Resmi kurum olarak bu dönemde sadece Hekim Başı görevliymiş. Hekim Başı, doktor ve diğer sağlık personelinin atamalarından sorumlu kişi olarak görev yapmıştır. Fakat bu hizmet büyük şehirlerin dışına çıkamamıştır. Herkesin sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlamak için, Hekim Başı sistemi kaldırılmış ve 1871 yılında İdare-i Umumiyyeyi Tıbbiye Nizamnamesi yayımlanarak taşraya hekim gönderilmesinin yolu açılmıştır (Aydın, 2004, s:185-186). II. Abdülhamit tarafından 1898 yılında coğrafyanın tertipli ve düzenli olarak kurulmuş ilk modern hastanesi şimdiki ismi ile İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Gülhane Askeri Tıp Akademisi) açılmıştır (Çakmak ve Çakmak, 2017, s:49).

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) açılışıyla sağlık konusunda önemli bir adım atılarak 3 Mayıs 1920’de Sağlık Bakanlığı (SB) kurulmuştur. TBMM’nin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Koruyucu sağlık hizmeti, hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü kurularak sağlanmıştır. Tedavi hizmetlerinin sağlanmasında ise belediyeler ve özel idarelerin devrede olması planlanmış olup yoksul hastalar için hükümet, tabipleri ve diğer kuruluşlar ücret almayarak hizmet vermesi öngörülmüştür (Akdur, 2008, s:46-47). Cumhuriyet’ in ilan edilmesinden sonra Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam, sağlık hizmetleri konusunda koruyucu sağlık hizmetini ön planda tutmuştur. Bu dönemde Sivas, Kayseri, Ankara, İstanbul, Erzurum, Diyarbakır’da SB’na bağlı olarak Numune Hastaneleri kurulmuş ve 1219 sayılı ‘Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’ ile 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gibi halen yürürlükte olan kanunlar yapılmıştır (Akdur, 1999, s:12). Bu kanunlar ile sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi, koruyucu hekimlik ile tedavi edici hekimliğin birbirinden ayrışması, tıp

fakültelerinin kurulması ve bulaşıcı hastalıklar (sıtma, frengi, verem vs.) ile mücadele edilmesi gibi sağlık politika ilkeleri belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Cumhuriyet döneminin ikinci Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz'un ilk yazılı olarak hazırlamış olduğu sağlık planı 'Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı' 1946 yılındaki Yüksek Sağlık Şurası tarafından onaylanmıştır. Planın amacı, sağlık hizmetlerinin entegrasyonunu sağlayarak, tüm yurttan yaygınlaştırılması olmuştur. Bu plan ile yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Yine bu dönemde insan kaynaklarının oluşturmak için İstanbul ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden sonra 1955 yılında Ege Üniversitesi de öğrenci alımına başlamış. 1950 yılında 3.020 olan hekim sayısı 1960 yılında 8.214'e, yükselmiştir. Yine bu 10 yıllık süreçte hemşire sayısı 721'den 1.658'e, ebe sayısı 1.285'ten 3.219'a yükselmiştir (Akdağ, 2008, s:15-17). 1960 yılında, Nusret Fişek'in öncüsü ve hazırlayıcısı olduğu 224 sayılı Sağlık Hizmetleri'nin Sosyalleştirilmesi Kanun'u kabul edilerek sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli, yaygın ve entegre olarak sunulması amaçlanmıştır. Bu hedef ile sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri açılarak hizmette kademeli olarak yapılanma gerçekleştirilmiştir (Çakmak ve Çakmak, 2017, s:50).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma (1963) planlaması ile sağlık hizmetlerinde, koruyucu sağlık hizmetleri yaygınlaştırılacak ve geliştirilecek, personel dengeli ve düzenli bir şekilde dağıtılacak, hizmet SB aracılığı ile sunulacak, döner sermaye sistemi devlet hastanelerinde de uygulanacak, ilaç endüstrisi güçlendirilecek ve özel hastanelerin açılmasında destek sağlanması amaçlanmıştır (Çakmak ve Çakmak, 2017, s:50).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 1990 yılında sağlık hizmetleri hakkında master plan oluşturulmuş ve bu süreçte sağlık reformları değerlendirilerek Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı Kanun ile 'Yeşil Kart' uygulaması gelmiş ve sağlık hizmetinin karşılayacak durumu olmayan vatandaşlar için kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanması sağlanmıştır (Sülkü, 2011, s:5). 2002 yılında 'Acil Eylem Planı' açıklandı ve bu plan çerçevesinde 'Herkesin Sağlık' başlığı altında ilkeler belirlenmiş ve bu doğrultuda 2003 yılında SB tarafından 'Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamaya konulmuştur (Akdağ, 2008, s:20). SDP, OECD'ye göre bazı sorunların çözümü için tasarlanmış ve bu sorunlar arasında 'Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirlik' yer almıştı. SDP'nin ana

temalarından biri de ‘Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon’ olmuştu (akmak ve akmak, 2017, s:51-52).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bireyin ihtiyaç, talep ve beklentileri doğrultusunda geliştirilecek olan sistemin ülke koşulları göz önüne alınarak uyumlu ve devamlı kendini geliştirerek daha iyiyi sağlamak hedeflenmiştir. Ayrıca, bütün sistem bileşenlerinin gelişime katkı sağlayarak karşılıklı çıkarlar çerçevesinde ortak noktada buluşarak, hizmette oluşan arz ve talebin hiçbir ayırım gözetmeksizin belirlenen amaçlar doğrultusunda hizmet sunumunda gönüllü olarak yer almasını sağlanmaya çalışılmıştır. Finansman konusunda ise destekleyici, planlama yapan, denetleyen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılarak daha kaliteli ve verimli hizmetin verilmesini, idari ve mali yönden özerk işletmeler ile daha hızlı karar mekanizması oluşturmayı, hizmetin sunumunda tekelciliğin ortadan kaldırılmasını temel olarak benimsemiştir (Gülşen ve Yıldiran, 2017, s:166).

Genel Sağlık Sigortası (GSS) programıyla 2006 yılında farklı çalışma gruplarını kapsam altına alan Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tek çatı altında toplanmıştır (OECD, 2008, s:39). SDP ile uygulanan tüm politikaları, sağlık hizmet sunumunun arz ve talep yönlü artışının sağlanması, sağlık harcamalarındaki artış dengede tutmak ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak üzerine olmuştur (Sülkü, 2011, s:10).

Sağlık Reformlarının diğer bir ayağını oluşturan Aile Hekimliği sistemine 2010 yılında ülke genelinde geçilmiştir (Sülkü, 2011, s:98). Bu uygulama ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde topluma yönelik sunulan sağlık hizmeti toplum sağlığı merkezleri tarafından aile hekimi tarafından sunulmaya başlamıştır (Gülşen ve Yıldiran, 2017, s:164).

SDP kapsamında 2011 yılında Kamu Hastane Birlikleri reformu yapılmıştır. Bu reform ile hedeflenen, SB’na bağlı ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarının kamu hastane birlikleri çatısı altında ‘özerk’ olarak yeniden örgütlenmesinin sağlanmasıdır (Ataay, 2007, s:4-7). Daha sonraki yıllarda Kamu Hastaneler Birliklerinin kaynak kullanımını ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğinin değerlendirilmesi için 2015 yılında Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirme Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Ayrıca yönetmeliğe dayanılarak ‘Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge’ hazırlanmıştır. Bu yönerge ile altı aylık ve yıllık

sürelerle toplanan ve gözlem sonucu elde edilen veriler ile değerlendirilecek, değerlendirme sonucu birlik, sağlık tesisleri ve birlik yöneticileri için karne düzenlenip, başarı gruplamasında kullanılacaktı. Sağlık tesislerinin karne düzenlemesinde tıbbi, idari, mali, kalite, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyet, eğitim kriterleri ve izleme ve veri doğrulama, kanıta dayalı gözlemsel değerlendirme ve genel değerlendirme kriterleri yer alacaktı (Güler ve Demir, 2018, s:52).

Yapılan çalışmalar sonucunda SB'na bağlı kuruluşlarının gelişim hızına bakınca, 2002 yılında 774 olan hastane sayısı 2013'te 854'e yükselmiştir. 2009 yılında 6546 olan Aile Hekimliği Birimi 2013 yılında 21.175'e, 2086 olan Aile Sağlığı Merkezi 2013'te 6756'ya, Toplum Sağlığı Merkezleri ise 429'dan 971'e yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

2.2. Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Akreditasyonun Tanımı, Özellikleri ve Yararları

Akreditasyon, “bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören tüzel bir kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (Cengiz, 2018, s:22). Akreditasyon, bir kalite altyapısıdır (Sarp, 2017, s:88).

Akredite olan sağlık hizmet kuruluşu, ilgili standartlara uygun olarak hizmet sunduğu herkes tarafından kabul görmekte ve hizmet kalitesi güvence altına almış olacaktır (Kayral, 2018, s:28). Kuruluşu akredite eden kurum belirli aralıklar ile denetlemeler yaparak olağan koşulların devam edip etmediğini takip ederek sürekliliğin sağlanmasını hedeflemiştir (Çakmak, 2009, s:27). Akreditasyon sürecinde, kuruluşların kalitesini, etkinliğini ve verimliliğini arttırmak amaçlanmıştır ve bu süreç gönüllülük esası ile uluslararası kabul görmüş temel prensiplere dayandırılmıştır (Yıldız, 2010, s:46). Bu süreçte en önemli birleşen olarak, sağlık hizmet kuruluşları için en uygun olan kalitede uygulamanın nasıl olması gerektiğini ifade eden standartlar öne çıkmıştır. Standartlar, sağlık hizmet kuruluşu ile ilgili, anlaşılabilir, uygulanabilir, ölçülebilir, ulaşılabilir, genellikle uygulanması zorunlu olmayan ve akredite olan organizasyonda sürekli iyileştirmeyi teşvik edecek şekilde düzenlenmiş dokümanlar olmuştur (Kavak, 2018, s:6). Standartların yapısı ve içeriği oluşturulurken planla, uygula, kontrol et ve önlem al

döngüsü sürekli önerilirken, bunların uygulanması sürecinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması da istenmiştir (Beylik, 2018, s:8). Standartlar hazırlanırken, mutlaka tüm tarafların katılımıyla ve tüm kesimin kullanımına uygun olarak hazırlanması sağlanmalıdır (Algan, 2015, s:81).

Sağlık hizmet kuruluşlarının, gönüllülük esasına dayanan akreditasyon sürecine katılmaya iten sebeplere bakılırsa, kalite rekabetleri, pazar payını artırma isteği, özel sigorta şirketleri tarafından tercih edilme, organizasyon gelişimi ve sağlık turizminde hastane seçiminde önemli rol oynaması olarak belirtilebilir (Güdük ve Kılıç, 2017, s:104).

Akreditasyon sadece sağlık hizmet kuruluşu açısından değil hasta içinde birçok açıdan fayda sağlamıştır. Bunlar, kaliteye odaklı kuruma ulaşma, hasta haklarına saygı gösterilmesi ve korunması, anlaşılabilir eğitim ve iletişimin sağlanması, tatminkarlığın değerlendirilmesi, bakım karar ve sürecine dahil edilmesi, bakım sürecinde aileye değer verilmesi olarak sıralanabilir (Yıldız, 2010, s:64).

Genel olarak özetlemek gerekirse, akreditasyon iyi bir hizmet sunan sağlık kuruluşlarının tanınmasında, kurumun değerlendirme sürecinde bir mekanizma oluşturulmasında, personelin çalıştığı kurumla gurur duymasında, personel arasında iletişimin kuvvetlenmesinde ve katılımın sağlanmasında, personel işe alınmasında, işletme politikalarının belgelendirilmesinde, çalışmalarda yeterliliğin sağlanmasında yararlı bir süreçtir (Sarp, 2017, s:90).

2.3. Uluslararası Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Akreditasyonun Gelişimi

Uluslararası alanda Sağlık hizmet kuruluşlarının akreditasyon süreci, ilk olarak 1913 yılında Amerika Cerrahlar Birliği'nin (ACS-American College of Surgeons) geliştirmiş olduğu hastane standartları ile başlamıştır (Gül, 2010, s:13).

Uluslararası sektörde akreditasyon standartlarına yönelik kuruluşların başında 1947 yılında kurulan Uluslararası Standartlar Organizasyonu (ISO) bulunmaktadır (ISO, 1997). ISO, bağımsız ve hükümet dışı bir organizasyondur ve merkezi Cenevre (İsviçre)'dedir (Algan, 2015, s:91). Bu organizasyon sağlık hizmetlerinin belirli yönlerini (ISO 9000 serisi) değerlendirmek için kullanılan kalite sistemleri için standartlar geliştirmiştir (Kavak,2018, s:16). ISO tarafından yayınlanan standartlar, fikir birliği, şeffaflık, açıklık, teknik uyum ilkeleri ile çalışmaktadır (Algan, 2015, s:117).

Sağlık kuruluşları açısından ISO standartlarının yararları; hizmet sunumunda kalite, çalışanlarda iş doyumunu ve motivasyonu, yönetim ve organizasyonda modern yöntemlerin kullanılması, karar mekanizmasının hızlı işlemesi, bilgi sistemlerinin dokümantasyonu, iletişim mekanizmasının işlevselliği, hasta memnuniyeti ve çalışanlar arasındaki ekip ruhu olarak belirtilmiştir (Kömürcü ve ark., 2014, s:101). Akreditasyonun temeli bu standartlar ile oluşturmuştur (Ergenoğlu, 2006, s:87).

ISO 9000 standartları 1987 yılında yayınlanmıştır (ISO, 1997). ISO standartları yılda bir teknik komite tarafından yenilenmektedir ve ISO sertifikası 3 yıl geçerli olup, bu belgeye sahip olan kurum 6-12 ayda bir gözetim denetimi ile kontrol edilmektedir (Kömürcü ve ark., 2014, s:99-104).

Joint Commision for Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) çatısı altında 1951 yılında akreditasyon kurumsallaştırılmıştır. JCAHO temsilciler yönetim kurulu; Amerikan Hastane Birliği (7 üye), Amerikan Tıp Birliği (7 üye), Amerikan Hekimler Birliği (3 üye), Amerikan Dişçiler Birliği (1 üye), Halk temsilcileri (6 üye) ve Hemşire Temsilcisinden oluşmuştur (Ergenoğlu, 2006, s:87). Şimdilerde The Joint Commission ismi ile bilinen bu kuruluş, Amerika Birleşik Devletleri'nin bağımsız ve kar amacı gütmeyen en eski ve en büyük akreditasyon kuruluşudur (Cengiz, 2018, s:22).

Kanada'da Accreditation Canada (AC) programı 1958 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Kuruluşlar, Sağlık Standartları Organizasyonu (HSO) tarafından geliştirilmiş olan standartlara göre değerlendirilmektedir (Gül, 2010, s:15-16). Bu standartlar, hastalar ve aileleri için geniş bir sağlık hizmeti alanını kapsayan en iyi kalitede hizmeti vermeyi hedeflemiştir ve standartlar oluşturulurken, etkili sağlık hizmetleri ve genel değerleri sağladıklarından emin olmak için klinisyenler, politika yapıcılar, hastalar ve aileleri ile ortak olarak tasarlanmıştır (Kavak, 2018, s:17). Kanada'da yeniden ziyaret şartı ile 2 yıllık tam akreditasyon verilmektedir (Yıldız, 2010, s:65).

Avusturalya'da 1974 yılında, The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), bağımsız ve kar amacı gütmeyen kuruluş olarak hizmet vermeye başlamıştır (Güdük, 2018, s:57). Akreditasyona yönelik standartlar Avusturalya Sağlık Hizmetlerinde Güvenlik ve Kalite Komisyonu (NSQHS) tarafından hazırlanmıştır. Standartlar, akreditasyon sürecine odaklanıp temel adımları özetleyerek göstermekte ve

kullanılabilecek kanıt örnekleri sunmaktadır (Kavak, 2018, s:17). Avusturalya’da mükemmel hastaneler için 5 yıllık tam akreditasyon verilmektedir (Yıldız, 2010, s:50).

Uluslararası alanda 1985 yılında, sağlık hizmet kuruluşların akreditasyon faaliyetlerini yapan kurumları akredite eden, akreditörlerin akreditörü olarak tanınmış olan The International Society for Quality in Healthcare (ISQua) kurulmuştur (Kavak, 2018, s:16). Bu kuruluş, bağımsız ve kar amacı gütmeyerek 100 üzerinde üye ve bağlantısı bulunan küresel bir yapıdır. Merkezi İrlanda olan bu kuruluş Dünya Sağlık örgütü ile ‘resmi’ olarak ortak çalışmaktadır (Kayral, 2018, s:14).

ISQua, Kurumsal Akreditasyon, Standartların Akreditasyonu ve Denetçi Eğitimi Programı Akreditasyonu olarak belirtilen bu üç alana yönelik programlar yolu ile akreditasyon yapabilme yetkinliği sağlamıştır (Kavak, 2018, s:16).

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon üzerine hizmet veren kuruluşlar ISQua tarafından akredite edilen standart setleri ile akreditasyon denetimlerini gerçekleştirmiştir (Kavak, 2018, s:16). Bu standart setlerini kullanmak için ISQua tarafından akredite edilmesi ve bazı ilkeleri tam olarak karşılaması gerekmektedir. Bu ilkeler (Kayral, 2018, s:16);

- Standartların Gelişimi
- Standartların Ölçümü
- Örgütsel Rol, Planlama ve Performans
- Güvenlik ve Risk
- Hasta/Servis Kullanıcı Odağı
- Kalite Performansı

Uluslararası alanda hizmet vermesi için 1998 yılında Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu’nun (JCAHO) bir alt kuruluşu olarak Joint Commission International (JCI) kurulmuştur (Tengilimoğlu ve ark., 2013, s:184). Temel amacı, topluma yönelik verilen sağlık hizmetinin güvenlik ve kalitesini sürekli olarak yükseltilmesi ve oluşturulan standartların sağlık kuruluşlarında benimsetilmesi olmuştur (Kavak, 2018, s:17). JCI, Hasta merkezli sağlık bakımı kavramını öne çıkararak bu yönde çalışmaları hızlandırmıştır (Ergenoğlu, 2006, s:88). Misyon olarak ‘eğitim, yayınlar, danışman, değerlendirme ve akreditasyon hizmetleri yoluyla uluslararası toplumdaki bakımın güvenliğini ve kalitesini arttırmak’ hedeflerini benimsemiştir (Doğanay, 2008, s:155).

JCI, 2011 yılında ISQua tarafından dört yıllık akreditasyon almıştır. Aldığı bu akreditasyon belgesi sayesinde, sağlık hizmetleri kuruluşlarının çalışmasını denetlemek amacıyla JCI tarafından kullanılan standartların, eğitimin ve süreçlerin akreditasyon kuruluşları için en yüksek uluslararası temel ölçütleri karşılamaını garanti etmiştir (Tengilimoğlu ve ark., 2013, s:185).

JCI'n Hastaneler için Kullanıma Sunduğu Akreditasyon Standartları (Kömürcü ve ark., 2014, s:103 ve Ergenoğlu, 2006, s:94-98);

1. Organizasyonel;

- Kalite Geliştirilmesi ve Hasta Güvenliği (QPS),
- Yönetim, Liderlik ve İdare (GLD),
- Tesis Yönetimi ve Güvenlik (FMS),
- Çalışan Niteliği ve Eğitimi (SQE),
- Bilgi Yönetimi (MOI),
- Enfeksiyon Kontrolü ve Koruma (PCI)

2. Hasta Odaklı;

- Bakıma kabul ve Bakımın Devamlılığı (ACC),
- Hasta ve Aile Hakları (PFR),
- Hasta ve Aile Eğitimi (PFE),
- Hasta Değerlendirilmesi (AOP),
- Hasta Bakımı (COP)

Yukarıda bahsedilen Uluslararası Akreditasyon Kuruluşlarının faaliyet gösterdiği programlar özet olarak aşığıdaki tabloda belirtilmiştir (Cengiz, 2018, s:23).

Tablo 1: Uluslararası akreditasyon programlarından örnekler

Joint Commission (JC)	Joint Commission International (JCI)	Accreditation Canada (AC)	The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)
<ul style="list-style-type: none">• Ayakta Tedavi Merkezleri• Davranışsal Sağlık Merkezleri• Kritik Erişim Hastaneleri• Evde Bakım Hizmetleri• Hastaneler• Laboratuvar Hizmetleri• Hemşirelik Bakım Merkezleri	<ul style="list-style-type: none">• Hastaneler• Akademik Tıp Merkezi Hastaneleri• Ayakta Tedavi Merkezleri• Klinik Laboratuvar Hizmetleri• Evde Bakım Hizmetleri• Uzun Dönem Bakım Hizmetleri• Medikal Transfer Hizmetleri• Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">• Hastaneler• Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri• Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri• Acil Sağlık Hizmetleri• Bağımsız Sağlık Tesisleri	<ul style="list-style-type: none">• Ulusal Güvenlik ve Kalite Sağlık Hizmetleri (NSQHS) Standartları• Günlük Prosedür Merkezleri• Sağlık Destek Hizmetleri• Ağız Sağlığı Hizmetleri• Hemodiyaliz Merkezleri• Ruh Sağlığı Hizmetleri• Ortak Toplum Bakım Standartları• İnsan Hizmetleri Standartları Bölümü• Medicare Yerel Akreditasyon Programı

2.3.1. Uluslararası Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Akreditasyon Başvuru ve Denetim Süreci

Bir sağlık kuruluşunun akreditasyona başvurması için yerine getirmesi gereken koşullar bulunmaktadır. Bu koşullar şunlardır (Çakmak, 2009, s:25-26);

- Sağlık kuruluşu ruhsatlı ve başvurudan en az 6 ay önce hizmet vermeye başlamış olması,
- Yataklı ve ayaktan hasta hizmeti olarak 24 saat hizmet vermesi,
- En az 4 aylık hasta kayıtlarının tam olması,
- Yönetim ve organizasyon yapısı bulunması,
- Kalite yönetim sistemi belgelerinin hazır ve işliyor olması,
- Komite/kurul/konsey işleyiş prosedürlerinin bulunuyor ve işliyor olması gerekmektedir.

Sağlık hizmet kuruluşu araştırma forumunu doldurarak akreditasyon sürecini başlatmıştır. Başvuru formu, sahiplik durumu, demografik özellikler sunulan hizmetin tipi ve boyutu hakkında bilgiler sağlamaktadır (Ergenoğlu, 2006, s: 90).

JCI ve sağlık hizmet kuruluşu, araştırma tarihini kararlaştırırken (genellikle başvuru itibariyle 90 gün içinde), kuruluşun ihtiyaçlarını ve araştırma koşullarını içeren araştırma gündemi birlikte hazırlamaktadırlar (Çakmak, 2009, s:27).

Denetim hazırlığının yapılması için JCI hastanelere denetim hazırlık rehberi sunmaktadır. Yerde akreditasyon denetimi için 3 ya da 4 kişi görevlendirilmektedir. Bu kişiler 1 doktor, 1 hemşire, 1 idareci vb. görevleri olan kişilerden oluşmaktadır (Çakmak, 2009, s:27). Akreditasyon kuruluşlarının ana gelir kaynağı ise başvuru esnasında akreditasyon servisi için alınan ücretlerdir (Yıldız, 2010, s:50).

Denetim günü denetçiler tarafından, idari organizasyon planı, güncel olarak hastane yatış ve ameliyat sayısı, kalite yönetim evrakları, 7 adet hastane yönetim planı (ilaç, afet, risk, kalite, enfeksiyon, bilgi ve stratejik plan), hasta ve çalışan güvenliği planları ve tanıtım sunumu istenmektedir (Çakmak, 2009, s:27).

Denetim sonucunda kurumun akreditasyon raporu oluşturulmaktadır. Kurumun akredite olması için belli bir puan alması gerekmektedir (Yıldız, 2010, s:71). Puan skalası kurum standardı karşılamıyorsa '0', kısmen karşılıyorsa '5', karşılıyorsa '10' puan olarak belirlenmiştir (Çakmak, 2009, s:27). Denetim geçiren kurum her bir JCI standardı için en

az 5 puan almalı, her bir bölüm için toplam en az 7 puan almalı, tüm standartlardan toplam en az 8,5 puan almalı ve tüm Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'nden toplam olarak en az 5 puan almış olmalıdır. Kurum belirtilen en az puanları ve üstlerini aldığı takdirde Akredite edilmektedir (Yıldız, 2010, s:71).

Akredite olan kuruma akreditasyon raporu ile sertifika verilir ve JCI akreditasyonu iptal etmediği sürece belgesi 3 yıl geçerlidir (Çakmak, 2009, s:27). Akredite olan kuruluşa bu 3 yıl içinde yapısında, mülkiyetinde veya hizmetlerinde bir değişiklik olursa bunu JCI' a bildirmekle yükümlüdür (Ergenoğlu, 2006, s:91). Değişen koşullar çerçevesinde JCI tekrardan denetleyebilir veya yeni bir akreditasyon kararı verme ihtiyacı duyabilmektedir (Yıldız, 2010, s:72). Eğer akredite olan kurum değişen koşullarını JCI' a bildirmez ya da yanlış bilgilendirme yaparsa sertifika iptal edilir ve kurum bir sene içinde tekrar değerlendirilmeye alınmamaktadır (Ergenoğlu, 2006, s:92).

2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmet Kuruluşlarında Akreditasyonun Gelişimi

Türkiye’de kalite ve akreditasyonun temelleri 2003 yılında SDP’nin altıncı birleşenin de yer alan ‘Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmeti İçin Kalite ve Akreditasyon’ ilkesi ile atılmıştır (Güdük ve Kılıç, 2017, s:105).

Ülkede Sağlıkta Akreditasyon Sisteminin oluşturulması için 2013 yılında ISQua ile resmi olarak iş birliği süreci başlatılmıştır (Kayral, 2018, s:19).

26 Kasım 2014 tarihinde ise 6569 sayılı ‘Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’ ile TÜSEB kurulmuştur (Avcı, 2018, s:4).

TÜSEB bünyesinde, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) kurulmuştur. Bu enstitünün görevleri şunlardır (Bektaş, 2017, s:1);

- Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon ilkelerinin belirlenmesinde Bakanlığa bilimsel katkı sağlamak,
- Ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek,
- Uluslararası ve bölgesel akreditasyon birlikleri ve örgütleri ile diğer ülkelerin akreditasyon kuruluşları ile karşılıklı tanıma anlaşmaları yapmak.

2012-2014 yılları arasında yürütülen çalışmalar sonucunda ilk akreditasyon seti olan Sağlık Akreditasyon Standartları (SAS) hazırlanmış ve ISQua tarafından 2014 yılında akredite edilmiştir (Bektaş ve ark., 2017, s:17). 2015 yılı itibariyle Akreditasyon ile ilgili tüm bilgi ve belge işleriyle yürütülen çalışmalar TÜSEB bünyesindeki TÜSKA' ya devredilmiştir (Kavak, 2018, s:18).

2017 yılında sağlık alanında hem uluslararası hem de ulusal düzeyde yapılan kalite çalışmaları ile Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua ilkeleri dikkate alınarak hazırlanan Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)- Hastane seti (v2.0/2017) yayınlanmıştır. SAS'ın yapısı oluşturulurken, uluslararası gelişmeleri dikkate alan, ülkedeki sağlıkta kalite alt yapısıyla uyumlu, kurumdaki tüm hizmet alanlarını kapsayan, hizmet süreç ve çıktılarına odaklı, inovasyona teşvik edici, kullanımı kolay ve kapsayıcı olması gibi özellikler göz önüne alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017, s:6). SAS- Hastane seti (v2.0/2017), ISQua tarafından Aralık 2021'e kadar akredite edilmiştir (Kavak, 2018, s:18).

Sağlıkta Akreditasyon Standartları- Hastane seti (v2.0/2017)' nin geliştirilmesi amacıyla kamu kurumları, hastaneler (kamu, özel, üniversite), uzmanlık dernekleri ve meslek örgütlerinin yanı sıra sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları, akademisyenler, hasta hakları çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine başvurulmuştur. SAS Hastane Veri Seti, 7 Boyut ve 34 bölümden oluşmaktadır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2017, s:8-9);

- 1.Boyut: Yönetim ve Organizasyon; Organizasyon Yapısı, Temel Politika ve Değerler, Kalite Yönetim Yapısı, Doküman Yönetimi, Güvenlik Raporlama Sistemi, Risk Yönetimi, Eğitim Yönetimi, Sosyal Sorumluluklar, Kurumsal İletişim.
- 2. Boyut: Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme; Kurumsal Göstergeler, SAS Göstergeleri.
- 3. Boyut: Sağlıklı Çalışma Alanı; İnsan Kaynakları Yönetimi, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği.
- 4. Boyut: Hasta Deneyimi; Temel Hasta Hakları, Hasta Güvenliği, Hasta Geribildirim, Hizmete Erişim, Yaşam Boyu Hizmetler.

- 5. Boyut: Sağlık Hizmetleri; Enfeksiyonların Kontrolleri ve Önlenmesi, Sterilizasyon Yönetimi, İlaç Yönetimi, Transfüzyon Yönetimi, Hasta Bakımı, Radyasyon Güvenliği, Laboratuvar Hizmetleri, Güvenli Cerrahi, Acil Sağlık Hizmetleri.
- 6. Boyut: Destek Hizmetleri; Otelcilik Hizmetleri, Tesis Yönetimi, Atık Yönetimi, Bilgi Yönetimi, Malzeme ve Cihaz Yönetimi, Dış Kaynak Kullanımı.
- 7. Boyut: Acil Durum Yönetimi; Acil Durum Yönetimi

TÜSKA' nın sağlık akreditasyon süreçleri kapsamında ISQua tarafından akredite edilmiş, SAS Hastane Seti, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) Seti, Diyaliz Seti ve Laboratuvar Seti olmak üzere dört seti bulunmaktadır (Bektaş, 2017, s:4).

2.4.1. Türkiye’de Akreditasyon Başvuru ve Denetim Süreci

Kurumun, Hastane Akreditasyon programına başvuruda bulunması için TÜKSAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi’nden kurumsal üye olması gerekmektedir (Bektaş, 2017, s:2). Üyeliği gerçekleştiren kurum bu sistem aracılığı ile başvurusunu yapabilir, Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına (SAS), Hastane Akreditasyon Rehberine ve Hastane Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberine ulaşabilmektedir (Bektaş ve ark., 2017, s:13). Ayrıca kurum bu sistem üzerinden Öz Değerlendirme Simülasyonunu kullanarak mevcut durumunu analiz ederek akreditasyona daha iyi hazırlanabilmektedir (Cengiz, 2018, s:23).

Başvuru kriteri olarak, sağlık hizmet kuruluşunun Türkiye’de olması, yetki ve izin belgelerine (ruhsat) sahip olması ve kesintisiz (yılda 365 gün, haftada 7 gün, günde 24 saat) hizmet sunması gerekmektedir (Bektaş, 2017, s:3).

Başvuru kriterlerini karşılayan sağlık hizmet kuruluşu, denetimi istediği tarihten en az 6 ay önce başvuru formunu doldurması gerekmektedir. Başvuru bilgilerinde kurumun genel bilgileri, fiziki yapısı, demografik bilgiler, dış kaynak kullanımına yönelik bilgiler, akreditasyon programına yönelik sorumlu ve yetkili sorumlu bilgileri ile talep edilen denetim tarihi istenmektedir (Cengiz, 2018, s:24).

Başvurusu kabul edilen kurudan 1 ay içinde öz değerlendirme istenmektedir (Cengiz, 2018, s:24). Bu öz değerlendirme ile kurumun denetim öncesi mevcut durumunu yeniden gözden geçirmesi için bir fırsat olarak görülmektedir (Bektaş, 2017, s:2). Öz

değerlendirme raporu, standartlar, değerlendirme ölçütleri, karşılama düzeyi, kanıtlama düzeyine ilişkin kanıtlar ve açıklamalar, planlanan iyileştirme faaliyeti ve bu faaliyeti gerçekleştirmek için planlanan süre konularını içermektedir (Cengiz, 2018, s:24). Denetimin planlanabilmesi için öz değerlendirme sonucuna göre standartların en az %85 oranında karşılanması gerekmektedir. Eğer standart karşılama oranı %85'in altında ise süreç sona erdirilir, %85'in üstünde ise denetim planlanmaktadır (Bektaş, 2017, s:3).

Denetim takvimi en geç 1 ay önce kuruma bildirilir. Bu takvimde denetim günü için saatler, denetçiler ve denetlenecek bölümler yer almaktadır. Denetim günü hastanenin büyüklüğüne bağlı olarak 3 ile 7 gün arasında değişmekte ve denetçi sayısı da 3 ile 5 kişi olabilmektedir (Cengiz, 2018, s:24).

Planlanan denetim sonucunda, standartları %85-%99 oranında karşılayan hastanelerden, "Kısmen Karşılıyor" ve "Karşılanmıyor" şeklinde rapor edilmiş olan standartlar için 45 gün içinde Eylem Planı (ne kadar zamana ihtiyaç olduğu planda bildirilir ve bu süre min. 1 ay, max. 6 aydır) talep edilmektedir (Bektaş, 2017, s:3).

TÜSKA tarafından incelenen eylem planının onaylanması sonucunda en geç altı ay içinde yeniden denetim gerçekleştirilmektedir. Yapılan denetim sonucunda son olarak Akreditasyon Yürütme Kurulu'nun kararı sonrasında hazırlanan son rapor denetimden en geç 30 gün sonra hastaneye gönderilmektedir. Hastanenin bu rapora 15 gün içinde itiraz hakkı bulunmaktadır (Bektaş, 2017, s:2). Denetim sonucunda, standartları %100 oranında karşılayan hastaneler akredite edilmektedir. Akredite edilen hastaneler, belgenin geçerli olduğu üç yıl boyunca her yıl ara denetimden geçmektedir (Cengiz, 2018, s:25).

3. SAĞLIK HİZMET KURULUŞLARINDA İNSAN KAYNAKLARI

3.1. Sağlık Hizmet Kuruluşlarında İnsan Kaynaklarının Tanımı

Sağlık insan kaynakları, ‘kamu ya da özel tüm sağlık sektöründe çalışan, sağlık hizmeti üreten personelin tamamı’ olarak tanımlanmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1970’li yıllarda sağlık insan kaynakları planlaması ‘Toplumda istenilen olumlu değişikliklerin başarılabilmesi için, sağlık sisteminin işlevlerinde iyileşme başlatabilmek üzere sağlık insan kaynakları ile ilgili bilgi, beceri ve yeteneklerin hesaplanması süreci’ olarak tanımlanmıştır (Özkan ve Uydacı, 2015, s:238). Daha sonraki yıllarda bu tanım yerine ‘Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması doğru yerde, doğru zamanda, doğru beceride ve sayıda insan bulundurmak’ olarak belirlenmiştir (Çavmak, 2017, s:14).

DSÖ Avrupa Bölgesi, 1998 yılında bölgedeki ülkelere yön vermek amacıyla herkese ‘21. Yüzyılda 21 Hedef’ sloganıyla sağlık politikası hedefleri belirleyerek ve bütün üye ülkelerin bu hedefler doğrultusunda kendi hedefleri belirlemesini istemiştir. 21 Hedef içerisinde 18. Hedef olarak ‘Sağlık İçin İnsan Kaynakları Geliştirilmesi 2010 yılına kadar, bütün üye ülkelerde sağlık çalışanlarının tümü ve diğer sektörlerde çalışanlar, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli bilgi, tutum ve becerileri edinmelidirler’ olarak belirlenmiştir (Öztek, 2018, s:17-18).

2000 yılında DSÖ tarafından yayınlanan Dünya Sağlık Raporu’nda sağlık sisteminin en temel girdisi olarak insan kaynakları vurgulanmıştır (Avcı ve Ağaoğlu, 2014, s:85). Sağlıkta insan kaynakları bir ülkede sağlık sisteminin kalbi, yön vericisi ve sağlık politikalarının en önemli bileşeni olarak tanımlanmıştır. Bir ülkenin belirlemiş olduğu politikaların başarılı olabilmesi ve sağlık hizmetinin sunumunda amaçlanan hedefe ulaşılmasında en önemli üretim faktörünün sağlık insan kaynakları olduğu unutulmamalıdır (Özkan ve Uydacı, 2015, s:222).

Sağlık insan kaynaklarının yapısı ile hastaların bekleme zamanı, hastaya yönelik yapılan işlemler, sağlık hizmetinin kalite ve etkililiğiyle birlikte toplumun sağlık statüsüyle sağlık göstergeleri arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Avcı ve Ağaoğlu,

2014, s:86). Bu insan kaynaklarını planlarken nicelik, düzgün dağılım, nitelik, zamanlama, tam istihdam, sağlık gereksinimi, hedef ve olanaklar gibi bileşenler dikkate alınmalıdır (Çavmak, 2017, s: 14).

3.2. Sağlık Hizmet Kuruluşlarında İnsan Kaynaklarının Planlanması

İnsan kaynakları planlamasında öncelikli adımlar, sistemin hedeflerini belirlemek ve buna göre hizmet ihtiyacını ortaya koymak olacaktır (Aydın, 2019, s:15). Ülkeler sağlık statüsünü yükseltmek amacıyla doğru sayıda sağlık çalışanını, doğru zamanda, doğru bilgi ve beceri düzeyinde sağlamak zorundalardır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerinin, sağlık hizmet kalitesinin ve cari maliyetlerinin ana belirleyicisi olan sağlık insan kaynakları planlamasının ve dağılımının ülke içinde nasıl yapılacağını belirlemek ülkedeki sağlık yöneticilerinin kapsam (makro ve mikro) ve süre (kısa ve uzun vadeli) açısından değerlendirip bir sistem kurması ile başarılabilir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014, s:86).

Personel planlamasının kuruma sağlayacağı faydalar şunlardır (Tengilimoğlu ve ark., 2018, s:324-325);

- Bir kuruluşun ihtiyaç duyduğu yetenekli insan gücünü kalite ve miktar yönünden sağlamak ve kuruluştaki personelin kalmasını sağlamak,
- Görevli personelden kurum içinde en verimli şekilde yararlanmak,
- Kurumda zamanla değişen teknolojik seviyeye göre oluşan insan gücü fazlalığının kuruma vereceği zararı tahmin ederek gerekli önlemleri önceden alabilmek,
- Yapılan yatırımın karlılığı göz önüne alınarak, personel maliyetini normal düzeyde durmasını sağlamak,
- Personelle ilgili problemlerin çözümünü kolaylaştırmak ve yükünü azaltmak.

Sağlık alanında yapılan iyi planlamaların faydalarının karşısında eğer bu planlama iyi yapılmaz ise sonucunda insan gücünde ihtiyaç fazlalığı ya da yetersizliği oluşabilir. Bunun sonucunda ise verimsizlik, kaynak kullanımında kötüleşme, işsizlik, hizmeti sununlar tarafından uyarılan talebe bağlı maliyet enflasyonu gibi sorunlar ile karşı karşıya kalınabilir (Hayran, 2019, s:6).

Sağlık insan kaynakları planlamasında işlevsel olarak, insan gücü eksik ve fazlalığın belirlenmesi, görev ve rollerin belirlenmesi, eğitim gereksinimlerinin saptanması, insan

günü dinamikleri (personel devir hızı, devamsızlık vb.) konularının net olarak belirlenmesi gerekmektedir (Özkan ve Uydacı, 2015, s:239).

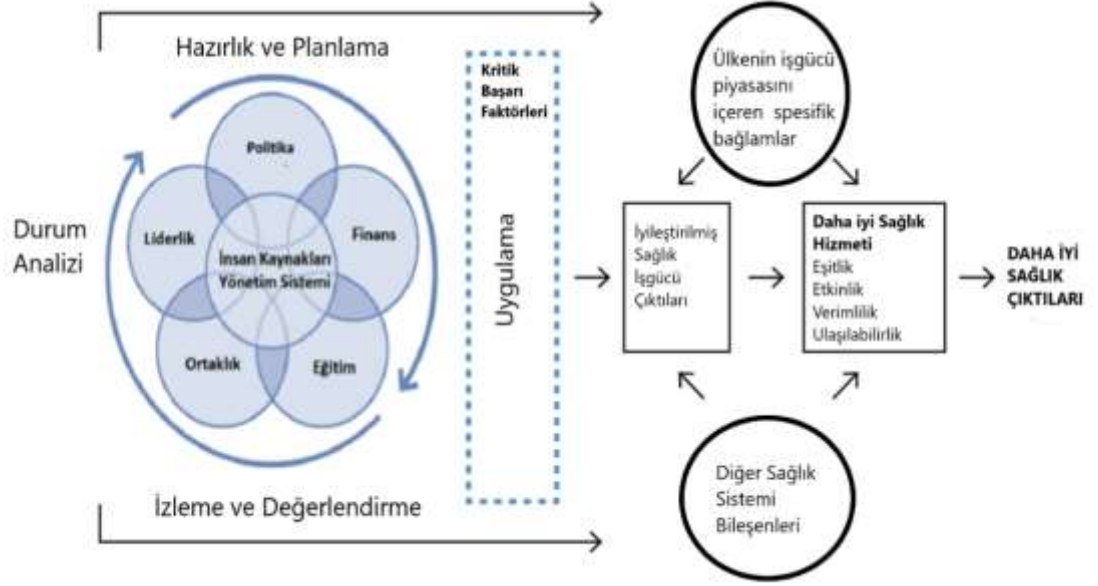
Sağlık kurum ya da kuruluşlarının insan gücü planlaması beş aşamada gerçekleşmektedir (Sur, 2009, s:41-44);

1. **Profil saptama:** Planlama yaparken ister kısa (iki yıldan az) ister uzun (iki yıldan uzun) vadeli olsun öncelikle yapılması gereken iş türü ve miktarını belirlemektir. Örneğin, hizmetin niteliği, yeni teknolojiyi kullanabilecek insan ihtiyacı, personelin iş yükünde değişimler gibi kriterler göz önünde bulundurularak saptamalar yapılabilir.
2. **Tahminde bulunma:** Yapılması beklenen iş türü ve miktarı saptandıktan sonra, bu işlerini yapacak personelin niteliği ve sayısal olarak tahmini yapılmalıdır. Örneğin, hasta yatak sayısı belirlenmiş ise ihtiyaç duyulan hemşire ve hasta bakıcı tahmini, poliklinik koşulları belirlenmiş ise ihtiyaç duyulacak hekim ve görevli sayısı, ameliyathane, laboratuvar sayısı belirlenmiş ise bu çerçevede ihtiyaç duyulacak cerrah, anestezi uzmanı, laborant sayısı tahmini yapılır.
3. **Envanter Çıkarma:** Kurum ya da kuruluşta halen çalışmakta olan insan gücünün, nitelik, yaptıkları iş, eğitim ve tecrübe düzeyi, çalışma süresi, unvanı, özel yetenekleri gibi özelliklerinin bir dokümantasyon çalışması yapılır.
4. **İhtiyaç Belirleme:** Mevcut olan insan gününün envanteri çıkarılması ile bu insan gücünün işe giriş çıkış ve emeklilik, işten ayrılma ya da atılma, ölüm gibi hareketliliklerinin bir dökümü yapılır. Bu bulgular ışığında hangi alanda ne tür bir insan günü ihtiyacı çıkacağı saptanmaya çalışılır.
5. **Planın Ortaya Konulması:** Yukarıda söz edilen dört aşamanın sonucunda ne türde ve ne sayıda sağlık personeline ihtiyaç olduğu ve bu ihtiyacın hangi kaynaklardan sağlanacağı kararlaştırılır. Planlamada sürekli olarak kalitenin geliştirilmesi göz önünde bulundurulmalıdır.

DSÖ, sağlık insan gücü planlamasının kapsayıcı ve çoğulcu bir anlayış ile ele alınması gerektiğini, bunun da farklı sektörlerin iş birliği yaparak olabileceğini belirtmiştir. DSÖ'nün geliştirdiği Sağlık İnsan Kaynakları Aksiyon Çerçevesi (HRA Action Framework) aşağıdaki şekildeki gibi altı hareket alanını kapsamaktadır. Sağlık

insan kaynaklarının bütün olarak ele alacak bir yaklaşım benimsemek için bütün bu alanların ayrı ayrı ele alınması gerekmektedir (Çavmak, 2017, s:15).

Şekil 1. Sağlık İnsan Kaynakları Aksiyon Çerçevesi (HRH Action Framework)



Kaynak: WHO. Models and Tools for Health Workforce Planning and Projections Human Resource for Health Observe, No.3, 2010

Bir ülkenin sağlık sisteminin yapısı, sağlık politikaları, gelecekteki nüfus, nüfusun demografik özellikleri (kaba doğum hızı, nüfus artış hızı vb.), hastalık yükü, hekime başvuru sayısı, sağlık kurumlarındaki yatak sayısı (10 000 kişiye düşecek yatak sayısı) ve mevcut durumu ile gayri safi milli hasıladaki büyüme insan gücü planlaması yaparken ki önemli hususlardır. Bu verileri kullanırken öncelikle dikkat edilmesi gereken konuların başında değişik, güncel ve güvenilir verilerin analizi olması gereklidir (Öztürk, 2019, s:22-29).

Planlama yaparken kullanılacak yöntemin;

- Kolay uygulanabilir,
- Teknik geçerlilik/kabul edilir,
- Mali, insan kaynakları ve planlama birimleri tarafından kolayca anlaşılabilir,
- Değişen şartlara adaptasyon i.in esnek ve hızlı olmasına

dikkat edilmelidir (Özkan ve Uydacı, 2015, s:241).

Dünya’da çoğu ülkede sağlık insan kaynakları planlaması nüfusa dayalı olarak yapılmaktadır. Bu planlama şekli nedeniyle meslek, kurum ve bölgeler arasında dengesiz bir dağılım ortaya çıkmaktadır. Sağlık insan kaynaklarının etkili kullanılması ve istihdam sorunları ile karşılaşılması için DSÖ tarafından, ihtiyaca yönelik ve iş yükü yöntemlerine göre planlama yapılması önerilmektedir (Özkan ve Uydacı, 2015, s:239).

Sağlık İnsan Kaynakları gereksiniminin tahmin edilmesinde gerekli olan ve en çok kullanılan 5 yöntem vardır. Bunlar (Çavmak, 2017, s:16-17);

- 1. İş Gücü- Nüfus Oran Yöntemi (The Workforce to Populatin Ratio):** Bu yöntem ile belirli bir nüfus için bir eşik değeri alınarak insan gücü sayısının hesaplanır. Örneğin; 100.000 kişiye düşen hekim sayısı. Anlaşılması ve uygulanması basittir, hızlıdır. Ancak tüm insan gücünün aynı verimlilikte çalıştığını ve iş yüklerinin aynı olduğu varsayılmaktadır. Bölgeler arası ihtiyaç farklılıklarını göz önünde bulundurulmaz. Bu yüzden planlamayı etkileyebilecek diğer faktörleri hesaba katmadan bir planlama yapılmış olur.
- 2. Sağlık İhtiyaçları Yöntemi (The Health Needs Method):** Planlama sürecini daha detaylı inceleyen bir yöntemdir. Toplumun sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarındaki değişimler, hastalıkların, sakatlıkların ve yaralanmaların görülme durumlarındaki ve sıklıklarındaki değişimlere göre incelenip ve gerekli ihtiyaca karşılık verebilecek türde hizmetlerin araştırılması yapılır. Bu yöntem uygulanırken yüksek düzeyde demografik, sosyokültürel ve epidemiyolojik veriye ihtiyaç duyulmaktadır.
- 3. Kullanıma Dayalı Yaklaşım (Utilisation Based Approach/Demand Based):** Mevcut kaynakların miktarını, çeşitliliğini ve nüfusa dağılımını geleceğe yönelik tahminler tabanında ele alarak inceleyen bir yaklaşımdır. Sağlık insan gücü kullanım düzeyi, toplumun demografik profiline bağlı olarak üretilen alt gruplara özgü ortalama oranlarla belirtilmektedir. Var olan hizmet kullanım düzeyinin gelecekteki demografik profillerle ilişkisine dayalı olarak ortaya çıkacak ihtiyaç düzeyi tahmin edilir.
- 4. Hedef Hizmet Tabanlı Yaklaşım (Service Target Based Approach):** Bu yaklaşım belirli bir sağlık hizmeti analizini içermektedir. İki kantitatif soruya ‘Sağlık hizmeti toplum tarafından ne sıklıkta talep edilmektedir?’ ve ‘Bu hizmet sağlık çalışanları

tarafından ne sıklıkta topluma sunulabilmektedir?’ cevap aranarak planlama yapılmaktadır.

5. **İş Yüğü Analizi Yöntemi (Workload İndicators of Staffin Need):** İş etüdü tekniğı olan iş yüğü ölçümünden yararlanılıp personel sayısının belirlenmesini kapsamaktadır. İş içerisinde yapılan her bir görevin tamamlanma süresi belirlenip, tahmin edilen iş yüküne göre ne kadar personele ihtiyaç duyulacağı belirlenir. DSÖ tarafından önerilen bir mikro planlama modelidir.

Yukarıda saymış olduğumuz bu beş yöntemde farklı değişkenler ele alınmaktadır. Ne kadar çok değişken bir arada kullanılırsa umulan o ki oluşan oranda doğru analize yaklaşılmış olmaktadır (Aydın, 2019, s:15).

3.3. Sağlık İnsan Kaynağı Planlanmasını Etkileyen Faktörler

Sağlık insan kaynağı incelerken hizmet ve hizmeti sunanların özelliklerinin arz ve talep yönleriyle değerlendirilmelidir. Arzdaki değişimleri etkileyen değişkenler, sağlık insan kaynağına katılımlar, insan kaynağının mevcut durumu, insan gücünce ayrılmalar olarak sayılabilir. Talepteki değişimleri etkileyen değişkenler, demografik ve epidemiyolojik değişimler, hizmet kullanım alışkanlığı, hizmetin sunum modeli, ekonomide büyüme ve sağlık harcamalarındaki artış olarak sayılabilir. Bu değişkenleri aşağıdaki gibi incelenebilir (Hayran, 2019, s:8-11);

- **Sağlık İnsan Kaynağına Katılımlar:** Yeni mezunlar, başka ülkelerden gelenler, daha önce çalışmayıp yeni işe başlayanlar bu grubu oluşturmaktadır. Başta hekimlik olmak üzere bazı sağlık mesleklerinin eğitim-öğretim süreci uzundur. Zaman olarak uzun olan bu süreçteki eğitimlerin maliyetleri de yüksektir. Sağlık sektöründeki gelişmeler yanında meslek çeşitliliğini de getirmektedir. Çeşitlilik arttıkça sağlık personelinin alandaki sayısı artmaktadır ve bu diğer sektörlerle nazaran hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir.
- **İnsan Kaynağındaki Mevcut Durum:** Sektördeki durum tespiti için tam süreli, yarı zamanlı, bağımsız çalışma, yevmiyeli çalışma, evde çalışma, tele- çalışma (tele-tıp), özel çalışma, çalışmayı bırakıp tekrar çalışmaya başlama gibi çeşitli çalışma kriterlerini göz önünde bulundurarak değerlendirme yapılması gerekmektedir.

- **İşten Ayrılmalar:** Sağlık sektöründen ayrılarak başka sektöre geçenler, emekliler, başka ülkelere göç edenler, hayatını kaybedenler gibi bu grupta yer alanlar mevcuttur. Ayrıca radyoloji ve anestezi gibi sağlık risklerinin yüksek olduğu meslek gruplarında çalışanlar ve hekim, hemşire gibi mesleklerdeki yoğun stres yıpranmaya, tükenmişliğe yol açmakla birlikte meslekten erken ayrılmalara yol açmaktadır. Planlama sürecindeki hesaplamalarda bunlarda göz önünde bulundurulmalıdır.
- **Epidemiyolojik ve Demografik Değişimler:** Nüfustaki yaşam beklentisinin artışına paralel olarak yaşlı nüfusun artması, doğurganlığın azalması, iç ve dış göçler sonucu demografik yapı değişim göstermektedir. Yaşlanan nüfus sebebiyle ön planda olan kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklar, çoklu sağlık sorunları, yeni hizmet ve mesleklerin oluşmasına yol açmaktadır. Toplumdaki hastalık yükleri artmakta, hastanede tedavi yerine uzun süreli evde bakım hizmetlerine ihtiyaç artmaktadır. Ülkedeki veriler ışığında toplumdaki doğurganlık, ölümlülük ve hastalanma hızlarından yararlanılarak gelecekteki nüfus yapısı tahmin edilebilir.
- **Hizmet Kullanım Alışkanlıkları:** Demografik ve epidemiyolojik yapıdaki değişimler hizmet kullanım alışkanlıkları üzerinde etkilidir. Hizmet kullanımındaki alışkanlıklara etki eden değişkenler arasında yaş ve cinsiyet gibi değişkenlere ek olarak erişim kolaylığı, sağlık güvencesine sahip nüfusun çoğunluğu, hizmetlerin örgütlenme biçimi ve hizmetin yaygınlığı gibi etkenler rol oynamaktadır. Yaşlı nüfustaki artıştan dolayı uzun süreli bakım hizmetlerinin kullanım önceliği oluşmakla birlikte (çoğunun kontrol muayenesi olduğu) hekim ve sağlık kuruluşuna başvuru sayıları da artış göstermektedir. Hizmetin kullanımındaki başlıca göstergeler arasında, hastane yatak kullanım hızı ile kişi başına düşen başvuru (hekim ve sağlık kuruluşlarına) sayıları yer almaktadır. Bu göstergeler çerçevesinde hizmet ve insan gücü ihtiyaç belirlemesini etkileyen en önemli tehlikeler 'sunucu tarafından uyarılan talep' ve Roomer yasası olarak bilinen 'arza duyarlı talep' konularıdır. Bu konular hakkında önlem almak için kendi toplumumuzun hizmet kullanım alışkanlıklarını, sağlık ve sağlık hizmeti arama davranışlarını analiz ederek hedefler belirlemek gerekmektedir.

- **Hizmet Sunum Modelleri:** Sağlık hizmetlerinin hastane ya da birinci basamak ağırlıklı sunuluyor olması, sevk zinciri ve evde bakım hizmetinin olup olmaması, tele-tıp hizmetinin yaygınlığı gibi hizmet sunum çeşitliliğine göre ihtiyaç duyulan personel çeşitliliği görülmektedir. Teknolojinin gelişimine göre oluşan hizmet sunum şeklide personel çeşitliliğini arttırmaktadır. Hizmet sunum modelleri incelenirken yatay veya dikey mesleki entegrasyon imkanları da göz önünde bulundurulmalıdır.
- **Sağlık Harcamalarındaki Değişim:** Ekonomik büyüme ve toplumsal refahın artması, sağlık alanında yapılan harcamalar, bu harcamaların özel ve kamu sektöründeki payı ve sağlık personeli ücretleri gibi değişkenler ile sağlık güvencesine sahip vatandaş oranı ve güvence kapsamı gibi hizmetlerin finansmanına ilişkin konular sağlık insan kaynağına talebi etkilemektedir.

Planlama yaparken ilk olarak insan kaynağı analizi için güvenilir veriler kullanılmalı, ikinci olarak gelecekte duyulacak ihtiyaç tahmin edilmeli fakat epidemiyolojik ve demografik değişimler her zaman tahmin edildiği gibi gerçekleşmediği unutulmamalıdır, üçüncü olarak istihdam plan ve programları hazırlanmalı fakat bu konuda yarı zamanlı çalışma, tele-tıp imkanlarının giderek artması nedeniyle geleceğe yönelik gelişmeler istihdam programlarının hazırlamasını zorlaştıracaktır ve son olarak uzun süren sağlık meslek eğitim programları gelecekteki hasta profili, demografik yapı, tıp teknolojisi, sağlık hizmet talepleri göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır.

3.4. Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Ülkede sağlık insan kaynaklarına yönelik ilk olarak Cumhuriyet ilanı sonrası Dr. Refik Saydam (1923-1937) döneminde sağlık personeli yetiştirmeye yönelik okulların kurulması ve bu okullara talebin artmasına yönelik yapılan çalışmalar ile başlamıştır (Avcı ve Ağaoğlu, 2014, s:86). 1955 yılında Milli Sağlık Program Etüdü hazırlanarak her bölge için yerinde sağlık personeli yetiştirilmek üzere okullar açılmıştır (Şantaş ve ark., 2012, s:50).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda ‘15 yıl içinde sağlık personel sayısı mevcut durumunun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır’ hedef olarak belirlenmiştir (Aydın, 2019, s:14). İkinci Beş Yıllık

Kalkınma Planında (1968-1972), sağlık insan kaynaklarının yetiştirilmesine yönelik eğitim veren kurumların kurulması, kapasitelerinin artırılması, ülke genelinde sağlık insan kaynaklarının dengeli dağılımını sağlayacak bir personel ve ücret politikası belirlenerek uygulamaya konulması yönünde hedefler belirlenmiştir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014, s:87).

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977) çerçevesinde tüm yüksek öğretim yapanların ‘yurt kalkınması hizmeti’ uygulanması hekimlerin yurt genelinde dengeli dağılımı amacına yönelik bir sistem oluşturulacak ve bu sistem kalkınma planının ilk yılı sonunda uygulamaya konulacaktır (Devlet Planlama Teşkilatı, 1973).

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1979-1983) sağlık politikası ilkelerine uygun olacak şekilde sağlık personeli yetiştiren kurumlarda, öncelikle toplumun sağlık konuları üzerinde durulacak ve Sosyalleştirmenin bütün ülkeyi kapsadıktan sonra standartların yükseltilmesi hedef olarak belirlenmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı,1979)

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1985-1989) hizmet üretiminin temeli olan ve tüm sağlık hizmetlerinde, her kademedeki ihtiyaç duyulan insan kaynaklarının gerekli sayıda ve nitelikte yetiştirilmesi, teşvik unsuru ile yerinde istihdamın sağlanması hedeflenmiştir (Devlet Planlama Teşkilatı, 1984).

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) pratisyen hekimliğe özendirilecek düzenlemeler yapılacaktır, halk sağlığı okullarının açılması başlatılacak, serbest çalışanlarda dahil olmak üzere her kademedeki sağlık insan gücünün hizmet içi ve sürekli eğitimleri sisteme bağlanarak gerçekleştirilecek ve yardımcı sağlık personelindeki eksikliğin giderilmesi için başlatılan tamamlama programlarına ihtiyaç duyulan yeni dallar ilave edilerek ilerlenecektir (Devlet Planlama Teşkilatı, 1990)

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996-2000) insan kaynaklarının kırsal ve kentsel bölge ayrımı yapılarak incelendiğinde ortaya çıkan düzensiz dağılıma ve iş yüküne dayalı planlama ile çalışanların rol ve sorumluluklarının tanımlanması üzerinde durulmuştur (Devlet Planlama Teşkilatı, 1996).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (2001-2005), Avrupa Birliği insan gücü normları, sağlık sisteminin yapılanması ve eğitim kurumlarının altyapı imkanları göz önüne alınarak tıp fakültelerinin kontenjanları yeniden belirlenecektir (Şantaş ve ark., 2012, s:55). Hem Sekizinci hem Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013)

eğitim ve sağlık personelinin sayısı ve niteliği geliştirilip dengeli dağılım sağlanması yine bu kalkınma planlarında da önemli bir yer tutmuştur (Avcı ve Ağaoğlu, 2014, s: 87).

Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2014-2018), kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumunu sağlamak için sağlık insan kaynaklarında iyileştirme ihtiyacının devam ettiği vurgulanmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2014).

1963-2018 yılları arasında hazırlanan Kalkınma Planları' nın değişmeyen odak noktası insan kaynaklarındaki personel sayısının artışı ile dengesiz dağılımın sağlanması olmuştur. 2 Kasım 2011 tarihli 28103 sayılı Mükerrer Resmi Gazete' de yayınlanmış olan 663 Karar No' lu Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname'nin 8'inci maddesi 1'inci fıkrasında 'Sağlık insan kaynakları planlaması yapmak, sayı ve nitelik olarak ihtiyaca uygun insan kaynakları yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak' ve (m) bendinde 'Mevcut sağlık insan gücünü, kamu ve özel kurum ve kuruluşlar düzeyinde planlamak ve istihdamın, bu plan çerçevesinde yürütülmesini denetlemek' ifadeler yer almış ve bu doğrultuda 2012 yılında 12023 sayılı Bakanlık Onayı ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık İnsan Gücü Planlama Daire Başkanlığı kurulmuştur (Coşar, 2017, s: 59).

Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı içerisinde sağlık insan kaynaklarına yönelik olarak bazı stratejiler yer almıştır. Bunlar, sağlık insan kaynağı dağılımını iyileştirmek, sağlık insan gücünün yetkinliğini arttırmak, sağlık insan gücünün motivasyonunu iyileştirmek ve sağlık insan gücünün sürdürülebilirliğini sağlamak olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012, s: 96).

Sağlıkta İnsan Kaynakları' nda (SAİK) 2023 yılına kadar izlenecek olan hedeflerin belirlenmesi için, 2007 yılında 'Sağlık İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı' düzenlenmiş ve sektörden 100'den fazla üst düzey katılımcı ile yapılan bu çalıştay gerçekteştirilmiştir. Bu çalıştay ve daha sonrasında yapılacak olan beş ayrı toplantı ile 2023 yılına kadar Sağlıkta İnsan Kaynakları' nda oluşacak ihtiyaçlardaki değişiklikler ile ilgili görüşler ortaya konulmuş, hedefler, arz, ihtiyaç, ekonomik fizibilite projeksiyonları gerçekteştirilmiş ve sağlık insan gücü konusunda 2023 Vizyonu netleşmiştir (Kosdak, 2019, s:12). SAİK 2023 Vizyonu' nda mesleklere göre ihtiyaç duyulan sayı ile sektörlere göre dağılımı ve bu hedeflere ulaşmak için gerekli öğrenci, sayısı hakkında bilgi içermektedir (Mollahaliloğlu, 2013, s:12). Bu dağılım ve hedefler belirlenirken DSÖ

tarafından geliştirilmiş olan makroekonomik arz ve ihtiyaç projeksiyonları yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem kurumsal ve hizmet gelişimine dikkat çeken esnek ve bilgisayar tabanlı simülasyon modelidir (Aydın, 2019, s:15). Model kurumsal ve hizmet gelişimini ön planda tutan, hastalık, doğum-ölüm, koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak ve tedavi hizmetleri, kamu sağlık harcamaları, kamu-özel sektör dengesi vb. birçok farklı varsayımları dikkate almıştır ve tüm sağlık sektörünün ihtiyacı dikkate alınmıştır (Mollahaliloğlu, 2013, s:12).

SAİK 2023 Vizyon çalışmasının amacı (Avcı ve Ağaoğlu, 2014, s: 89);

- İnsan kaynaklarının hangi yönde büyüme ve gelişme göstereceğini belirlemek,
- Kısa vadeli plan geliştirilmesi için çerçeve sağlayacak orta vadeye dönük genel SAİK hedeflerini belirlemek,
- Orta vadede sağlık sektörünün gelişimini sağlamak için SB' nin ihtiyaç duyacağı kısa vadeli eylemleri ve özellikle de politika eylemlerini belirlemek olarak belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı 2017 yılında mevcut durum hakkında yayınladığı istatistikler ile 2023 hedefleri karşılaştırıldığında 2017'den 2023 yılına kadar (Sağlık-Sen, 2018, s: 19);

- Hekim sayısı toplam olarak 149 997'den 200 000'e %33'lük,
- Diş hekimi toplam sayısında 27 889'den 38 000'e %36'lık,
- Hemşire sayısında toplam 166 142'den 315 000'e %90'lık,
- Ebe sayısında toplam 53 741'den 70 000'e %30'luk bir artışın sağlanması öngörülmektedir.

Türkiye'de 2018 yılındaki toplam hekim sayısı 154 217'dir. Bunlardan 105 848'i uzman hekimdir. 2018 yılının Ekim ayı itibariyle aile hekimi sayısı (pratisyen ve uzman aile hekimi) 23 686'dir. Aile hekimi başına düşen nüfus sayısı 3 412 olarak tespit edilmiştir (Öztürk, 2019, s: 22-29).

Toplam istihdam da sağlığın payına bakacak olursak Türkiye'de bu oran 4,9 iken OECD ülkelerinde 10,4' dür (Kosdak, 2019, s: 12-13). Fakat Sağlık Bakanlığı bu konuda yeni bir güncellemeye ihtiyaç duyarak, 2018 yılı Kasım ayı içinde 2023 Vizyon hedefi

olan 200 071 toplam hekim sayısını 258 580'e yükseltmiştir. Uzman hekim ihtiyacı artırılarak 137 766'dan 191 525'e yükseltilmiştir. 2018 yılı sonunda 1 000 kişiye düşen hekim sayısı 1,9 iken 2023 yılı hedefinde 2.9 (OECD ortalaması 3.4) olarak belirlenmiştir (Öztürk, 2019, s:22-29).

OECD ülkeleri arasında 1000 kişiye düşen hekim ve hemşire sayısı kapsamında Türkiye listenin son sıralarında yer almaktadır (Mollahaliloğlu, 2013, s:12-13). Yine 1 000 kişiye düşen hemşire sayısı 2.3' dür ve 2023 yılında 4.9 (OECD ortalaması 9'dur) olarak belirlenmiştir (Öztürk, 2019, s:22-29).

SAİK 2023 vizyonu temel olarak mesleklere göre ihtiyaç duyulan sayıyı ve bunun sektörlere göre dağılımı ile hedeflere ulaşmak için gerekli öğrenci sayısı hakkında bilgi vermektedir. Bu hedefler doğrultusunda ilave tedbirler alınmaz ise bazı meslek gruplarında ihtiyaç fazlalığı oluşabilir (Mollahaliloğlu, 2013, s:12-13).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmet kuruluşlarında görev yapan insan kaynağının akreditasyon sürecine katkısı, bu süreçteki etkisini ölçmektir.

4.2. Evren ve Örneklem

Araştırma, İstanbul ilinde 360 personeli olan özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında yönetilecek ifadelerin amacına ulaşması adına JCI belgesine sahip özel bir hastane seçilmiştir. Hastane 2018 yılında JCI tarafından denetlenmiş ve akredite olmuştur. Araştırma evreni tüm hastane personelidir. Çalışanlar arasından rastgele seçim yapılarak 250 kişilik örneklem grubuna Ek-1 de bulunan anket uygulanmıştır.

4.3. Veri Toplaması

Anket, meslek ayrımı yapılmadan çalışan 250 personele uygulanmıştır. Bu nedenle bulgular sadece bu hastanede çalışan personelin durumunu yansıtmaktadır. Anket formları 17 Mayıs-21 Haziran 2019 tarihleri arasında katılımcılara araştırmacı tarafından elden dağıtılarak uygulanması sağlanmıştır.

Anketi 181 kişi eksiksiz doldurmuş, 30 kişi anketin bazı sorularına ya da demografik bilgileri doldurmamış, 39 kişi ise anketi yapmayı reddetmiştir. İki bölümden oluşan anketin, ilk bölümünde Demografik (Kişisel) Bilgiler, ikinci bölümünde akreditasyon sürecinde insan kaynağının önemini belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Ankette 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Değerlendirmede kullanılan puanlama aşağıda gösterilmiştir;

Kesinlikle Katılmıyorum	= 1 (Katılma % 0, Katılmama % 100)
Katılmıyorum	= 2 (Katılma % 25, Katılmama % 75)
Kararsızım	= 3 (Katılma % 50, Katılmama % 50)
Katılıyorum	= 4 (Katılma % 75, Katılmama % 25)
Kesinlikle Katılıyorum	= 5 (Katılma % 100, Katılmama % 0)

Anket için kullanılmış olan form, El-Jardali ve diğerleri tarafından LÜbnan'da akreditasyonun hizmet kalitesine etkisini hemşirelerin bakış açısıyla değerlendirmek için geliştirilmiş olunan 7 bölümden (Kalite Sonuçları, Liderlik, Taahhüt ve Destek, Stratejik Kalite Planlama, İnsan Kaynakları Kullanımı, Kalite Yönetimi, Veri Kullanımı, Akreditasyon) oluşan ankettin, 3 bölümünden yararlanılarak kurumunda çalışan tüm personele uygulanabilmesi için uyarlanmıştır. Çalışma için kullanılan 3 bölüm, Akreditasyon, İnsan Kaynakları Kullanımı ve Liderlik, Taahhüt ve Destek bölümünden oluşmaktadır.

4.4. Araştırma Hipotezleri

Yapılacak araştırmanın amaçları göz önünde bulundurularak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur. Bu hipotezlerin her biri için H_0 yokluk hipotezi kurulmuş ve bulgular kısmında belirtilmiştir.

Çalışanların Katılımı Alt leğine İlişkin Hipotezler

H₁: Çalışanların katılımı alt leğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

H₂: Çalışanların katılımı alt leğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

H₃: Çalışanların katılım alt leğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi çalışma süresi göre anlamlı farklılık gösterir.

Akreditasyonun Faydaları Alt leğine İlişkin Hipotezler

H₄: Akreditasyonun faydaları alt leğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

H₅: Akreditasyonun faydaları alt leğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

H₆: Akreditasyonun faydaları alt leğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterir.

Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeğine İlişkin Hipotezler

H₇: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

H₈: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

H₉: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi çalışma süresi göre anlamlı farklılık gösterir.

Ödül ve Takdir Alt Ölçeğine İlişkin Hipotezler

H₁₀: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₁: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₂: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi çalışma süresi göre anlamlı farklılık gösterir.

Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeğine İlişkin Hipotezler

H₁₃: Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₄: Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₅: Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterir.

Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişken Üzerindeki Etkisinin Ölçülmesine İlişkin Hipotezler

H₁₆: Akreditasyonun Faydaları ile Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₇: Akreditasyonun Faydaları ile Akreditasyon Çalışmalarında Eğitim ve Öğretim Süreci arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₈: Akreditasyonun Faydaları ile Akreditasyon Çalışmalarında Ödül ve Takdir uygulamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₁₉: Akreditasyonun Faydaları ile Akreditasyon Çalışmalarında Liderlerin Katılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

4.5. Veri Analizi

Anketin birinci bölümünde demografik özellikler incelenmiştir. İkinci bölümde Akreditasyon, İnsan Kaynağı ve Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğinde yer alan ifadelerle çalışanların katılım derecesi SPSS’ de Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Pearson Korelasyon Analizi ve gerekli durumlarda Post-Hoc testi olarak Tukey HSD testi, ayrıca bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki durumunu belirlemek için Çoklu Regresyon analizi yapılmıştır.

Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA), birbirinden bağımsız üç ya da daha fazla grupta yer alan kantitatif verilerin tek işlemde analizini yapmak için kullanılan parametrik yöntemdir (Hayran ve Özbek, 2017, s:201). Anova testini ifade eden işaret F’dir (Büyüköztürk ve ark., 2011). Bu analizde ayrıca gruplar arasında oluşan farkın hangi grup ya da gruptan kaynaklandığı öğrenilebilmektedir (Hayran ve Özbek, 2017, s:201). Analizde yer alan gruplar arasındaki farkı öğrenmek için Post-Hoc testi olarak Tukey HSD testi yapılmıştır.

Pearson Korelasyon analizi, değişkenler arasındaki ilişki gücünü açıklayan bir istatistiktir ve r ile ifade edilmektedir (Büyüköztürk ve ark.,2011). Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında bir değer alır ve bu değer bire ne kadar yakınsa ilişki o kadar güçlü, sıfıra ne kadar yakınsa ilişki o kadar zayıf anlamına gelmektedir (Hayran ve Özbek, 2017, s:258).

Çoklu Regresyon analizi, bir bağımlı değişkenin üzerinde birden çok bağımsız değişkenin etkisini ölçmek için yapılan bir analizdir (Hayran ve Özbek, 2017, s:275).

Faktör analizi, birden fazla ifadeden oluşan bir ölçme aracını alt başlıklara bölmeye, maddelerin gösterdikleri benzer özelliklere göre alt gruplar altında toplamaya yardımcı olur (Yılmaz, 2012, s:74). Toplam 29 ifade üzerinde yapılan analiz sonucunda,

Çalışanların Katılımı alt ölçeğinden ‘Son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı.’ ifadesi birden fazla faktöre yönelim göstermiştir. Bu ifade ölçek güvenilirliğini düşürmemesi için analizden çıkarılmıştır.

Tablo 2: Faktör analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Ölçüm yeterliliği					,937
Bartlett Testi Sonucu					,000
Açıklanan Toplam Varyans					%71
LİDERLİK, TAAHHÜT VE DESTEK ÖLÇEĞİ İFADELERİ	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	
Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.	,866				
Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	,866				
Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	,854				
Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	,838				
Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	,838				
Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	,817				
Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	,785				
Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.	,749				
Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	,739				

Tablo 2: Faktör analizi (devam)

AKREDİTASYON ÖLÇEĞİ				
Akreditasyonun Faydaları Alt Ölçeği İfadeleri	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir.		,855		
Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla iş birliği geliştirmesine katkıda bulunur.		,828		
Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.		,799		
Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir.		,767		
Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir.		,756		
Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir.		,744		
Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir.		,741		
Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir.		,732		
Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve iş birliğini teşvik eder.		,562		
Çalışanların Katılımı Alt Ölçeği İfadeleri				
Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.			,899	
Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.			,896	
Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.			,791	
Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa).			,592	

Tablo 2: Faktör analizi (devam)

İNSAN KAYNAĞI ÖLÇEĞİ				
Ödül ve Takdir Alt Ölçeği İfadeleri	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).				,739
Akreditasyon süreçlerinin verimini artırmak için bölümler arası iş birliği desteklenir ve teşvik edilir.				,727
Hastane, tüm personellerine akreditasyon süreçlerinin verimli bir şekilde yürütülmesi konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.				,666
Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği İfadeleri				
Akreditasyon sürecini destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.				,581
Akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.				,515
İş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir.				,492

Güvenilirlik, ölçüm aracının araştırma değişkenlerini istikrarlı ve tutarlı biçimde ölçme düzeyini ifade etmektedir. Genellikle likert türü ölçeklerde kullanılan ve Cronbach Alfa (α) olarak adlandırılan içsel tutarlılık, güvenilirliği, deneklerin ölçümdeki tüm ifadeler katılımlarının tutarlılığını test eder, ifadeler aynı kavramı birbirinden bağımsız olarak ölçebildiği düzeyde birbirleriyle ilişkileri de yüksek olmaktadır. Diğer bir deyişle ifadelerin olası tüm kombinasyonları denenmekte ve bu skorlar arasındaki korelasyonlar incelenmektedir. İçsel tutarlılık düzeyinin ideal kabul edilebilmesi için genellikle istenen kritik Cronbach Alfa (α) katsayısı 0,70 ve üzeri olmasıdır (Yılmaz, 2012, s:82).

Tablo 3: Anketin güvenilirliği

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,956	,958	28

Araştırma için çalışanlara dağıtılan anketlerin toplanması itibariyle veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) veri tabanına aktarılmıştır. Aktarılan veriler 'SPSS 25.0' paket programında gerekli istatistiksel analizler ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan personelin özellikleri ve ifadelere katılma durumları ortalama, standart sapma, frekans ve yzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir. Araştırmada katılımcılara tanımlayıcı özelliklerine ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastanedeki çalışma yılı ve görevi başlıkları altında beş adet soru yöneltilmiştir.

5. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, elde edilen verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

Bulgular aşağıda yer alan başlıklar altında verilmiştir;

- Katılımcıların Demografik Özellikleri
- Çalışanların Çalışan Katılımı Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi
- Çalışanların Akreditasyonun Faydaları Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi
- Çalışanların Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi
- Çalışanların Ödül ve Takdir Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi
- Çalışanların Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi
- Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişken Arasındaki İlişki

5.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için Bölüm 1’de 5 adet bilgi istenmiştir. Bu bilgiler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi ve hastanedeki görevi hakkında verileri içermektedir.

Tablo 4: Demografik bilgiler

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Cinsiyet	Kadın	113	62,4	62,4	62,4
	Erkek	68	37,6	37,6	100,0
	Toplam	181	100,0	100,0	
Meslek Grupları	Tekniker-Teknisyen	23	12,7	12,7	12,7
	İdari Personel	89	49,2	49,2	61,9
	Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru (SM)	30	16,6	16,6	78,5
	Doktor	18	9,9	9,9	88,4
	Diğer	21	11,6	11,6	100,0
	Toplam	181	100,0	100,0	
Eğitim Durumu	Lise	67	37,0	37,0	37,0
	Ön Lisans	54	29,8	29,8	66,9
	Lisans	34	18,8	18,8	85,6
	Yüksek Lisans	17	9,4	9,4	95,0
	Doktora	9	5,0	5,0	100,0
	Toplam	181	100,0	100,0	

Tablo 4 incelendiğinde, araştırmaya katılan 181 katılımcının %62,4'ü kadın, %37,6'sı erkekten oluşturmaktadır. Yine bu katılımcıların görevlerine göre ayırım yapıldığında, %49,2 oranıyla idari personel büyük bir çoğunluğu oluşturmaktadır. Eğitim seviyesinde ise %37'si lise, %29,8'i ön lisans, %18,8'ini lisans mezunu personel oluşturmaktadır.

Tablo 5: Yaş ve çalışma süresi bilgileri

		Yaş	Çalışma Süresi
N	Geçerli	181	181
Ortalama		30,9116	3,4647
Standart Hata Ortalaması		,66160	,24007
Medyan		29,0000	2,2000
Mod		24,00	2,00
Standart Sapma		8,90087	3,22984

Tablo 5 incelendiğinde, 181 katılımcının yaş ortalaması 30,91 analiz edilmiştir. Katılımcıların çalışma süresi ortalama 3,5 yıl olarak tespit edilmiştir.

5.2. Çalışanların Çalışan Katılımı Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi

İlk olarak hastanede çalışan personelin çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadelerinin eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır.

H₀: Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermez.

H₁: Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 6 : Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort	SS	F	p
1. Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.	Lise	67	3,39	1,19	1,008	,405
	Ön Lisans	54	3,50	1,02		
	Lisans	34	3,18	1,29		
	Yüksek Lisans	17	3,00	1,12		
	Doktora	9	3,00	1,22		
	Toplam	181	3,33	1,16		
2. Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa).	Lise	67	3,58	1,06	,650	,628
	Ön Lisans	54	3,81	,75		
	Lisans	34	3,71	1,06		
	Yüksek Lisans	17	3,65	1,17		
	Doktora	9	4,00	,87		
	Toplam	181	3,70	,98		
3. Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.	Lise	67	3,63	,97	,195	,941
	Ön Lisans	54	3,67	,93		
	Lisans	34	3,71	,87		
	Yüksek Lisans	17	3,82	1,07		
	Doktora	9	3,56	,73		
	Toplam	181	3,67	,93		
4. Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.	Lise	67	3,40	1,12	,654	,625
	Ön Lisans	54	3,50	1,13		
	Lisans	34	3,41	1,16		
	Yüksek Lisans	17	3,29	1,45		
	Doktora	9	4,00	,87		
	Toplam	181	3,45	1,15		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 6 incelendiğinde, çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelere, toplam katılım ortalamalarının genellikle ‘kararsızım’ ifadesinin üstünde ve ‘katılıyorum’ ifadesine yakın olduğu görülmüştür. ‘Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.’ ifadesi en yüksek (3,67±0,93), ‘Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.’ ifadesi en düşük (3,33±1,16) katılım ortalamasına sahiptir. Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelere çalışanların katılım derecesinin eğitim durumuna göre farklılık göstermesi tüm ifadeler için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). H₀ hipotezi kabul edilmektedir ve çalışanların katılım alt ölçeğine ilişkin ifadeler hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Anket çalışmasına katılanların çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadeler katılım derecesinin meslek gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Analiz kapsamında hipotezler;

H₀: Çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermez.

H₂: Çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 7: Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort	SS	F	p
1. Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.	Tekniker-Teknisyen	23	3,78	,90	1,175	,323
	İdari Personel	89	3,27	1,23		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,37	1,13		
	Doktor	18	3,17	1,10		
	Diğer	21	3,14	1,15		
	Toplam	181	3,33	1,16		
2. Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa).	Tekniker-Teknisyen	23	3,96	1,07	1,413	,231
	İdari Personel	89	3,67	,95		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,43	1,07		
	Doktor	18	4,00	,91		
	Diğer	21	3,67	,86		
	Toplam	181	3,70	,98		

Tablo 7: Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması(devam)

3. Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.	Tekniker-Teknisyen	23	3,96	,77	1,818	,127
	İdari Personel	89	3,63	,99		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,37	,96		
	Doktor	18	3,94	,87		
	Diğer	21	3,71	,72		
	Toplam	181	3,67	,93		
4. Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.	Tekniker-Teknisyen	23	3,78	1,09	2,823	,026
	İdari Personel	89	3,43	1,15		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,10	1,09		
	Doktor	18	4,06	1,06		
	Diğer	21	3,19	1,17		
	Toplam	181	3,45	1,15		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 7 incelendiğinde, katılma dereceleri ortalaması genellikle ‘kararsızım’ ifadesinin üstünde ve ‘katılıyorum’ ifadesine yakın olduğu görülmektedir. ‘Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.’ ifadesi en yüksek ($3,67 \pm 0,93$), ‘Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.’ ifadesi en düşük ($3,33 \pm 1,16$) ifadesi en düşük katılım ortalamasına sahip olduğu analiz edilmiştir.

Çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle çalışanların katılım derecesinin eğitim durumuna göre farklılık göstermesi 1., 2. ve 3. ifadeler için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu ifadeler için H_0 'ı kabul edilmektedir. Yani Çalışanların katılım alt ölçeğine ilişkin ifadelerle hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Fakat bu yorum 4. ifade için geçerli olmamaktadır. P değeri $0,05$ 'ten küçük olduğu için H_0 reddedilmektedir. 4. ifade için meslek grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Post-Hoc testi olarak Tukey HSD testi yapılmıştır.

Tablo 8: Çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin meslek gruplarına göre farklılığı

Bağımlı Değişken	(I) Görev	(J) Görev	Ortalama		p
			Fark (I-J)	Standart Hata	
4.Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.	Tukey HSD	Hemşire-Ebe- Doktor SM	-,95556*	,33528	,039

Tablo 8 incelendiğinde, 5. İfade için meslek grupları arasındaki farkın Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru ve Doktor grupları arasında olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizini kullanılmıştır.

H₀: Çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermez.

H₃: Çalışanların katılım alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 9: Çalışanların katılımı alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin çalışma süresi ile ilişkisi

Çalışanların Katılımı Alt Ölçeğine İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1. Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.	181	,03	,971
2. Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa).	181	,05	,947
3. Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.	181	,069	,358
4. Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.	181	,017	,823

Tablo 9 incelendiğinde, tüm ifadeler için çalışanların katılma derecesi ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

5.3. Çalışanların Akreditasyonun Faydaları Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi

Hastanede çalışan personelin akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadelerinin eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır

H₀: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermez.

H₄: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 10: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort.	SS.	F	p
1. Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir.	Lise	67	4,07	,82	,488	,745
	Ön Lisans	54	3,91	,81		
	Lisans	34	4,03	,94		
	Yüksek Lisans	17	4,00	,50		
	Doktora	9	4,22	,44		
	Toplam	181	4,02	,80		
2. Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve iş birliğini teşvik eder.	Lise	67	3,88	,84	1,539	,193
	Ön Lisans	54	3,70	1,06		
	Lisans	34	3,94	,85		
	Yüksek Lisans	17	3,71	,85		
	Doktora	9	4,44	,53		
	Toplam	181	3,85	,91		
3. Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir.	Lise	67	3,93	,78	1,466	,215
	Ön Lisans	54	3,76	,89		
	Lisans	34	4,09	,83		
	Yüksek Lisans	17	3,82	,88		
	Doktora	9	4,33	,71		
	Toplam	181	3,92	,84		
4. Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir.	Lise	67	3,81	,86	1,347	,254
	Ön Lisans	54	3,74	,94		
	Lisans	34	4,18	,99		
	Yüksek Lisans	17	3,94	,83		
	Doktora	9	3,89	,93		
	Toplam	181	3,87	,91		

Tablo 10: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (devam)

5. Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir.	Lise	67	3,90	,76	,550	,699
	Ön Lisans	54	3,91	,78		
	Lisans	34	4,06	,89		
	Yüksek Lisans	17	4,00	,94		
	Doktora	9	4,22	,44		
Toplam	181	3,93	,79			
6. Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir.	Lise	67	3,91	,71	,582	,676
	Ön Lisans	54	3,98	,86		
	Lisans	34	4,15	,89		
	Yüksek Lisans	17	4,06	,75		
	Doktora	9	4,11	,60		
Toplam	181	4,00	,79			
7. Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla iş birliği geliştirmesine katkıda bulunur.	Lise	67	3,99	,68	,895	,468
	Ön Lisans	54	3,89	,88		
	Lisans	34	4,12	,81		
	Yüksek Lisans	17	4,00	,71		
	Doktora	9	4,33	,71		
Toplam	181	4,00	,77			
8. Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.	Lise	67	4,12	,73	1,737	,144
	Ön Lisans	54	3,96	,89		
	Lisans	34	4,09	,75		
	Yüksek Lisans	17	4,18	,53		
	Doktora	9	4,67	,50		
Toplam	181	4,10	,77			
9. Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir.	Lise	67	3,94	,87	1,608	,174
	Ön Lisans	54	3,94	,89		
	Lisans	34	4,18	,76		
	Yüksek Lisans	17	4,29	,47		
	Doktora	9	4,44	,73		
Toplam	181	4,04	,83			

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 10 incelendiğinde, eğitim durumuna göre akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadelerle, toplam katılım ortalamaları genellikle ‘kararsızım’ ifadesinin üstünde ve ‘katılıyorum’ ifadesine yakın olduğu görülmektedir. ‘Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.’ ifadesi en yüksek (4,10±0,77), ‘Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve iş birliğini teşvik

eder.’ ifadesi en düşük (3,85±0,91) katılım ortalamasına sahiptir. Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadeler çalışanların katılım derecesinin eğitim durumuna göre farklılık göstermesi tüm ifadeler için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). H₀ hipotezi kabul edilmektedir ve akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadeler hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılım derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır.

H₀: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermez.

H₅: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 11: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort.	SS.	F	p
1. Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir.	Tekniker-Teknisyen	23	4,30	,56	2,080	,085
	İdari Personel	89	3,98	,79		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,73	,98		
	Doktor	18	4,17	,51		
	Diğer	21	4,14	,85		
	Toplam	181	4,02	,79		
2. Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve iş birliğini teşvik eder.	Tekniker-Teknisyen	23	3,61	,99	2,499	,050
	İdari Personel	89	3,87	,96		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,57	,94		
	Doktor	18	4,17	,51		
	Diğer	21	4,19	,68		
	Toplam	181	3,85	,91		

Tablo 11: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (devam)

3. Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir.	Tekniker-Teknisyen	23	3,78	,74	,801	,526
	İdari Personel	89	3,91	,91		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,80	,89		
	Doktor	18	4,06	,64		
	Diğer	21	4,14	,65		
	Toplam	181	3,92	,84		
4. Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir.	Tekniker-Teknisyen	23	4,00	,60	1,125	,346
	İdari Personel	89	3,87	1,00		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,60	,97		
	Doktor	18	3,94	,64		
	Diğer	21	4,09	,89		
	Toplam	181	3,87	,91		
5. Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir.	Tekniker-Teknisyen	23	3,83	,58	1,858	,120
	İdari Personel	89	4,00	,85		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,67	,88		
	Doktor	18	4,16	,51		
	Diğer	21	4,14	,73		
	Toplam	181	3,96	,79		
6. Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir.	Tekniker-Teknisyen	23	4,04	,56	,649	,628
	İdari Personel	89	4,06	,82		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,80	,89		
	Doktor	18	4,06	,73		
	Diğer	21	3,95	,80		
	Toplam	181	4,00	,79		

Tablo 11: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması (devam)

7. Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla iş birliği geliştirmesine katkıda bulunur.	Tekniker-Teknisyen	23	4,04	,82	,636	,637
	İdari Personel	89	3,98	,79		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,83	,83		
	Doktor	18	4,11	,75		
	Diğer	21	4,14	,57		
	Toplam	181	4,00	,77		
8. Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.	Tekniker-Teknisyen	23	4,17	,71	,768	,547
	İdari Personel	89	4,05	,81		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,97	,89		
	Doktor	18	4,22	,54		
	Diğer	21	4,28	,56		
	Toplam	181	4,09	,76		
9. Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir.	Tekniker-Teknisyen	23	3,82	,83	2,162	,075
	İdari Personel	89	4,04	,85		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,83	,94		
	Doktor	18	4,39	,50		
	Diğer	21	4,28	,64		
	Toplam	181	4,04	,82		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 11 incelendiğinde, meslek gruplarına göre katılma dereceleri ortalaması genellikle ‘kararsızım’ ifadesinin üstünde ve ‘katılıyorum’ ifadesine yakın olduğu görülmektedir. ‘Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.’ ifadesi en yüksek ($4,10 \pm 0,77$), ‘Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve iş birliğini teşvik eder.’ ifadesi en düşük ($3,85 \pm 0,91$) katılım ortalamasına sahiptir. Tüm ifadeler için, H_0 hipotezi kabul edilmektedir ($p > 0,05$). Yani Akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadelerle hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Akreditasyonun Faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesinin çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizini kullanılmıştır.

H₀: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermez.

H₆: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 12: Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde çalışanların katılım derecesinin çalışma süresi ile ilişkisi

Akreditasyonun Faydaları Alt Ölçeğine İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1. Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir.	181	,078	,295
2. Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve iş birliğini teşvik eder	181	,080	,286
3. Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir.	181	,100	,180
4. Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir.	181	,008	,911
5. Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir.	181	,023	,759
6. Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir.	181	,019	,804
7. Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla iş birliği geliştirmesine katkıda bulunur.	181	,033	,658
8. Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.	181	,025	,743
9. Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir.	181	,051	,495

Tablo 16 incelendiğinde, akreditasyonun faydaları ile personelin çalışma süresi göre katılma dereceleri arasındaki ilişki görülmemiştir. P değeri 0,05'ten büyük olduğu için H₀ hipotezi kabul edilerek, katılma derecesi ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5.4. Çalışanların, Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi

İlk olarak hastanede çalışan personelin eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerinin eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır.

Ho: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelere hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermez.

H1: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelere hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 13: Eğitim ve öğretim alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort.	SS.	F	p
1. Akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.	Lise	67	3,79	1,05	1,483	,209
	Ön Lisans	54	3,81	,99		
	Lisans	34	3,61	,98		
	Yüksek Lisans	17	3,23	,97		
	Doktora	9	4,00	,50		
	Toplam	181	3,72	1,00		
2. Akreditasyon sürecini destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.	Lise	67	3,86	,90	1,217	,305
	Ön Lisans	54	3,85	,93		
	Lisans	34	3,64	,94		
	Yüksek Lisans	17	3,41	,93		
	Doktora	9	4,00	,70		
	Toplam	181	3,78	,92		
3. İş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir.	Lise	67	3,83	1,02	,204	,936
	Ön Lisans	54	3,90	,89		
	Lisans	34	3,85	,89		
	Yüksek Lisans	17	3,70	1,10		
	Doktora	9	4,00	,50		
	Toplam	181	3,85	,94		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 13 incelendiğinde, eğitim ve öğretim alt ölçeğinde yer alan ifadelerle, toplam katılım ortalamalarının genellikle ‘katılmıyorum’ ifadesinin üstünde ve ‘kararsızım’ ifadesine yakın olduğu görülmektedir. ‘İş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir.’ ifadesi en yüksek (3,85±0,94), ‘Akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.’ (3,72±1,00) ifadesi en düşük katılım ortalamasına sahip olduğu analiz edilmiştir. Eğitim ve öğretim alt ölçeğinde yer alan ifadelerle çalışanların katılım derecesinin eğitim durumuna göre farklılık göstermesi tüm ifadeler için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). H₀ hipotezi kabul edilmektedir, eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerle hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Anket çalışmasına katılanların eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerle katılım derecesinin meslek gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini tespit edilebilmesi için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Analiz kapsamında hipotezler;

H₀: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerle hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermez.

H₂: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerle hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 14: Eğitim ve öğretim alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort.	SS.	F	p
1. Akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.	Tekniker-	23	3,65	1,11	,289	,885
	Teknisyen	89	3,77	1,03		
	İdari Personel	30	3,56	1,07		
	Hemşire-Ebe-	18	3,77	,87		
	SM	21	3,76	,76		
	Diğer	181	3,72	1,00		
	Toplam					

Tablo 14: Eğitim ve öğretim alt ölçeğinde yer alan ifadelere ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması(devam)

2. Akreditasyon sürecini destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.	Tekniker- Teknisyen	23	3,91	,99		
	İdari Personel	89	3,78	,93		
	Hemşire-Ebe- SM	30	3,60	1,00	,547	,702
	Doktor	18	3,94	,63		
	Diğer	21	3,76	,88		
	Toplam	181	3,78	,92		
3. İş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir.	Tekniker- Teknisyen	23	4,26	,68		
	İdari Personel	89	3,79	1,00		
	Hemşire-Ebe- SM	30	3,63	1,09	1,985	,099
	Doktor	18	4,11	,67		
	Diğer	21	3,76	,76		
	Toplam	181	3,85	,94		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 14 incelendiğinde, ‘İş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir.’ ifadesi en yüksek ($3,85 \pm 0,94$), ‘Akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.’ ($3,72 \pm 1,00$) ifadesi en düşük katılım ortalamasına sahip olduğu analiz edilmiştir.

Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerle, çalışanların katılma derecesinin çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

H₀: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermez.

H₃: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 15: Eğitim ve öğretim alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesinin çalışma süresi ile ilişkisi

Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeğine İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1. Akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.	181	,075	,315
2. Akreditasyon sürecini destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.	181	,046	,534
3. İş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir.	181	,055	,463

Tablo 15 incelendiğinde, tüm ifadeler için çalışanların katılma derecesi ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

5.5. Çalışanların Ödül ve Takdir Alt Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi

Hastanede çalışan personelin ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelerinin eğitim durumuna ve meslek grubuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır.

H_0 : Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermez.

H_{10} : Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 16: Ödül ve takdir alt ölçeğinde yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort	SS	F	p
1. Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).	Lise	67	3,19	1,25	,747	,561
	Ön Lisans	54	3,31	1,29		
	Lisans	34	3,23	1,28		
	Yüksek Lisans	17	3,06	1,29		
	Doktora	9	3,89	,93		
	Toplam	181	3,26	1,25		
2. Akreditasyon süreçlerinin verimini artırmak için bölümler arası iş birliği desteklenir ve teşvik edilir.	Lise	67	3,64	,99	1,485	,209
	Ön Lisans	54	3,72	,99		
	Lisans	34	3,53	,96		
	Yüksek Lisans	17	3,29	1,16		
	Doktora	9	4,22	,67		
	Toplam	181	3,64	,99		
3. Hastane, tüm personelinin akreditasyon süreçlerinin verimli bir şekilde yürütülmesi konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	Lise	67	3,66	1,02	1,516	,200
	Ön Lisans	54	3,68	1,08		
	Lisans	34	3,47	,93		
	Yüksek Lisans	17	3,41	1,06		
	Doktora	9	4,33	,87		
	Toplam	181	3,64	1,03		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 16 incelendiğinde, ödül ve takdir ölçeğinde yer alan ifadelerde katılma dereceleri ‘kararsız’ derecesinin üzerinde ‘katılıyorum’ derecesine yakın olarak tespit edilmiştir. ‘Akreditasyon süreçlerinin verimini artırmak için bölümler arası iş birliği desteklenir ve teşvik edilir.’ ifadesi en yüksek (3,64±0,99), ‘Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).’ ifadesi en düşük (3,26±1,25) değeri almaktadır. Ödül ve takdir alt ölçeğinde yer alan üç ifade için çalışanların katılım derecesi ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

H₀: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

H₁₁: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların katılma derecesi meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermez.

Tablo 17: Ödül ve takdir alt ölçeğine yer alan ifadelerle ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort	SS	F	p
1. Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).	Tekniker-Teknisyen	23	3,13	1,21	1,743	,143
	İdari Personel	89	3,24	1,32		
	Hemşire-Ebe-SM	30	2,90	1,29		
	Doktor	18	3,67	,84		
	Diğer	21	3,67	1,11		
	Toplam	181	3,26	1,25		
2. Akreditasyon süreçlerinin verimini artırmak için bölümler arası iş birliği desteklenir ve teşvik edilir.	Tekniker-Teknisyen	23	3,65	,57	2,006	,096
	İdari Personel	89	3,74	1,06		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,23	1,10		
	Doktor	18	3,94	,80		
	Diğer	21	3,52	,98		
	Toplam	181	3,64	,99		
3. Hastane, tüm personelinin akreditasyon süreçlerinin verimli bir şekilde yürütülmesi konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	Tekniker-Teknisyen	23	4,08	,67	4,522	,002
	İdari Personel	89	3,65	1,06		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,06	1,17		
	Doktor	18	4,06	,80		
	Diğer	21	3,57	,81		
	Toplam	181	3,64	1,03		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 17 incelendiğinde, ödül ve takdir ölçeğinde yer alan ifadelerde katılma dereceleri ‘kararsız’ derecesinin üzerinde ‘katılıyorum’ derecesine yakın olarak tespit edilmiştir. ‘Akreditasyon süreçlerinin verimini artırmak için bölümler arası iş birliği desteklenir ve teşvik edilir.’ ifadesi en yüksek ($3,64 \pm 0,99$), ‘Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).’ ifadesi en düşük ($3,26 \pm 1,25$) değeri almaktadır. Meslek grupları arasında 1. ve 2. ifadeler için ($p > 0,05$) ‘Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelerle hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin meslek grubuna göre anlamlı bir farklılık göstermez.’ yorumu yapılabilmektedir. Fakat 3. ifade için ($p < 0,05$) Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadelerle hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Meslek grupları arasında

farklılık gösteren grubu tespit etmek için Post-Hoc testi olarak Tukey HSD testi yapılmıştır.

Tablo 18: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesinin meslek gruplarına göre farklılık analizi

Bağımlı Değişken	(I) Görev	(J) Görev	Ortalama		p
			Fark (I-J)	Standart Hata	
3. Hastane, tüm personelinin akreditasyon süreçlerinin verimli bir şekilde yürütülmesi konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	Tekniker-Teknisyen	Hemşire-Ebe-SM	1,02029*	,27397	,002
	İdari Personel	Hemşire-Ebe-SM	,58502*	,20869	,044
	Hemşire-Ebe-SM	Tekniker-Teknisyen	-1,02029*	,27397	,002
		İdari Personel	-,58502*	,20869	,044
		Doktor	-,98889*	,29472	,009

Tablo 18 incelendiğinde, 3. ifade için katılma dereceleri ile meslek grupları arasında oluşan farklılaşma gösterilmektedir. P değeri 0,05'in altında olan meslek grupları karşılaştırmasında Tekniker-Teknisyen, Hemşire-Ebe-Sağlık memuru, İdari personel, Doktor arasında farklılık olduğu analiz edilmiştir.

Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesinin çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

H₀: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi çalışma süresi göre anlamlı farklılık göstermez.

H₁₂: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi çalışma süresi göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 19: Ödül ve takdir alt ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesinin çalışma süresi ile arasındaki ilişki

Ödül ve Takdir Alt Ölçeğine İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1. Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).	181	-,149	,045
2. Akreditasyon süreçlerinin verimini artırmak için bölümler arası iş birliği desteklenir ve teşvik edilir.	181	-,047	,531
3. Hastane, tüm personelinin akreditasyon süreçlerinin verimli bir şekilde yürütülmesi konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	181	-,009	,902

Yukarıda yapılan korelasyon analizi sonucunda oluşan Tablo 19 incelendiğinde, ‘Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).’ ($r = -0,149$; $p = 0,045$) ifadesine personelin katılma derecesinin çalışma süresi ile arasında çok zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülür ($p < 0,05$). Diğer iki ifade için ödül ve takdir alt ölçeği için verilen ifadeler personelin katılma dereceleri ile çalışma süreleri arasında anlamlı olarak bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

5.6. Çalışanların Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeğine İlişkin İfadelerinin Değerlendirilmesi

Hastanede çalışan personelin liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine ilişkin ifadelerinin eğitim durumuna ve meslek grubuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi uygulanmıştır

H_0 : Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermez.

H_{13} : Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 20: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğinde yer alan ifadelere ilişkin görüşlerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort	SS	F	p
1. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	Lise	67	3,56	1,03	2,247	,066
	Ön Lisans	54	3,70	,96		
	Lisans	34	4,02	,79		
	Yüksek Lisans	17	4,05	1,24		
	Doktora	9	4,22	,44		
	Toplam	181	3,77	,98		
2. Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	Lise	67	3,53	,95	3,026	,019
	Ön Lisans	54	3,90	,83		
	Lisans	34	3,94	,95		
	Yüksek Lisans	17	4,05	1,29		
	Doktora	9	4,44	,52		
	Toplam	181	3,81	,96		
3. Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.	Lise	67	3,70	,79	1,145	,337
	Ön Lisans	54	3,83	,84		
	Lisans	34	3,97	,83		
	Yüksek Lisans	17	3,94	1,24		
	Doktora	9	4,22	,44		
	Toplam	181	3,83	,85		
4. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	Lise	67	3,73	,86	,436	,783
	Ön Lisans	54	3,77	,96		
	Lisans	34	3,88	1,00		
	Yüksek Lisans	17	3,88	1,21		
	Doktora	9	4,11	,33		
	Toplam	181	3,80	,93		
5. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	Lise	67	3,74	,92	,718	,581
	Ön Lisans	54	3,83	,96		
	Lisans	34	4,02	,79		
	Yüksek Lisans	17	3,82	1,18		
	Doktora	9	4,11	,33		
	Toplam	181	3,85	,92		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 20: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğinde yer alan ifadelere ilişkin görüşlerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması (devam)

6. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	Lise	67	3,64	,91	1,285	,278
	Ön Lisans	54	3,75	,97		
	Lisans	34	4,00	,85		
	Yüksek Lisans	17	4,00	1,36		
	Doktora	9	4,11	,33		
	Toplam	181	3,80	,95		
7. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.	Lise	67	3,61	,83	2,203	,071
	Ön Lisans	54	3,70	,92		
	Lisans	34	3,94	,77		
	Yüksek Lisans	17	4,00	1,11		
	Doktora	9	4,33	,50		
	Toplam	181	3,77	,88		
8. Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	Lise	67	3,55	,89	2,145	,077
	Ön Lisans	54	3,83	,81		
	Lisans	34	3,88	,84		
	Yüksek Lisans	17	3,88	1,31		
	Doktora	9	4,33	,50		
	Toplam	181	3,76	,90		
9. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	Lise	67	3,61	,98	1,695	,153
	Ön Lisans	54	3,66	,91		
	Lisans	34	3,91	,90		
	Yüksek Lisans	17	3,94	1,24		
	Doktora	9	4,33	,50		
	Toplam	181	3,75	,96		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 20 incelendiğinde, Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğinde yer alan ifadelerde katılma dereceleri ‘kararsız’ derecesinin üzerinde ‘katılıyorum’ derecesine yakın olarak tespit edilmiştir. ‘Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.’ ifadesi en yüksek ($3,83\pm 0,85$), ‘Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.’ ifadesi ($3,77\pm 0,98$) ve ‘Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven

vermektedir.’ ifadesi ($3,75\pm 0,96$) en düşük katılım ortalamasına sahip ifadelerdir. Ölçekte yer alan 2. ifade hariç diğer sorular için H_0 hipotezi kabul edilmektedir ($p>0,05$). Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğinde yer alan ‘Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.’ ifadesi için H_1 ’i kabul edilmektedir ($p<0,05$). Yani, Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterir.’ ifadesi kabul edilmektedir. Gruplar arasındaki farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını öğrenmek için Post-Hoc testi olarak Tukey HSD testi yapılmıştır.

Tablo 21: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların eğitim durumuna göre katılma derecesi

Bağımlı Değişken	(I) Eğitim	(J) Eğitim	Ortalama Fark	Standart	p
			(I-J)	Hata	
2. Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	Lise	Ön Lisans	-,37009	,17230	,205
		Lisans	-,40386	,19839	,253
		Yüksek Lisans	-,52151	,25587	,252
		Doktora	-,90713	,33449	,046

Tablo 21 incelendiğinde, ‘Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.’ ifadesi lise ve doktora eğitimi alan grup arasında olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

H_0 : Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık göstermez.

H_{14} : Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 22: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine yer alan ifadelere ilişkin görüşlerin meslek gruplarına göre dağılımı ve karşılaştırılması

		N	Ort	SS	F	p
1. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	Tekniker-Teknisyen	23	3,82	,57	8,610	,000
	İdari Personel	89	3,74	1,05		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,06	1,04		
	Doktor	18	4,44	,51		
	Diğer	21	4,28	,56		
	Toplam	181	3,77	,98		
2. Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	Tekniker-Teknisyen	23	3,82	,49	8,717	,000
	İdari Personel	89	3,80	,98		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,13	1,13		
	Doktor	18	4,61	,60		
	Diğer	21	4,14	,47		
	Toplam	181	3,81	,96		
3. Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.	Tekniker-Teknisyen	23	3,95	,70	7,553	,000
	İdari Personel	89	3,82	,89		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,23	,89		
	Doktor	18	4,38	,50		
	Diğer	21	4,19	,40		
	Toplam	181	3,83	,85		
4. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	Tekniker-Teknisyen	23	4,04	,70	5,199	,001
	İdari Personel	89	3,77	1,03		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,23	1,00		
	Doktor	18	4,22	,42		
	Diğer	21	4,14	,47		
	Toplam	181	3,80	,93		
5. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	Tekniker-Teknisyen	23	4,08	,66	6,746	,000
	İdari Personel	89	3,91	,97		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,13	1,07		
	Doktor	18	4,22	,42		
	Diğer	21	4,04	,38		
	Toplam	181	3,85	,92		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 22: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine ilişkin ifadelerle çalışanların meslek gruplarına göre katılma derecesi (devam)

6. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	Tekniker-Teknisyen	23	3,60	,83	7,684	,000
	İdari Personel	89	3,85	,93		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,13	1,10		
	Doktor	18	4,33	,59		
	Diğer	21	4,28	,56		
	Toplam	181	3,80	,95		
7. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.	Tekniker-Teknisyen	23	3,82	,71	8,419	,000
	İdari Personel	89	3,80	,87		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,06	1,01		
	Doktor	18	4,22	,42		
	Diğer	21	4,19	,51		
	Toplam	181	3,77	,88		
8. Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	Tekniker-Teknisyen	23	3,82	,77	6,780	,000
	İdari Personel	89	3,77	,90		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,13	1,07		
	Doktor	18	4,27	,57		
	Diğer	21	4,14	,47		
	Toplam	181	3,76	,90		
9. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	Tekniker-Teknisyen	23	3,82	,93	7,998	,000
	İdari Personel	89	3,75	,95		
	Hemşire-Ebe-SM	30	3,03	1,06		
	Doktor	18	4,16	,51		
	Diğer	21	4,33	,48		
	Toplam	181	3,75	,96		

Ort.: Ortalama, SS.: Standart Sapma

Tablo 22 incelendiğinde, Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğinde yer alan ifadelerde meslek gruplarına göre katılma dereceleri ‘kararsız’ derecesinin üzerinde ‘katılıyorum’ derecesine yakın olarak tespit edilmektedir. ‘Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.’ ifadesi en yüksek ($3,83\pm 0,85$), ‘Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.’ ifadesi ($3,77\pm 0,98$) ve ‘Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon

çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.’ ifadesi (3,75±0,96) en düşük katılım ortalamasına sahip ifadelerdir. Analiz sonucunda (p<0,05) H₁₄ hipotezi yani ‘Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler hastanede çalışanların katılma derecelerinin meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterir.’ yargısı kabul edilmektedir. Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğinde yer alan ifadelerin hangi meslek gruplarında farklılık gösterdiğini öğrenmek için Post-Hoc testi olarak Tukey HSD testi yapılmıştır.

Tablo 23: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğinde yer alan ifadelerin çalışanların katılım derecelerinin meslek grupları arasındaki farklılığın karşılaştırılması

Bağımlı Değişken	(I) Görev	(J) Görev	Ortalama	Standart	P
			Fark (I-J)	Hata	
1. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	İdari Personel	Doktor	-,70287*	,23616	,027
	Hemşire-Ebe-SM	Tekniker-Teknisyen	-,75942*	,25325	,025
		İdari Personel	-,67491*	,19291	,005
		Doktor	-1,37778*	,27244	,000
		Diğer	-1,21905*	,25999	,000
2. Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	Hemşire-Ebe-SM	Tekniker-Teknisyen	-,69275*	,24663	,043
		İdari Personel	-,67566*	,18787	,004
		Doktor	-1,47778*	,26531	,000
		Diğer	-1,00952*	,25319	,001
	Doktor	Tekniker-Teknisyen	,78502*	,28004	,044
3. Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.	Hemşire-Ebe-SM	Tekniker-Teknisyen	-,72319*	,22204	,012
		İdari Personel	-,58689*	,16913	,006
		Doktor	-1,15556*	,23886	,000
		Diğer	-,95714*	,22794	,000

Tablo 23: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğinde yer alan ifadelerin çalışanların katılım derecelerinin meslek grupları arasındaki farklılığın karşılaştırılması(devam)

4. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini arttırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	Hemşire- Ebe-SM	Tekniker- Teknisyen	-,81014*	,24852	,012
		İdari Personel	-,54195*	,18930	,037
		Doktor	-,98889*	,26734	,003
		Diğer	-,90952*	,25513	,004
5. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini arttırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	Hemşire- Ebe-SM	Tekniker- Teknisyen	-,95362*	,24060	,001
		İdari Personel	-,77678*	,18327	,000
		Doktor	-1,08889*	,25882	,000
		Diğer	-,91429*	,24700	,003
6. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini arttırmak için akreditasyon süreçlerinde gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	Hemşire- Ebe-SM	İdari Personel	-,72060*	,18851	,002
		Doktor	-1,20000*	,26622	,000
		Diğer	-1,15238*	,25406	,000
7. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini arttırmak için akreditasyon süreçlerinde yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.	Hemşire- Ebe-SM	Tekniker- Teknisyen	-,75942*	,22623	,008
		İdari Personel	-,74232*	,17233	,000
		Doktor	-1,15556*	,24337	,000
		Diğer	-1,12381*	,23225	,000
8. Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	Hemşire- Ebe-SM	Tekniker- Teknisyen	-,69275*	,23678	,031
		İdari Personel	-,64195*	,18036	,004
		Doktor	-1,14444*	,25471	,000
		Diğer	-1,00952*	,24308	,000
9. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	Hemşire- Ebe-SM	Tekniker- Teknisyen	-,79275*	,24894	,015
		İdari Personel	-,71948*	,18963	,002
		Doktor	-1,13333*	,26780	,000
		Diğer	-1,30000*	,25557	,000

*. Ortalama fark 0.05 düzeyinde anlamlı.

Tablo 23 incelendiğinde;

- ‘Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.’ ifadesi için İdari Personel ve Doktor meslek grubu arasında ve Hemşire-Ebe- Sağlık Memuru meslek grubu ile tüm meslek grupları arasında ifadelere katılım derecesi arasında farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).
- ‘Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.’ ifadesi için Hemşire-Ebe- Sağlık Memuru meslek grubu ile tüm meslek grupları arasında ve Doktor, İdari Personel, Tekniker-Teknisyen meslek grupları arasında ifadelere katılım dereceleri farklılık göstermektedir ($p<0,05$).
- ‘Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.’ ifadesi için Hemşire-Ebe- Sağlık Memuru meslek grubunun katılım derecesi ile geriye kalan meslek gruplarının katılım derecesi arasında farklılık görülmektedir ($p<0,05$).
- ‘Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.’ ifadesi için Hemşire-Ebe- Sağlık Memuru meslek grubunun katılım derecesi ile geriye kalan meslek gruplarının katılım derecesi arasında farklılık görülmektedir ($p<0,05$).
- ‘Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.’ ifadesi için Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru meslek grubunun katılım derecesi ile geriye kalan meslek gruplarının katılım derecesi arasında farklılık görülmektedir ($p<0,05$).
- ‘Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.’ ifadesi için Hemşire-Ebe- Sağlık Memuru meslek grubunun katılım derecesi ile tekniker-teknişyen meslek grubu hariç geriye kalan meslek gruplarının katılım derecesi arasında farklılık görülmektedir ($p<0,05$).
- ‘Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.’ ifadesi için Hemşire-Ebe- Sağlık Memuru meslek grubunun katılım derecesi ile geriye

kalan meslek gruplarının katılım derecesi arasında farklılık görülmektedir ($p<0,05$).

- ‘Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.’ ifadesi için Hemşire-Ebe- Sağlık Memuru meslek grubunun katılım derecesi ile geriye kalan meslek gruplarının katılım derecesi arasında farklılık görülmektedir ($p<0,05$).
- ‘Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.’ ifadesi için Hemşire-Ebe- Sağlık Memuru meslek grubunun katılım derecesi ile geriye kalan meslek gruplarının katılım derecesi arasında farklılık görülmektedir ($p<0,05$).

Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesinin çalışma sürelerine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.

H₀: Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı ilişki göstermez.

H₁₅: Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesi çalışma süresine göre anlamlı ilişki gösterir.

Tablo 24: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine ilişkin ifadeler çalışanların katılma derecesinin çalışma süreleri ile ilişkisi

Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	181	,034	,650
2. Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	181	,001	,987
3. Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.	181	,039	,600
4. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	181	,083	,269

Tablo 24: Liderlik, taahhüt ve destek ölçeğine ilişkin ifadelere çalışanların katılma derecesinin çalışma süreleri ile ilişkisi(devam)

5. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	181	,016	,826
6. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	181	,004	,553
7. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.	181	,047	,526
8. Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	181	,049	,511
9. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	181	,056	,451

Tablo 24 incelendiğinde, H_0 hipotezi, ‘Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeğine ilişkin ifadelere hastanede çalışan personelin katılma derecelerinin çalışma süresine göre anlamlı farklılık göstermez.’ kabul edilmektedir ($p>0,05$).

5.7. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişken Arasındaki İlişki

‘Akreditasyonun Faydaları’ alt ölçeği bağımlı değişken, ‘Çalışanların Katılımı Alt Ölçeği’, ‘Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği’, ‘Ödül ve Takdir Alt Ölçeği’ ve ‘Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeği’ bağımsız değişkenler olarak belirlenerek, değişkenler arasındaki ilişkinin analiz edilmesi için Çoklu Regresyon Analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda oluşan tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 25: Ölçeklerin katılım derecesi ortalaması

	Ortalama	Standart Sapma	N
Akreditasyonun Faydaları Alt Ölçeği	3,97	,66	181
Çalışanların Katılımı Alt Ölçeği	3,53	,83	181
Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği	3,78	,87	181
Ödül ve Takdir Alt Ölçeği	3,51	,97	181
Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeği	3,79	,81	181

Tablo 25 incelendiğinde, ankete katılan 181 kişinin ankette yer alan ifadelerle katılım derecelerini görülmektedir. Katılım derecesi en yüksek olan alt ölçek akreditasyonun faydaları (3,97±0,66), en düşük olan ölçek ise ödül ve takdir (3,51±0,97) olarak tespit edilmiştir. Bu ifadeler değerlendirildiğinde, akreditasyon sürecinin hastane ve çalışanlar için faydalı olduğu fakat bu süreçte ödül ve takdir sisteminin çok da etkin olmadığı söylenebilmektedir.

Tablo 26: Ankette yer alan değişkenler arasındaki ilişki

		Akreditasyonun Faydaları Alt Ölçeği	Çalışanların Katılımı Alt Ölçeği	Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği	Ödül ve Takdir Alt Ölçeği	Liderlik ve Taahhüt ve Destek Ölçeği
Pearson	Akreditasyonun					
Korelasyon	Faydaları Alt Ölçeği	1,000	,444	,605	,304	,595
	Çalışanların Katılımı Alt Ölçeği	,444	1,000	,574	,515	,477
	Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği	,605	,574	1,000	,549	,553
	Ödül ve Takdir Alt Ölçeği	,304	,515	,549	1,000	,572
	Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeği	,595	,477	,553	,572	1,000
Sig. (1-tailed)	Akreditasyonun					
	Faydaları Alt Ölçeği	.	,000	,000	,000	,000
	Çalışanların Katılımı Alt Ölçeği	,000	.	,000	,000	,000
	Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği	,000	,000	.	,000	,000
	Ödül ve Takdir Alt Ölçeği	,000	,000	,000	.	,000
	Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeği	,000	,000	,000	,000	.

Tablo 26 incelendiğinde, değişkenlerin arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Bu değişkenler arasındaki en güçlü ilişki ‘Akreditasyonun Faydaları’ ve ‘Eğitim Öğretim Ölçeği’ ($r=0,605$, $p=0,000$) değişkenleri arasında olduğu tespit edilmiştir. Çoklu doğrusallık problemi olmadığı ise yukarıdaki tablo ile belirlenmiştir.

Tablo 27: Değişkenler arasındaki açıklama yüzdesi

R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Standart Tahmini Hata
,706 ^a	,499	,487	,47488

Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama yüzdesi %49 olarak saptanmıştır.

Tablo 28: Modelin doğrusallık analizi

Model	Kareler Toplamı	Df	Ortalamanın		
			Karesi	F	Sig.
1 Regresyon	39,511	4	9,878	43,802	,000 ^b
Residual	39,690	176	,226		
Toplam	79,201	180			

Kurulan regresyon modelinin doğrusal ve istatistiksel olarak anlamlı bir model olduğu tespit edilmiştir ($F=43,80$, $p<0,05$).

Tablo 29: Bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki çoklu regresyon analizi

	Standart					
	B	Hata	Beta	T	Sig.	VIF
(Sabit)	1,631	,193		8,469	,000	
Çalışanların Katılımı Alt Ölçeği	,288	,055	,311	4,609	,009	1,662
Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği	,326	,055	,429	5,908	,000	1,856
Ödül ve Takdir Alt Ölçeği	-,164	,048	-,242	-3,408	,001	1,771
Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeği	,361	,057	,443	6,327	,000	1,722

Tablo 29' daki analiz sonucu için hipotezler çerçevesinde değerlendirme yapıldığında;

- H₁₆' daki 'Akreditasyonun Faydaları ile Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.' ifadesi $p<0,05$ ' den şartını sağladığı için hipotez kabul edilmiştir
- H₁₇ de yer alan 'Akreditasyonun Faydaları ile Akreditasyon Çalışmalarında Eğitim ve Öğretim Süreci arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.' ifadesi $p<0,05$ ' den şartını sağladığı için hipotez kabul edilmiştir.
- H₁₈ de 'Akreditasyonun Faydaları ile Akreditasyon Çalışmalarında Ödül ve Takdir uygulamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.' ifadesi $p<0,05$ ' den şartını sağladığı için hipotez kabul edilmiştir.
- H₁₉ 'Akreditasyonun Faydaları ile Akreditasyon Çalışmalarında Liderlerin Katılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.' ifadesi $p<0,05$ ' den şartını sağladığı için hipotez kabul edilmiştir.

Varyans Şişme Faktör (VIF) değerlerine bakıldığında bu değerlerin 10'dan az olmasından (Dikmetaş ve ark., 2011) dolayı bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının olmadığı belirlenmektedir.

6. TARTIŞMA

Anket çalışması sonucunda elde edilen veriler ışığında yapılan değerlendirmede, Tekniker-Teknisyen meslek grubunda yer alan çalışanların, akreditasyon sürecini bir fırsat olarak gördüğü, hasta bakımının iyileştirilmesi ve hastanenin iç kaynaklarının daha iyi kullanılmasına imkan veren bir süreç olarak değerlendirdiği, fakat akreditasyon sürecine katılım gösterme konusunda bu sürece dahil olmadıkları yönünde katılım derecesi göstermiş olduğu analiz sonuçları ile tespit edilmektedir. Ayrıca ‘akreditasyonun çalışanların motivasyonunu arttırıp, ekip çalışması ve iş birliğine teşvik eder’ ifadesine en düşük katılım derecesi oranına sahip olan grup olduğu bilgisine analiz sonuçlarından ulaşılmaktadır. Bu sürecin önemi konusunda diğer meslek gruplarına göre olumlu katılım derecesi gösteren grubun sürece dahil edilmemesi, ekip çalışmalarında kendine yer bulmaması motivasyonlarını azaltacağı düşünülmektedir.

Akreditasyon standartlarının en önemli uygulayıcısı olduğu düşünülen Hemşire-Ebe- Sağlık memuru grubu bu sürecin bir fırsat olduğu, faydalı olduğu, yapılan değişikliklere katıldıklarını, öneri duyduklarını belirten ifadelerle düşük katılım derecesi gösterdiği ve bu konuda üst yönetimin yetersiz olduğu, ödül takdir süreciyle birlikte eğitim ve öğretim sürecinin de yetersiz olduğu görüşüne sahip oldukları analiz sonuçlarından tespit edilmektedir. Bu grubun genel olarak ölçeklerde yer alan ifadelerle katılım ortalamalarının karşılaştırması yapıldığında, Ödül ve takdir alt ölçeğinin en düşük katılım derecesi ortalamasına sahip olduğu saptanmaktadır. Genellikle personelin en büyük motivasyon kaynağı ödüller ve takdir edilmek olduğu düşünülmektedir. Motivasyonun sağlanmadığı tüm süreçleri, personelin gereksiz ve önemsiz olarak düşünmesi beklenen bir durum olarak görülebilmektedir. Akreditasyon sürecini gereksiz görmelerinin bir başka nedeni, bu sürecin iş yüklerini arttıracığı ve işleri belirli standartlar çerçevesinde yapmak için yavaşlamasına neden olacağı düşüncesi bu grupta olumsuz düşüncelerin oluşmasında önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Hemşire- Ebe- Sağlık memuru grubunun katılım derecelerinden daha yüksek orana sahip Doktor grubu, üst düzey yöneticilerin başarılı olduğunu, eğitim ve öğretim sürecinin yürütülebildiği, ödül ve takdir sisteminin işlediği ve akreditasyonun faydalı bir

süreç olduğunu, düşündükleri analiz sonuçları ile tespit edilmektedir. Bu iki grup arasında oluşan farkın doktor grubunun aldığı maaş skalasının daha farklı olması, prosedürler ile Hemşire- Ebe- Sağlık memuru grubundan daha az ilgilendiği, Hemşire- Ebe- Sağlık memuru grubunun doktor grubunun yükünü hafifleten bir rol oynamasından dolayı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Doktor grubu, akreditasyon sürecine katılım sağlamalarına ilişkin yöneltilen ifadelerle katılım derecelerinin düşük olduğu görülmektedir. Akreditasyonu faydalı gören Doktorlar bu süreçte yer alan standartlara katılım gösterip işlerine ve düzenlerine karışılmasından pek hoşnut olmadıklarından dolayı süreçten uzak kalmak adına dahil olmamayı tercih ettikleri düşünülmektedir.

Tekniker-Teknisyen grubu genel olarak akreditasyon sürecini faydalı bulduğu, tam tersi görüş bildiren Hemşire- Ebe- Sağlık memuru grubu arasında bu farkın oluşma sebebi olarak hasta ile geçirilen süreç, işleyişteki prosedürler ve çalışma koşullarının etkisi olabileceği düşünülmektedir. Her iki grubunda ortak noktada buluştukları yerin motivasyon olduğu görülmektedir. Bu süreçlerde motivasyonu arttıracak etkinliklerin olmayışı personelin iş yapma isteğini de olumsuz etkilemesi düşünülmektedir. Bazı sektörlerde yönetim grubu, bu tarz süreçlere işin gereği olarak bakmakta ve etkinliği gereksiz olarak gördüğü düşünülmektedir. Fakat bu düşüncenin yanlış olduğu anket sonuçları ile desteklenmektedir. Özellikle, Hemşire- Ebe- Sağlık memuru grubunun üst yönetime karşı yöneltilen ifadelerle olumsuz katılım göstermesi motivasyonlarının ve memnuniyet seviyelerinin düşük olduğu, sıkıntılarının olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir. Bu grubun bu tarz süreçlere karşı bir direnç göstermesi ve bu direncin akreditasyon sürecinin başarısını olumsuz etkileyecek sonuçlar doğurmasının kaçınılmaz olması beklenmektedir.

Akreditasyon sürecine katılım göstermediğini, önerileri duymadığını ifade eden personelin sayısı azımsanmayacak kadar çok olduğu görülmektedir. Dahil oldukları sürecin, uygulaması gereken standartların ne işe yarayacağı konusunda fikir sahibi olmayan çalışanın bu süreçleri gereksiz görmesini ifade etmesi beklenen bir sonuç olmaktadır. Personel sürece ne kadar çok dahil edilip, bilgi sahibi olursa, sürece katkısı ve bu süreçlere bakış açısının da o kadar değişeceği düşünülmektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma yapılan sağlık hizmet kuruluşunda, akreditasyon süreci ile ilgili yöneltilen ifadelerle çalışanların katılma dereceleri incelenerek aşağıdaki sonuçlar elde edilmektedir;

Eğitim durumu olarak, ankete katılan çalışanların %37 'sini lise mezunları oluştururken, %29,8' ini ön lisans mezunları ve %18,8'ini lisans mezunları oluşturmaktadır. Daha önce Yıldız (2010) tarafından hemşirelere yönelik yapılan araştırmada ankete katılanların %61,7'si üniversite mezunu olarak tespit edilmektedir. Kurumda çalışanların eğitim durumlarına göre katılım dereceleri incelendiğinde sadece liderlik, taahhüt ve destek ölçeğinde yer alan 'Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli güçtür.' ifadesinde lise ve doktora eğitimi almış çalışanlar arasında farklılık olduğu analiz sonucunda gözlemlenmektedir. Yıldız (2010) tarafından yapılan araştırmada 'liderlik, taahhüt ve destek bölümü' ve 'çalışanların katılımı alt bölümünde' lisans ile sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunları arasında katılım derecesi farklılığı olduğu tespit edilmektedir.

'Akreditasyonun Faydaları' alt ölçeğinde eğitim durumu, meslek grubu ve çalışma süresinin bir etkisi olmadığı, diğer alt ölçekler için meslek grubuna göre ifadelerle katılım dereceleri farklılaşmaktadır. Sonuç olarak, 'Çalışanların Katılımı' alt ölçeğinde Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru ile Doktor, 'Ödül ve Takdir Alt Ölçeği' nde Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru, İdari Personel ve Doktor, 'Liderlik, Taahhüt ve Destek Ölçeği' nde ise tüm meslek gruplarının ifadelerle katılım derecesinde farklılık gözlemlenmektedir.

Ankette yer alan ifadeler için çalışanların katılım derecesi ortalamaları analiz edildiğinde, en yüksek ortalamaya sahip alt ölçek 'Akreditasyonun Faydaları' (3,97±0,66) olduğu ve El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasında hemşirelerin 'Akreditasyonun Faydaları' alt ölçeğinde yer alan ifadelerle katılma ortalamaları (4,11±0,66) olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda çıkan katılım ortalaması El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasına yakın olduğu tespit edilmektedir.

Akreditasyonun faydaları alt ölçeğinde 'Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır' ifadesine (4,09±0,76) ortalama olarak katılıyorum derecesinin üstünde bir ortalamaya sahiptir. Yıldız (2010) tarafından yapılan araştırmada 'Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir' ifadesi (3,95±0,95) en

yüksek katılım ortalamasına sahiptir. El-Jardali ve diğerleri (2008) ve Yıldız (2010) çalışmalarında akreditasyonun, hasta bakımının iyileştirilmesi sürecine ve hizmet kalitesini artırılmasında önemli rol oynadığını belirtmiştir. Yıldız (2010) ve El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmaları neticesinde elde edilen sonuçlar bu çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olduğu tespit edilmektedir.

Eğitim ve öğretim alt ölçeği ile ilgili ifadelerle toplam katılım ortalamalarının genellikle 'katılmıyorum' ifadesinin üstünde ve 'kararsızım' ifadesine yakın olduğu görülmektedir. 'İş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir.' ifadesi en yüksek ($3,85 \pm 0,94$), 'Akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.' ifadesi ($3,72 \pm 1,00$) en düşük katılım ortalamasına sahip olduğu analiz edilmektedir. Yıldız'ın (2010) araştırmasında, yapılan bu araştırmadan farklı olarak 'Hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını arttırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim programıyla)' ($4,02 \pm 0,87$) ifadesi en çok katılımın gösterildiği ifade olarak gözlemlenmektedir.

Katılım derecesi ortalaması en düşük olan ölçek ise 'Ödül ve Takdir' ($3,51 \pm 0,97$) olarak, Ödül ve takdir alt ölçeğindeki ifadelerin katılım ortalamaları incelenmesi sonucunda 'Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir.' ($3,25 \pm 1,25$) ortalama derecesi ile kararsızım ifadesinin biraz üstünde olması ile en düşük katılım derecesi ortalamasına sahip olduğu tespit edilmektedir. Bu konuda hastanenin akreditasyon sürecinde ödül ve takdir için izlediği yol çalışanlar açısından tatmin edici olmadığı anlaşılmaktadır. İnsan kaynağının büyük rol oynadığı bu süreçte verimliliği ve motivasyonu arttırmak için hastane yönetimi ödül ve takdir süreçlerinde çalışmalarda bulunması fayda sağlayacaktır. Yıldız (2010) tarafından yapılan hemşirelere yönelik araştırmada 'Ödül ve takdir' alt ölçeğinin en düşük katılım ortalamasına ($2,71 \pm 1,02$) sahip olduğunu tespit edilmiş ve bu sonuç tüm çalışanlar için yapılan bu araştırmayı destekler nitelikte olmaktadır.

Çalışanların Katılımı alt ölçeğinde 'Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım' ifadesinde ise ($3,32 \pm 1,15$) kararsızım derecesine çok yakın bir katılım derecesi gösteren çalışanların bu konuda etkin olarak yer almadığı anlaşılmaktadır. Akreditasyon sürecinde aktif olarak yer alamayan çalışanların standartlara uyum sağlama konusunda sürekli sorun

yaşanması kaçınılmaz olmaktadır. Akreditasyon standartlarının neler olduğunu ve niçin uygulandığını bilmeyen bir çalışan bu standartları uygulama konusunda da yetersiz olmaktadır. Bu nedenle bu standartlar kapsamında yapılacak değişikliklerin getireceği avantajları personele anlatılması ve uygulanmasında aktif rol almasının sağlanması akreditasyon sürecinin başarılı olarak sürdürülmesinde katkı sağlayacaktır.

Son olarak liderlik, taahhüt ve destek ölçeğindeki ifadeler için katılım derecesi ortalaması ‘Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) kalite iyileştirmeye tahsis ederler.’ ifadesi (3,84±0,86) en yüksek, ‘Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.’ ifadesi (3,77±0,99) en düşük katılım ortalamasına sahip olduğu tespit edilmektedir. Yıldız (2010) tarafından yapılan araştırma sonucunda ‘Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini arttırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.’ ifadesi (3,60±1,00) en yüksek, ‘Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) kalite iyileştirmeye tahsis ederler.’ ifadesi (3,26±1,18) en düşük katılım ortalamasına sahip olduğu tespit edilmektedir. Çalışmanın en yüksek katılım ortalamasına sahip ifadesi Yıldız (2010) tarafından yapılan araştırmanın en düşük katılım ortalaması olduğu analiz sonuçlarında tespit edilmektedir. El-Jardali ve diğerlerinin (2008) yaptığı araştırma sonucunda bu ölçeğin katılım ortalaması (4,02±0,67) olarak tespit edilmektedir. Tüm çalışanlar için yapılan araştırma sonucunda, El-Jardali ve diğerlerinin (2008) bu ölçekteki ifadelere katılım ortalaması daha yüksek, Yıldız (2010) tarafından yapılan çalışma ile karşılaştırıldığında kısmen tersine bir sonuç elde edilmektedir.

Ankette yer alan tüm ifadeler için katılım dereceleri ortalamalarına bakıldığında, ‘Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).’ ifadesinin (3,25±1,25) en az katılıma derecesine sahip olduğu gözlemlenmektedir. Yıldız’ın (2010) hemşireleri kapsayan araştırmasında aynı ifadeyi (2,18±1,21) ortalama ile en az katılım gösterilen ifade olduğunu tespit edilmektedir. Analiz sonuçlarında bu iki çalışmada birbirini desteklemektedir. En çok katılım gösterilen ‘Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır’ (4,09±0,77) ifadesi olurken, Yıldız’ın (2010) araştırmasında yapılan bu araştırmadan farklı olarak ‘Hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını arttırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim

programıyla)' (4,02±0,87) ifadesi en çok katılımın gösterildiği ifade olarak gözlemlenmektedir.

'Akreditasyon Faydaları' alt ölçeği bağımlı değişken, 'Liderlik, Taahhüt ve Destek ölçeği', 'Çalışanların Katılımı alt ölçeği', 'Eğitim ve öğretim alt ölçeği', ve 'Ödül ve takdir alt ölçeği' bağımsız değişken olarak belirlenip analiz yapılmaktadır. Bu analiz sonucunda bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmektedir ($p < 0,05$). En güçlü ilişki 'Akreditasyon faydaları' ile 'Eğitim ve Öğretim' alt ölçekleri ($r = 0,605$, $p = 0,000$) arasında olduğu tespit edilmiştir. Bu ölçekleri 'Liderlik, Taahhüt ve Destek' ($r = 0,595$, $p = 0,000$), 'Çalışanların katılımı' ($r = 0,444$, $p = 0,000$) ve 'Ödül ve Takdir' ($r = 0,304$, $p = 0,000$) ölçekleri takip etmektedir. El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasında bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama yüzdesi %68 ve Yıldız (2010) tarafından yapılan çalışma sonucunda bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama yüzdesi %63,2 olarak tespit edilmektedir. Bu araştırma için yapılan Regresyon analizi sonucunda $R^2 = 0,487$ olarak hesaplanmış olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama derecesi %49 (yaklaşık) olarak saptanmaktadır.

Yapılan araştırmada, çalışanların katılımı alt ölçeğinde yer alan ifadelerle katılım ortalamalarının genel anlamda düşük olduğu gözlemlenmiştir. Çalışanların faydalı gördüğü bu süreçte kurum, akreditasyon standartları çerçevesinde yapılacak değişikliklerde izlenecek yolları çalışanlardan öneriler olarak katılımlarının sağlanması konusunda daha çok faaliyette bulunması, Akreditasyon sürecinde izlenecek her yolun uygulayıcısı olan çalışanların bu konuda daha etkin bir şekilde görev alması tavsiye olarak göz önünde bulundurulabilir. Çalışan ne kadar çok sürece dahil edilip uygulayacağı standartlara hakimiyeti sağlarsa süreç sorunsuz ve daha aktif bir şekilde ilerlemesi mümkün olabilir. Bu nedenle çalışan katılımı üzerinde daha çok çalışma yapılarak, sürece dahil edilmeleri konusunda faaliyete geçilmesi sağlanabilir.

Akreditasyon faydaları ölçeği üzerinde en çok eğitim ve öğretim boyutunun etkili olduğu tespit edilmektedir. Akreditasyon süreci boyunca genel eğitimler artırılabilir, personelin bu süreçte nasıl davranması ve nelere dikkat etmesi konusunda bilgi paylaşımı yapılabilir ve bu süreçte etkin rol alarak iş becerilerini geliştirmesi konusunda destek olunması tavsiye edilmektedir.

Eğitim ve ğretim ölçeğinde yer alan ifadelere bakıldığında çalışanların katılım derecelerinin düşük olduğu tespit edilmektedir. Bu konuda yönetimin personel eğitimine ağırlık vermesi önem arz ettiği gözlemlenmektedir.

Ödül ve takdir leği en düşük katılım ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bir kurumda hasta memnuniyetinin sağlanmasındaki en temel faktör personelin davranışıdır. Kurumdaki personel ne kadar mutlu ve motivasyonu yüksek olarak işini yaparsa hastaya da bunu o kadar hissettirecektir. Bu nedenle personele yönelik motivasyon araçları arttırılmalı ve ödül sistemi devrede değilse bu konu gündeme alınarak sisteme dahil edilmeli, bu sistem mevcut ise aktif olarak kullanılmalıdır.

Yapılan çalışmada bağımsız değişken olarak ele alınan ‘liderlik, taahhüt ve destek, eğitim ve ğretim, ödül ve takdir, çalışanların katılımı’ faktörlerinin ‘akreditasyonun faydaları’ leği üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Akreditasyon sürecinde bu faktörler üzerinde çalışma yaparak başarı yüzdesinin arttırılması sağlanabilir.

Araştırmada anket, bir sağlık hizmet kuruluşunun bir yerleşkesinde ve yararlanılan ankettin bazı ölçekleri alınarak uygulanmıştır. Daha sonra yapılabilecek araştırmalarda benzer yapıya sahip iki kuruluş ya da bir kuruluşun farklı iki yerleşkesi arasında araştırma yapılarak ve yararlanılan ankette diğer ölçeklerde araştırma kapsamına alınarak genişletilmesi tavsiye edilmektedir.

KAYNAKLAR

- AKDAĞ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Programı 2008
Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>
Erişim Tarihi: 03.08.2018
- AKDUR R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslaması, (Elektronic Journal)
Erişim Adresi: http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf
Erişim Tarihi: 03.08.2018
- AKDUR R. (2008). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık, 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s:45-71
- ALGAN F. (2015). Küresel Standardizasyonun Yönetişimi, *Siyasal Kitabevi*, Ankara
- ATAAY F. (2007). Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, ‘1. Baskı’, Ankara
- AVCI K. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, s:1-5
- AVCI K. ve AĞAOĞLU S. (2014). Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Cilt 7, 1. Sayı, s: 83- 94
- AYDIN E. (2004). 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması, *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*, 15. Sayı, s:185-207
- AYDIN S. (2019). Sağlık İnsan Kaynağını Neden Planlayamıyoruz? *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 49. Sayı, s: 14-17
- BEKTAŞ M., KAVAK D., BEYLİK U., KAYRAL İ., AVCI K., CENGİZ C., YÜCE M. (2017). Hastane Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberi
Erişim Adresi:
[https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tuska/uploads/sas_egitim_setleri/sas_hastane_seti\(v2.0-2017\)TR.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tuska/uploads/sas_egitim_setleri/sas_hastane_seti(v2.0-2017)TR.pdf)
Erişim Tarihi: 22.01.2019
- BEKTAŞ M. (2017). Türkiye’nin Ulusal Sağlık Akreditasyon Çalışmaları, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 44. Sayı, s: 78-81
- BEYLİK U. (2018). Sağlıkta Akreditasyon Denetim Yöntemi: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Uygulaması, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, s:6-13
- BÜYÜKÖZTÜRK Ş. ÇOKLUK Ö. KÖKLÜ N. (2011) Sosyal Bilimler İçin İstatistik, *Pegem Yayıncılık*, Ankara, ‘11.Baskı’

CENGİZ C. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Programları ve TÜSKA, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, s:21-26

COŞAR M. (2017). Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Uygulamaları Sorunlar Ve Çözüm Önerileri, *Yüzüncü Yıl Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Van

ÇAKMAK Ş. VE ÇAKMAK D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, Cilt 1, 1.Sayı, s: 48- 57

ÇAKMAK G. (2009). Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Yönetim Rehberi, *Eflatun Matbaacılık*, Ankara, s:24-40

ÇAVMAK D. (2017). Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Planlaması: Türkiye Değerlendirmesi, *Sağlık Yönetim Dergisi*, Cilt 1, 2. Sayı, s:13-24

Devlet Planlama Teşkilatı, Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), 1990

Erişim Adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Alt%C4%B1nc%C4%B1-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1990-1994%E2%80%8B.pdf>

Erişim Tarihi: 04.03.2019

Devlet Planlama Teşkilatı, Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)

Erişim Adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Be%C5%9Finci-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1985-1989.pdf>

Erişim Tarihi: 04.03.2019

Devlet Planlama Teşkilatı Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)

Erişim Adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/D%C3%B6rd%C3%BCnc%C3%BC-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1979-1983%E2%80%8B.pdf>

Erişim Tarihi: 04.03.2019

Devlet Planlama Teşkilatı, Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)

Erişim Adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf>

Erişim Tarihi: 04.03.2019

Devlet Planlama Teşkilatı, Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)

Erişim Adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/%C3%9C%C3%A7%C3%BCnc%C3%BC-Be%C5%9F-Y%C4%B1ll%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1973-1977%E2%80%8B.pdf>

Erişim Tarihi: 04.03.2019

Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, 2010

Devlet Planlama Teşkilatı, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)

Erişim Adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Yedinci-Be%C5%9F-Y%C4%B1l%C4%B1k-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-1996-2000%E2%80%8B.pdf>
Erişim Tarihi: 04.03.2019

DİKMETAŞ E., TOP M., ERGİN G. (Güz 2011) Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt 22, 3. Sayı, s:137-149

DOĞANAY P. (2008). Kaizen–Sürekli İyileştirme ile Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi, *Gazi Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / İşletme Anabilim Dalı / Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara

EL-JARDALİ F., JAMAL D., DİMASSİ H., AMMAR W., TCHAGHCHAGHİAN V., (2008). The Impact Of Hospital Accreditation On Quality Of Care: Perception Of Lebanese Nurses, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 20, Issue 5, Pages 363–371

ERGENOĞLU A. (2006). Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi, *Yıldız Teknik Üniversitesi / Fen Bilimleri Enstitüsü / Mimarlık Anabilim Dalı / Mimari Tasarım Bilim Dalı Doktora Tezi*, İstanbul

GÜDÜK Ö. ve KILIÇ H. (2017). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye’de Gelişimi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 7, 2. Sayı, s:102-107

GÜDÜK Ö. (2018). Avustralya’da sağlık hizmetleri akreditasyon sistemi, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Cilt 5, 1. Sayı

GÜL Y. (2010). Avrupa’da Hastane Akreditasyonu
Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3206.ab-hastane-akreditasyonupdf.pdf?0>
Erişim Tarihi:07.02.2019

GÜLER H. ve DEMİR B. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Ruhsatlandırmadan Kaliteye, *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 47. sayı, s: 50-55

GÜLŞEN M. ve YILDIRAN M. (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi, *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 10, 4. Sayı, s: 159-172

HAYRAN O. (2019). Sağlık İnsan Gücü Araştırmalarında Yöntem, *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 49. sayı, s: 6-11

HAYRAN O. ve ÖZBEK H. (2017). Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve İstatistik Yöntemleri (SPSS Uygulama Örnekleri ile Genişletilmiş 2. Baskı), *Nobel Tıp Kitapevi*

International Organization for Standardization- The ISO story 1997
Erişim Adresi: <https://www.iso.org/the-iso-story.html>
Erişim Tarihi:10.01.2019

KAVAK D. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Sağlıkta Akreditasyon Standartları, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, s:14-20

KAYRAL İ. (2018). Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, s:27-31

KOSDAK M. (2019). Türkiye'de Sağlık İnsan Gücü Planlaması: Geçmiş Ve Gelecek, *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, 49. Sayı, s: 12-13

KÖMÜRCÜ N., DURMAZ A. BAYRAM N., KOYUNCU R., KARAMAN Ö., TOKER E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Modelleri, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Cilt 7, 1. Sayı, s:95 – 114

MOLLAHALİLOĞLU S. (2013). Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 27. Sayı, s:12-13

OECD, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye,2008

Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>

Erişim Tarihi: 10.08.2019

ÖZKAN Ş. ve UYDACI M. (2015). Türkiye'de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi, *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, Cilt 11, 44. Sayı, s: 221-238

ÖZTEK Z. Temel Sağlık Hizmetleri 1978-2018

Erişim Adresi: <https://hasuder.org.tr/wp-content/uploads/Temel-Sa%C4%9Flu%C4%B1k-Hizmetleri-1978-2018.pdf>

Erişim Tarihi:03.04.2019

ÖZTÜRK R. (2019). Hekim İnsan Gücü Planlaması, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*,49. Sayı, s: 22-25

Sağlık Bakanlığı, Stratejik Planı (2013-2017), 2012

Erişim Adresi: <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf>

Erişim Tarihi: 01.02.2019

Sağlık Bakanlığı, 2015, Tarihçe

Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>

Erişim Tarihi:15.02.2019

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti

Erişim Adresi:

[https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tuska/uploads/sas_egitim_setleri/sas_hastane_seti\(v2.0-2017\)TR.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tuska/uploads/sas_egitim_setleri/sas_hastane_seti(v2.0-2017)TR.pdf)

Erişim Tarihi: 02.02.2019

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5112,saglik-istatistik-yilligi-2013pdf.pdf?0>

Erişim Tarihi:10.02.2019

Sağlık-Sen, SASAM Enstitüsü Analiz, Türkiye Sağlık Sisteminde İnsan Gücü Durumunun Analizi (2018)

Erişim Adresi:

http://www.sasam.org.tr/wpcontent/uploads/2019/02/insan_g%C3%BCc%C3%BC.pdf

Erişim Tarihi: 10.05.2019

SARP N. (2017). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, *Siyasal Kitapevi*, Ankara, s:87-91

SUR H. (2009). Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Planlaması, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Aralık-Ocak-Şubat 2008-2009, 9. Sayı, s:38-43

SÜLKÜ SN. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, *Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı*, Ankara

ŞANTAŞ F., ÖZER Ö. ve ÇIRAKLI Ü. (2012) Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 2, 2. Sayı, s: 45-59

TENGİLİMOĞLU D., AKBOLAT M., IŞIK O. (2018). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, *Nobel Akademik Yayıncılık*, 9.Basım

TENGİLİMOĞLU D., KAYA S., IŞIK O., AKBOLAT M., YILMAZ A., (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Anadolu Üniversitesi, ‘1. Baskı’

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

YILMAZ S. (2012) Duygusal Yetenek ile Temel Yetenekler Arasındaki İlişkiler Ve İşletme Performansına Etkileri, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul*

WHO. Models and Tools for Health Workforce Planning and Projections. Human Resources for Health Observer, No.3, 2010

Erişim Adresi:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44263/9789241599016_eng.pdf;jsessionid=7A46ABFF3FDE65DB17BE64922F74E517?sequence=1

EKLER

Ek-1

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu anket ‘Sağlık Hizmet Kuruluşlarının Akreditasyonu Sürecinde İnsan Kaynaklarının Önemi’ isimli yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Araştırmanın amacı, Sağlık hizmet kuruluşlarında görev yapan insan kaynağının akreditasyon sürecindeki katkısı, bu sürecindeki etkisini ölçmektir.

İki bölümden oluşan anketin, ilk bölümünde Demografik (Kişisel) Bilgiler, ikinci bölümünde akreditasyon sürecinde insan kaynağının önemini belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma amaçları için kullanılıp kesinlikle bilgiler gizli tutulacaktır.

Anket çalışmasına katılım gösterdiğiniz için çok teşekkür ederiz.

Saygılarımla...

Dr.Öğr.Üyesi Süreyya YILMAZ
Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi
Tez Danışmanı

Tuğçe SAYGILI
Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM 1

DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız?

2. Cinsiyetiniz?

Kadın () Erkek ()

3. Eğitim durumunuz?

İlkokul () Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora()

4. Bu hastanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz? (Yıl ve ay olarak belirtiniz)

.....Yıl, Ay

5. Bu hastanedeki göreviniz nedir?

Tekniker-Teknisyen () İdari Personel() Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru ()

Doktor ()

Diğer (Belirtiniz).....

BÖLÜM 2

AKREDİTASYON ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Çalışanların Katılımı					
1. Son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı.	1	2	3	4	5
2. Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.	1	2	3	4	5
3. Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa).	1	2	3	4	5
4. Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.	1	2	3	4	5
5. Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.	1	2	3	4	5
Akreditasyonun Faydaları					
1. Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir.	1	2	3	4	5
2. Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve iş birliğini teşvik eder.	1	2	3	4	5
3. Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir.	1	2	3	4	5
4. Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir.	1	2	3	4	5
5. Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir.	1	2	3	4	5
6. Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir.	1	2	3	4	5
7. Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla işbirliği geliştirmesine katkıda bulunur.	1	2	3	4	5
8. Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.	1	2	3	4	5
9. Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir.	1	2	3	4	5

İNSAN KAYNAKLARI KULLANIMI ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği					
1. Akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.	1	2	3	4	5
2. Akreditasyon sürecini destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.	1	2	3	4	5
3. İş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir.	1	2	3	4	5
Ödül ve Takdir Alt Ölçeği					
4. Akreditasyon süreçlerinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).	1	2	3	4	5
5. Akreditasyon süreçlerinin verimini artırmak için bölümler arası iş birliği desteklenir ve teşvik edilir.	1	2	3	4	5
6. Hastane, tüm personelinin akreditasyon süreçlerinin verimli bir şekilde yürütülmesi konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	1	2	3	4	5

LİDERLİK, TAAHHÜT VE DESTEK ÖLÇEĞİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon süreçlerini destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	1	2	3	4	5
2. Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	1	2	3	4	5
3. Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) akreditasyon süreçlerine tahsis ederler.	1	2	3	4	5
4. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	1	2	3	4	5
5. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	1	2	3	4	5
6. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	1	2	3	4	5
7. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için akreditasyon süreçlerinde yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.	1	2	3	4	5
8. Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	1	2	3	4	5
9. Üst düzey hastane yöneticileri, akreditasyon çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	1	2	3	4	5