

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

**AKREDİTASYON BELGESİNE SAHİP BİR HASTANEDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AKREDİTASYONUN
HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ HAKKINDAKİ
ALGILARI**

Ahmet YILDIZ

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2010

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

**AKREDİTASYON BELGESİNE SAHİP BİR HASTANEDE
ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AKREDİTASYONUN
HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ HAKKINDAKİ
ALGILARI**

Ahmet YILDIZ

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sıdıka KAYA**

**ANKARA
2010**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yönetimi Programı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı ve Danışman: Prof. Dr. Sıdıka KAYA

Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Ersen ALOĞLU

Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Mehmet TOP

Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ

Kırıkkale Üniversitesi



ONAY:

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



Prof. Dr. Hakan ORER

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmacı, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Sıdika KAYA, tez danışmanım olarak değerli bilgileri, görüş ve önerileriyle araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde yol gösterici olarak katkıda bulunmuş ve her zaman güler yüzüyle motive bir şekilde çalışmamı sağlamıştır.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi hemşirelik yönetimi, araştırmanın yapılmasında kolaylık ve destek sağlamıştır.

Araştırmanın uygulandığı hastanede tüm katılımcı hemşireler, anketlerin uygulanmasında verdikleri emeklerle katkıda bulunmuşlardır.

Tez çalışması süresince arkadaşım Cahit KORKU, telkinleri ve anlayışıyla destek olmuştur.

Hayatımın her anında desteklerini yanımda hissettiğim ailem, sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla maddi ve manevi destek olmuştur.

ÖZET

Yıldız, A., Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010. Araştırma akreditasyonun hizmet kalitesine etkisini ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörleri hemşirelerin bakış açısıyla değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma akreditasyon belgesine sahip bir hastanede, en az 3 yıldır çalışmakta olan ve bu nedenle hem akreditasyon öncesini hem de akreditasyon sonrasını bilen 258 hemşire üzerinde uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak El Jardali ve diğ. (2008) tarafından akreditasyonun hizmet kalitesine etkisi ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörler hakkında hemşirelerin algılarını değerlendirmek amacıyla hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Araştırmada “kalite sonuçları” bağımlı değişken ve kalite sonuçları üzerinde etkisi araştırılan “liderlik, taahhüt ve destek” “stratejik kalite planlaması” “ödül ve takdir” “eğitim ve öğretim” “kalite yönetimi” “veri kullanımı” “çalışanların katılımı” ve “akreditasyonun faydaları” bağımsız değişkenler olarak ele alınmış ve bağımlı değişkenle bağımsız değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon ve çoklu regresyon analizleri ile test edilmiştir. Araştırma sonucunda bağımlı değişken ile bağımsız değişkenlerin tümü arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) bir ilişki olduğu, en güçlü ilişkinin kalite sonuçları bağımlı değişkeni ile liderlik, taahhüt ve destek bağımsız değişkeni ($r = 0,726$; $p < 0,05$) arasında olduğu ve bunu sırasıyla veri kullanımı ($r = 0,640$; $p < 0,05$), kalite yönetimi ($r = 0,638$; $p < 0,05$) ve akreditasyonun faydaları ($r = 0,596$; $p < 0,05$) değişkenlerinin izlediği görülmüştür. Regresyon analizinde $R^2 = 0,632$ olarak hesaplanmış olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama derecesinin % 63,2 gibi oldukça yüksek bir değere sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmada ayrıca hemşirelerin eğitim, idari görev ve çalışma süresi durumlarına göre ankette yer alan ifadeler katılma derecelerinde farklılık olup olmadığı da incelenmiş ve genel olarak lisans mezunu, idari görevi olan ve daha az çalışma süresine sahip hemşirelerin ifadeler katılma ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akreditasyon, Kalite Geliştirme, Hastane, Hemşire Algıları

ABSTRACT

Yıldız, A., Perception of Nurses Working in an Hospital with Accreditation Certificate about Effect of Accreditation on Service Quality, Post Graduate Thesis, Ankara, 2010. The study was carried out with the purpose of evaluating the effect of accreditation on service quality and other factors affecting service quality from the viewpoint of nurses. The study was applied on 258 nurses working for 3 years at least in a hospital with accreditation certificate and therefore knowing the process of pre-accreditation and post-accreditation. Survey form prepared with the purpose of evaluating the perception of nurses about the effect of accreditation on service quality and other factors affecting service quality was used by El Jardali and et all (2008) as the tool for data collection. “quality results” was dealt as dependent variable; whose effect on quality results were researched, “leadership, commitment and support”, “strategic quality planning” “rewards and recognition” “education and training” “quality management” “use of data” “staff involvement” and “benefits of accreditation” were dealt as independent variables and the relation between dependent variable and independent variables was tested with Pearson correlation and multiple regression analyses. Following the study, it was seen that there was a positive and statistically meaningful relation between dependent variable and all independent variables ($p < 0.05$); the strongest relation was between quality results dependent variable and leadership, commitment and support independent variables ($r = 0.726$, $p < 0.05$); and use of data ($r = 0.640$, $p < 0.05$), quality management ($r = 0.638$, $p < 0.05$) and benefits of accreditation ($r = 0.596$, $p < 0.05$) follow them respectively. It was calculated as $R^2 = 0.632$ in regression analysis and it was established that explanation degree of independent variables for dependent variable was a high value as 63.2%. Besides, it was analysed that whether there was a difference in participation degree of nurses to statements in survey with regard to their education, administrative function and operating time and the rates of nurses having bachelor’s degree, administrative function and less operating years to participation to statements were found to be higher.

Key Words: Accreditation, Quality Improvement, Hospital, Nurse Perceptions

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	X
ŞEKİLLER DİZİNİ	XI
TABLolar DİZİNİ	XII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kalite	3
2.1.1. Kalite Kavramı	3
2.1.2. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi	5
2.1.3. Kalite Kavramının Bağlantılı Olduğu Kavram ve Konular	6
2.2. Sağlık Hizmetleri ve Kalite	9
2.2.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri	9
2.2.2. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri	11
2.2.3. Hizmet Kalitesinin Tanımı	13
2.2.4. Hizmet Kalitesinin Boyutları	14
2.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	18
2.3. Kalite Değerlendirme Yaklaşımları	23
2.3.1. Kalite Ödülleri	23
2.3.2. ISO Belgelendirmesi	37
2.3.3. Akreditasyon	42
2.4. Sağlık Sektöründe Akreditasyon	44
2.4.1. Akreditasyonun Tanımı	44
2.4.2. Akreditasyonun Gelişimi	45
2.4.3. Akreditasyonun Amacı	46
2.4.4. Akreditasyonun Faydaları	48
2.4.5. Akreditasyonun Uygulama Alanı ve Sınırlamaları	49

2.4.6. Akreditasyon Sistemlerinin Karakteristik Özellikleri	50
2.4.7. ISO ve Akreditasyon	51
2.4.8. Dünya’da Akreditasyon Alanındaki Mevcut Durum	52
2.4.9. Türkiye’de Akreditasyon Alanındaki Mevcut Durum	57
2.5. Joint Commission International (JCI) Akreditasyonu	61
2.5.1. JCI Hastane Akreditasyonu Standartları	62
2.5.2. JCI Akreditasyon Süreci	69
3. GEREÇ VE YÖNTEM	74
3.1. Araştırmanın Amacı	74
3.2. Problem Cümlesi	74
3.3. Evren ve Örneklem	74
3.4. Sınırlılıklar	75
3.5. Veri Toplama Aracı	75
3.6. Verilerin Toplanması	78
3.6. Verilerin Analizi	78
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	80
4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri	80
4.2. Hemşirelerin Kalite Sonuçlarına İlişkin Değerlendirmeleri	82
4.3. Hemşirelerin Liderlik, Taahhüt ve Desteğe İlişkin Değerlendirmeleri	89
4.4. Hemşirelerin Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin Değerlendirmeleri	94
4.5. Hemşirelerin İnsan Kaynakları Kullanımına İlişkin Değerlendirmeleri	98
4.5.1. Hemşirelerin Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin Değerlendirmeleri	99
4.5.2. Hemşirelerin Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin Değerlendirmeleri	102
4.6. Hemşirelerin Kalite Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri	104
4.7. Hemşirelerin Veri Kullanımına İlişkin Değerlendirmeleri	108
4.8. Hemşirelerin Akreditasyona İlişkin Değerlendirmeleri	112
4.8.1. Hemşirelerin Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin Değerlendirmeleri	113
4.8.2. Hemşirelerin Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümüne İlişkin Değerlendirmeleri	117

4.9. Hemşirelerin Bölüm ve Alt Bölümlere İlişkin Değerlendirmeleri	122
4.10. Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki	127
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	133
5.1. Sonuçlar	133
5.2. Öneriler	136

KAYNAKLAR

EKLER

EK 1: Anket Formu

EK 2: Araştırma Yapılan Hastaneden Araştırma Yapılabileceğine Dair Alınan
İzin Yazısı

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
EFQM	European Foundation of Quality Management
ISO	International Standardization Organization
JCAHO	Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organisations
JCI	Joint Commission International
KalDer	Türkiye Kalite Derneği
MBNQA	Malcolm Baldrige National Quality Award
SML	Sağlık Meslek Lisesi
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
TÜRKAK	Türk Akreditasyon Kurumu
WHO	World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Deming Ödül Modeli	25
Şekil 2.2. Malcolm Baldrige Performans Mükemmelliği Sağlık Hizmetleri Kriterleri Çerçevesi: Sistemli Bir Bakış	31
Şekil 2.3. EFQM Mükemmellik Modeli	36

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları	15
Tablo 2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları	19
Tablo 2.3. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Alan Kuruluşlar	27
Tablo 2.4. 2009-2010 Sağlık Hizmetleri İçin Malcolm Baldrige Performans Mükemmelliği Kriterleri	30
Tablo 2.5. Avrupa’da Akreditasyon Programları, 2002	52
Tablo 2.6. Sağlık Akreditasyon Kuruluşları	54
Tablo 3.1. Anketin İçeriği ve Güvenilirliği	77
Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri	81
Tablo 4.2. Hemşirelerin Kalite Sonuçlarına İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	84
Tablo 4.3. Hemşirelerin Kalite Sonuçlarına İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	86
Tablo 4.4. Hemşirelerin Kalite Sonuçlarına İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	88
Tablo 4.5. Hemşirelerin Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	90
Tablo 4.6. Hemşirelerin Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	92
Tablo 4.7. Hemşirelerin Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	93
Tablo 4.8. Hemşirelerin Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	95

Tablo 4.9. Hemşirelerin Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	97
Tablo 4.10. Hemşirelerin Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	98
Tablo 4.11. Hemşirelerin Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	99
Tablo 4.12. Hemşirelerin Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	100
Tablo 4.13. Hemşirelerin Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	101
Tablo 4.14. Hemşirelerin Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	102
Tablo 4.15. Hemşirelerin Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	103
Tablo 4.16. Hemşirelerin Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	104
Tablo 4.17. Hemşirelerin Kalite Yönetimine İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	105
Tablo 4.18. Hemşirelerin Kalite Yönetimine İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	107
Tablo 4.19. Hemşirelerin Kalite Yönetimine İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	108
Tablo 4.20. Hemşirelerin Veri Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	109

Tablo 4.21. Hemşirelerin Veri Kullanımına İlişkin Görüşlerinin İdari Görevinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	111
Tablo 4.22. Hemşirelerin Veri Kullanımına İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	112
Tablo 4.23. Hemşirelerin Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	114
Tablo 4.24. Hemşirelerin Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	115
Tablo 4.25. Hemşirelerin Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	116
Tablo 4.26. Hemşirelerin Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	118
Tablo 4.27. Hemşirelerin Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	120
Tablo 4.28. Hemşirelerin Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	121
Tablo 4.29. Hemşirelerin Bölüm ve Alt Bölümlere İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	123
Tablo 4.30. Hemşirelerin Bölüm ve Alt Bölümlere İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	125
Tablo 4.31. Hemşirelerin Bölüm ve Alt Bölümlere İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki	126
Tablo 4.32. Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları)	127

Tablo 4.33. Tüm Değişkenler Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları)	129
Tablo 4.34. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişken Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	131

1. GİRİŞ

Son yıllarda bütün dünyada, sağlık sektöründe önemli değişimler yaşanmaya başlamıştır (Ergenoğlu, 2006). Sağlık hizmetleri harcamalarının artması, hasta güvenliği ve sürekli gelişim anlayışının, hizmeti alan ve sunanlar açısından önem kazanması, sağlık kuruluşlarında kalite yönetim sistemlerinin kurulmasına, uluslararası standartların uygulanmasına ve sürekli iyileştirmeye yönelik mekanizmaların oluşturulmasına sebep olmuştur (Akyurt, 2007). Bu gelişmeler paralelinde sağlık hizmetlerinin kavramsal boyutu da değişmiş ve önceleri sadece hastalıkların teşhisi ve tedavisini içeren bir hizmet alanı olarak görülen sağlık hizmetleri; yeni bakış açısı ile kişilerin sağlıklarını korumayı, geliştirmeyi ve hastalıklarını tedavi ederek en uygun bakımı sunmayı hedefleyen önemli bir hizmet dalı haline gelmiştir.

Sağlık sisteminin alt sistemini oluşturan hastaneler, topluma sağlık hizmetinin sunulmasında en önemli rolü oynamaktadırlar (Doğanay, 2008). Hastaneler; esas fonksiyonları yanında eğitim, araştırma ve geliştirme, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katılma gibi fonksiyonları da yerine getirirler (Ak, 1990). Bireylerin sağlığa verdikleri önemin artması; kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşmasına ve hastaneler arasında daha seçici davranmalarına neden olmuştur. Sağlıkta meydana gelen bu bilimsel, teknolojik ve yasal gelişmeler hastaneler arasında rekabetin artmasına neden olmuştur. Tıp biliminde ortaya çıkan buluşlar, hızlı teknolojik gelişmeler, aşırı uzmanlaşma, yeni yasal düzenlemeler, sağlık kuruluşlarının sayısında görülen artışlar, tüketicilerin bilinçlenmesi, değişen hasta-doktor ilişkisi, artan maliyet baskıları ve rekabetin yoğunlaşması sağlık hizmetlerinin daha profesyonel bir yönetim bakış açısıyla kalite odaklı bir şekilde değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır (Doğanay, 2008).

Hastaların sağlık bakımı ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla önceleri özel hastanelerde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde yaygınlaşma eğilimi gösteren kaliteli hizmet sunum çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi düzeyine gelmiştir. Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) akreditasyon standartları, genellikle en uygun seviyede hasta bakım kalitesinin geliştirilmesi, güvenilir bir hasta bakım ortamı sağlanması, hasta ile hizmet verenlerin risklerinin azaltılması ilkelerini

taşıyan, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının devamlılığını sağlayıcı bir kurum taahhüdüdür (Akyurt, 2007).

Türkiye’de JCI tarafından akredite edilen ilk üniversite hastanesi olma özelliğini taşıyan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nde yapılan bu çalışma, akreditasyonun hizmet kalitesine etkisini ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörleri hemşirelerin bakış açısıyla değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünden sonra gelen genel bilgiler bölümünde; kalite, sağlık hizmetleri ve kalite, kalite değerlendirme yaklaşımları, sağlık sektöründe akreditasyon ve JCI akreditasyonu konuları ele alınmıştır. Üçüncü bölümde, yapılan araştırmanın gereç ve yöntemi anlatılmakta, dördüncü bölümde ise elde edilen bulgular ve bu bulgular ile ilgili tartışmalara yer verilmektedir. Son bölümde ise bu çalışmadan çıkarılan sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalite

Dünya üzerinde yaşanan çağdaş rekabet koşulları, üretim süreçlerinde teknolojik gelişmelerin sağladığı olanaklardan etkili ve verimli bir biçimde yararlanarak hata ve kayıp oranlarını en düşük seviyeye indirmeyi zorunlu kılmaktadır. İşletmeler için, sadece iyi olmak değil, en iyi olabilmek için sürekli mükemmeli hedeflemek bir zorunluluk haline gelmiştir. Böyle bir zorunluluğu derinden hisseden işletmeler, örgütsel rekabet gücünü kazanmada ve varlıklarını etkili bir biçimde devam ettirebilmede, ürettikleri mal ve hizmetlerin kalitesini sürekli olarak geliştirmenin ne kadar önemli olduğunu kavramışlardır (Eroğlu, 2004). Değişim olgusu sonucu geleneksel örgüt yapıları yerlerini değişime ayak uydurabilecek çağdaş yapılara bırakırken, bu çalışmaların temelinde anahtar olarak kalite kavramının alındığı dikkatleri çekmektedir (Erişti, 2005).

2.1.1. Kalite Kavramı

Kalite, Latince kökenli bir kelime olup, bir şeyin nasıl oluştuğu anlamına gelen “qualitas” sözcüğünden türemiştir. Kelime anlamı ile “kalite” ne için kullanılıyorsa o şeyin gerçekte ne olduğunu belirlemek amacını taşır (Şimşek, 2004).

Kalite, kişisel değerlerden, inançlardan, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişilere göre farklı anlamlar taşıyabilen subjektif bir kavram olup tanımlanması zordur (Yılmaz, 2001). Kalitenin tanımı ile ilgili bir çok görüş ileriye sürülmüş ve kalite kavramı çeşitli açılardan değerlendirilerek değişik şekillerde tanımlanmıştır. Bu görüşler, belirli noktalarda birbirine uymakta, belirli noktalarda birbirinden ayrılmakta ve belirli noktalarda da birbirini tamamlamaktadır (Sevim, 1999). Dünya çapındaki kuruluş ve uzmanlar tarafından yapılmış olan kalite tanımlarından bazıları şöyledir (Gökmen, 2001);

Edwards (1968): İhtiyaçları karşılama yeteneğidir.

Gilmore (1974): Belirli bir ürünün, belirli bir müşterinin ihtiyacını karşılama Derecesidir.

Kuehn & Day (1962): Ürünün, müşteri tercihlerine uygunluğudur.

Juran (1988): Kullanıma uygunluktur.

Crosby (1979): İsteklere uygunluktur.

Price (1985): İlk seferde doğrusunu yapmaktır.

Broh (1982): Kabul edilebilir bir maliyete sahip mükemmellik derecesidir.

Feigenbaum (1983): Belirli bir ürünün, tasarım veya spesifikasyonlara uygunluk derecesidir.

ASQC - Amerikan Kalite Kontrol Derneği: Kalite, bir mal veya hizmetin belirli gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür.

JIS - Japon Sanayi Standartlar Komitesi: Kalite, ürün ya da hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir.

Kalite tanımlarında ortak noktalar; ürün, hizmet, müşteri (tüketici) ve ihtiyaç olarak belirtilebilir. Tüm tanımlar göz önünde tutulduğunda, kalitenin özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Muluk ve diğ., 2000):

- Kalite önlemdir; sorunlar ortaya çıkmadan önce çözümlerini oluşturur, ürün ve hizmetlerin yapısına kusursuzluk katar.
- Kalite, müşterinin tatminidir; ürün ve hizmetin ne kadar iyi olduğu konusunda duyulan memnunluktur.
- Kalite verimliliklidir; işleri yapabilmek için gerekli eğitimden geçen, ihtiyaç duyduğu araç-gereç ve talimatlarla desteklenen personel ile elde edilir.
- Kalite esnekliktir; talepleri karşılamak için değişmeyi göze almak ve bu konuda istekli olmaktır.
- Kalite etkili olmaktır; işleri çabuk ve doğru olarak yapmaktır.
- Kalite bir süreçtir; süregelen bir gelişmeyi kapsar.
- Kalite, bir yatırımdır; uzun dönemde bir işi ilk defada doğru olarak yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten daha ucuzdur.
- Kalite, kusursuzluk anlayışına sistemli bir yaklaşımdır.

Kalitenin kapsamlı bir tanımı şöyle yapılabilir: Kalite; özellikle tüketicinin ihtiyaç ve beklentilerinin bilinmesi, bunlara uygun tasarımın yapılması, bunların hatasız bir şekilde teşkil edilmesi, satış işlemleri ile ilgili bileşenlerin ve alt bileşenlerin güvenilir bir şekilde sağlanması, performansın ve güvenliğin belgelendirilmesi, kullanımla ilgili bir takım özelliklerin açık bir şekilde ortaya konulması, ambalajlamanın uygun bir şekilde ve teslimatın dakik olarak yapılması,

satış sonrası hizmetlerin verimli olması ve bu konuyla ilgili deneyimlerin hepsidir (Küçük, 2004).

2.1.2. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi

İnsanlar kaliteye tarih boyunca önem vermiştir. Kalite ile ilgili ilk kaynaklar M.Ö. 2150 yılına kadar uzanır. Hammurabi Kanunları'nın 229. maddesinde "Eğer bir inşaat ustası bir adama ev yapar ve yapılan ev yeterince sağlam olmayıp ev sahibinin üstüne çökerek ölümüne sebep olursa, o inşaat ustasının başı uçurulur" hükmü yer almaktadır (Takan, 2000). Daha yakın dönemlere gelindiğinde, 13. yüzyılda çiraklık ve esnaf loncaları toplumda iş hayatını ve iş ilişkilerini düzenleyen ve bu arada denetleyen mesleki bir örgüt yapısı olarak, insanlara daha rahat ve bağımsız çalışma şartları hazırlayarak onların mutluluğu ve refahı için faaliyette bulunmuşlardır. İlk uygarlıklardan başlayıp, endüstri devrimine kadar geçen süre boyunca ve 19. yüzyılın sonlarına kadar kalite, herhangi bir ürünü kendi tasarımına veya müşterisinin tasarımına göre üreten ustanın elinde idi ve bu onun ustalık derecesini gösteriyordu (Halis, 2005).

Sanayi devriminden sonra, üretimde büyük artışların meydana gelmesi ve işletmelerin daha da büyümesi, kalite kavramının önemini bir anda ön plana çıkarmış, laboratuvarlar kurulmuş ve kalite kontrol birimleri oluşturularak sorumluluk bu birimlere verilmiş, görevliler bitmiş mamüllerin hatalılarını ayırarak kalite kontrolü yapmaya başlamışlardır (Yılmaz, 2005). Kalite kontrol alanında ilk çalışmalar Amerika ve İngiltere'de yapılmıştır. Birinci Dünya Savaşı, insanlık tarihindeki büyük savaşların teknolojik olarak yenilikler getirmesi olgusu dahilinde, seri üretimi ortaya çıkarmıştır ve üretimde sistematik olarak denetim kuramı ilk olarak bu yıllarda ortaya atılmıştır. İngiltere'de 1919 yılında Kalite Güvence Enstitüsü olarak bilinen Teknik Muayene Kurumu kurulmuştur. Modern kalite ve süreç kontrol kavramları ve yöntemleri ilk olarak 1920'li yıllarda Dr. Walter A. Shewhart tarafından ortaya konmuş ve geliştirilmiş ise de, bu ifadenin kavramsal düzeyden çıkarılıp uygulamaya dönüştürülmesi 1940'lı yıllarda mümkün olabilmiştir (Kuş, 1999).

1950'li yıllarda dünyada, ürün güvenilirliğinin gelişmesi konusu önem kazanmış ve 1960'lı yıllar kalite güvencesine önem verilen yıllar olarak

tanımlanmıştır. Bu dönem, W. Edwards Deming dönemi olarak kabul edilir. Deming, Shewhart'tan sonraki bilimsel esaslara dayanan kalite/verimlilik gelişimi yaklaşımını ortaya atmıştır. 1970'li yıllar ise, dünya piyasasındaki yeni bir eğilime tanıklık yapmış ve bu dönem tüketici isteklerinin karşılanmasına önem verilen dönem olmuştur. 1980 ve sonrasındaki dönem, Amerika Birleşik Devletleri'nde Deming'in kalite gelişimi felsefesi ile Taguchi'nin istatistiksel deney tasarım tekniklerinin endüstride kullanıldığı dönem olmuştur. Ayrıca, yine 1980'li yıllarda “stratejik yönetim” anlayışı, yeni yönetim anlayışının önemli bir boyutunu oluşturmuştur. Bu yılların en önemli gelişmelerinden birisi, “en iyi uygulamaların adaptasyonu (benchmarking)” adı verilen bir yönetim tekniğinin, işletmelerde uygulanmasına yönelik çalışmalardır (Işığışok, 2004).

Küreselleşmenin ekonomik alandaki etkilerini iyice hissettirmeye başladığı 1980'li yıllardan sonra, rekabete önce “kalite” sonra “hız” ve “tasarım üstünlüğü” boyutları eklendi. Pek çok yönden tatmin olarak, ucuz ve bol üretime doyan tüketici kitleler artık ürünün müşteri beklentilerine uygun, dolayısıyla kaliteli olmanın yanı sıra kısa süre içinde üretilir olmasını istiyorlardı. 2000'li yıllarda ise, rekabette “hizmet üstünlüğü” boyutu ön plana çıkmaya başlamıştır. Kalite, ulaşılan son aşamada, toplumsal hayatın tüm alanlarıyla ilgili bütünsel bir olgu olarak, hayat kalitesi, yönetim kalitesi, insan kalitesi, iş kalitesi, ürün ve hizmet kalitesi gibi farklı görünümler arzeden geniş bir anlam yelpazesine kavuşmuştur (Saran, 2004).

2.1.3. Kalite Kavramının Bağlantılı Olduğu Kavram ve Konular

Kalite ile ilgili pek çok tanım ve kavram bulunmaktadır. Bunların başlıcaları kalite kontrol, kalite güvence, kalite yönetimi ve toplam kalite kavramlarıdır. Bu kavramlar aşağıda açıklanmıştır.

Kalite Kontrol

Kalite kontrol, daha önce belirlenen özellikler ve ölçüler doğrultusunda, ürünün veya hizmetin bu özellik ve ölçülere uygunluğunun kontrol edilmesi ve hataların üretim sürecinin sonunda düzeltilmesidir (Özden ve Ölmez, 1995).

Kalite kontrol süreci, üretim performansı ile ilgili plan ve özelliklerin belirlenmesini, standartlardan sapmaların hesaplanmasını, olumsuz sapmaların

düzeltilmesini veya etkilerinin azaltılmasını sağlayacak düzeltici eylemleri ve standartların iyileştirilip, standartlar arası uyumun sağlanmasını öngörür. Diğer bir deyişle tasarlanan, üretim kriterleri belirlenen bir ürünün üretilmesi için gerçekleştirilen her faaliyetin, tasarlandığı gibi yapılıp yapılmadığının gözden geçirilmesidir.

Kalite anlayışının bir işletmede yerleştirilebilmesi için, iyi bir kalite kontrol sisteminin kurulması gereklidir. Ancak buradaki kalite kontrol faaliyeti üretim sonrası kusurlu işi ortaya çıkaran bir kontrol faaliyeti olmamalı, daha geniş kapsamlı olmalı, işletme çapında ele alınmalı ve kalite özelliklerinin hedeflenen şekilde başarılmasına, kısaca kalite güvenliğine yönelik olmalıdır (Kovancı, 2004).

Kalite Güvencesi

Kalite güvencesi, kalite için konulan standartlara uyum ve bir ürün ya da hizmetin kalite yönünden tüm beklentileri karşılamaını sağlayan planlı ve sistemli çabalardır (Taner ve Kaya, 2005). Kalite güvencesi, kalite kontrolünün özünü oluşturan bir kavram olup, bir üründe kalitenin müşterinin güvenle satın alabileceği ve uzunca bir süre güven ve tatminle kullanabileceği şekilde sağlanması demektir (Halis, 2005).

Kalite kontrol ile kalite güvencesi arasındaki en önemli fark, birincisinin “ürün” üzerinde, ikincisinin ise “üretim sistemi” üzerinde odaklanmasıdır. Kalite güvencesi sistem üzerinde gerçekleştiğinden, kaliteyi sağlamaya (veya güvence altına almaya) dönüktür. Yani, reaktif değil, proaktiftir; işlem yapıldıktan sonraki sonuçlara değil, işlemin doğru yapılmasına yöneliktir. Yukarıdaki ifadelerden “muayene” ile sağlanan kalite kontrol ile kalite güvencesinin birbirinin zıddı olduğu anlamı çıkarılmamalıdır. İstisnai durumlarda (ve başka bir makul seçenek yoksa) kalite güvencesini sağlamada muayene işlemine başvurmak yararlı ve kaçınılmaz olabilir. Bu anlamda kalite güvencesi muayeneyi de içeren daha geniş bir kalite sağlama yöntemidir (Kavrakoğlu, 1998).

Kalite Yönetimi

Kalite yönetimi, genel yönetim fonksiyonunun kalite politikasını belirleyen ve uygulayan bölümü olup, hedeflenen kalitenin gerçekleştirilebilmesi için kuruluşun

tüm üyelerinin, sorumluluğu üst yönetime ait olan kalite yönetimine katılmalarını gerektirir. Kalite yönetimi kalite planlaması, stratejik planlama, kaynakların tahsisi ve işletilmesi, değerlendirilmesi gibi kalite için yapılan sistematik faaliyetleri kapsar (Peşkircioğlu, 1999).

Toplam Kalite Yönetimi

Ürün kalitesinin sağlanması ile başlayan kalite kavramının gelişimi, kalite güvencesi yaklaşımı ile üretim sisteminin kalitesinin sağlanması doğrultusunda devam etmiş ve ardından kalitenin, sürekli müşteri memnuniyetinin sağlanması olarak tanımlandığı ve temelini “yönetim kalitesi”nin oluşturduğu “toplam kalite yönetimi” (TKY) anlayışına gelinmiştir (Tengilimoğlu, 2008).

TKY, doğru üretimi, ilk defasında yapmayı, örgütün bir bütün olarak etkinliğini sağlamayı, esnekliğe ulaşmasını ve rekabet gücünü artırmasını hedeflemektedir (Yılıgör, 1999). TKY, bir örgütün başarısında anahtar rol üstlenen sürekli değişim sürecine uyum ve eğitimi ön plana çıkaran bir yönetim felsefesidir (Şimşek, 2007).

TKY, çalışanların tümünün üretim ve hizmete katılımıyla, yaratıcılık ve deneyimlerinden yararlanan işbirliği anlayışına dayanmaktadır. Hizmetin başlangıcından itibaren her aşamada kalite standartlarının gerçekleştirilmesinden tüm çalışanlar sorumludur. İdeal olanı tam katılımın sağlanması, yani, alt kademelerden üst düzeylere kadar çalışmanın ve kalitenin sürekliliği ve yöneticilerin çalışanlara tam desteğidir (Aydın ve Hatırlı, 2003).

TKY, yoğun bir rekabetin olduğu ortamda işletmelerin uzun süre hayatta kalmalarını sağlayan bir yaklaşımdır (Özveren, 1998). Bu yaklaşımın dayandığı temel ilkeler aşağıda sunulmuştur (Özalp ve diğ., 2000):

- TKY, müşteri odaklı bir yaklaşımdır.
- TKY, bir işletmede kalitenin sürekli iyileştirilmesini (geliştirilmesini) odak alan bir yaklaşımdır.
- TKY, işgören odaklı bir yaklaşımdır.
- TKY, sürekli eğitim odaklı bir yaklaşımdır.
- TKY, üst yönetimin liderliğini gerekli kılan bir yaklaşımdır.

TKY, sadece mal üreten işletmelerle ilgili bir yönetim yaklaşımı olmayıp her türden örgütlerin ve bu bağlamda kamu kurumlarının, eğitim ve sağlık örgütlerinin yönetiminde de uygulanabilir bir yönetim anlayışı olarak görülmektedir (Şişman ve Selahattin, 2002). Sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmetin önkoşulları; var olan kalite düzeyinin belirlenmesi, kalite düzeyinin sürekli iyileştirilmesi, sorumluluk ve faaliyetlerin paylaşımı, personel ve hastaların memnuniyeti, toplumun bilinçlendirilmesi, işbölümü ve her aşamada, her alanda eğitimin sürekliliği olarak sayılabilir (Aydın ve Hatırlı, 2003).

Günümüzde her alanda görülen hızlı değişim, sağlık işletmelerini de etkilemektedir. İşletmelerin ayakta kalabilmeleri ve rekabet avantajını yakalamalarında etkili unsurların başında ise üretilen hizmetin kalitesi gelmektedir. Bu kaliteyi elde etme ve geliştirmede yöneticilere ve işletmelere yol gösteren yönetim biçiminin de Toplam Kalite Yönetimi olduğu artık kabul görmüş bir gerçektir (Aslantekin ve diğ., 2007).

2.2. Sağlık Hizmetleri ve Kalite

Bu başlık altında hizmet, sağlık hizmetleri, hizmet kalitesi ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramları incelenecektir.

2.2.1. Hizmet Kavramı ve Özellikleri

Hizmetin en bilinen tanımı bir gruptan diğerine sunulan, herhangi bir şeyin sahipliği ile sonuçlanmayan, bir faaliyet ya da faydadır. Hizmet üretimi fiziksel bir ürüne bağlı olabilir ya da olmayabilir. Bir diğer tanım da, doğrudan satışa sunulan ya da ürünlerin (mal/hizmet) satışıyla birlikte sağlanan yararlar veya doygunluklar olarak yapılmaktadır. Bu tanıma göre hizmetler iki gruba ayrılabilirler: Bunlardan birincisi avukatlık, sigortacılık gibi mallardan ve başka hizmetlerden (satış öncesi, satış anında ve satış sonrası) bağımsız olarak satışa sunulan hizmetlerdir. İkincisi ise kredi, bakım, eğitim gibi mallar veya hizmetlerle birlikte satın alınan hizmetlerdir (Altan ve diğ., 2003).

Hizmetlerin çeşitli ortak özellikleri vardır. Bu özellikler dokunulmazlık, türdeş olmama, eş zamanlı üretim ve tüketim, dayanıksızlık ve sahipliğin olmaması olarak sıralanabilir. Aşağıda bu özellikler açıklanmıştır (Serbest, 2006).

Dokunulmazlık (Fiziksel Varlığının Olmaması): Mallar ve hizmetler arasındaki en temel ve evrensel olarak kabul edilen farklılık hizmetlerin dokunulmazlığıdır. Hizmetlerin dokunulmazlığı fiziksel bir varlığa sahip olmamasının bir sonucudur.

Heterojenlik (Türdeş Olmama): Hizmetler genellikle insanlar tarafından üretilen performanslar olduğu için aynı hizmetin iki ayrı sunumunun aynı olması olanaksızdır. Hizmetin her birimi, aynı hizmetin diğer birimlerinden farklıdır. Hizmetlerin kalite ve içerikleri hizmeti yaratandan bir diğerine, müşteriden müşteriye, hatta günden güne değişebilir.

Ayrılmazlık (Eş Zamanlı Üretim ve Tüketim): Birçok ürün ilk önce üretilip daha sonra satın alınıp tüketilir. Oysaki hizmetlerin çoğu ilk önce satılır ve daha sonra aynı zamanda üretilip tüketilir. Bu, müşterinin de hizmet üretiminde bulunması, hatta üretim sürecinin bir parçası olması anlamına gelir.

Dayanıksızlık (Depolanamaz Oluşu): Dayanıksızlık, hizmetlerin stoklanamaması, saklanamaması, iade edilememesi ve yeniden satılamaması anlamına gelir. Bir turdaki boş koltuklar, bir oteldeki boş odalar kaybedilmiş kapasite anlamına gelir. Belirli bir zamanda kullanılmayan bu kapasite daha sonra kullanılmak veya satılmak için tutulamaz.

Sahiplik: Sahipliğin olmaması mallar ile hizmetler arasındaki ana farklılıklardan biridir. Bir malı satın alan kişi o malın sahibi olurken, hizmet sektöründe hizmeti satın alan kişi ancak bir kolaylıktan veya bir tesisten belirli bir süre faydalanabilir.

Amerikan pazarlama birliği hizmeti 9 kategoride sınıflamaktadır. Bunlar (Ak ve Sevin, 2000):

- Sağlık hizmetleri,
- Finansal hizmetler,
- Profesyonel hizmetler (avukatlık, muhasebecilik, mimarlık gibi),
- Konaklama, seyahat ve turizm hizmetleri,
- Spor, sanat ve eğlendirme hizmetleri,
- Kamusal, yarı kamusal, kar amacı gütmeyen hizmetler,
- Fiziksel dağıtım ve kiralama hizmetleri,

- Telekomunikasyon hizmetleri ve
- Kişisel ve bakım onarım hizmetleri.

2.2.2. Sağlık Hizmetleri ve Özellikleri

İnsan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve korunmasında önemli bir yeri olan sağlık hizmetlerinin düzeyi ülkelerin gelişmişlik düzeyinin güçlü bir göstergesidir. Sağlık hizmetleri, sunumu, finansmanı, tedarik süreçleri ve paydaşları ile ayrı ayrı analiz edilmesi gereken çok boyutlu ve kapsamlı hizmetlerdir (Ak ve Sevin, 2000).

5 Ocak 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetleridir” (Resmi Gazete, 1961).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır (Aktaran: Karabulut ve Yaprak, 2000).

Sağlık hizmetleri temelde, “koruyucu”, “tedavi edici” ve “rehabilitasyon edici” olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmetleri ilaç ve eczacılık hizmetleri ile laboratuvar hizmetlerini de kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, koruyucu hekimlik sistemine dayanmakta olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir”.

Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, koruyucu sağlık hizmetlerine göre çok daha fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir. Yetişmiş personel ve fiziki imkanlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları vardır (Altay, 2007).

Tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumunda olan hastaneler, hizmet üretim kapasitesi ve sağlık harcamaları bakımından sağlık sisteminin en önemli altsistemleridir (Kavuncubaşı, 2000). Hastaneler toplumdaki karmaşık ve dinamik kurumlar arasında yer alırlar. Hastane, sağlık ve bakım sisteminin merkezi olarak düşünülür. Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavi edildikleri merkezler olmaları yanında, toplum sağlığının yükseltilmesinde de önemli rol oynarlar. Hasta ve yaralıların tedavisi dışında kalan hizmetler de önemlidir ve ayrıca bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde büyük etkiye bulunmaktadır. Hastaneler, dinamik değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (Asunakutlu, 2000).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise, hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir (Hayran, 1998)

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet türlerinden birçok farkı bulunmaktadır. Bu farklılıklar şu şekilde özetlenebilir (Sevimli, 2006):

- Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfidir. Bunun sonucunda sağlık hizmeti talebi önceden tahmin edilemez. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerinde dengeli bir arz ve talep ilişkisi bulunmamaktadır.
- Sağlık sektöründe tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin niteliği ve niceliğini tayin edemezler.
- Sağlık hizmetleri standart değildir ve tüketiciler satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı bilgiye sahiptirler.
- Hastanın hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir.
- Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamak çok güçtür.
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemezler.

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulanan değişiklikleri yaratabilmesi için bir takım özelliklere sahip olması gereklidir. Etkili sağlık hizmetinin özellikleri şunlardır (Kavuncubaşı, 2000):

- Kolay Kullanılabilirlik (Accessibility)
- Süreklilik (Continuity)
- Verimlilik (Efficiency)
- Kalite (Quality).

Sağlık hizmetlerinin hem makro, hem de mikro düzeyde planlanması, organize edilmesi ve sunulmasında bu özelliklere dikkat edilmesi yararlı olacaktır. Beverly A. Myers, etkili bir sağlık hizmetinin üretim ve sunumunda dikkat edilmesi gereken bu koşulları, etkili sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler olarak kabul etmektedir. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu özelliklerden herhangi birini taşınamaması durumunda, toplum ve birey sağlığı üzerinde arzulanan etkileri yaratamayacağı söylenebilir (Kavuncubaşı, 2000).

2.2.3. Hizmet Kalitesinin Tanımı

Literatürde birçok hizmet kalitesi tanımı bulunmaktadır. Bu tanımlar sıralandığında, aslında hizmet kalitesinin tam olarak tarifinin ne kadar zor olduğu ve bu konuda ortak bir paydada buluşulsa da farklı tanımlamaların yapılabilmesinin mümkün olduğu açıktır. Aşağıda hizmet kalitesi ile ilgili birkaç tarif bulunmaktadır (Serbest, 2006):

- Hizmet kalitesi en geniş anlamıyla, müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir.
- Hizmet kalitesi, bir davranış biçimi olarak tanımlanır. Hizmet kalitesi, tatmin ile ilişkili fakat tatmine eşdeğer değildir.
- Hizmet kalitesi, organizasyonun ve organizasyon hizmetlerinin müşteri üzerinde bıraktığı toplam etkidir.
- Hizmet kalitesi, bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ve geçebilme yeteneğidir.
- Hizmet kalitesi, başarıyı etkileyen en önemli faktördür.
- Hizmet kalitesi, geleneksel olarak müşterinin beklediği hizmet ile algıladığı hizmet arasındaki farktır.
- Hizmet kalitesi, hizmetin üstünlüğüne bağlı olarak yapılan küresel bir yargılama ile beklenen hizmet arasındaki farktır.

Hizmet kalitesinin ölçümünde müşterinin hizmete ait beklentileri ve gerçek hizmet deneyimi karşılaştırılır. Beklentiler ağılamalardan büyük ise düşük kalite, beklentiler algılamalara eşit ise doyurucu kalite, algılamalar beklentilerden büyükse ideal kaliteden söz edilir (Seyran, 2004). Hizmet alan kişinin gereksinim, hak ve memnuniyeti ile hizmet sunanın gereksinim, hak ve memnuniyeti, kalitenin birbirinden ayrılamaz iki yönüdür. Bu nedenle temel kalite stratejisi, gereksinimler temelinde hizmet alan kişiye odaklı ve hizmet sunan kişinin verimli çalışacağı koşulları oluşturmaktır. Bu gereksinimler karşılanıp hizmet alıcısının ve sunucusunun memnuniyeti sağlandıkça hizmet kalitesi yükseltilmiş olacaktır (Serbest, 2006).

2.2.4. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet paketi, müşteri tarafından üretildiği sırada tüketildiğinden, diğer bir deyişle müşteri bütün üretim sürecinde işletme ile etkileşim içerisinde olduğu ve üretime katıldığından, müşteri sadece ürün kalitesinde olduğu gibi üretim sonucunda ortaya çıkan çıktının kalitesi ile değil, bütün üretim süreci boyunca etkileşim içerisinde olduğu hizmet paketinin diğer öğelerinin kalitesi ile de ilgilenir. Hizmetin bu özelliği, hizmet kalitesinin boyutları kavramını ortaya çıkarmıştır (Sevimli, 2006).

Birçok akademisyen ve araştırmacı, hizmet kalitesinin boyutları ile ilgili çeşitli yaklaşımlar geliştirmişlerdir. Tablo 2.1’de bu yaklaşımlar özetlenmektedir.

Tablo 2.1. Hizmet Kalitesinin Boyutları

Yazarlar	Önerilen Boyutlar
Sasser, Olsen, Wyckof (1978)	1. Üretimde kullanılan materyallerin niteliği 2. Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç vb. teknik olanaklar, 3. Personelin tutum ve davranışı
Lehtinen (1983)	1. Üç boyutlu yaklaşım a. Fiziksel kalite b. Etkileşim kalitesi c. Şirket kalitesi 2. İki boyutlu yaklaşım a. Süreç kalitesi b. Çıktı kalitesi
Grönroos (1983)	1. Teknik kalite 2. İşlevsel kalite 3. Firma imajı
Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985)	1. Güvenilirlik 2. Heveslilik 3. Yetenek 4. Ulaşılabilirlik 5. Nezaket 6. İletişim 7. İnanılrlık 8. Güvenlik 9. Müşteriyi tanıma/anlama 10. Hizmet ortamı
NORMANN (1988)	Hizmet paketinin özellikleri: 1. Değişir (soft) özellikler 2. Değişmez (hard) özellikler

Kaynak: Aktaran; Sevimli, 2006

Hizmet kalitesini oluşturan kalite bileşenleri bilim adamları tarafından farklı ele alınmış ve farklı bakış açıları oluşmuştur.

Lehtinen hizmet kalitesini iki ayrı yaklaşımla ele almıştır. İlk yaklaşımda hizmet kalitesinin 3 boyutu “fiziksel kalite”, “işletme kalitesi” ve “etkileşim kalitesi” olarak tanımlanmıştır. Bu boyutlar aşağıda açıklanmıştır (Lehtinen, U. ve Lehtinen, J.R., 1991).

Fiziksel Kalite: Hizmetin üretim sürecinde kullanılan her türlü fiziksel elementi içerir. Bu elementler hizmet üretiminde ve sunumunda kullanılan her türlü teçhizat, tesisler, malzeme ve araçlar gibi hizmetin fiziksel yönünü içeren ürünlerdir.

İşletme Kalitesi: İşletmenin müşteri tarafından nasıl görüldüğünü ifade eder ve müşterinin zihnindeki imajla oluşur.

Etkileşim Kalitesi: Müşteri ile onunla temasta olan çalışanlar arasındaki ilişkinin kalitesidir.

Lehtinen’in hizmet kalitesi ile ilgili diğer yaklaşımında hizmet kalitesinin 2 boyutu aşağıda açıklanmıştır (Lehtinen, U. ve Lehtinen, J.R., 1991).

Süreç Kalitesi: Müşterinin hizmet üretim sürecine katılımının niteliksel bir değerlendirmesidir ve müşterinin kişisel ve öznel yargılarını yansıtmaktadır.

Çıktı Kalitesi: Müşterinin, üretim sürecinin sonucu ile ilgili değerlendirmeleridir.

Hizmet kalitesi algısının ölçülmesi ve kavramsallaştırılması konusu, hizmetlerin pazarlanması literatüründe en çok tartışılan ve ihtilafli olan konudur. Literatürde hizmet kalitesi algısının nasıl ölçülebileceği ile ilgili önemli gelişmeler kaydedilmesine rağmen, ölçülecek olan şeyin ne olduğu hakkında çok sınırlı ilerleme sağlanmıştır. Araştırmacılar genellikle iki yaklaşımdan birini uyarlama yoluna gitmişlerdir. Bunlardan birincisi; Grönroos tarafından 1984 yılında geliştirilen “İskandinav yaklaşımı”, ikincisi; Parasuraman, Zeithaml ve Berry’nin 1985 yılında geliştirip 1988 yılında yeniden düzenledikleri “Amerikan yaklaşımı”dır (Uçan, 2007).

Grönroos’a (1984) göre hizmet kalitesi iki değişkene dayanmaktadır: Beklenen hizmet ve algılanan hizmet. Beklenen hizmet müşterinin daha önceki tecrübelerinden oluşmaktadır. Algılanan hizmet ise müşterinin aldığı hizmet ile

beklediği hizmeti karşılaştırması sonucu oluşmaktadır. Algılanan hizmeti etkileyen bir diğer unsur da firma imajıdır. Grönross'un hizmet kalitesi konusunda geliştirdiği modelin temelini oluşturan algılanan hizmet kalitesi müşterinin beklediği hizmet ile aldığı hizmeti karşılaştırması ve firma imajını değerlendirmesiyle oluşmaktadır. Algılanan hizmet kalitesinin boyutlarını ise "işlevsel kalite" ve "teknik kalite" oluşturmaktadır (Grönross, 1984).

Teknik kalite: Müşterinin hizmetten ne elde ettiğidir, alınan hizmetin sonuçlarına bağlıdır.

İşlevsel kalite: Hizmetin müşteriye nasıl ulaştırıldığı ile ilgilidir. İşlevsel kalite müşterinin ön yargılarından, deneyimlerinden daha çok etkilenir.

Araştırmacıların genellikle uyarılma yoluna gittikleri ikinci hizmet kalitesi modeli; Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin 1985 yılında geliştirip, 1988 yılında yeniden düzenledikleri "Amerikan yaklaşımı"dır. Parasuraman ve arkadaşlarının geliştirdikleri ve SERVQUAL adını verdikleri bu yaklaşımın temeli de, "reddetme modeli" ne (disconfirmation paradigm) dayanmaktadır. Hizmet beklentisinin seviyesi ile, müşteri algısının seviyesinin ilişkisini açıklayan bu model, 22 madde ve boyuttan oluşuyordu. Daha sonra birbirleri ile ilişkili olduğu görülen boyutlar revize edilerek, 5 boyutlu 22 maddeden oluşan ölçek geliştirilmiştir (Uçan, 2007).

Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Amerikan yaklaşımına göre hizmet kalitesinin beş boyutu aşağıda tanımlandığı şekildedir (Parasuraman ve diğ., 1988):

a. Hizmet Ortamı (Tangibles): Fiziksel olanaklar, ekipmanlar ve personel görünümü,

b. Güvenilirlik (Reliability): Hizmetler için verdiği sözü zamanında ve doğru olarak yerine getirebilmek,

c. Yeterlilik (Responsiveness): Müşterilere yardım etmede ve hizmeti tam olarak yerine getirmede istekli olmak,

d. Güvence (Assurance): Çalışanların kibar olmaları ve bilgili olmaları, müşterilere kendilerini güvende hissettirebilme ve güven verme becerileri,

e. Empati (Empathy): Şirketin kendisini müşterinin yerine koyması, müşterilere kişisel ilgi göstermesi.

Hizmet kalitesi öznel bir kavramdır. Müşterilerin hizmet kalitesi hakkında nasıl düşündüklerini anlamak, etkili yönetimin temelini oluşturmaktadır. Hizmet kalitesinin, hizmetin üstünlüğü ile ilgili bir tutum veya bütünsel bir yargı olduğu hakkında genel bir fikir birliği bulunmasına karşın, bu tutumun doğası ya da yapısı hakkında genel bir uzlaşma sağlanamamıştır. Kimi araştırmacılar, hizmet kalitesinin, performans algıları ile beklentilerin kıyaslanmasından, kimileri de ideal standartlara dayalı performans kıyaslamasından ya da yalnızca performansa dayalı algılardan ortaya çıktığını belirtmektedir. Bu kavramlar subjektiftir ve tüketicinin zihninde oluşur. Tüm bu özellikler nedeni ile tüketicinin algıları, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Gençer, 2008).

2.2.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite; kullanılan kaynakların ve yapılan faaliyetlerin spesifik bir göstergesidir. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Uz, 1998).

Sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili kuruluşlar ve uzmanlar tarafından pek çok tanım yapılmıştır. Bakış açılarına göre değişiklik gösteren bu tanımlar aşağıdaki biçimde bir tablo içerisinde sıralanabilir.

Tablo 2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları

Tanımlı Yapanlar	Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları
Joint Commission Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO)	O gün için geçerli bilgiler ışığında, sağlık hizmetlerinin arzu edilen sonuçları elde etme ihtimalini yükselttiği ve istenmeyen sonuçların ihtimalini düşürdüğü seviyedir.
Birleşik Devletler Tıp Enstitüsü	Birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin arzulan sağlık çıktılarına ulaşma ihtimalini artırma ve günün profesyonel bilgi birikimi ile tutarlı olma derecesidir.
Türk Standartları Enstitüsü (TSE)	Sağlık hizmetleri veren kuruluşlarda kalite, hastanın tıbbi bakım ile çelişmeyecek beklentilerinin ve ihtiyaçlarının sürekli olarak karşılanabilmesidir.
Donabedian	Sağlık hizmetleri kalitesi ya da tıbbi bakım kalitesi, sağlık hizmeti sunumu süresinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı neticesinde varılan maksimum bir iyileşme beklentisidir.
Sonazzura	Hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konmasıdır.
Overveit	Sağlık hizmetlerinde kalite, üst otoriteler ve sağlık hizmetini satın alanlar tarafından konulan kurallar ve sınırlar içinde, ihtiyaç duyulan hizmetlerin kuruluşa en düşük maliyetle ve tamamıyla karşılanmasıdır.
Marchement ve Hoffmeyer	Bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir.
Roemer ve Aguilar	Sağlık hizmetlerinde kalite, özel standartlara uygun hizmet ve kaynakların derecesi ile ilgili bir şey veya aktivitenin kusursuzluğu veya değeridir.

Tablo 2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tanımları (Devamı)

Yaman Zorlutuna	Uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasıdır.
Sarvan ve Berk	Sağlık hizmetleri kalitesi, uygulamalarda kabul edilmiş ilke ve standartlarla hastanın ihtiyaçlarına uygunluk ve uygun kaynak kullanımıyla ulaşılabilir en iyi sonuçlara ulaşma derecesidir.
Mithat Çoruh	Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmeti talep eden kurum, toplum ve kişinin ihtiyaç ve isteklerini karşılamanın yanında, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermesidir.

Kaynak: Aktaran; Doğanay, 2008

Sağlık hizmetlerinde kalitenin üç tanımına sıklıkla atıfta bulunmaktadır. Bu tanımlar Donabedian, Amerikan Tabipler Birliği ve ABD Tıp Enstitüsünün tanımlarıdır.

Donabedian'a (Aktaran: Kaya, 2005a) göre sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri bilimi ve teknolojisi ile bu bilim ve teknolojinin uygulamasının ürünü olarak düşünülebilir. Bu ürün etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyeti içeren çeşitli özelliklerle nitelendirilir. Tek tek veya çeşitli kombinasyonlarıyla alındıklarında, bunlar kalitenin derecesini gösterir.

Aşağıda bu özellikler açıklanmaktadır (Kaya, 2005a).

Etkenlik (efficacy): En uygun koşullar altında kullanıldığında, sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlıkta iyileştirmeler meydana getirme yeteneğidir. “En uygun koşulları” belirlemek mümkün olmadığında bunun yerine “belirli koşullar altında” terimi kullanılabilir.

Etkililik (effectiveness): Sağlıkta şimdi ulaşılabilir olan iyileştirmelere gerçekte ulaşma derecesidir. Bu, gerçek performans ile idealde ya da belirli koşullar altında sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin ulaşması beklenebilen performans arasında karşılaştırmayı gerektirir.

Verimlilik (efficiency): Sağlıkta ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir.

Optimallik (optimality): Sağlıkta iyileştirmeleri, bu iyileştirmelerin maliyeti ile dengelemektir.

Kabul Edilebilirlik (acceptability): Hastaların ve ailelerin isteklerine, arzularına ve beklentilerine uygunluk olarak tanımlanır.

Yasallık (legitimacy): Etik prensipler, değerler, normlar, yasalar, ve düzenlemelerle ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk olarak tanımlanır.

Hakkaniyet (equity): Bir toplumun üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında, doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlanır.

Diğer yandan Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler şu şekilde belirtilmiştir (Devebakan, 2005). Bu rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımın;

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı, mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması,
- Sağlığın yükseltilmesi, hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi,
- Zamanında sunulmuş olması, bir başka ifadeyle, bakımın zamanında verilmeye başlanması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasının ve katılımını sağlamanın yollarını araması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkla ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,

- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması gerektiği belirtilmektedir.

Ovretveit'e (Aktaran: Kaya, 2005a) göre sağlık hizmetlerinde kalitenin üç boyutu bulunmaktadır:

1. **Müşteri Kalitesi:** Müşterilerin (clients: hizmetten doğrudan yararlananlar) ve (varsa) onlara bakanların, hizmetin kendilerine istedikleri ve bekledikleri şeyleri verme derecesi hakkındaki görüşleridir.
2. **Profesyonel Kalite:** Hizmetlerin, profesyonel hizmet sunucuları ile sevk edenler tarafından belirlenen müşteri ihtiyaçlarını karşılama derecesi ve ihtiyaçları karşılamak için gerekli olduğuna inanılan profesyonel prosedürler ve yöntemlerin kullanılma derecesi hakkında, profesyonellerin yargısıdır.
3. **Yönetim Kalitesi:** Müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için, kaynakların daha yüksek otoriteler/satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde, verimli ve prodüktif olarak kullanımınıdır.

Sağlık hizmeti tüm toplumu ilgilendiren hassas bir hizmettir. Standardizasyonun sağlanması, tıbbi ve idari süreçlerin tarif edilmesi ve uygulanması, hasta haklarının korunması, hasta güvenliğinin sağlanması, başarılı tıbbi sonuçlar alınması, ilginin ve sahiplenmenin sağlanması kaliteli bir sağlık hizmeti için temel noktalardır.

Sağlıkta kalite insanların hem ihtiyacı olan, hem de arzu ettikleri sağlık hizmetlerinin en düşük maliyetle verilmesidir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinde beş boyut, dolayısıyla ölçülmesi gereken beş sonuç vardır (Koç, 2006):

- Klinik kalite, en güncel kanıtlara dayanarak, hasta için en uygun tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin en doğru şekilde yürütülmesi ve klinik hizmetlerin en yüksek sağlık çıktıları oluşturacak şekilde verilmesi,
- İdari/mali kalite, müşterinin ihtiyaçları karşılanırken eldeki kaynakların en verimli şekilde kullanılması,
- Hasta memnuniyeti, hizmetten faydalanan kişinin yani sistemin dış müşterisinin yapılan işten beklentilerinin karşılanmasıdır.
- Çalışan memnuniyeti, hizmeti veren kişinin yani sistemin iç müşterisinin yaptığı işten beklentilerinin karşılanmasıdır.

- Sosyal fayda, hizmetlerin toplumun sağlık düzeyine yapmış olduğu faydadır.

Sağlık sektöründe sunulan hizmet % 100 güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bunun anlamı, bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalitede olması gerektiğidir. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler insan sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu için hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemlidir. İşgörenler tarafından yapılacak bir hata bazen öldürücü olabilen çok tehlikeli sonuçlara yol açabilir. Dolayısıyla bu endüstride hedef “sıfır hata” (zero defect) olmalıdır (Bircan ve Baycan, 2004)

Sağlıkta kalite seçim değil zorunluluk olup, günümüzün değişen dünya dinamiği içinde insanlar, düşünceler, sistemler ve kurumlar hızlı bir değişim içine girmiş bulunmaktadır. Bu değişimin sonucunda da her alanda değişik gelişme, ilerleme ve kazançlar elde edilmiştir. Bu değişimin dışında tutulamayacak olan sağlık hizmetlerinde de kalite odaklı modern bir yönetim anlayışının benimsenerek uygulanması bir zorunluluk haline gelmektedir (Koç, 2006).

2.3. Kalite Değerlendirme Yaklaşımları

Sağlık hizmetlerinde kalite, sadece bakımın içeriği ile değil, hizmetin sunumu ve yönetimi ile de ilgilidir. Kalite konusunda bilinçlenme artmakta, sağlık hizmetlerinin finanse edilme şekli değişmekte ve sağlık hizmetlerini kullananlar daha iyi sağlık hizmeti beklemektedir. Tüketicilerin ve sağlık hizmetlerini finanse edenlerin; hesap verme sorumluluğu, erişilebilirlik, kalitesi iyileştirilmiş sağlık hizmetleri ve daha iyi maliyet yönetimi konusundaki artan talepleri, dışsal inceleme mekanizmalarının geliştirilmesine yol açmaktadır (Kaya, 2005b). Aşağıda bu dışsal kalite değerlendirme yaklaşımlarından ISO belgelendirmesinin, akreditasyonun ve kalite ödüllerinden Deming Ödülü, Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü ve Avrupa Kalite Ödülü'nün açıklamalarına yer verilmiştir.

2.3.1. Kalite Ödülleri

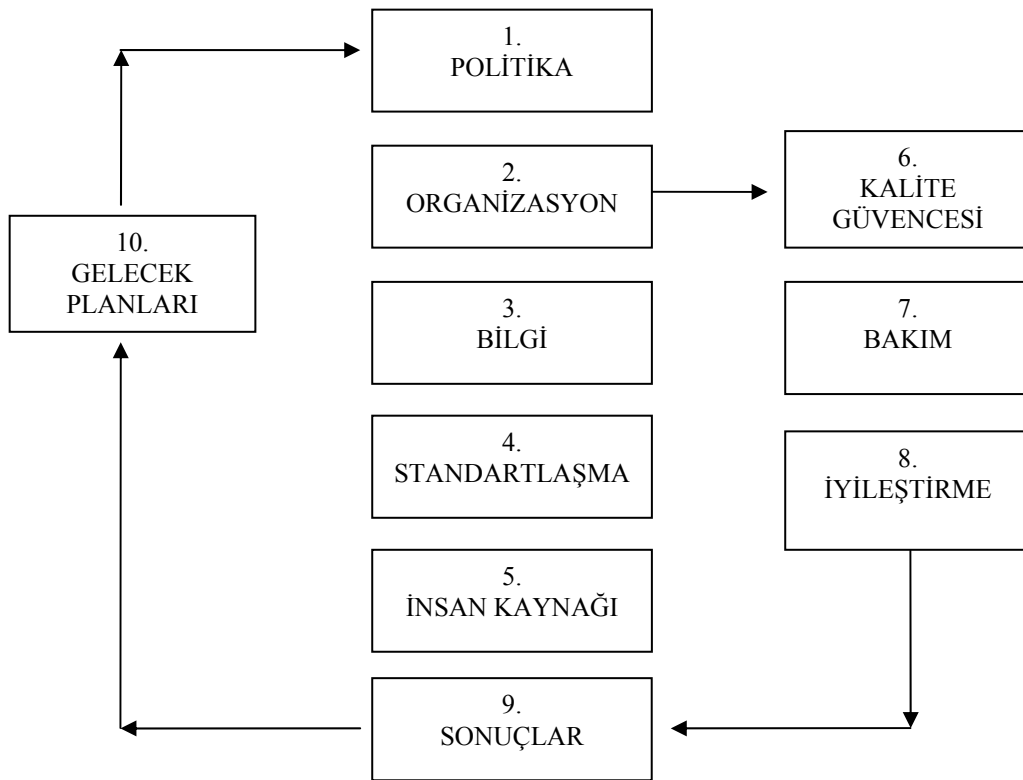
Kalite uygulamalarında başarılı kuruluşların tanıtılması ve uygulamaların yaygınlaşmasının sağlanması amacı ile, çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından, kalite ödülleri verilmektedir. Bu konudaki ilk örnek, 1951 yılından beri Japonya'da Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE) tarafından verilmekte

olan Deming Ödülü'dür. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1988 yılında American Society for Quality (ASQ) ve National Institute for Standards and Technology (NIST) kuruluşlarının ortak girişimleri ile Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (Malcolm Baldrige National Quality Award/MBNQA) verilmeye başlanmıştır. Avrupa'da ise, 1988'de kurulan European Foundation for Quality Management (EFQM), 1992'de Avrupa Kalite Ödülü uygulamasını başlatmıştır (Kiyim, 1998).

Deming Ödülü

Edwards Deming, II. Dünya Savaşı sonrasında Japonya'nın yeniden yapılandırılmasına katkıda bulunmak amacıyla 1950 yılında Japonya'ya gönderilen Amerikalı uzmanlardan biriydi. İstatiksel kalite kontrole gerçek anlamda "kontrol" işlevinin uygulanmasını sağlayan "Deming Döngüsü (PUKÖ)" tanımını yaparak kalitede sürekliliği yerleştirmiştir. Deming Ödülü, kalitenin gelişimine büyük katkı sağlayan W. Edward Deming'i onore etmek üzere verilmektedir (Gür ve diğ., 2003). 1951 yılından beri verilen Deming Ödülü beş kategoride verilmektedir. Bunlar (Kuruşçu, 2003):

1. Bireyler İçin Deming Uygulama Ödülü
2. Küçük İşletmeler İçin Deming Uygulama Ödülleri
3. Fabrikalar İçin Kalite Kontrol Ödülü
4. Denizaşırı İşletmeler İçin Deming Uygulama Ödülü
5. Japon Kalite Kontrol Madalyası



Şekil 2.1. Deming Ödül Modeli (Kaynak: Gür ve diğ., 2003).

Ödül kalite kontrol alanında proses analizi, kalite çemberleri gibi bir takım tekniklerin kullanılması ve kalite kontrol aktivitelerinin başarılı sonuçlar sağlaması amacıyla organize edilmiştir. Deming ödülü işletmelerin faaliyetlerini 10 kriter üzerinde değerlendirmektedir. Şekil 2.1.'de gösterilen bu 10 kriter, eşit değerlere sahiptir ve tüm kriterler istatistik tekniklerle ilgilidir (Gür ve diğ., 2003).

Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (MBNQA Ödülü)

Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (MBNQA: Malcolm Baldrige National Quality Award), Amerika'da, 1987 yılında çıkarılan bir kanunla, toplumu kalite konusunda bilinçlendirmek, rekabet konusunda işletmelerin uluslararası pazarda geri kalmasını önlemek üzere müşterileri memnun etmek, kurum performans ve yeterliliklerini tüm kademelere yayabilmek için bir model olmak üzere, aynı zamanda kalite konusunda başarılı olanların tanınması, diğerlerinin teşvik edilmesi amacı ile tesis edilmiştir. Baldrige Ödülü, Deming Ödülünün son ürün kalitesinden

öteye kaliteyi süreçlerle birleştirerek Amerikan pazarlarına hakim olan Japonlara karşı ortaya çıkmıştır (Kuruşçu, 2003).

Baldrige ödülü, her yıl 6 ayrı kategoride en fazla 3'er ödül olarak Amerika Birleşik Devletleri Başkanı tarafından verilmektedir. Bu kategoriler; imalat işletmeleri, hizmet işletmeleri, küçük işletmeler, eğitim kurumları, sağlık kurumları ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar olarak sıralanmaktadır (National Institute for Standards and Technology, 2009a). Tablo 2.3.'te 1988 yılından 2008 yılına kadar geçen süreçte Baldrige Ulusal Kalite ödülünü alan kuruluşlar gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Alan Kuruluşlar

2008	Cargill Corn Milling North America, Poudre Valley Health System, and Iredell-Statesville Schools
2007	PRO-TEC Coating Co., Mercy Health Systems, Sharp HealthCare, City of Coral Springs, and U.S. Army Research, Development and Engineering (ARDEC)
2006	Premier, Inc. MESA Products Inc., and North Mississippi Medical Center
2005	Sunny Fresh Foods Inc., DynMcDermott Petroleum Operations, Park Place Lexus, Jenks Public Schools, Richland College, and Bronson Methodist Hospital
2004	The Bama Companies, Texas Nameplate Company Inc., Kenneth W. Monfort College of Business, and Robert Wood Johnson University Hospital Hamilton
2003	Medrad Inc., Boeing Aerospace Support, Caterpillar Financial Services Corp., Stoner Inc., Community Consolidated School District 15, Baptist Hospital Inc., and Saint Luke's Hospital of Kansas City
2002	Motorola Inc. Commercial, Government and Industrial Solutions Sector, Branch Smith Printing Division, and SSM Health Care
2001	Clarke American Checks Inc., Pal's Sudden Service, Chugach School District, Pearl River School District, and University of Wisconsin-Stout
2000	Dana Corp.-Spicer Driveshaft Division, KARLEE Company Inc., Operations Management International Inc., and Los Alamos National Bank
1999	STMicroelectronics Inc.-Region Americas, BI, The Ritz-Carlton Hotel Co. L.L.C., and Sunny Fresh Foods
1998	Boeing Airlift and Tanker Programs, Solar Turbines Inc., and Texas Nameplate Co. Inc.
1997	3M Dental Products Division, Solectron Corp., Merrill Lynch Credit Corp., and Xerox Business Services
1996	ADAC Laboratories, Dana Commercial Credit Corp., Custom Research Inc., and Trident Precision Manufacturing Inc.

Tablo 2.3. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü Alan Kuruluşlar (Devamı)

1995	Armstrong World Industries Building Products Operation and Corning Telecommunications Products Division
1994	AT&T Consumer Communications Services, GTE Directories Corp., and Wainwright Industries Inc.
1993	Eastman Chemical Co. and Ames Rubber Corp.
1992	AT&T Network Systems Group/ Transmission Systems Business Unit, Texas Instruments Inc. Defense Systems & Electronics Group, AT&T Universal Card Services, The Ritz-Carlton Hotel Co., and Granite Rock Co.
1991	Solectron Corp., Zytec Corp., and Marlow Industries
1990	Cadillac Motor Car Division, IBM Rochester, Federal Express Corp., and Wallace Co. Inc.
1989	Milliken & Co. and Xerox Corp. Business Products and Systems
1988	Motorola Inc., Commercial Nuclear Fuel Division of Westinghouse Electric Corp., and Globe Metallurgical Inc.

Kaynak: National Institute for Standards and Technology, 2009a

Baldrige Ödül Organizasyonu; kalite uzmanlığı, tecrübe ve tanınma esas alınarak MBNQA'nın direktörü tarafından seçilen jüri, üst inceleyci ve inceleycilerden oluşan üç ayaklı bir yapıda bir Değerlendirme Kurulu'na sahiptir. Bu kişiler özel sektör, üniversiteler ve kamu sektöründen gelmektedir.

Değerlendirme Kurulu, Baldrige Ödülü'ne başvuran tüm adayları değerlendirir, saha ziyareti yapar, kriterlerin her konusu için kalite performans notları verir ve ticaret sekreterliğine adaylar için son tavsiyelerde bulunur. Ayrıca, inceleyciler tarafından hazırlanan geri besleme raporları (kuvvetli ve gelişmeye açık olanlar dahil) her adaya sağlanır. Bu geri besleme raporu ödül sürecinin en büyük kazançlarından biridir.

Değerlendirme ve not verme sistemi üç boyutlu bir sürece dayanmaktadır: Yaklaşım, uygulama ve sonuçlar. Yaklaşım; belirli amaçlara ulaşmak için kullanılması gereken teknik ve metodolojinin değerlendirilmesi ile ilgilidir. Uygulama; bu yaklaşımların belirlenen alanların bütün ihtiyaçlarına ne kadar etkili ve kapsamlı bir şekilde uygulandığını belirtir. Sonuçlar ise bu alanlardaki amaçlara ulaşmadaki başarının derecesidir. Kapsamlı ve detaylı bir işlem olan bu

değerlendirme ve not verme süreci, önemli miktarda zaman ve çaba harcamayı gerektirir (Şimşek, 2006).

Ödül kazanan şirketlerin başarı hikayelerini diğer firmalar ile paylaşmaları beklenmektedir. Baldrige ödülünü alabilmek için gerekli seçilme koşullarını oluşturan kriterler yedi ayrı kategoride ele alınmaktadır. 1000 değerindeki toplam puan bu yedi kategoriye dağıtılmıştır. Her kategori kendi içinde özel alanlara da ayrılmıştır. Ödülün ilk kez verilmesinden bu yana kategori sayısı sabit kalmakla birlikte inceleme maddeleri ve her inceleme kategorisine denk düşen puan değerleri değişmeye devam etmektedir. İnceleme maddelerinde kalite sistemi temel gereklilikleri esas alınmakta ve bunların altında özel konular yer almaktadır (Çetin ve diğ. 2001).

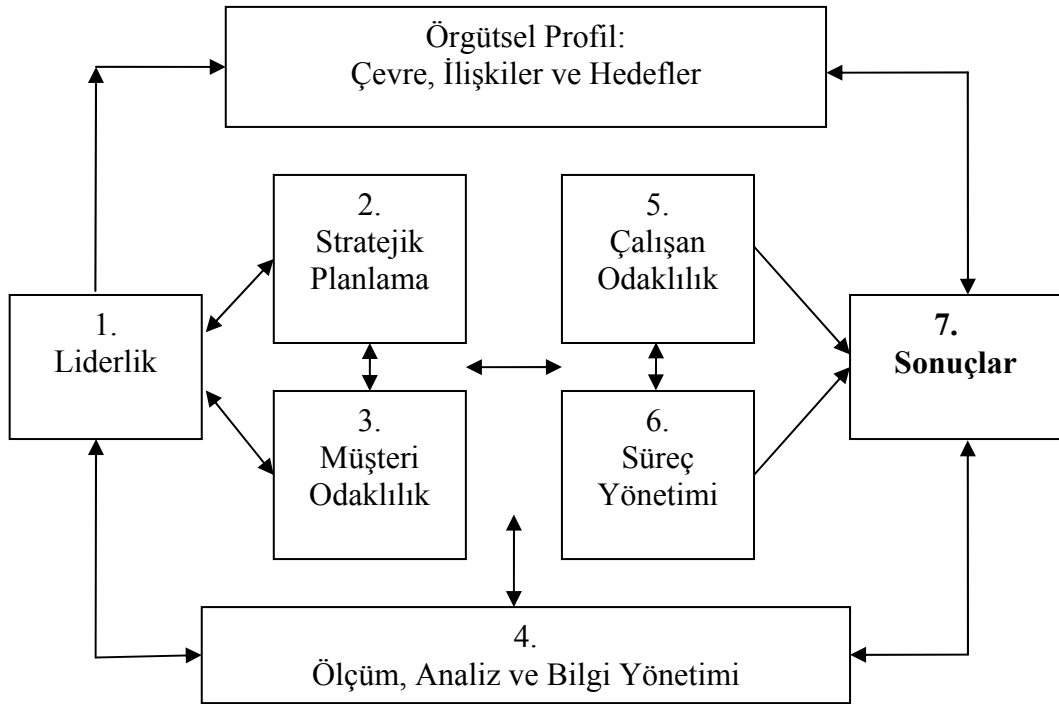
Baldrige ödül kriterleri, Baldrige Performans Mükemmelliği İş Kriterleri, Baldrige Performans Mükemmelliği Eğitim Kriterleri ve Baldrige Performans Mükemmelliği Sağlık Kriterleri olmak üzere üç ayrı kategoriden oluşmaktadır. Sağlık ve eğitim alanındaki kriterler ilk olarak 1999 yılında dizayn edilmiştir. Sağlık kategorisinde ilk ödül 2002 yılında alınabilmiştir (Foster ve diğ., 2007).

Baldrige performans mükemmelliği sağlık kriterleri konuları ve bu konulara karşılık gelen puanları Tablo 2.4.'de, kriterlerin dinamik ilişkileri ise Şekil 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.4. 2009-2010 Sağlık Hizmetleri İçin Malcolm Baldrige Performans Mükemmelliği Kriterleri

Kategoriler	Puan Değerleri
P Giriş: Örgüt Profili	
P.1 Örgütsel Tanımlama	
P.2 Örgütsel Durum	
1-Liderlik	120
1.1 Üst düzey Liderlik	70
1.2 Yönetişim ve Toplumsal Sorumluluklar	50
2-Stratejik Planlama	85
2.1 Strateji Geliştirme	40
2.2 Stratejiyi Yayma	45
3- Müşteri Odaklılık	85
3.1 Müşteri Bağlılığını Sağlama	40
3.2 Müşterinin Sesi	45
4-Ölçüm, Analiz ve Bilgi Yönetimi	90
4.1 Örgütsel Performansın Ölçümü, Analizi ve Geliştirilmesi	45
4.2 Bilişim Yönetimi, Bilgi ve Bilişim Teknolojisi	45
5-Çalışan Odaklılık	85
5.1 Çalışanı Geliştirme	45
5.2 Çalışan Ortamı	40
6-Süreç Yönetimi	85
6.1 Çalışma Sistemleri	35
6.2 Çalışma Süreçleri	50
7-Sonuçlar	450
7.1 Sağlık Bakımı Sonuçları	100
7.2 Müşteri Odaklı Sonuçlar	70
7.3 Finans ve Pazarlama Sonuçları	70
7.4 Çalışan Odaklı Sonuçlar	70
7.5 Süreç Etkililik Sonuçları	70
7.6 Liderlik Sonuçları	70
TOPLAM PUAN	1000

Kaynak: National Institute for Standards and Technology, 2009b



Şekil 2.2. Malcolm Baldrige Performans Mükemmelliği Sağlık Hizmetleri Kriterleri Çerçevesi: Sistemli Bir Bakış (Kaynak: National Institute for Standards and Technology, 2009b).

Baldrige sağlık kriterlerinin kategorileri ve konuları aşağıda özetlenmiştir (National Institute for Standards and Technology, 2009b).

Kategori 1, Liderlik: Bu kategoride sağlık kuruluşu üst düzey yöneticilerinin çalışanların faaliyetlerine nasıl rehberlik ettiği ve kuruluşu nasıl idare ettiği incelenir. Ayrıca kuruluşun yönetim sistemi, kuruluşun yasal, etik, sosyal sorumluluklarını nasıl yürüttüğü ve kuruluşun topluma olan desteği de bu kategoride değerlendirilir.

Kategori 2, Stratejik Planlama: Bu kategoride sağlık kuruluşunun stratejik hedeflerini ve hareket planlarını nasıl geliştirdiği incelenir. Ayrıca bu stratejik hedef ve planların nasıl uygulandığı, şartlara göre nasıl değiştirildiği ve ilerlemenin nasıl ölçüldüğü de bu kategoride değerlendirilir.

Kategori 3, Müşteri Odaklılık: Bu kategoride sağlık kuruluşunun uzun dönemde pazar payı oluşturmada başarı sağlaması için hastaları ve diğer paydaşları kendisine nasıl bağladığı incelenir. Bu bağlılık stratejisi sağlık kuruluşunun nasıl bir hasta odaklı kültür yarattığını içerir. Ayrıca kuruluşun hastalardan ve diğer paydaşlardan gelen şikayetleri nasıl değerlendirdiği ve yenilik

meydana getirmek için bir fırsata dönüştürmede bu bilgiyi nasıl kullandığı da bu kategoride değerlendirilir.

Kategori 4, Ölçüm, Analiz ve Bilgi Yönetimi: Bu kategoride kuruluşun bilgi ve verileri nasıl topladığı, analiz ettiği ve yönettiği ve bilgi teknolojilerini nasıl kullandığı incelenir. Ayrıca kuruluşun performans gelişimini nasıl gözden geçirdiği de bu kategoride değerlendirilir.

Kategori 5, Çalışan Odaklılık: Bu kategoride kuruluşun misyon, strateji ve hareket planlarını gerçekleştirmek için çalışanlarının potansiyellerini nasıl kullandığı, onları nasıl yönettiği ve örgüte bağlılıklarını nasıl sağladığı incelenir. Ayrıca çalışanların yetenek ve kapasitelerini değerlendirmek için ihtiyaç duyulan ve yüksek performans sağlamaya zemin hazırlayan ortamın nasıl yaratıldığı da bu kategoride değerlendirilir.

Kategori 6, Süreç Yönetimi: Bu kategoride sağlık kuruluşunun çalışma sistemlerini nasıl tasarladığı ve hastalara değer verilmesini, kuruluşun başarı ve sürekliliğini sağlayan bu çalışma sistemlerini uygulamak için anahtar süreçleri nasıl geliştirdiği ve yönettiği incelenir. Ayrıca kuruluşun acil durumlar için ne düzeyde hazır olduğu da bu kategoride değerlendirilir.

Kategori 7, Sonuçlar: Bu kategoride sağlık kuruluşunun bütün alanlardaki (sağlık bakım sonuçları, müşteri odaklı sonuçlar, finansal ve pazar sonuçları, çalışan odaklı sonuçlar, süreç etkililik sonuçları ve liderlik sonuçları) gelişimi ve performansı incelenir. Sektördeki diğer rakiplerine göre kuruluşun performans düzeyi de bu kategoride değerlendirilir.

Avrupa Kalite Ödülü

Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (European Foundation of Quality Management- EFQM), 1988 yılında Avrupa'nın önde gelen 14 şirketi tarafından "Avrupa'da Sürdürülebilir Mükemmelliğin İtici Gücü Olma" misyonu ve "Avrupalı kuruluşların mükemmelliğe eriştikleri bir dünya" vizyonu ile kurulmuş, üyelik sistemine dayanan ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur (Türkiye Kalite Derneği, 2003). Avrupa Kalite Ödülü ise, 1991 yılında Avrupa Kalite Örgütü (EOQ) ve Avrupa Komisyonu'nun katkılarıyla Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) tarafından vermeye başlanmıştır (Şimşek, 2004).

Türkiye’de ise, 1992 yılında duyurulan Ulusal Kalite Ödülü Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD) ve Türkiye Kalite Derneği’nin ortak çabalarıyla ortaya çıkmıştır. Çeşitli ödül yapılarının incelenmesi sonucu Avrupa ile bütünleşmemize katkıda bulunabileceği, esnek yapısının uygulamada kolaylık yaratacağı gözönüne alınarak Avrupa Kalite Ödülü’nü esas alan EFQM Mükemmellik Modeli KalDer tarafından benimsenmiştir (Türkiye Kalite Derneği, 2009a).

Kuruluşlarda mükemmelliği özendiren bu model, ödül için başvuran kuruluşların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ulusal Kalite Ödülü’nün en önemli amaçları şu şekilde vurgulanabilir:

- Türkiye’de kalite bilincinin yükseltilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Kuruluşların kaliteye dönük çabalarının özendirilmesi,
- Başarılı kalite uygulamalarının tüm ülke yararına sunulması,
- Kalite düzeyinin uluslararası ortamda saygınlık kazanması,
- TKY sistemlerini kurmuş olan kuruluşları gündeme çıkararak, TKY’ye olan talebin artırılması.

1993 yılında genel tek bir ödül ile başlayan Ulusal Kalite Ödüllerinde, Başarı Ödülü uygulaması 1997’de başlatılmıştır. 1998 yılında Küçük ve Orta Boy İşletmeler (KOBİ) ödül kategorisi uygulamaya alınmıştır. Ulusal Kalite Ödülü Kamu Sektörü kategorisi ise 2001 yılında uygulamaya alınmıştır. Kamu kurum ve kuruluşlarını tanımayı amaçlayan bu kategoride ödüller her yıl Haziran ayında yapılan Kamu Sempozyumu’nda sahiplerini bulmaktadır. 2002 yılında Ulusal Kalite Ödülü Sivil Toplum Kuruluşları (STK) kategorisi uygulamaya alınmıştır. 2007 yılında ise sadece Büyük Ödül almış kuruluşların başvurabileceği Mükemmellikte Süreklilik Ödülü ilk kez uygulamaya alınmıştır. Ulusal Kalite Ödülü’nde tüm kategoriler için EFQM Mükemmellik Modeli kullanılmaktadır. EFQM Mükemmellik Modeli kamu ve sivil toplum kuruluşlarında sektöre özel birtakım değişikliklerle uygulanmaktadır.

Ulusal Kalite Ödülleri üç ana kategori altında toplam 8 kategori ve Mükemmellikte Süreklilik Ödülü’nü kapsayan özel kategori altında verilmektedir:

-İşletme Kategorileri

- Büyük Ölçekli İşletmeler (BÖİ)
- Operasyonel Birimler
- Bağımsız KOBİ
- Bağlı KOBİ

-Kamu Sektörü Kategorileri

- Eğitim Hizmetleri Kategorisi
- Sağlık Hizmetleri Kategorisi
- Kamu Yönetimi ve Hizmetleri Kategorisi

-Sivil Toplum Kuruluşları (STK) Kategorisi

-Mükemmellikte Süreklilik Ödülü

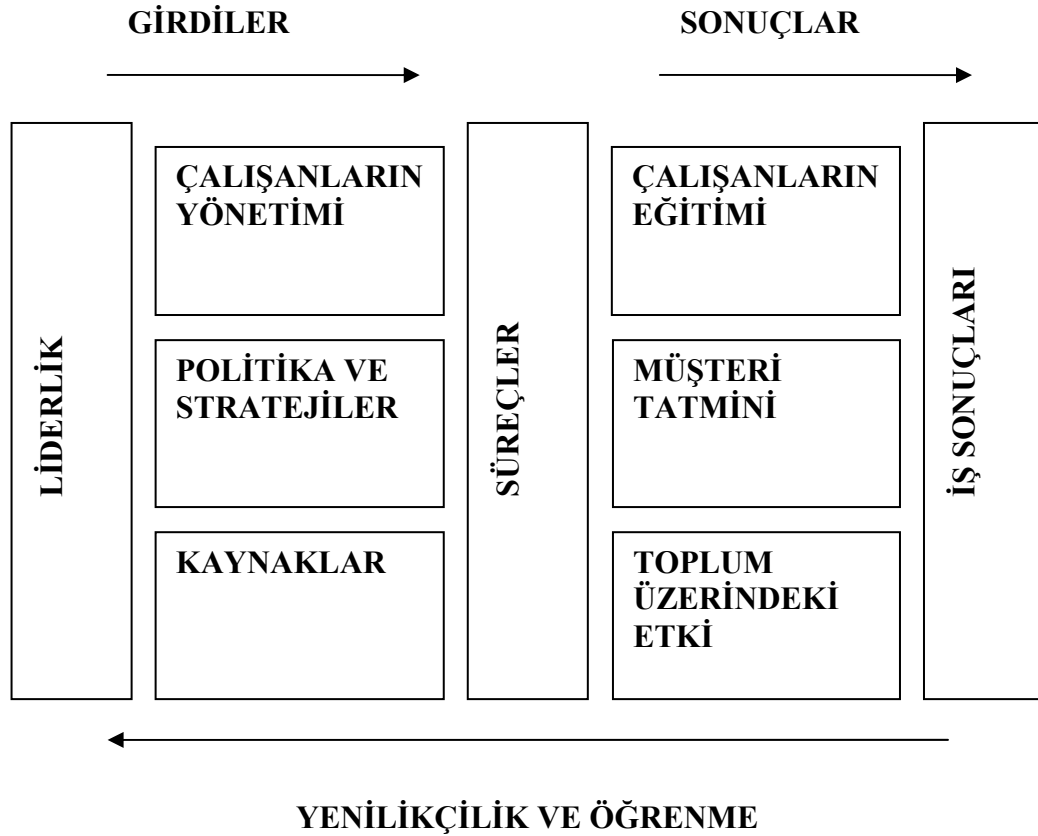
1993 yılından 2009 yılına kadar gerçekleşen değerlendirmeler sonucunda: T.C. Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kamu sektörü kategorisinde 2002 yılında Ulusal Kalite Jüri Teşvik Ödülünü, 2006 yılında Ulusal Kalite Büyük Ödülünü, 2008 yılında Avrupa Kalite Başarı Ödülünü ve 2009 yılında Mükemmellikte Süreklilik Ödülünü, T.C. Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Araştırma Hastanesi Kamu sektörü kategorisinde 2001 yılında Ulusal Kalite Başarı Ödülünü, Kadıköy Şifa Sağlık Grubu-Özel Kadıköy Şifa Hastanesi özel sektör kategorisinde 2009 yılında Ulusal Kalite Büyük Ödülünü kazanan sağlık kuruluşlarıdır (Kalite Ödülü Yürütme Kurulu, 2008; Kalite Ödülü Yürütme Kurulu, 2010).

EFQM Mükemmellik Modeli, kuruluşundan bu yana Avrupalı kuruluşların küresel rekabet avantajı yakalamaları amacıyla kullandıkları bir strateji olarak hizmet etmektedir. Modelin en belirgin özelliği; kısıtlayıcı, katı bir çerçeve değil yol gösterici bir çerçeve sunmasıdır. Ayrıca, sektör, endüstri veya büyüklük söz konusu olmadan tüm kuruluşlar için geçerli olan ve modelinin temelini oluşturan 8 temel kavram vardır. Bunlar (Emanet, 2007): Sonuçlara yönlendirme, müşteri odaklılık, liderlik ve amacın tutarlılığı, süreçler ve verilerle yönetim, çalışanların geliştirilmesi ve katılımı, sürekli öğrenme, yenilikçilik ve iyileştirme, işbirliklerinin geliştirilmesi ile kurumsal sosyal sorumluluktur.

EFQM Mükemmellik Modeli 9 ana kriter üzerine kurulmuş ve zorunluluk içermeyen bir modeldir. Bu ödüldeki 9 kriter aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Kalite Ödülü Yürütme Kurulu, 2008).

1. Liderlik
2. Politika ve strateji
3. Çalışanların yönetimi
4. Kaynaklar
5. Süreçler
6. Müşteri tatmini
7. Çalışanların tatmini
8. Toplum üzerindeki etki
9. İş sonuçları

Bu kriterlerden 5'i "Girdi" kriterlerini, 4'ü ise "Sonuç" kriterlerini oluşturur. Girdi kriterleri bir kuruluşun yaptığı faaliyetleri içerir. Sonuç kriterleri ise o kuruluşun neler gerçekleştirdiğini gösterir. "Sonuçlar" Girdiler"den kaynaklanır ve "Girdiler" "Sonuçlar"dan alınan geri bildirim ile iyileştirilir.



Şekil 2.3. EFQM Mükemmellik Modeli (Kaynak: Kalite Ödülü Yürütme Kurulu, 2008).

EFQM Mükemmellik Modeli, Şekil 2.3'te gösterilmiştir. Şeklin alt ve üst tarafındaki oklar modelin dinamik yapısını ortaya koyar. Bu oklar, girdilerdeki iyileştirmeleri sağlayan ve böylece sonuçlardaki iyileşmelere yol açan yenilikçilik ve öğrenme yaklaşımını gösterir. Modeldeki 9 kutu, kuruluşun mükemmelliğe erişme yolunda gösterdiği çabalara ilişkin değerlendirmeleri içeren kriterleri temsil eder. Her kriterin genel anlamını açıklayan bir tanımı vardır. Her bir kriter çeşitli sayıda alt kriterle desteklenmiştir. Alt kriterler değerlendirme sırasında cevaplandırılması gereken çeşitli sayıda soruyu ortaya koyar. Her alt kriterde olası ilgili alanların listesi bulunur. İlgili alanlar listesinin kullanılması zorunlu değildir, alt kriterin yol gösterici alt maddelerle açıklanmasına yardımcı olur (Türkiye Kalite Derneği, 2003).

2.3.2. ISO Belgelendirmesi

Belgelendirme, bir mal, proses veya hizmetin belirlenmiş bir standart ya da ayrı bir dokümana uygunluğunun tarafsız bir kuruluş marifetiyle tescil edilmesi olarak tanımlanabilir. Sanayi ve ticari faaliyetlerindeki gelişmeler sonucunda; standartların uygulanıp uygulanmadığı işletmeler açısından önem kazanmıştır. İşletmelerin pazarladıkları ürünler için müşterilerine bir nevi güvence verebilmek ihtiyacından, güvenilir ve tarafsız belgelendirme sistemlerinin oluşturulması mecburiyeti ortaya çıkmıştır (Çağlar, 2006).

International Standardization Organization (ISO), 1947 yılında Cenevre’de kurulmuştur (Çetin ve diğ., 2001). Uluslararası mal ve hizmet değişimini hızlandırmak, entelektüel, bilimsel, teknolojik ve ekonomik faaliyetler alanında işbirliğini geliştirmek temel amacdır (Çağlar, 2006). Türk Standartları Enstitüsü (TSE), ISO’ya 1955 yılında üye olmuştur (Çetin ve diğ., 2001).

ISO; standardizasyon kavramını, “belirli bir faaliyetle ilgili olarak, ekonomik fayda sağlamak üzere bütün ilgili tarafların yardım ve işbirliği ile kurallar koyma ve bu kuralları uygulama işlemi” olarak tanımlamaktadır. Hem kalite sistemini oluşturmak hem de mevcut olan kalite sistemini değerlendirmek amacıyla kullanılan kalite yönetimi sistemi modeli olan ISO 9000 standartları, ürünlerle değil ürünlerin üretim süreçleriyle ilgilenmektedir. Bir ISO modeline uygunluk, bir firma için uluslararası alanda kabul edilmiş olan bir standarda uygun bir kalite güvence sistemine sahip olmak anlamını taşır (Işığışık, 2005).

Kalite sistemleri 1930’lu yıllara kadar, üretimden çıkan hatalı malların diğerlerinden ayrılması işlemine dayanıyordu. 1960’lara kadar istatistik metotlardaki ve kalite kontrol cihazlarındaki gelişmelere rağmen anlayış değişmemiştir. 1970’lere gelindiğinde durum değişmiştir. Başta Japonya olmak üzere Amerika ve Avrupa’daki işletmeler kalitenin, üretim hattından çıkan ürünlerin tespit edilmesiyle sınırlı olmadığını anlamışlardır. Yeni tanıma göre kalite, “müşterilerin beklentilerini anlamak, ona uygun mal üretmek ve hatta bunu aşmak” olarak anılmaya başlanmıştır.

Burada devreye, Toplam Kalite Yönetimi anlayışının kalite hedeflerini gerçekleştirme noktasında ISO 9000 kalite sistemleri girmiştir. ISO 9000 kalite güvence sistemi, müşterilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi işlemi kontrat inceleme

(contrat review) aşamasından başlayarak ele alan, sürekli iyileşme (continuous improvement) kavramıyla kalitenin dinamikliğini vurgulayan ve bütün dünyada yaklaşık 90 ülkenin kabul ettiği uluslararası bir güvence sistemidir (Çağlar, 2006).

ISO 9000 Kalite Yönetimi ve Kalite Güvencesi Standartlarının temeli 1963 yılında ABD’de savunma teknolojisindeki yüksek kalite istemleri nedeni ile hazırlanan MIL-Q-9858’e dayanır. 1968 yılında MIL-Q-9858’in yerini, ABD’de NATO için hazırlanan ve tüm NATO üyesi ülkelerde askeri kalite güvence standardı olarak kabul edilip yürürlüğe giren AQAP (Allied Quality Assurance Publication-Müttefikler Kalite Güvencesi Yayınları) standartları almıştır.

Savunma sanayinden sonra kalitede sistem yaklaşımı, enerji sektöründe de kendisini göstermiş ve ABD’de 1970 yılında 10CFR 50, App. B (Quality Assurance Criteria For Nuclear Power Plants and Fuel Processing Plants – Nükleer ve Sıvı Yakıtlı Enerji Santralleri İçin Kalite Güvence Kriterleri), 1971’de ANSI N 45.2 (Quality Assurance Programme Requirements For Nuclear Plants – Nükleer Tesisler İçin Kalite Güvence Program Gereklilikleri) ve 1973’te ASME III NCA 4000 (Quality Assurance – Kalite Güvencesi) standartları yayınlanmıştır. Ayrıca 1978’de bu standartları Uluslararası Atom Enerjisi Santralleri için kalite güvencesi (Quality Assurance For Nuclear Power Plants) standartları izlemiştir.

İngiltere’de 1977 yılında Sir Frederick Warner, “Mühendislik Endüstrisinde Standartlar ve Spesifikasyonlar” adlı incelemesinde imalatçıların kalite yönetimi standartlarının yalnızca müşterileri tarafından değil bağımsız üçüncü kişi (third party) belgelendirme kuruluşları ile değerlendirilebilmeleri konusuna işaret etmiştir. İngiltere’de önemli ve gerçekten ileri görüşlü olarak nitelendirilebilecek BS 5750 Kalite Sistemleri Standardı, Sir Frederick Warner’in anılan çalışmasından hareketle oluşturulmuştur. BS 5750’nin önceki standartlardan farkı, önerilerden çok gereklilikleri belirtiyor olmasıydı. Bu arada ulusal düzeyde kalite sistem standartlarına geçiş 1978-1979’da CSA Z 299.1-4 ile Kanada’da, 1979’da ANSI Z-1.15 ile ABD’de gerçekleşmiştir (Bozkurt ve Odaman, 1996).

Uluslararası ticari ilişkilerin giderek artması ve daha da karmaşıklaşması ISO tarafından 1987 yılında ISO 9000 Kalite Yönetimi ve Kalite Güvencesi Standartlarının yayımlanmasına yol açmıştır. ISO 9000 serisi ISO üyesi ülkelerin katılımı ile oluşturulan teknik komite (ISO/TC 176) tarafından geliştirilmiştir. Bu

teknik komiteye 5 ISO üyesi ülke temsilcileri aktif olarak katılmış ve diğer üye ülkelerin görüşleri alınmak suretiyle standart hazırlama sürecine katılmaları sağlanmıştır. Bu seri daha sonra CEN (Comité Européen de Normalisation – Avrupa Standartlar Komitesi) tarafından 1988 yılında EN 29000 olarak yayınlanmıştır. Avrupa, ABD ve Japonya dahil dünyanın hemen tüm ülkelerinde geçerli genel amaçlı kalite güvence standardı olan ISO 9000’i değişik kodlar ile, ilgili ülkeler kendi dillerine çevirerek, İngilizcesi ile birlikte yayınlamışlardır (Bozkurt ve Odaman, 1996). TSE bu standartları 1987 yılında başına TS getirerek TS ISO 9000 adıyla yayınlamıştır. Almanya’da DIN ISO 9000 olarak adlandırılmaktadır (Çetin ve diğ., 2001).

ISO 9000 Serisi küçük, orta ya da büyük ölçekli herhangi bir işletme veya hizmet veren bir kuruluş için uygulanabilecek kalite güvence standartlarını ortaya koymakta olup, mevcut herhangi bir sistem için kullanılabilir, işletmenin iç maliyetlerini azaltmasına ve verimliliğini artırmasına katkıda bulunur. ISO 9000 serisi ürün standartlarını içermemektedir. ISO 9000 serisindeki her bir doküman farklı başvurular için bir kalite modelini tanımlamaktadır. ISO 9000 standardı ISO 9000:2000, ISO 9001:2000, ISO 9004:2000 ve ISO 19011:2000 olarak birbiriyle ilişkili ve birbirini tamamlayan dört temel standarttan oluşmaktadır. Aşağıda bu dört temel standart açıklanmıştır (Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2009).

ISO 9000:2000: ISO 9000, ana standartlara giriş niteliğini taşımakta olup, kalite yönetim sistem serisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. İçerdiği temel bilgiler ve terminoloji açıklamaları sayesinde, diğer üç standardın daha iyi anlaşılıp, kullanılabilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

ISO 9001:2000: ISO 9001 bir kuruluşun, müşterinin ihtiyaçlarıyla mevzuat gereklerini karşılamak yoluyla müşteri memnuniyetini artırabilmesi için kalite yönetim sisteminde ne gibi şartları sağlaması gerektiğini ortaya koymaktadır.

ISO 9004:2000: ISO 9004 kalite yönetim sistemlerini mükemmelliğe ulaştırmada araç olarak kullanılacak genel bir dokümandır.

ISO 19011:2000: Kalite ve çevre yönetim sistemleri ile ilgilidir ve tetkik kılavuzu niteliğindedir. Söz konusu standart, firmanın kendi içinde kullanılabildiği gibi tedarikçilerin denetlenmesi amacıyla da kullanılabilir.

ISO 9000 serisi dışında çevre yönetim sistemi veya modeli olarak kullanılan ISO 14000 standardı ISO'nun bilinen diğer önemli standardıdır. (Işığışık, 2005). Kuruluşların çevre yönetimi uygulamalarının, önceden belirledikleri hedeflere uygunluğunu değerlendirme amacı ile oluşturulan BS 7750 Çevre Yönetim Standartları ile EMAS'tan (Europe Eco-Audit Scheme) yararlanılarak ISO teknik komite tarafından taslak olarak hazırlanan ISO 14000 serisi, 1 Eylül 1996'da yayınlanmış ve uluslararası bir standart olarak geçerlilik kazanmıştır (Erdoğan, 1998).

ISO 9000 Standartlarına dayalı olarak Kalite Sistemi tesis eden kuruluşlar açısından, yönetim sistemlerinin yeni bir kavram olması nedeniyle, 1987 yılından 1994 yılına kadar standartlarda revizyon yapılmamıştır (Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2009). 1994'te ISO tarafından revize edilen standartlar ISO 9001:1999, 9002:1994, 9003:1994 olarak ve 2000'de tekrar revize edilerek ISO-9001:2000 olarak yayınlanmıştır (Işığışık, 2005). ISO 9000 serisi standartlarında 1994 yılında yapılan revizyonda küçük bir güncelleştirme gerçekleştirilmiştir. 2000 revizyonunda ise kapsamlı bir değişim gerçekleştirilmiştir (Baş ve Oymak, 2007). En son revizyon ise 15 Kasım 2008 tarihinde yapılmış ve ISO 9001:2008 standardı olarak yayınlanmıştır. ISO 9001:2008 standardı, mevcut ISO 9001:2000 standardındaki bazı karışık noktaları aydınlatmak ve ISO 14001:2004 standardı ile uyumu arttırmak adına geliştirilmiştir. ISO 9001:2008 standardı ek gereklilikleri ve ISO 9001:2000 standardının amacı ile ilgili değişiklikleri içermektedir. 2008 revizyonu birçok yeni not ile desteklenmiştir. Maddeler arasındaki ilişkileri gösterebilmek adına maddeler arası çapraz referanslar eklenmiştir (Türkiye Kalite Derneği, 2009b). ISO 9000: 1994 versiyonundan ISO 9000: 2000 versiyonuna geçişte revizyon tazeleme eğitimi alınması gerekirken 2008 revizyonu için böyle bir şart bulunmamaktadır. Bu revizyon çok radikal değişiklikler getirmediğinden kuruluşlar periyodik denetimlerinde bu belgeye geçiş yapabilecektir. Kuruluşların ISO 9000: 2000 belgeleri 2008 revizyonunun yayınlandığı tarihten itibaren iki yıl geçerli olacaktır (Türkiye Kalite Derneği, 2008). ISO 9001: 2008 standardı temel başlıkları aşağıda verilmiştir (International Standardization Organization, 2008).

1. Kapsam
 - a. Genel
 - b. Başvuru
2. Atıf Yapılan Standart ve/veya Dokümanlar
3. Terimler ve Tanımlar
4. Kalite Yönetim Sistemi
 - a. Genel Şartlar
 - b. Dokümantasyon Şartları
5. Yönetimin Sorumluluğu
 - a. Yönetimin Taahhüdü
 - b. Müşteri Odaklılık
 - c. Kalite Politikası
 - d. Planlama
 - e. Sorumluluk, Yetki ve İletişim
 - f. Yönetimin Gözden Geçirmesi
6. Kaynak Yönetimi
 - a. Kaynakların Sağlanması
 - b. İnsan Kaynakları
 - c. Altyapı
 - d. Çalışma Ortamı
7. Ürün Gerçekleştirme
 - a. Ürün Gerçekleştirmenin Planlanması
 - b. Müşteri ile İlişkili Süreçler
 - c. Tasarım ve Geliştirme
 - d. Satınalma
 - e. Üretim ve Hizmetin Sunumu
 - f. İzleme ve Ölçme Ekipmanının Kontrolü
8. Ölçme, Analiz ve İyileştirme
 - a. Genel
 - b. İzleme ve Ölçme
 - c. Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü

- d. Veri Analizi
- e. İyileştirme

“ISO 9000 Belgelendirmesi” 2000 yılındaki revizyondan önce, bir yetkili kuruluş tarafından ISO 9001, ISO 9002 ya da ISO 9003 belgelerinin verilmesini tanımlamakta idi. 2000 yılında yapılan revizyonla bu üç belge birleştirilerek ISO 9001:2000 adı altında belgelendirme yapılmaya başlanmıştır. Bir ISO 9001:2000 belgesi, bir yetkili belgelendirme kuruluşu tarafından bir işletmenin kalite yönetim sisteminin değerlendirildiği ve ilgili ISO 9000 standartlarına uygun bulunduğu dair verilen bir güvencedir.

Bir işletme, kalite konusunda denetim ve değerlendirmede kendince bir yol izleyebilir. İşletme, müşterilerinin ihtiyaçlarına cevap verecek ürün ya da hizmeti sunabileceği konusunda müşterilerinin güvenini kazanmak üzere, onları kalite sistemini denetlemeye davet edebilir. Bir işletme, bağımsız bir kalite sistemi belgelendirme kuruluşundan ISO 9001:2000 belgesi edinme yolunu da seçebilir. Bu belge ayrıca, potansiyel müşterilere sunulabilecek bir referans niteliği de taşıyacaktır. Özellikle, müşterinin yeni bir müşteri olması ve coğrafi olarak da uzakta olması durumunda, bu belge bir referans olacaktır. Bir belgelendirme kuruluşundan alınan ISO 9000 belgesi, alıcılar arasında olsun, satış noktalarında olsun önemli ölçüde kabul görmektedir.

ISO 9000 standartları Türkiye’de TS-EN-ISO 9000 serisi standartları olarak uygulanmaktadır. Türkiye’de TS-EN-ISO 9000 standartları çerçevesinde kalite güvencesi sistemi belgelendirmesi yapan kuruluş Türk Standartları Enstitüsü’dür. TSE, belgelendirmeye ilgili olarak inceleme, deney ve eğitim hizmetleri vermektedir (Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2009). Türkiye’de 01.01.2007 tarihi itibarıyla ISO belgesi alan ve o tarihte geçerliliği devam eden hastane sayısı 68’dir (Etöz, 2008).

2.3.3. Akreditasyon

Akreditasyon bir organizasyonun, programın veya grubun standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi bir işlemdir (Bohigas ve diğ., 1996).

Gelişen teknoloji ile birlikte artış gösteren ürün çeşitliliği ve işlevselliği, beraberinde; kalite, teknik emniyet, dayanıklılık, kullanım gayesine uygunluk yönlerinden ürünlerden beklentilerin yerine getirilmesine dair güvence arayışlarını ortaya çıkarmaktadır. Bu arayışlara cevap teşkil etmek üzere, ürün ve üretime yönelik; belgelendirme, muayene, test ve analiz hizmetleri "uygunluk değerlendirmesi" kavramı altında disipline edilmiş hale getirilmektedir.

Akreditasyon kapsamında bulundurulan uygunluk değerlendirmesi faaliyetlerini yapmak için kurulan sistemler, zorunlu ya da gönüllü olabilir. Bazı durumlarda; ulusal yetkililer, üretici beyanını belirli bir ürünün pazara sunulabilmesi için yeterli görebildiği halde, müşteriler üçüncü taraf tarafından gerçekleştirilecek uygunluk değerlendirmesini talep edebilirler. Her ülke; sahip olduğu uygunluk değerlendirmesi altyapısı tarafından ortaya konulan belge ve raporların saygınlığı ve güvenilirliği sayesinde küresel rekabette avantajlı olacağına bilinci ile uygunluk değerlendirmesi hizmetlerinin ulusal akreditasyon sistemi içinde değerlendirme altına alınmasını teşvik etmektedir (Türk Akreditasyon Kurumu, 2010).

Türkiye’de uygunluk değerlendirme faaliyetlerinin ulusal bir akreditasyon kuruluşu tarafından yürütülmesi amacıyla, 1999 yılında Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) kurulmuştur. TÜRKAK’ın kurulması ile, Türkiye’de bulunan ve teknik düzenlemelere konu olan ürün güvenliği, kalite, deney, muayene ve belgelendirme çalışmaları yapan laboratuvar ve belgelendirme kuruluşlarının yeterliliklerini tescil etmek ve uluslararası geçerliliklerini sağlamak hedeflenmiştir (Uyanusta, 2006).

Kalite olgusunun yönetim felsefesi haline gelmesiyle diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerine yönelik de bir takım ölçütler ve standartlar geliştirilmiştir (Türkoğlu ve Gün, 2006). Akreditasyon, klinik uygulama için doğru çevreyi yaratabilir. Hastanenin güvenliği ve başarısı için bir izleme aracı olarak kullanılabilir. (Kaya, 2003). Sağlık kuruluşunun akreditasyon için geçirdiği süreç sağlık kuruluşu olarak kendilerini geliştirmede de önemli bir araç olmaktadır (Akyurt, 2007).

2.4. Sağlık Sektöründe Akreditasyon

2.4.1. Akreditasyonun Tanımı

Sağlık sektöründe akreditasyon, çoğunlukla devlete bağlı ve sağlık kuruluşu olmayan bir birimin; sağlık kuruluşlarının bakım ve yönetim kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir standartlar serisini karşılayıp karşılamadıklarını belirlemek amacıyla, kuruluşları değerlendirmeye tabi tuttuğu süreçtir (Ergenoğlu, 2006). Rooney ve Van Ostenberg'e (1999) göre ise akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik (genellikle bir sivil toplum örgütü) tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreçtir.

“Ruhsatlandırma” ve “akreditasyon” terimleri sıklıkla eş anlamlı olarak kullanılsa da, aslında her ikisinin farklı kavramları, çok farklı hedefleri vardır; farklı kaynaklar gerektirirler ve farklı tipteki kurumlar tarafından yürütülürler. Pek çok ülke, sağlık hizmeti tesisleri ve sağlık çalışanları için bir çeşit ruhsatlandırma sistemi kullanmaktadır; daha az sayıda ülke ise (yaklaşık 40) sağlık hizmetleri tesisleri için aynı zamanda akreditasyon sistemini de kullanmaktadır. Akreditasyon sistemlerini kullanan ülkelerin sayısı artmaktadır ve akreditasyon, sağlık hizmetleri kalitesindeki gelişmeleri teşvik eden en iyi yol olarak seçilmektedir (Purvis, 2004)

Ruhsatlandırma, tesisin güvenilir biçimde çalışması ve hastayı zarardan koruması için gerekli minimum standartları belirleyen bir grup standart açısından bir sağlık birimini değerlendirme sürecidir. Ruhsatlandırma standartları, güvenli tıbbi bakım için gerekli ekipman tipi ve kalitesini, asgari personel seviyesi ve niteliklerini, fiziksel tesislerin hacmini ve özelliklerini belirlemektedir

Ruhsatlandırma gereksinimleri genelde “yapısal” veya fiziksel standart şeklindedir. Her zaman devlet tarafından yerine getirilir ve denetimin yapılmasından doğan masraf devlet tarafından ödenir; ruhsatlandırma her zaman zorunludur (Sur, 2005). Akreditasyon ise genellikle gönüllüdür. Akreditasyon standartları genelde optimal ve uygulanabilirdir. Akreditasyon risklerin yönetilmesi ve azaltılmasıdır. Akreditasyon, sağlık hizmetlerinde risk yönetimidir. Akreditasyon, bir kurumun, hasta bakım kalitesi sağlaması, hastalar ve çalışanlar ile ilgili riskleri azaltmak için sürekli olarak çalışması yönünde güvence sağlamaktadır (Bal, 2005).

Bazı ülkeler hekimleri de akredite ediyor olsa da; akreditasyon, normalde kişilere değil, sadece sağlık tesislerine veya sağlık eğitim programlarına uygulanır. Akreditasyon gönüllüdür ancak, birçok ülkede tesislerin çoğu rekabete dayalı sebeplerden dolayı akreditasyon istemektedirler. Akreditasyon programları kendini geliştirici faaliyetleri öne çıkarma noktasına son yirmi yılda gelmiştir (Sur, 2005).

2.4.2. Akreditasyonun Gelişimi

Hastanelerin hasta bakımı kalite ve güvenliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacını taşıyan ilk standartlar American College of Surgeons tarafından 1913 yılında geliştirilmiştir. American College of Surgeons, 1950’li yıllara kadar bu standartlar doğrultusundaki denetimlerini sürdürmüştür, ancak hastane denetim taleplerindeki artış, hizmet sunum kapasitesini zorlamaya başlamıştır. Bu nedenle 1951 yılında American College of Physicians, American Hospital Association, Canadian Medical Association, American Medical Association ve American College of Surgeons birleşerek Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) kuruluşunu oluşturmuşlardır. Bu kuruluşun adı, sektör içinde daha geniş bir alana hizmet sunabilmek amacı ile 1987 yılında Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) olarak değiştirilmiştir (Öztürkeri, 1998).

JCAHO’ nun misyonu, hastanelerde veya sağlık bakımı verilen diğer kuruluşlarda, hizmet kalitesi ve standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve denetlenmesi yönünde sistemli bir yaklaşımın geliştirilmesi olarak belirlenmiştir. Kuruluşun sunduğu hizmetlerde sağladığı başarının etkisi ile 1960’lı yıllarda akreditasyon uygulamaları yaygınlaşmıştır. Bu dönemde yaşam güvenliği, tıbbi kadro ve kalite güvencesine odaklanmış yaklaşımlar ağırlık kazanmıştır. 1970’li yıllarda spesifik tanıların ve prosedürlerin zaman-sınırlı denetimi kavramı geliştirilmiştir. Akreditasyon denetimleri, 3 yılda bir tekrarlanan, uzun zaman alan ve masraflı bir süreç haline gelmiştir. 1980’li yılların ilk yarısından itibaren federal hükümetin düzenlemelerinin de etkisiyle, hastanelerin kalite standartlarını düşürmeden maliyetler konusuna odaklandıkları gözlenmiştir. Bu dönemde “Sürekli Kalite İyileştirme” ve “Toplam Kalite Yönetimi” programları yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır.

JCAHO'da bu dönemde, uyguladığı hastane denetim metotlarının pahalı ve külfetli bulunduğunu ve sağlık kuruluşlarında gündem dışına alındığını belirleyerek, 1987 yılında "Agenda for Change" isimli reform niteliğindeki yönetmeliğini yayımlayarak sağlık bakımındaki yönetsel ve kalite odaklı değişikliklere adapte olma sürecini başlatmıştır. 1994 yılında JCAHO yeniden yapılanmasını tamamlamıştır. Yeni yaklaşımında akredite ettiği kuruluşlara daha çok eğitime ve danışmanlığa ağırlık veren programlar uygulamıştır. Akreditasyon formatı, hastaneleri belli kriterler bazında tutmakla beraber, artık daha çok performans yönünden organizasyonu değerlendirmeye yönelmektedir (Öztürkeri, 1998).

JCAHO kar amacı gütmeyen devletten bağımsız fakat devletle işbirliği içerisinde olan bir kuruluştur. Misyonunu sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak olarak belirlemiştir. Hastanelerin yanı sıra laboratuvar, evde bakım vb. sağlık hizmetleri sunan kuruluşların da akreditasyonunu gerçekleştirmektedir. Denetlediği organizasyon sayısına göre dünyanın en büyük akreditörü durumundadır.

JCAHO akreditasyon hizmetini standart geliştirerek ve organizasyonların söz konusu standartlara uygunluğunu denetleyerek gerçekleştirmektedir. JCAHO akreditasyon hizmetlerinin yanı sıra sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesine yönelik eğitim programları düzenlemekte ve yayınlar yapmaktadır (Uzunkavak, 2002).

Sadece Amerika'daki sağlık kuruluşlarını denetleyen JCAHO, artan ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda Amerika dışında da akreditasyon hizmetleri sunmak için 1994 yılında Uluslararası Birleşik Komisyon'u (JCI) oluşturmuştur. JCAHO'nun bir alt kuruluşu olan JCI, 80'den fazla ülkede sağlık kuruluşlarını denetleyerek akredite eden bir kuruluştur (Joint Commission International, 2010a). Müşteri odaklı ve sonuç odaklı yapılarıyla kendisini; sağlık kuruluşlarının, hükümetlerin sağlık birimlerinin ve ödemede bulunan üçüncü tarafların bilgi kaynağı olarak değerlendiren JCI, sunduğu eğitimsel hizmetler, danışmanlık hizmetleri ve yayınlarıyla sağlık hizmetlerinin kalitesinin, güvenliğinin ve etkinliğinin iyileştirilmesinde ilgili taraflara yardımcı olmaktadır (Doğanay, 2008).

2.4.3. Akreditasyonun Amacı

Amerikan Cerrahlar Birliği, hastanelerin akreditasyon yoluyla standardizasyonuna olan ihtiyacı 'en iyi işi yapanları cesaretlendirmek ve daha

aşağıdaki standartlara sahip olanları uyarmak' ihtiyacı olarak tanımlamıştır. Akreditasyon standartlarının çoğu günümüzde sağlık sektörünün rutinleridir, fakat, zamanında devrimsel nitelikte olmuşlardır. Bu standartların sağlık kuruluşlarına adapte edilmesinin sağlanması ve halka sunulan sağlık hizmetinde kalite ve güvenliği geliştirmek, akreditasyonun esas amacıdır (Ergenoğlu, 2006).

Sağlık örgütleri, akreditasyonu, profesyonel başarı ve vermiş olduğu hasta bakım kalitesinin ölçüsü olarak kabul eder ve akredite eden kuruluşların denetimini yapısal öğrenim tecrübeleri olarak görür. Akreditasyon sertifikası, esasında, bir kalite işaretidir. Dünyada akreditasyon uygulamalarına bakıldığında ve süreç içerisinde kalite göstergeleri olarak değerlendirildiğinde, akreditasyon standartlarının amaçları arasında, hasta beklentilerini karşılamak, kuruluşun performansını değerlendirmek, hizmet kalitesini artırmak olduğu görülmektedir (Akyurt, 2007).

Uluslararası Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Danışmanı George Purvis'e Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası Tarafından hazırlatılan 12 Nisan 2004 tarihli, Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi, sonuç raporu metninde, akreditasyonun temel amaçları aşağıdaki maddeler halinde sıralanmıştır (Purvis, 2004):

- Sağlık hizmetleri kuruluşlarına yönelik optimal başarı hedefleri koyarak sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek,
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirmek,
- Sağlık hizmetleri kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmak,
- Hizmetlerin artan verimliliği ve etkililiği üzerine odaklanarak sağlık hizmetleri maliyetlerini düzenlemek,
- Sağlık hizmeti sunan kuruluşlara, yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına; sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme stratejileri ve "en iyi uygulamalar" konusunda eğitim ve danışmanlık sağlamak,
- Halkın, sağlık hizmetlerinin kalitesine olan güvenini sağlamak,
- Hastalar ve personelle ilgili olarak yaralanma ve enfeksiyonlara bağlı riskleri azaltmak.

2.4.4. Akreditasyonun Faydaları

Akreditasyon bir kuruluş tarafından hasta bakımının kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak, hastalara ve personele yönelik riskleri azaltmak için sürekli çalışmak üzere görünür taahhüdü temsil etmektedir. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi odağı olmuştur (Joint Commission International, 2003).

Akreditasyon sistemleri konusunda yapılan araştırmalar, farklı ortamlar ve ülkelerde, algılanan yararlar açısından tutarlı bir benzerlik göstermiştir. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Aydın, 2004):

Yüksek ekip çalışması: Profesyonel gruplar, uzmanlık birimleri, klinik ve destek hizmetleri, yöneticiler ve klinisyenler arasında daha fazla işbirliği,

Kalite çalışmalarının entegrasyonu: Sağlık hizmeti sunum sürecindeki farklı personel gruplarının kalite faaliyetleri ile becerilerini bir araya getirme,

Standartların başarılmaması: Uygun olmayan durumların belirlenmesi ve düzeltilmesi için değerlendirme yapılarak standartların başarılmaması,

Tanıtım: Sağlık kuruluşunun toplumdaki imajını artırma,

Güven: Hizmet sunum sürecinde çalışanların kuruluşlarına olan inanç ve güvenini artırma.

Esasında akreditasyon işleminin faydalarını hasta ve sağlık kurumu açısından incelemekte yarar bulunmaktadır. Akreditasyon işleminin faydaları ile ilgili yapılmış bilimsel çalışmalara bakıldığında, sağlık kurumu ve hasta açısından faydaları ayrı ayrı değerlendirilmiştir (Akyurt, 2007).

Akreditasyon işleminin sağlık kurumu açısından faydaları aşağıda gösterildiği gibidir. Bunlar (Yıldırım ve Aydemir, 2008);

- İyi hizmet veren kuruluşların resmi olarak tanınmaları,
- Kurumu değerlendirecek bir mekanizmanın yaratılması,
- Faaliyetlerin gelişimi için akreditasyonun hedeflenmesi,
- Personelin çalıştığı kurumla gurur duymasının sağlanması,
- Personel arasında iletişimin geliştirilmesi,
- Personel katılımının desteklenmesi,
- İşletme politikalarının belgelendirilmesinin sağlanması,
- Bakımın iyileştirilmesi ve kamu güvenilirliğinin artırılması,

- Ödeme yapan makamca tanınması,
- Yönetim yapısının çerçevesinin belirlenmesi,
- Çalışmalarda yeterliliğin artırılmasıdır.

Akreditasyon işleminin sağlık kurumu açısından faydaları yukarıda açıklandığı gibidir. Bu sürecin, yani akreditasyon işleminin hasta açısından da faydalarını incelemek gerekirse, bunlar (Yıldırım ve Aydemir, 2008);

- Kaliteye odaklı kuruma ulaşma,
- Haklara saygı gösterilmesi ve hakların korunması,
- Anlaşılır eğitim ve iletişim sağlanması,
- Tatminkarlığın değerlendirilmesi,
- Bakım kararlarına ve bakım sürecine katılımın sağlanması,
- Bakım sürecinde aileye değer verilmesidir.

2.4.5. Akreditasyonun Uygulama Alanı ve Sınırlamaları

Akreditasyon sürecinin kendine has uygulama alanları ve bu sürecin sınırlamaları bulunmaktadır. Akreditasyonun uygulama alanlarını incelemek gerekirse, bunlar aşağıda gösterildiği gibidir (Akyurt, 2007):

- Akreditasyon süreci, sağlık kurumunun hasta bakımını, direkt ve endirekt bütün faaliyetlerini kapsamaktadır.
- Eğitim ve araştırma faaliyetleri akreditasyonun konusu değildir.
- Teftiş ve uyum kontrolü, uzman personelle özel metotları belli hedefler doğrultusunda kullanır.
- Akreditasyon sürecinde kişisel becerilerin değerlendirilmesi ve iş disiplini, sağlık kuruluşunun işidir.
- Akreditasyon, sertifikalandırmadan farklı bir iştir, sertifika bir ön koşul arz etmez. Uygulama alanları ve mekanizması farklıdır. Ruhsatlandırma sonucunda ise kesin hatlarıyla çizilmiş faaliyet alanına izin verilir. Onay hükümet tarafından mahalli veya milli ölçekte verilir.
- Akreditasyon iki aşamalı bir süreçtir, birinci aşama denetim, ikinci aşama da belgelendirme. İki aşamanın arasında en az 4 ay gibi bir sürenin geçmesi gerekmektedir.

2.4.6. Akreditasyon Sistemlerinin Karakteristik Özellikleri

Akreditasyon ile lisans verme işlevi arasındaki farkın vurgulanması ve akreditasyon tartışmasının ivme kazandığı Türkiye’de yol gösterici olması açısından akreditasyon sistemlerinin karakteristik özelliklerinin incelenmesi faydalı olacaktır. Bu özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kuş, 2000):

- Devletten, hizmeti sunanlardan (örneğin hastaneler) ve hizmeti satın alanlardan (örneğin sigorta kuruluşları) bağımsızdırlar.
- Katılım isteğe bağlıdır. Bununla birlikte pratikte özendirici uygulamalar yoluyla doğrudan veya dolaylı olarak sağlık organizasyonları yönlendirilebilmektedir. “Politika sağlık hizmet akreditasyonundan ayrılamaz”.
- Akreditasyon yapan ekip genellikle bir doktor, bir hemşire ve bir yöneticiden oluşmaktadır. Ekip üyeleri gönüllü veya yarı zamanlı olarak çalışmaktadır. İstisna olarak JCAHO tam zamanlı elemanlar istihdam etmektedir.
- Koşullu akreditasyon 1 yıl ve tam akreditasyon 3 yıl sürelidir. Ayrıca Kanada’da yeniden ziyaret şartı ile 2 yıllık ve Avusturalya’da mükemmel hastaneler için 5 yıllık tam akreditasyon mevcuttur.
- Akreditasyon programları genellikle hastaneler ile başlamakta, daha sonra diğer sağlık servisleri (poliklinikler, aile hekimleri ve bakım evleri gibi) için de programlar geliştirilmektedir.
- Sağlık kuruluşları akreditasyon durumlarını yayınlamak zorundadırlar.
- Akreditasyon kuruluşlarını genellikle sağlık kuruluşları ve tıp çalışanları oluşturur. Bunların yanında Amerika Birleşik Devletleri’nde JCAHO’nun halk arasından seçilmiş üyeleri, Avusturalya ve Yeni Zelanda’daki komisyonlarda da sağlık bakanlığından üyeler mevcuttur.
- Bu kuruluşların ana gelir kaynağı akreditasyon servisi için alınan ücretlerdir. Ayrıca eğitim, yayınlar ve danışmanlık aktivitelerinden de gelir elde ederler.
- Akreditasyon kuruluşları standartlarını yayınlar ve belli aralıklarla bu standartları güncelleştirir.

2.4.7. ISO ve Akreditasyon

ISO ve akreditasyon ilginin sürekli arttığı dışsal kalite değerlendirme yaklaşımlarıdır. Bu iki konsept arasındaki farklılıkların ortaya konması faydalı olacaktır.

Bu farklar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kuş, 2000):

- ISO sertifikasyonu bir ürünün müşterinin istekleri doğrultusunda üretimi süreci için oluşturulmuş bir kalite sistemidir, dolayısıyla süreçler üzerinde, yoğunlaşır. Akreditasyon ise bakım kalitesini ve hastalarla çalışanlara, verilen hizmetin geliştirilmesini amaçlar, dolayısıyla altyapı ve klinik servislere odaklanır.
- ISO standartları servis endüstrileri için geneldir ve sonuçlardan çok yapabilirlik üzerinde odaklanmıştır, sonuçları müşteri mutluluğu üzerinden değerlendirir. Akreditasyon hasta memnuniyetini dikkate almakla birlikte bu unsurun gücünün sınırlarını da hesaba katarak, yasal süreçleri ve çıktıları ortaya koyar.
- ISO standartları laboratuvar ve radyoloji gibi bazı servislere kolay uyum sağlamakla birlikte klinik hizmetlere uygulanmasında çok dikkatli bir yorumlama gerektirmektedir. Akreditasyon standartları ise alımlar, ekipmanın kontrolü ve kalibrasyonu, doküman kontrolü gibi konularda ISO'ya göre göreceli olarak daha yetersiz bulunmaktadır.
- Akreditasyon organizasyonun her 1-3 yılda bir yeniden değerlendirilmesini gerektirir. ISO ise altı ayda bir değerlendirmeyi uygun görür.
- ISO sertifikasyonunun maliyetini değerlendirmeyi yapan uzman sayısı ve değerlendirmenin gün cinsinden süresi belirler. Akreditasyon genellikle daha düşük bir maliyete sahiptir.
- Sıklıkla ISO ve akreditasyon birbirlerinin alternatifi olarak değerlendirilmektedir. Oysa bu iki yaklaşım birbirlerini tamamlayıcı şekilde kullanılabilirler ve geniş akreditasyon programları çerçevesinde bazı servisler ISO 9000 yaklaşımı ile standardize edilebilir. Örneğin laboratuvarlar, radyoloji ve yemek servisi departmanları ve büro hizmetlerinin kalitesinin yönetiminde ISO 9000 yaklaşımı faydalı olabilir.

- Akreditasyon standartlarının kaynakları göz önünde bulundurulduğunda; yasal durum, halk sağlığı politikası, halkın beklentisi, mevcut tıp pratiği gibi parametrelerde ülkeye özel farklılıklar bulunması nedeniyle her ülkenin kendi akreditasyon programını oluşturması gereği açıkça görülmektedir. ABD ile en sıkı ilişkilere sahip ülke olan Kanada'nın dahi JCAHO'dan ayrılarak kendi ulusal akreditasyon kuruluşunu oluşturması da bu fikri desteklemektedir.

2.4.8. Dünyada Akreditasyon Alanında Mevcut Durum

Sağlık hizmetlerini iyileştirme konusunda, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon gibi mekanizmalara karşı dünya çapında büyüyen bir talep ve ilgi vardır. 2000 yılında yapılan global bir program araştırması ve 2002 yılında Avrupa'da yapılan bir diğer çalışma göstermiştir ki; 1991'den önceki 40 yılda, sekiz akreditasyon programı başlatılmıştır; ancak sonraki on yılda bu rakam neredeyse üçe katlanmıştır. 1990'dan beri başlatılan programların yarısından çoğu Avrupa'dadır (Purvis, 2004). Tablo 2.5'de Avrupa ülkelerindeki akreditasyon programlarının durumları gösterilmiştir.

Tablo 2.5. Avrupa'da Akreditasyon Programları, 2002

İşlevsel Durum	Program
Aktif program	Bulgaristan, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya (bölgesel), Hollanda, Polonya, Portekiz, İspanya, İsviçre (iki), Birleşik Krallık (üç)
Gelişimde	Bosna (RS, FBiH), Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka (iki), Finlandiya, Macaristan, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Malta, Slovakya
Herhangi bir ulusal program yok	Arnavutluk, Ermenistan, Avusturya, Belçika, Kıbrıs, Estonya, Kazakistan, Lüksemburg, İsveç, Türkiye, Yugoslavya

Kaynak: Purvis, 2004

Akreditasyon konusundaki ülke uygulamaları; isteğe bağlı veya zorunlu olmasına, devlete bağlı kurumlarca verilip verilmediğine, optimal mi yoksa temel

gerekliliklere mi odaklandıklarına, çıktılara mı yoksa sisteme/sürece mi odaklandıklarına, cezalandırıcı mı yoksa geliştirici odaklı mı olduklarına, akreditasyon sonuçlarının ve detaylı bulgularının kamuya açık şekilde yayımlanmasına veya gizliliğin korunmasına göre farklılıklar gösterirler (Bal, 2005). Akreditasyon çalışmalarının yapıldığı ülkelerdeki örgütsel yapılar incelendiğinde, yapılanmanın üç farklı tipte olduğu görülmektedir. Bunlar (Erdoğan, 2003);

Devlet ağırlıklı yapılanma; standartların oluşturulmasını ve denetimini devlet üstlenmektedir. Ancak bu yaklaşımda, hizmet sunanların sisteme olan katkısının dikkate alınmadığı ifade edilmektedir. Dolayısıyla bu yapı esnek olmayan kuruluşların yenilik ve ilerleme çalışmaları için kısıtlayıcı olabilmektedir.

Ödeme yapan kuruluşların oluşturduğu yapılanma; sağlık kuruluşlarına ödeme yapanların oluşturduğu bir yapılanmadır. Ödeme yapan kuruluşların ortaya koyduğu standartlara uyuma göre, ödeme ve anlaşma yapılması esasına dayanan bir sistemdir. Etkili olması kuruluşların yaygın ve güçlü olmasına bağlıdır.

Karışık yapılanma; özel ve kamu kuruluşları, ödeme yapan özel ve devlet kuruluşları, meslek kuruluşları, tüketici örgütleri ve benzeri grupların katılımıyla oluşturulan geniş tabanlı özerk bir yapılanmadır. En sağlıklı ve teknik becerisi en yüksek olan yapılanma şekli olarak tanımlanmaktadır.

Uluslararası alanda akreditasyon sistemini uygulayan ülkelerin sistemi ve uygulama süreçleri incelendiğinde, en olgun ve oldukça fazla esneklik taşıyan programın ABD’de uygulanan akreditasyon programı olduğu görülmektedir. ABD dışında Kanada ve Avustralya’da da bu sistem iyi kurgulanmış durumdadır. Bu ülkelerin ikisinde de akreditasyon sisteminin uzun dönemli bakıma, rehabilitasyona ve akıl sağlığına kadar geniş bir yelpaze şeklinde daha fazla alanı kapsamakta olduğu görülmektedir. İki ülkenin akreditasyon programlarının bu kadar benzer olmasının nedeni sağlık sistemlerinin de çok benzer olmasıdır. İki ülkenin de devlet idareli ulusal sağlık sigorta programı vardır ve bu hastanelere yeterli esnekliği vermektedir (Alpman, 1999). Tablo 2.6.’da başlıca akreditasyon kuruluşları ve özet bilgileri verilmiştir.

Tablo 2.6. Sağlık Akreditasyon Kuruluşları

<p>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)</p>	<p>JCAHO dünyadaki en eski sağlık akreditasyon kuruluşudur ve kökü American College of Surgeons tarafından 1917’de hastaneler için geliştirilen minimum standartlara kadar uzanır. 1951 yılında American Medical Association, Canadian Medical Association ve American College of Surgeons birleşerek Joint Commission on Accreditation of Hospitals kuruluşunu oluşturmuşlardır. Bu kuruluş daha sonra diğer sağlık kuruluşlarının da akreditasyonunu yapmaya başlamıştır.</p> <p>JCAHO tarafından akredite edilen hastanelere, merkezi hükümetle ilgili standartları yerine getirdikleri göz önünde bulundurularak hükümet programları (Medicare, Medicaid) tarafından geri ödeme yapılır. Yerinde denetimler en azından her üç yılda bir tekrarlanır.</p>
<p>Joint Commission International (JCI)</p>	<p>1992 yılında JCAHO’nun bir alt kuruluşu olarak kurulmuştur. JCI uluslararası alanda hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu yapmaktadır. JCI, Avrupa ve Basra Körfezi dışında Tayland, Türkiye, Hindistan ve Brezilya gibi ülkelerdeki hastaneleri de akredite etmektedir.</p>
<p>International Society for Quality in Health Care (ISQua)</p>	<p>ISQua 1995’ten beri ulusal akreditasyon programları için bilgi alışverişinde bulunmak suretiyle hizmet vermektedir. ISQua esasen akreditasyon kuruluşlarını akredite etmektedir.</p>
<p>Agenda for Leadership in Programmes for Healthcare Accreditation (ALPHA)</p>	<p>ISQua’nın şemsiyesi altındaki bu kuruluş bireysel çaptaki akreditasyon kuruluşlarını, çalışma standartlarına dayalı olarak akredite eder. Japonya, Finlandiya, Malezya, Arjantin, Güney Afrika ve diğer bazı ülkelerdeki akreditasyon kuruluşları bu örgütün üyesidir.</p>

Tablo 2.6. Sağlık Akreditasyon Kuruluşları (Devamı)

Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)	1974 yılından beri Avustralya'daki kuruluşları akredite etmektedir. Akredite edilen kuruluşlar ACHS'nin web sitesinde yayınlanmaktadır.
Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)	CCHSA 1958 yılından beri JCAHO'dan bağımsız olarak hizmet vermektedir. CCHSA, Kanada'da hem kamu hem de özel hastaneleri akredite etmektedir. CCHSA standartları Fransa, Avustralya ve başka ülkelerdeki yeni akreditasyon programları tarafından model olarak kullanılmıştır.
US Agency for Healthcare Research and Quality	Klinik bakım için standartlar araştırmakta ve yayınlamaktadır.
French National Organisation on Accreditation and Evaluation in Health	Fransa'daki sağlık kuruluşlarını akredite etmektedir.
Council of Health Services Accreditation of South Africa (COHSASA)	Güney Afrika'da hem özel hem de kamu kuruluşlarını akredite eden bağımsız bir kuruluştur.
Health Quality Service, UK (HQS)	Eskiden adı Kings Fund Organisational Audit (KFOA) olan HQS, Avrupa'nın en eski sağlık bakım akreditasyonu kuruluşudur. Bağımsız ve kar amacı gütmeyen HQS, hem gelişmekte olan ülkelerde hem de OECD ülkelerinde hükümetlere ve akreditasyon programlarına tavsiyelerde bulunmakta ve standart geliştirmek için uluslararası boyutta danışmanlık da yapmaktadır.

Kaynak: Montagu, 2003'den özetlenmiştir.

Avrupa ülkeleri, sağlık sistemleri çok farklı olduğundan standart geliştirme programına ABD'den daha geç geçmişlerdir. Bununla birlikte bugün İngiltere, Hollanda ve İspanya'da standart sisteminin geliştiği görülmektedir (Alpman, 1999). 1980'lerde, ilk olarak Katalanya- İspanya'da başlamış olan bölgesel program ve 1990'da İngiltere'de başlamış bulunan iki adet bağımsız ulusal program bulunmaktadır. 1990'ların ortalarından beri, batıda Avrupa Birliği ve Balkan ülkelerinde, doğuda ise eski Sovyetler Birliğine bağlı devletlerde bu programlar sürekli bir gelişme göstermektedir. Bu programların sayısındaki artış, DSÖ/Avrupa içinde, dünyanın diğer bölgelerinde olduğundan daha hızlı gelişmektedir (Shaw, 2008)

Çoğu ülkelerde akreditasyon programları ulusal seviyede uygulanır. Bununla birlikte İngiltere'de olduğu gibi sadece yerel seviyede uygulanan programlar da vardır. Avustralya'da ve İspanya'da bu programlar yerel seviyede başlamış ve daha sonra ulusal programa geçmiştir. Uluslararası akreditasyon uygulamalarındaki farklılıklardan biri de gönüllü olması veya devlet tarafından empoze edilmesidir. Dünyada uygulanan üç büyük program, en azından yüzeysel olarak gönüllüdür.

Amerika'da hastane akreditasyonu programında çok güçlü teşviklerin olduğu görülmektedir. Avustralya'da ise devlet hastanelerinin program içinde yer alması gerekmezken, özel hastaneler akredite edildiği takdirde özel sağlık acentelerinden çok küçük bir ek ödenek almaktadırlar.

Akreditasyon sistemi gönüllü mü yoksa devlet veya bir acenta tarafından zorunlu mu olmalıdır tartışmasında, dünyada uygulanan programlardan çıkarılan derslerin gösterdiği, programın başlangıçta gönüllü olması ve devlet tarafından idare edilmemesi gerektiğidir. Devletin ağır elinin bu programı bir gözetleme haline getirmesi sonucu sistem destekleyici ve eğitici olmaz görüşü ağır basmaktadır.

Uluslararası deneyimler arasında farklılık gösteren diğer bir konu da, akreditasyon kuruluşu için çalışan denetimcilerin istihdam biçimidir. Müfettiş ekibi genellikle hekimlerden ve yöneticilerden oluşur. İngiltere ve Kore'de ekip hekim ve hemşirelerden, İspanya'da sadece hekimlerden oluşmaktadır. Kanada ve Avustralya part-time çalışan gönüllüleri denetimci olarak kullanmaktadır. Amerika'da incelemeler için tam zamanlı çalışan, konularında uzman hekim, idareci ve hemşirelerden oluşan geniş bir kadro görev yapmaktadır.

Sonuçta uluslararası deneyimler ışığında sağlık kuruluşları akreditasyon sistemi için geliştirilmesi gereken karar alternatifleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Alpman, 1999):

- Coğrafi Kapsam (Ulusal/Bölgesel)
- Kapsanan Sağlık Kuruluşları (Genel/Özel/Dal)
- Akreditasyon Sistemine Katılım (Gönüllü/Zorunlu)
- Akreditasyon Sisteminin Kontrolü (Bağımsız/Özerk Kamu/ Kamu)
- Akreditasyon Sisteminin Finansmanı (Devlet Desteği/Kendi Kendini Finanse Eden)
- Akreditasyon Hizmetinin Bedeli (Ücretsiz/Hizmet Başına Ücret)
- Akreditasyon Statüsü (1/2/3/4 yıl)
- Akreditasyon İncelemesinin Yaptırımı (Eğitici/Cezalandırıcı)
- Standartlara Uygunluk Derecesi (Dereceli/Derecesiz)

2.4.9. Türkiye’de Akreditasyon Alanındaki Mevcut Durum

Türkiye’de sağlık bakımını kaliteli ve tatmin edici bir düzeyde sunma çabaları, son yıllarda artış göstermektedir. Bu konuda sağlık kurumlarının çabaları da kendi içlerinde yürütülen çalışmalar olma düzeyinden, dışarıdan, tarafsız ve başka kurumlarca da kabul edilmiş, deneyimli kuruluşlardan yardım ve onay alma aşamasına gelmiştir. Bu dış kuruluşlardan kalite onayı ve belgesi alma eğilimi önceleri özel hastanelerde başlamıştır ve gün geçtikçe de kamu hastanelerine yayılmaktadır. Kalite alanındaki bu çabaların kaynağı aslında hastaneler arasındaki rekabettten doğmaktadır ve bu rekabeti kalite ödülü alma ve dış ülkelerden kalite belgesi alma girişimlerinin izlemesi doğaldır (Ergenoğlu, 2006).

Türkiye’de 15 Nisan 2010 tarihi itibarıyla beşi üniversitelere ait olmak üzere 39 sağlık kuruluşu (hastane, laboratuvar, tıbbi nakil kuruluşu, ayakta bakım kuruluşu) Joint Commission International tarafından akredite edilerek Uluslararası Akreditasyon Belgesi almıştır (JCI, 2010b) ve bu sayı gittikçe artmaktadır. Memorial Hastanesi, JCI Akreditasyon Kalite Belgesi almaya hak kazanan Türkiye’de ilk, Dünya’da 21. özel hastanedir (Memorial Sağlık Grubu, 2008). Hacettepe Erişkin Hastanesi de 14 Eylül 2007 tarihinde JCI tarafından akredite edilen Türkiye’deki ilk üniversite hastanesidir (Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, 2007).

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları sadece gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. Gelişmiş olarak bilinen ülkelerde de sağlık sorunlarının varlığını sürdürdüğü bir gerçektir. Ancak sorunların varlığı, bunların çözülemeyeceği anlamına gelmemektedir.

Bu düşünceyle yola çıkan Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, sunulması ve finansmanının sağlanması amacıyla “Sağlıkta Dönüşüm Programını” başlatmış ve Türkiye’nin gündeminde şimdiye kadar yeterince yer almamış bir ihtiyaca öncelik vererek; “**Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi**”nin kurulmasını gündeme getirmiştir (Aydın, 2004; Aydın, 2007). Sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecinde Bakanlığın iki temel sorumluluğu bulunmaktadır (Aydın, 2007):

- Sağlık sektöründeki paydaşların katılımını sağlayarak sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecine önderlik etmek,
- Kamu ve özel sektör kuruluşlarının sağlık akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak.

Sağlık Bakanlığı birinci sorumluluğu kapsamında; akreditasyon konusunda paydaşlar arasında görüş birliği oluşturmak amacıyla toplantılar düzenlemiştir. Sağlık sektörünün tüm temsilcilerinin de katılımıyla gerçekleştirilen toplantılar sonucunda Türkiye’de sağlık akreditasyon sisteminin kurulması konusunda tüm taraflar arasında mutabakat sağlanmıştır (Aydın, 2007).

Sağlık Bakanlığı, sağlık kurumlarının akreditasyonunu geliştirmek için mevcut durumun değerlendirilmesi ve bir iş planının geliştirilmesi yönünde Dünya Bankası’ndan yardım istemiştir. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası, Nisan 2004’te Uluslararası Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Danışmanı George Purvis’e, Türkiye Cumhuriyeti Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi başlıklı bir sonuç raporu hazırlatmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Purvis, 2004). Bu raporda özetle, akreditasyonun amaçlarından bahsedilmekte ve Türkiye için düşünülen akreditasyon sistemi şu şekilde açıklanmaktadır: “Hastane akreditasyon sistemi; hasta odaklı olacak; hastalara yönelik sağlık hizmeti sunumunun kalitesine katkı sağlayacak; sağlık sisteminde sürekli kalite gelişimini teşvik edecek, net standartların sağlanması temelinde hastanelerin objektif,

sistematik değerlendirilmesini sağlayacak; hastalar için sağlık hizmetleri ülke çapında tutarlılık ve hakkaniyet yaratacaktır”. Raporda ayrıca, Ulusal Sağlık Tesisleri Akreditasyon Programlarının geliştirilmesi ve uygulanması için genellikle 3-5 yıl ve tam anlamıyla işleme geçmesi için ise 5-10 yıl gerektiğinden bahsedilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, ulusal bir akreditasyon sisteminin kurulabilmesi için JCI’den konu hakkında bilgi almaya ve Türkiye’de JCI tarafından akredite edilmiş kurumların yöneticileriyle fikir alışverişine başlamıştır. Bu amaçla, 23 Ekim 2004 tarihinde, JCI CEO’su Karen Timmons ve Uluslararası Akreditasyon Direktörü Dr. Paul van Ostanberg, JCI tarafından akredite edilmiş kurumların yöneticileri ve sağlık sektörü çalışanlarıyla, İstanbul’da, Sağlık Sektöründe Akreditasyon konulu bir seminer düzenlemiştir (Ergenoğlu, 2006).

Akreditasyon sisteminin uluslararası deneyimler ışığında kurulması amacıyla Bakanlık ve JCI arasında; sistemin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi ve veri tabanı oluşturulması konularını kapsayan bir iş birliği protokolü imzalanmıştır. Sağlık Bakanlığı sağlık sektörü temsilcilerinin katılımıyla, sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecinde etkin rol oynayacak Yönlendirme Komitesi ile Politika - Metod ve Organizasyon - Kaynaklar adlı çalışma gruplarını oluşturmuştur (Aydın, 2007).

Sağlık Bakanlığı, ikinci sorumluluğu kapsamında, hastanelerin akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak amacını da taşıyan bir mevzuatı yürürlüğe koymuştur. “Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” içerisinde JCI’nın hastane akreditasyon standartlarından yararlanılarak hazırlanan Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri yer almaktadır (Aydın, 2007). 17.03.2005 tarih 1831 sayılı ile yürürlüğe giren bu yönergenin amacı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması ve sağlık kurumlarının bu hedeflere ulaşmaları için ölçülebilir, karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi ve halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ile buna katkısı olan personelin teşvik edilmesi olarak belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi, 2005). Bu yönerge ile hastanelerin sağlık akreditasyon sistemine hazırlanmaları hedeflenmiştir (Aydın, 2007). Ancak ilgili yönerge 05.12.2006 tarih 9414 sayılı Kaliteyi Geliştirme ve

Performans Değerlendirme Yönergesi ile yürürlükten kaldırılmıştır. Devam eden yıllarda 03.07.2007 tarih 6577 sayı ile Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönerge Değişikliği, 23.07.2007 tarih 2542 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi ve 30.11.2007 tarih 13 sayı ile Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge yayımlanmıştır (İzmir Sağlık Müdürlüğü, 2010).

Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi'nin uygulamaya konulduğu tarihten sonra yaşanan gelişmeler, ortaya çıkan ihtiyaçlar ve sağlık kurum ve kuruluşlarından yapılan geri bildirimler doğrultusunda kapsamlı bir çalışma yapılarak "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" 02.07.2008 tarih ve 2011 sayılı Makam Onayı ile 01.09.2008 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe girmiştir. Bu çerçevede; 23.03.2007 tarih ve 2542 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi 01.09.2008 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlükten kaldırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Daha sonra 12.09.2008 tarih 3166 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde Değişiklik Yapan Yönerge, 30.03.2009 tarih 1954 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi Değişikliği ve son olarak 1 Mayıs 2009 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 06.05.2009 tarih 2774 sayılı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge" yürürlüğe girmiştir (İzmir Sağlık Müdürlüğü, 2010).

13.12.1983 tarihli ve 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesi ile 12/05/2006 tarihli ve 26166 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 5 inci maddesinin birinci fıkrasının (öö) bendine dayanılarak hazırlanan Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nde amaç, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik

olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek olarak belirtilmiştir. İlgili yönerge ile beraber Hizmet Kalite Standartları, Ağız Diş Sağlığı Merkezleri Hizmet Kalite Standartları, 112 Hizmet Kalite Standartları, Koruyucu Hizmet göstergeleri ve Belgelendirme Talebinde Bulunan Kurum ve Kuruluşlar İçin Bildirim Formu yayınlanmış ve Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşları ile başvuruda bulunan diğer kamu, üniversite ve özel sağlık kurumlarına Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre sağlık hizmet sunumunda öngörülen standartları karşılaması halinde “Hizmet Kalite Belgesi verileceği belirtilmiştir (Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, 2009). Bu belgelendirme süreci ile Türkiye’de sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, belediye hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastanelerin Bakanlıkça belirlenen standartları karşılama düzeylerine göre “Hizmet Kalite Belgesi” alabilmelerinin önü açılmıştır (Tarcan, 2010).

2.5. Joint Commission International (JCI) Akreditasyonu

Joint Commission International (JCI), JCAHO’nun uluslararası koludur. JCI akreditasyonu, sağlık bakım alanında standart temelli değerlendirme amacıyla dünya çapında artan talebe yanıt vermek için tasarlanmış bir dizi girişimdir (JCI, 2008). JCI 1994 yılından beri 80’i aşkın ülkede sağlık kuruluşları, sağlık bakanlıkları ve dünya çapında çalışan kuruluşlarla (global organizations) çalışmaktadır. JCI, misyonunu hasta bakım kalitesi ve güvenliğinin sürekli olarak geliştirilmesi için uluslararası alanda sağlık kuruluşlarını akredite etmek, onlara danışmanlık ve eğitim hizmetleri vermek olarak açıklamıştır.

JCI Eylül 2007’de International Society for Quality in Health Care (ISQua) tarafından akredite edilmiştir. ISQua tarafından akredite edilmek, JCI’nin akredite ettiği kuruluşlar için kullandığı süreçler, eğitimler ve standartlar için güvence verilmesi anlamına gelmektedir (Joint Commission International, 2010a).

JCI, hastanelerin yanı sıra aşağıda belirtilen hizmetler için standartlar ve akreditasyon programları geliştirmiştir (Joint Commission International, 2010c):

- Klinik Laboratuvarlar
- Bakımın Devamlılığı (evde bakım, yardım alarak yaşam sürdürme, uzun süreli bakım, tedavisi olanaksız hastaların bakımı)
- Tıbbi Nakil Kurumları
- Ayaktan Bakım
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Merkezleri

JCI aynı zamanda felç veya kalp hastalıkları bakım programı gibi Hastalık veya Duruma-Özgü Bakım sunan programlara sertifika vermektedir. JCI akreditasyon programları, yerel ihtiyaçlara adapte edilebilir bir uluslararası standartlar çerçevesini temel almaktadır (Joint Commission International, 2008).

2.5.1. JCI Hastane Akreditasyonu Standartları

Standardizasyon, dünyadaki kaynakların, insan gücünün kullanılması, can, mal ve çevre güvenliğinin sağlanması ve toplumlar arası iletişim kolaylıklarının geliştirilmesi için yapılan çalışmalardır. Bu çalışmalar sonucu ortaya çıkan anlaşma ve dokümanlara ise standart denir. Standartlar en iyi görüş ve metotların bir kombinasyonunu yansıtır. Daha geniş tanımı ile standart, benzerleri için örnek tutulan, herkes tarafından kabul edilmiş, ortak bir kavram, süreç veya nesne olarak tanımlanabilir.

ISO tarafından da standardizasyon, “belli bir aktivite ile ilgili tarafların yardımı ve işbirliği ile belli kurallar koyma ve bu kuralları uygulama işlemi olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi çalışmalarının öncülüğünü yapan Dr. Avedis Donabedian standardı, “bir norm veya kriterdeki sınıflandırılmış, kabul edilebilir varyasyonların profesyonel olarak geliştirilmiş ifadesi”, kriteri, “tıbbi hizmetlerin kalitesinin karşılaştırılabilmesi amacı ile önceden belirlenmiş unsur” olarak tanımlarken, normu da “günlük gözlemlenen performans ölçütleri” olarak tanımlamıştır (Alpman, 1999).

Sağlık bakımının beklenen kalitesinin tanımlanmasında yazılı standartların önemi açıktır. Standartlar ölçmeyi beraberinde getirir. Bu yüzden standartların kaliteyi tanımladığını ve ölçtüğünü söylemek doğru bir yaklaşımdır.

Standartlar; kuralları, durumları, hasta ya da personel ile ilgili hareketleri ve sistemleri belirler. Standartlar hastaların nasıl hizmet alacağını, personelin fonksiyonlarının nasıl olacağını ve sistemlerin nasıl çalışacağını tanımlamalıdır. Philip Crosby "kalite ücretsizdir, ancak ölçme sistemine herkes katılmazsa hiç kimse sistemin nereye gideceğini bilemez" diye ifade eder (Türkoğlu ve Gün, 2006).

JCI standartları, gelişimleri ve revizyonu açısından gerçek anlamda uluslararası standartlardır. Standart geliştirme süreci, üyeleri yeryüzündeki tüm kıtalardan seçilmiş uluslararası uzman görev gücü tarafından aktif olarak yürütülmektedir. Ayrıca, standartlar, internet temelli saha gözden geçirme çalışması sayesinde ilgili kişilerce değerlendirildiği gibi Asya Pasifik, Avrupa ve Orta Doğu'daki JCI Bölge Danışma Kurulları'nca ve çeşitli sağlık bakım alanlarında çalışan diğer uzmanlarca dikkate alınmaktadır.

JCI standartları, tüm dünyadaki münferit sağlık bakım kurumlarının ve programlarının akredite edilmesi ve sertifikalandırılması için temel teşkil eder. Ayrıca, JCI standartları birçok ülkede akreditasyon programlarının geliştirilmesi ve kurulması için kullanılmıştır; bunun yanında, ilgili standartlar çeşitli ülkelerin kamu kurumları, sağlık bakanlıkları ve hasta bakım güvenliği ve kalitesini değerlendirme ve geliştirme arayışında olan diğer taraflarca kullanılmaktadır (Joint Commission International, 2008). Bu standartların değerlendirilmesi kişiler tarafından değil, çalışma grupları tarafından sürekli ve sistematik bir şekilde yapılmaktadır (Türkoğlu ve Gün, 2006).

Standartlar, hasta bakımının sağlanması ile ilgili olan hasta merkezli standartlar, iyi yönetilmiş bir organizasyonun temini ile ilgili olan sağlık kuruluşu yönetim standartları olarak iki kısımdır (Türkoğlu ve Gün, 2006). JCI tarafından yayımlanan 2008 Hastane Akreditasyon Standartları kitabında Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri başlıklı yeni bir bölüm bulunmaktadır. Hedefler, diğer standartlarla aynı şekilde bir standart (hedef bildirim), bir niyet bildirim ve ölçülebilir unsurları içerecek şekilde yapılandırılmıştır. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri, Hasta Merkezli Standartlar ve Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları aşağıda açıklanmıştır (Joint Commission International, 2008).

Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri

Bu bölüm, Hastaneler İçin Uluslararası Standartlar kapsamında, JCI tarafından akredite edilmiş tüm kurumlarda 1 Ocak 2008 itibariyle uygulanması gereken Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'ni ele almaktadır. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'nin amacı, hasta güvenliğinde spesifik iyileştirmeleri teşvik etmektir. Hedefler, sağlık bakım alanındaki sorunlu alanları ortaya çıkarır ve bu sorunlar karşısında, kanıt-temelli ve uzman-temelli uzlaşma çözümlerini tanımlar. Hedefler, sağlam sistem tasarımının güvenli ve yüksek kaliteli bakım sunumunda esas olduğunu göz önünde bulundurarak, genellikle mümkün olduğu yerlerde sistem-çapında çözümlere odaklanır (Joint Commission International, 2008).

Hasta Merkezli Standartlar

Hasta merkezli standartlar; “hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği” “hasta ve yakınlarının eğitimi” “hasta ve yakınlarının hakları” “hastaların değerlendirilmesi” “hastaların bakımı” “anestezi ve cerrahi bakım” ve “ilaç yönetimi ve kullanımı” başlıkları altında 7 bölüm olarak hazırlanmıştır (Joint Commission International, 2008).

Hizmete Erişim ve Hizmetin Sürekliliği: Bir sağlık kuruluşu verdiği sağlık hizmetini, hizmetin devamlılığını oluşturan entegre hizmetler, sağlık bakımı uzmanları ve sağlık hizmet seviyeleri sisteminin bir parçası olarak düşünmelidir. Hedef, hastanın sağlık hizmetine olan ihtiyaçlarını mevcut hizmetlerle doğru şekilde eşleştirmek, kurumda hastaya sunulan hizmetleri koordine etmek ve daha sonra taburcu ve kontrol sürecini planlamaktır. Neticede, iyileştirilmiş hasta bakım sonuçları ve mevcut kaynakların daha etkili kullanımına erişilir. Sağlık kuruluşu tarafından hangi hastanın ihtiyaçlarının karşılanabileceği, hasta için etkili hizmet akışı ve hastanın eve veya bir başka bakım ortamına uygun şekilde nakil veya taburcu edilmesi hakkında doğru kararları alabilmek için bilgi esastır (Joint Commission International, 2008).

Hasta ve Yakınlarının Hakları: Her hastanın kendine özgü ihtiyaçları, gücü, değer ve inançları vardır. Sağlık hizmeti veren kurumlar hastalara güven

vermek, hastalarla açık iletişim kurmak, her hastanın kültürel, psikososyal ve ruhsal değerlerini anlamak ve bunları korumak için çalışır. Hastalar, hasta yakınları ve hasta adına kararları alan kişiler bakım kararlarına ve süreçlerine kültürel beklentilerle eşleşecek şekilde dahil edildiklerinde hastaya sunulan sağlık hizmetinin kalitesi iyileşmektedir.

Bir sağlık kuruluşunda hasta haklarının desteklenmesi öncelikle bu hakların tanımlanması ile başlar, daha sonra hastalara ve personele bu haklarla ilgili eğitim verilir. Hastalar, sahip oldukları haklar ve bunları nasıl kullanacakları ile ilgili bilgilendirilir. Personele, hastanın inanç ve değerlerini anlamaları ve bunlara saygı duymaları ve hastanın saygınlığını koruyacak şekilde düşünceli ve saygılı hizmet sunmaları öğretilir (Joint Commission International, 2008).

Hastaların Değerlendirilmesi: Etkin bir hasta değerlendirme süreci hastanın acil bakım ihtiyaçları ile süreklilik arz eden bakım ihtiyaçlarına ilişkin kararları içerir. Hasta değerlendirme sürekli ve dinamik bir süreçtir.

Hastaların değerlendirilmesi üç ana süreci içerir:

- Hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal statüsü ve sağlık hikayesi hakkında bilgi toplanması,
- Hastanın sağlık hizmet ihtiyacının belirlenmesi için laboratuvar ve tıbbi test sonuçları da dahil verilerin ve bilgilerin analiz edilmesi,
- Belirlenen hasta ihtiyaçlarının karşılanması için bir bakım planı oluşturulması.

Hastanın durumu, yaşı, sağlık ihtiyaçları ve istek ve tercihleri göz önüne alınarak hastanın değerlendirilmesi yapılmalıdır. Hastadan sorumlu çeşitli sağlık uzmanları birlikte çalıştıklarında bu süreçler en etkili şekilde yürütülür (Joint Commission International, 2008).

Hastaların Bakımı: Bir sağlık kuruluşunun ana amacı hasta bakımınıdır. Her hastanın kendine özgü ihtiyaçlarını destekleyen ve bunlara yanıt veren bir ortamda en uygun bakımı sunmak, en üst düzeyde planlamayı ve koordinasyonu gerektirmektedir (Joint Commission International, 2008).

Anestezi ve Cerrahi Bakım: Anestezi, sedasyon kullanımı ve cerrahi müdahaleler herhangi bir sağlık bakım kuruluşunda görülen genel ve karmaşık süreçlerdir. Bu süreçler, hasta değerlendirmesini, entegre bakım planlamasını, sürekli hasta izlenmesini, bakımın sürekliliği için hasta nakil kriterlerinin belirlenmesini, rehabilitasyonu ve hastanın taburcu edilmesi işlemlerini tamamlamakta ve kapsamaktadır.

Anestezi ve sedasyon, genellikle minimal sedasyondan tam anesteziye kadar devam eden bir bütün olarak görülmektedir. Hastanın yanıtı, bu devam eden bütünlük boyunca değişebileceği için, anestezi ve sedasyon kullanımı da hastanın durumuyla bütünlük bir şekilde düzenlenir. Dolayısıyla, bu bölüm, hastanın solunum fonksiyonları için ihtiyaç duyulan koruyucu reflekslerinin risk altında olduğu anestezi, orta ve derin sedasyonu kapsamaktadır (Joint Commission International, 2008).

İlaç Yönetimi ve Kullanımı: İlaç yönetimi, bir kuruluşun hastalarına farmakoterapi sunmak için kullandığı sistemi ve süreçleri kapsar. Genellikle böylesi bir ilaç yönetimi, bir sağlık kuruluşunun multidisipliner ve koordineli bir çaba göstermesini; bu çabayı gösterirken ilaç seçme, tedarik etme, depolama, istem/reçeteleme, birimlere dağıtma, hazırlama, ilacı hastalara dağıtma, ilacı hastaya verme ile ilaç terapilerini belgelendirme ve izleme alanında etkili süreç tasarımı, uygulama ve iyileştirme prensiplerini uygulamayı içerir. Sağlık bakım hizmetleri sunanların ilaç yönetimindeki rolü bir ülkeden diğerine farklılık göstermekle beraber, hasta güvenliği açısından sağlam ilaç yönetimi süreçlerinin tesis edilmesi evrenseldir (Joint Commission International, 2008).

Hasta ve Yakınlarının Eğitimi: Hasta ve yakınlarının eğitimi, hastaların kendi bakımlarına daha iyi katılmalarına ve bilgilendirilmiş bakım kararları almalarına yardımcı olur. Kurumdaki çeşitli çalışanlar hasta ve ailesini eğitir. Etkili bir eğitim hastanın ve ailesinin öğrenme ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ile başlar. Eğitimin amacına ulaşması için mevcut elektronik ve görsel cihazlardan, çeşitli öğrenim materyallerinden ve etkili öğrenme tekniklerinden faydalanılmalıdır (Joint Commission International, 2008).

Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları

Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları; “kalite iyileştirme ve hasta güvenliği” “enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi” “yönetişim, liderlik ve yönlendirme” “tesis yönetimi ve güvenliği” “çalışanların niteliği ve eğitimi” ve “iletişim ve bilgi yönetimi” başlıkları altında 6 bölüm olarak hazırlanmıştır (Joint Commission International, 2008).

Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği: Bu bölüm kalite iyileştirme ve hasta güvenliğini kapsayan bir yaklaşımı tanımlar. Hasta ve çalışanlara yönelik risklerin sürekli azaltılması toplam kalite iyileştirmenin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu tür risklerle fiziksel çevrede karşılaşıldığı gibi klinik süreçlerde de karşılaşılabılır. Bu yaklaşım;

- Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği programlarının planlanması ve yönlendirilmesini,
- Yeni klinik ve yönetsel süreçlerin tasarlanmasını,
- Toplanan indikatör verileri ile süreçlerin ne kadar iyi çalıştığının izlenmesini,
- Verilerin analiz edilmesini ve
- İyileştirmeyle sonuçlanan değişikliklerin uygulanmasını ve sürdürülmesini içerir.

Hem kalite iyileştirme hem de hasta güvenliği programları; liderler tarafından yürütülür, örgüt kültürünü değiştirmeye çalışır, risk ve varyasyonu proaktif olarak belirler ve azaltır, öncelikli konulara odaklanmak için veri kullanır ve sürdürülebilir iyileştirmeleri göstermeye çalışır (Joint Commission International, 2008).

Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi: Sağlık kuruluşunun enfeksiyonları önleme ve kontrol programının hedefi; hastalar, hekimler, hemşireler, diğer sağlık disiplinleri, ziyaretçiler ve öğrenciler arasında enfeksiyonları edinme ve bulaştırma riskinin belirlenmesi ve azaltılmasıdır. Enfeksiyon riskleri ve program faaliyetleri; verilen hizmetin özelliğine, hasta popülasyonuna, coğrafi bölgeye, hasta ve çalışanların sayısına göre kurumdan kuruma farklılık gösterebilir. Etkili programların ortak özellikleri; tanımlanmış liderler, iyi eğitilmiş personel,

enfeksiyon risklerini belirleyecek ve proaktif olarak azaltacak yöntemler, uygun politika ve prosedürler, personelin eğitilmesi ve bütün kurumu kapsayan koordinasyondur (Joint Commission International, 2008).

Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme: Bir sağlık kuruluşunda mükemmel hasta bakımının sağlanması, etkili yönetim ve liderliği gerektirir. Sağlık kurumlarında liderlik; üst yönetimdeki liderler, diğer liderler ve liderlik, sorumluluk ve güven pozisyonlarını işgal eden diğer kişiler dahil birçok kaynaktan oluşur. Liderler sağlık kuruluşunun misyonunu belirlemeli ve bu misyonu gerçekleştirmek için gerekli kaynakları sağlamalıdır. Ayrıca liderler hasta bakımını ve klinik hizmetleri iyileştirmek, kuruluşun tüm faaliyetlerini entegre ve koordine etmek için birlikte çalışmalıdırlar. Etkili liderlik, kurumda çalışanların sorumluluklarını, yetkilerini ve beraber nasıl çalıştıklarını bilmelerini gerektirir. Etkili liderlik bölümler arasında iletişim problemlerinin yaşanmasına neden olan faktörlerin ortadan kaldırılmasına ve böylece kuruluşun daha etkili ve verimli çalışmasına yardım eder (Joint Commission International, 2008).

Tesis Yönetimi ve Güvenliği: Sağlık kuruluşları hastalar, aileleri, çalışanlar ve ziyaretçiler için güvenli, fonksiyonel ve bakım hizmetlerini destekleyici bir yapı ve donanım sağlamak üzere çalışırlar. Bu hedefe ulaşmak için tesislerin, tıbbi ve diğer ekipmanların ve insanların etkili yönetilmesi gerekir. Yönetim, tehlike ve riskleri azaltmak ve kontrol etmek, kazaları ve yaralanmaları önlemek ve güvenli koşulları muhafaza etmek için çalışmalıdır (Joint Commission International, 2008).

Çalışanların Niteliği ve Eğitimi: Bir sağlık kuruluşu misyonunu gerçekleştirmek için uygun sayıda, becerikli, nitelikli kişilere gereksinim duyar. Sağlık kuruluşu liderleri bölümlerden gelen öneriler doğrultusunda uygun sayıda ve nitelikte personelin işe alınması için birlikte çalışırlar. Personelin işe alınması, değerlendirilmesi ve atanması koordineli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilir. Klinik bakım süreçlerinde yer aldıklarından ve doğrudan hastalarla çalıştıklarından dolayı tıp ve hemşirelik personelinin yetkinliklerini dikkatli bir şekilde gözden geçirmek özellikle önemlidir (Joint Commission International, 2008).

İletişim ve Bilgi Yönetimi: Hasta bakımının sağlanması toplumla, hastalarla, hasta aileleriyle ve diğer sağlık profesyonelleriyle kurulan iletişime ileri derecede bağlıdır. İletişimin sağlanamaması hasta güvenliğinin sağlanamamasının en önemli nedenlerinden biridir. Hizmeti sağlamak, koordine ve entegre etmek için sağlık kuruluşlarının sunulan bakımı, bakımın sonuçlarını ve kendi performanslarını kaydederek bilgi haline getirmeleri ve bu bilgiyi kullanmaları gerekmektedir. İnsan, materyal ve finansal kaynaklar gibi bilgi de bir kaynaktır ve liderler tarafından bireysel ve kurumsal performansın artırılması, bakım ve hizmetin iyileştirilmesi için etkili bir şekilde yönetilmesi ve kullanılması gerekir (Joint Commission International, 2008).

2.5.2. JCI Akreditasyon Süreci

Akreditasyon, genellikle sağlık bakım kurumlarından ayrı ve özgün olan ve çoğu zaman da sivil toplum kuruluşu tarzındaki bir kurumun, herhangi bir sağlık kuruluşunun bakımın güvenliği ve kalitesini geliştirmek için tasarlanmış olan gereklilikleri (standartları) yerine getirip getirmediğini belirlemek amacıyla değerlendirme yaptığı bir süreçtir. Akreditasyon süreci bir ülke içerisindeki yasal, dini ve/veya kültürel faktörleri içine alacak şekilde tasarlanmıştır.

Akreditasyon süreci, hasta bakım süreçleri ve sonuçlarını sürekli iyileştirmek için mücadele eden bir kurum içerisinde, güvenlik ve kalite kültürü yaratmak için tasarlanır. Bunu yaparak, kurumlar (Joint Commission International, 2008);

- Kurumun hasta güvenliği ve bakım kalitesiyle ilgilendiği yönünde halkın güvenini artırır;
- Çalışan memnuniyetine katkıda bulunacak güvenli ve verimli bir iş ortamı sağlar;
- Bakım kalitesiyle ilgili verilerle birlikte, bakım için ödeme kaynağı sağlayanlarla pazarlık yapar;
- Hastaları ve yakınlarını dinler, haklarına saygı gösterir ve onları bakım sürecine ortak olarak katar;
- Güvenlikle ilgili hususların zamanında bildiriminden öğrenmeye açık bir kültür yaratır; ve

- Tüm düzeylerde kalite ve hasta güvenliği için öncelikleri belirleyen ve sürekli liderlik için işbirliği yapabilen bir liderlik oluşturur.

Araştırma İçin Genel Liyakat Koşulları: Herhangi bir sağlık kuruluşu aşağıda belirtilen gereklilikleri yerine getirirse JCI akreditasyonu almak için başvurabilir (Joint Commission International, 2008):

- İlgili ülkede şu anda sağlık kuruluşu olarak çalışıyor olmak ve (gerekmesi halinde) ruhsatlı olmak,
- Bakım ve hizmetlerinin kalitesini geliştirme sorumluluğunu üstlenmek veya üstlenme konusunda istekli olmak,
- JCI standartlarının ele aldığı hizmetleri sağlıyor olmak.

Akreditasyon Denetimlerinin Amacı: Akreditasyon denetimi bir kurumun JCI standartlarına ve niyet bildirimlerine uygunluğunu denetler. Denetim, aşağıdaki hususlar temelinde kurumun uygunluğunu değerlendirir (Joint Commission International, 2008):

- Personel ve hastalarla karşılıklı görüşmeler ile diğer sözlü alınmış bilgiler,
- Denetmenler tarafından hasta bakım süreçlerinin yerinde gözlemlenmesi,
- Kurum tarafından sunulan politika, prosedür belgeleri ve diğer belgeler,
- Kurumun akreditasyon sürecinin bir parçası olduğu zaman yaptığı öz değerlendirmelerin sonuçları.

Saha denetimi sürecinin yanı sıra, sürdürülmekte olan öz değerlendirme çalışmaları, kurumların sorunları tespit etmesine ve düzeltmesine, bakımın kalitesi ile hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesine yardımcı olur. Standartlar ve niyet bildirimlerine uygunluğun değerlendirilmesine ek olarak, denetmenler kurumun kalite geliştirme faaliyetlerine destek olarak eğitim sağlama konusuna da zaman ayırırlar (Joint Commission International, 2008):

JCI İz Sürme Yöntemi Politikası: İz sürme yöntemi, JCI saha denetiminin temelidir. İz sürme yöntemi şunları yapar (Joint Commission International, 2008):

- Akreditasyon denetimi başvurusunda verilen bilginin kullanımını değerlendirir.

- Birkaç hastanın, kurumun bütün sağlık bakım sürecindeki bakım deneyimini takip eder.
- Denetmen(ler)in, hasta bakım sürecinin bir veya daha fazla adımında veya süreçler arası arayüzlerdeki performans hususlarını tespit etmesini sağlar.

Akreditasyon Denetimlerinin Kapsamı: JCI denetiminin kapsamı, başvuran kurumun ve tüm hasta bakım ortamlarının standartlarla ilgili işlevlerini içerir (Joint Commission International, 2008).

Akreditasyon Denetimlerinin Sonuçları: JCI Akreditasyon Komitesi, denetimin bulguları temelinde akreditasyon kararları alır. Bir sağlık kuruluşuyla ilgili, aşağıdaki iki akreditasyon kararından biri alınabilir (Joint Commission International, 2008):

Akredite Edildi: Kurumun aşağıdaki hususları göstermesi halinde verilen akreditasyon kararıdır.

- Her bir JCI standartına kabul edilebilir uygunluk göstermiş olmak (her bir standarttan en az “5” puan almış olmak),
- Her bir bölümdeki standartlara kabul edilebilir uygunluk göstermiş olmak (her bir bölümden toplamda en az “7” puan almış olmak),
- Genel kabul edilebilir uygunluk göstermiş olmak (tüm standartlardan toplamda en az “8,5” almış olmak),
- Tüm Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri’ne kabul edilebilir uygunluk göstermiş olmak (tüm hedef gereklilikleri üzerinden en az “5” puan almış olmak).

Akreditasyon Reddedildi: Sağlık kuruluşunun JCI standartlarına, Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri’ne ve aşağıdaki hususlara uygunluk göstermediği zaman alınan akreditasyon kararıdır.

- Bir veya daha fazla standarttan “5”ten az bir puan almak,
- Her bir bölümden toplamda “7”den az bir puan almak,
- Tüm standartlardan toplamda “8,5”den az puan almak,
- Bir veya daha fazla Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefi gerekliliklerinden “0” almak,

- Yapılan denetimlerde alınan sonuçların, uygulanan standartların ve/veya Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri'nin gerekliliklerine kabul edilebilir uygunlukla sonuçlanmaması,
- JCI'nın verdiği akreditasyonu başka nedenlerden dolayı geri çekmesi veya kurumun gönüllü olarak akreditasyon sürecinden geri çekilmesi.

Akreditasyonun Verilmesi: Akreditasyon almak için, kurumların tüm standartlara kabul edilebilir uygunluk göstermesi gerekmekte olup bu standartlardan asgari bir puan almaları şarttır. Akredite olan kurumlar, nihai bir akreditasyon raporu ve akreditasyon sertifikası alır. Rapor, kurumun JCI standartlarına gösterdiği uygunluk düzeyini gösterir (Joint Commission International, 2008).

Akreditasyon Verme Uzunluğu: Verilen akreditasyon, JCI tarafından iptal edilmedikçe üç yıl için geçerlidir. JCI kurumdaki denetimi tamamladıktan veya takip çalışması gerektiği zaman gerekli odaklı denetimleri tamamladıktan sonraki ilk günden itibaren akreditasyon yürürlüğe girer. Kurumun üç yıllık akreditasyon döngüsünün sonunda, söz konusu kurumun daha önce verilmiş olan akreditasyonun yenilenmesine uygun olabilmesi için tekrar değerlendirilmesi gerekir. Eğer akreditasyon döneminde, kurumun yapısında, mülkiyetinde veya hizmetlerinde değişiklikler olursa, bu durumu JCI'ya bildirmesi gerekir. O zaman, JCI kurumun tekrardan değerlendirilmesi ve yeni bir akreditasyon kararı verilmesi ihtiyacını tespit edecektir. Eğer akreditasyon döneminde, JCI söz konusu kurumun mevcut akredite edildiği standartlara uygunluktan büyük oranda uzaklaştığı konusunda bilgi alırsa, JCI kurumu tekrardan denetleme ve/veya yeni bir akreditasyon kararı verme ihtiyacını belirleyecektir (Joint Commission International, 2008).

Bilginin Doğruluğu ve Gerçekliği: Kurum, akreditasyon sürecinde her zaman doğru ve gerçek bilgileri sağlamalıdır. Eğer ilgili kurum akreditasyonla alakalı bilgiler konusunda kasıtlı olarak veya ihmal sonucunda yalan beyanda bulunursa, akreditasyonu derhal iptal edilecek veya yeni bir başvuru halinde, söz konusu kurum bir yıl boyunca tekrar değerlendirmeye haiz olmayacaktır. Yalan beyan demek, başvuran veya akredite olmuş kurum tarafından JCI'ya verilen

herhangi bir bilginin tamamının veya bir kısmının uydurulması demektir. Bunların arasında yeniden taslak hazırlama, tekrar formatlama veya içerik silme yoluyla belgelerin içeriğinde değişiklik yapmak bulunmaktadır (Joint Commission International, 2008).

JCI Akreditasyon Ücret Yapısı Politikası: Akreditasyon denetim ücreti kurumun sunduğu hizmetin hacmi ve tipi, denetime dahil edilmiş olan bölüm veya ortam sayısı ile denetmenlerin sayısı, JCI hastane standartlarına uygunluk değerlendirmesinin yapılması için gerekli denetim günü gibi çeşitli faktörleri temel alır (Joint Commission International, 2008).

Akreditasyona Nasıl Başvurulur? Akreditasyon sürecini, akredite edilmek isteyen sağlık kuruluşu denetim başvurusunu tamamlayıp teslim ettikten sonra başlatır. Bu başvuru belgesi, sağlık kuruluşunun mülkiyeti, demografik bilgileri, sağladığı hizmet türleri ve hacmiyle ilgili temel bilgileri sağlar. Denetim başvurusu (Joint Commission International, 2008);

- Akreditasyon isteyen kurumu tanımlar,
- Kurumdan tüm resmi kayıtları, ilgili ruhsatları, düzenleyici makamlar veya devlet tarafından verilen raporları JCI'a sunmasını gerektirir,
- JCI'yı kurumla ilgili olan ancak kurumda bulunmayan her türlü kayıt ve raporları temin etme konusunda yetkilendirir ve
- JCI ve başvuru sahibince tamamlandığında ve kabul edildiğinde, kurum ve JCI arasındaki ilişkinin şartlarını oluşturur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Akreditasyonun hizmet kalitesine etkisini ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörleri hemşirelerin bakış açısıyla değerlendirmektir.

3.2. Problem Cümlesi

Akreditasyonun hizmet kalitesine etkisi ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörler hakkında hemşirelerin algıları nelerdir sorusu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde yürütülmüştür. Hacettepe Üniversitesi bünyesinde Tıp Merkezi Hastanesi'nin 1966 yılında hizmete girmesi ile erişkin hastalara da sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Hacettepe İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi ile birlikte 8 bloktan oluşan hastaneler kompleksinin, 4., 5., 6., 7. ve 8. blokları Hacettepe Erişkin Hastanesi'ni oluşturmaktadır. Hacettepe Erişkin Hastanesi bünyesinde yaklaşık 250 öğretim üyesi, 400 araştırma görevlisi doktor, 350 sağlık teknisyeni, 475 hemşire, 400 hastabakıcı ve 900 de çeşitli idari kadrolarda görevli personel çalışmaktadır. Yılda yaklaşık 400.000 hastanın ayaktan, 24.000 hastanın yatarak tedavi gördüğü, 20.000 hastanın ameliyat edildiği ve 24 saat acil servis hizmeti sunulan hastanenin, 850 yatak kapasitesi bulunmaktadır (Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, 2010).

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi yaklaşık 1050 hastane akreditasyon standardına uyumu açısından JCI tarafından denetlenmiş ve 14 Eylül 2007'de akredite edilmesine karar verilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Türkiye'de JCI tarafından akredite edilen ilk üniversite hastanesidir (Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, 2007; Joint Commission International, 2010b). Araştırma, amacına uygun olarak, akreditasyon belgesine sahip bir hastanede yapılmak istendiğinden, araştırmanın yapılacağı yer olarak Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi seçilmiştir.

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde, araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla en az 3 yıldır çalışan hemşireler oluşturmuştur. En az 3 yıllık çalışma süresine sahip hemşireler, hastanenin akredite edildiği 14 Eylül 2007 tarihinden en az 17 ay önce çalışmaya başlayan ve hastane akredite edildikten sonra anket çalışmasının yapılmaya başlandığı 15 Mayıs 2009 tarihine kadar 19 aydır çalışmakta olan hemşirelerdir. Akreditasyonun hizmet kalitesine etkisi hakkında bu hemşire grubundan hem akreditasyon öncesi hem de akreditasyon sonrası hastanede çalıştıkları için daha sağlıklı bilgiler elde edileceği düşünülmüştür. Kanıtlar, hemşirelerin kaliteli hizmet sunumunda ve iyi sonuçlar elde edilmesinde anahtar rol oynadığını göstermektedir. Hemşireler zamanlarının %90'ına kadar varabilen bir kısmını hasta bakımına harcadıkları için akreditasyonun kaliteye etkisini en iyi hemşirelerin hissetmesi beklenir (El-Jardali ve diğ., 2008).

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Müdürlüğü'nden alınan verilere göre araştırmanın yürütülmeye başlandığı tarih olan 15 Mayıs 2009'da en az 3 yıllık çalışma süresine sahip hemşire sayısı 365'tir. Araştırma için ayrıca örneklem seçilmemiş, araştırmanın evrenindeki tüm hemşirelere ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak, dağıtılan anketlerin 266'sı geri dönmüştür. Geri dönen anketlerden 8 tanesi eksik doldurulduğundan değerlendirme dışında bırakılmıştır. Böylece toplam 258 anket geçerli kabul edilmiş ve evrenin % 70,6'sına ulaşılmıştır.

3. 4. Sınırlılıklar

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde çalışan 258 hemşire üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle araştırma bulguları sadece bu kurumun durumunu yansıtmaktadır. Ayrıca araştırma sadece hemşirelere uygulandığından çalışma sonuçları hedef gurubun değerlendirmeleriyle sınırlıdır.

3. 5. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri, akreditasyonun hizmet kalitesine etkisini, hizmet kalitesine etki eden diğer faktörleri ve katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik ifadeleri kapsayan anket formu (EK 1) aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu, El-Jardali ve diğerleri tarafından Lübnan'da akreditasyonun hizmet kalitesine etkisini hemşirelerin bakış açısıyla değerlendirmek üzere geliştirilmiş ve

uygulanmış olan anketten (El-Jardali ve diğ., 2008) uyarlanmıştır. Bu aşamada anket İngilizceden Türkçeye çevrilmiş ve “kalite sonuçları bölümü” altındaki “geçen 4 yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir” ifadesi “geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir” şeklinde, “demografik bilgiler” başlığı altındaki “baş hemşire” ifadesi “hemşire müdürü” olarak değiştirilmiştir.

Anket formu demografik özellikleri belirleyen ifadelerin dışında 7 bölümden oluşmaktadır. İnsan kaynakları bölümü ve akreditasyon bölümü 2’şer alt bölümden oluşmaktadır. Aşağıda tüm bölümler ve alt bölümleri listelenmiştir:

- Kalite Sonuçları Bölümü
- Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümü
- Stratejik Kalite Planlaması Bölümü
- İnsan Kaynakları Kullanımı Bölümü
 - Ödül ve Takdir Alt Bölümü
 - Eğitim ve Öğretim Alt Bölümü
- Kalite Yönetimi Bölümü
- Veri Kullanımı Bölümü
- Akreditasyon Bölümü
 - Çalışan katılımı Alt Bölümü
 - Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümü.

Anketin akreditasyonun faydaları alt bölümü, El-Jardali ve diğerleri (2008) tarafından Pomey ve diğerlerinin (2004) çalışmasından; akreditasyonun faydaları alt bölümü dışındaki bölüm ve alt bölümleri ise Shortell ve diğerlerinin (1995) çalışmasından alınıp uyarlanmıştır. Shortell ve diğerleri ise bu ifadeleri Malcolm Baldrige Sağlık Bakım Kriterlerinden adapte ederek makalesinde kullanmıştır. Shortell ve diğerlerinin (1995) makalesinde, kalite iyileştirme uygulamalarının algılanan hasta sonuçlarında iyileşmeler meydana getirdiği ifade edilmektedir.

Veri toplama aracı olarak kullanılan ankette ölçeklendirme yöntemi olarak eşit aralıklı 5’li Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Değerlendirmede kullanılan puanlama aşağıdaki şekildedir:

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)

Anketin güvenilirliği iç tutarlılık katsayılarına bakılarak her bir bölüm ve alt bölüm için ayrı ayrı hesaplanmış ve sonuçlar tablo 3.1.' de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Anketin İçeriği ve Güvenilirliği

Bölüm ve Alt Bölümler		Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Kalite Sonuçları		5	0,88
Liderlik, Taahhüt, Destek		9	0,92
Stratejik Kalite Planlaması		7	0,84
İnsan Kaynakları Kullanımı	Ödül ve Takdir	3	0,84
	Eğitim ve Öğretim	3	0,83
Kalite Yönetimi		6	0,85
Veri Kullanımı		6	0,86
Akreditasyon	Çalışan katılımı	5	0,88
	Akreditasyonun Faydaları	9	0,93
Genel		53	0,91

Soru grupları için en yaygın kullanılan içsel güvenilirlik indeksi Cronbach Alpha'dır (Uçan, 2007). Anketin güvenilirliğini test etmek için kullanılan Cronbach α güvenilirlik katsayısı;

80–100 arası yüksek güvenilir,

60–80 arası oldukça güvenilir,

40–60 arası düşük güvenilir,

40'ın altı güvenilir değil şeklinde yorumlanmıştır (Alpar, 2000).

Tablo 3.1. incelendiğinde anketteki bölümlerin Cronbach Alfa değerlerinin 0,83-0,93 arasında ve genel içsel tutarlılık katsayısının ise 0,91 olduğu görülmektedir. El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasında da Tablo 3.1.'de gösterilen anket bölüm ve alt bölümlerinin Cronbach Alfa değerlerinin 0,81-0,96 arasında ve çalışmamızdaki gibi yüksek çıktığı görülmüştür.

3.6. Verilerin Toplanması

Anket Formu'nun ön uygulaması, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği'nden izin (EK 2) alındıktan sonra ve asıl anket uygulamasından önce 10 hemşire üzerinde yapılmıştır. Anketin asıl uygulama için uygunluğu belirlendikten sonra anket formları 15 Mayıs - 15 Haziran 2009 tarihleri arasında katılımcılara araştırmacı tarafından elden dağıtılarak uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

Anketler toplandıktan sonra elde edilen veriler araştırmacı tarafından Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) veri tabanına aktarılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra "SPSS 15.0" programında gerekli istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin özellikleri ve ifadelere katılma durumları ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistiklerle incelenmiştir. Araştırmada ilk olarak katılımcıların demografik özellikleri bağımsız değişken olarak ele alınmış ve katılımcıların demografik özelliklerine göre ifadelere katılma durumları incelenmiştir. İki ya da daha çok değişken arasında ilişki olup olmadığını, ilişki varsa yönünü ve gücünü incelemek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda çıkan "r" değeri;

$r = 0,00 - 0,25$ Çok Zayıf

$r = 0,25 - 0,49$ Zayıf

$r = 0,50 - 0,69$ Orta

$r = 0,70 - 0,89$ Yüksek

$r = 0,89 - 1,00$ Çok Yüksek ilişki olarak yorumlanmıştır (Akgül, 2005).

Bağımsız iki grup ortalaması arasında fark olup olmadığını sınamak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test) kullanılırken, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığını test etmek için ise tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. Varyansların homojenliği testi (Levene's istatistiği) ile parametrik test varsayımlarının yerine geldiği görülmüştür. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların bulunması durumunda ise farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testleri yapılmıştır. Bu çalışmada tek yönlü varyans analizi için post-hoc testi olarak Tukey HSD testi kullanılmıştır.

Araştırmada ankette yer alan bölümler arasındaki ilişkiyi incelemek için "kalite sonuçları bölümü" bağımlı değişken, geriye kalan bölüm ve alt bölümler ise bağımsız değişken olarak kabul edilmiş ve aralarında ilişki olup olmadığını, ilişki varsa yönünü ve gücünü incelemek için Pearson Korelasyon analizi, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki toplu etkisini görmek için ise Regresyon analizi yapılmıştır. Ayrıca hemşirelerin demografik özelliklerine göre bölüm ve alt bölümlere katılma durumları da incelenmiştir. Testlerin analizinde p değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma bulgularına ve bu bulgulara ilişkin tartışmalara yer verilmiştir. Bulgular ve tartışma, aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur:

- Hemşirelerin demografik özellikleri,
- Hemşirelerin kalite sonuçlarına ilişkin değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin liderlik, taahhüt ve desteğe ilişkin değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin stratejik kalite planlamasına ilişkin değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin insan kaynakları kullanımına ilişkin değerlendirmeleri,
 - Hemşirelerin eğitim ve öğretim alt bölümüne ilişkin değerlendirmeleri,
 - Hemşirelerin ödül ve takdir alt bölümüne ilişkin değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin kalite yönetimine ilişkin değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin veri kullanımına ilişkin değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin akreditasyona ilişkin değerlendirmeleri,
 - Hemşirelerin çalışanların katılımı alt bölümüne ilişkin değerlendirmeleri,
 - Hemşirelerin akreditasyonun faydaları alt bölümüne ilişkin değerlendirmeleri,
- Hemşirelerin bölüm ve alt bölümlere ilişkin değerlendirmeleri,
- Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki

4.1. Hemşirelerin demografik özellikleri

Katılımcılara uygulanan anketin son 5 sorusu hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hastanede çalışma süresi ve pozisyonları ile ilgili demografik bilgilerden oluşmaktadır.

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan hemşirelerin demografik bilgileri yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Demografik Bilgiler		Sayı	Yüzde
Yaş	30 ve altı	107	41,5
	31-40	105	40,7
	41-50	40	15,5
	51 ve üstü	6	2,3
	Toplam	258	100,0
Cinsiyet	Kadın	256	99,2
	Erkek	2	0,8
	Toplam	258	100,0
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	5	1,9
	Önlisans	94	36,4
	Lisans	147	57,0
	Yüksek Lisans	11	4,3
	Doktora	1	0,4
	Toplam	258	100,0
Çalışma Süresi	3-7 yıl	113	43,8
	8-12 yıl	44	17,1
	13-17 yıl	39	15,1
	18 yıl ve üstü	62	24,0
	Toplam	258	100,0
Pozisyon	Hemşire Müdür Yardımcısı	2	0,8
	Süpervizör	5	1,9
	Servis Sorumlu Hemşiresi	23	8,9
	Servis Hemşiresi	123	47,7
	Poliklinik Hemşiresi	34	13,2
	Ameliyathane Hemşiresi	50	19,4
	Yoğun Bakım Hemşiresi, Radyoloji Hemşiresi ve Diğerleri*	21	8,1
	Toplam	258	100,0
İdari Görev	Var	30	11,6
	Yok	228	88,4
	Toplam	258	100,0

*1 Enfeksiyon kontrol hemşiresi, 1 klinik çalışma koordinasyon hemşiresi, 1 nutrisyon hemşiresi, 1 özel birim hemşiresi, 2 özel dal hemşiresi, 1 diyaliz hemşiresi.

Tablo 4.1. incelendiğinde, araştırmaya katılan 258 hemşirenin % 41,5'inin 30 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Bunu % 40,7 ile 31-40 yaş grubu izlemektedir.

Hemşirelerin % 15,5'i 41-50 yaş grubunda iken sadece % 2,3'ü 51 yaş ve üstü hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırma hemşireler üzerinde uygulandığından ve Türkiye'de hemşirelik mesleğinin genellikle bayanlar tarafından icra edilmesinden ötürü ankete katılanların neredeyse tamamının (% 99,2) bayan olduğu göze çarpmaktadır. Ankete katılanların eğitim durumuna ilişkin bölüm dikkate alındığında ankete katılan hemşirelerin % 57'sinin lisans ve % 4,7'sinin daha üst bir öğrenim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu, araştırmaya katılan hemşirelerin yüksek bir öğrenim düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin % 36,4'ü önlisans, % 1,9'u ise sağlık meslek lisesi mezunudur. Ankete katılan hemşirelerin araştırma yapılan hastanede çalışma süresine bakıldığında hemşirelerin % 43,8'nin 3-7 yıl aralığında araştırmanın yapıldığı hastanede hizmet verdiği görülmektedir. Hemşirelerin hastanedeki çalışma yılı ortalaması $11,63 \pm 8,02$ olarak hesaplanmıştır. Pozisyonlarına göre bir inceleme yapıldığında ise, araştırmaya katılan 258 hemşirenin 2'si hemşire müdür yardımcısı, 5'i süpervizör, 23'ü servis sorumlu hemşiresi, 123'ü servis hemşiresi, 50'si ameliyathane hemşiresi olarak kendini ifade etmiştir. Hemşire müdür yardımcısı, süpervizör ve servis sorumlu hemşiresi pozisyonlarında bulunan hemşirelerin idari göreve sahip, diğer pozisyonlarda bulunan hemşirelerin idari göreve sahip olmadığı kabul edildiğinde araştırma kapsamında bulunan hemşirelerin 30'unun (%11,6) idari görevinin olduğu, 228'inin (% 88,4) ise idari görevinin olmadığı görülmüştür.

4.2. Hemşirelerin Kalite Sonuçlarına İlişkin Değerlendirmeleri

Anketin ilk bölümü olan "Kalite Sonuçları" başlığı altında 5 ifade bulunmaktadır. Bu bölümde hemşirelere geçen birkaç yılda, hasta memnuniyeti, yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesi, hastalara verilen bakımın kalitesi, klinik bölümler tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesi ve finansal kısıtlılıklara rağmen kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sürdürme konularında hastanenin sürekli, ölçülebilir gelişmeler gösterip göstermediği sorulmuştur. Bu bölümde hastanenin operasyonel performans ve kaynak kalitesi konusunda ne derece ölçülebilir gelişmeler gösterdiği değerlendirilmektedir (Shortell, 1992).

Aşağıda hemşirelerin demografik özelliklerine göre her bir ifadeye katılma durumları tablolarla gösterilmiş ve değerlendirilmiştir. Hemşirelerin demografik

özelliklerinden cinsiyet değişkeni hemşirelerin neredeyse tamamının (% 99,2) bayan olması sebebi ile kapsam dışı bırakılmıştır. Hemşirelerin yaşlarına göre ifadelere katılma ortalamaları, hemşirelerin çalışma süresine göre ifadelere katılma ortalamaları ile paralellik gösterdiğinden yaş değişkeni de değerlendirmede kapsam dışı bırakılmıştır. Hemşireler eğitim durumlarına göre “Sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları”, “lisans mezunları” ve “lisans üstü mezunları” olarak 3 gruba ayrılmıştır. Çalışma süresi için ise herhangi bir gruplama yapılmamıştır. Hemşirelerin ifadelere katılma durumları idari görevinin olup olmamasına göre de incelenmiştir. Demografik özellikler ile ilgili bütün analizler bu sınıflamaya göre yapılmış ve ifadelere katılma durumları bu doğrultuda incelenmiştir.

Kalite sonuçlarına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.2.’de gösterilmiştir. Kalite sonuçlarına ilişkin ifadelere hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğunda ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Kalite Sonuçlarına İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kalite Sonuçlarına İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1.Geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir.	SML ^c ve Önlisans	99	2,92	1,13	10,199	0,000
	Lisans	147	3,59	1,13		
	Lisans Üstü	12	3,50	1,02		
	Toplam	258	3,33	1,17		
2.Geçen birkaç yılda, hastane, yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin (finansman, insan kaynakları, vs.) kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	SML ve Önlisans	98	2,85	1,00	9,193	0,000
	Lisans	147	3,46	1,13		
	Lisans Üstü	12	3,16	1,02		
	Toplam	257	3,21	1,11		
3.Geçen birkaç yılda, hastane, hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	SML ve Önlisans	99	3,02	1,14	11,021	0,000
	Lisans	147	3,68	1,06		
	Lisans Üstü	12	3,66	1,07		
	Toplam	258	3,43	1,13		
4.Geçen birkaç yılda, hastane, klinik destek bölümleri (laboratuar, eczane ve radyoloji gibi) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	SML ve Önlisans	99	2,96	1,18	15,545	0,000
	Lisans	146	3,71	0,91		
	Lisans Üstü	12	3,50	1,08		
	Toplam	257	3,42	1,09		
5.Geçen birkaç yılda, hastane, finansal kısıtlılıklara rağmen yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı sürdürmüştür.	SML ve Önlisans	98	3,09	1,09	7,701	0,001
	Lisans	146	3,64	1,08		
	Lisans Üstü	12	3,50	0,79		
	Toplam	256	3,42	1,10		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.2. incelendiğinde, ifadelerin tümünde toplam katılma ortalamalarının 3'ün üzerinde olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle, ifadelerin tümünde hemşirelerin katılma derecelerinin % 50'nin üzerinde olduğu söylenebilir. İfadeler arasında karşılaştırma yapıldığında en yüksek katılma derecesinin “geçen birkaç yılda, hastane, hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir” ifadesine (3,43±1,13), en düşük katılma derecesinin ise “geçen birkaç yılda, hastane, yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin (finansman, insan kaynakları, vs.) kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir” ifadesine (3,21±1,11) olduğu görülmektedir. Buna göre hastane akredite edildikten sonraki birkaç yılda çok yüksek düzeyde olmasa da kalite sonuçlarında hemşirelere göre belirli bir iyileşme olduğu söylenebilir.

Yapılan literatür incelemesinde akreditasyonla kalite sonuçları arasında olumlu bir ilişki olduğu ve akreditasyonun kaliteli hizmet sunumunu artırdığı yönünde çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Weber (2005) Kanada’da 171 hastane çalışanı (doktor, hemşire, idari personel) üzerinde yaptığı çalışmada akreditasyonun değişiklikler meydana geldiğinde bu değişime cevap vermede, hasta güvenliği ve hizmet kalitesini artırmada ve öğrenen bir örgüt olunmasında hastaneye katkı yaptığını belirtmiştir. Çalışmamızda kullanılan anket formunun aynısının kullanıldığı Weber’in (2005) çalışmasında katılımcıların “kalite sonuçları” ifadelerine toplam katılma ortalamaları $3,65 \pm 0,61$ çıkmıştır. Lübnan’da akredite olan hastanelerde çalışan hemşirelerin algıları değerlendirilerek yapılan başka bir araştırmada da hastane akreditasyonunun hizmet kalitesini artırdığı tespit edilmiş ve hemşirelerin “kalite sonuçları” ifadelerine toplam katılma ortalamaları $4,09 \pm 0,72$ çıkmıştır (El-Jardali ve diğ., 2008). Sevil (2003) yaptığı çalışma sonucunda standartlara dayalı verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olumlu etki yaptığını belirlemiştir. Heuer (2002) çalışmasında hastane akreditasyonu ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemiş ve akreditasyonun hasta memnuniyetini artırdığını tespit etmiştir. Dubai’de 400 yataklı bir hastanede, hastane tıbbi kayıtları incelenerek, hastane çalışanlarının, hasta ve yakınlarının ve akreditasyon kuruluşu yetkilerinin görüşleri alınarak yapılan bir çalışmada akreditasyon standartlarının hastanenin kalite performansına olumlu katkı yaptığı belirlenmiştir (Hassan, 2006). Pomey’in (2004) makalesinde, Fransa’da akredite edilen kuruluşlar üzerinde yapılan bir değerlendirmede akreditasyonun kalite geliştirme çalışmalarını teşvik ettiği ve bu konuda yönlendirme yaptığı ifade edilmektedir. Lutfiyya ve diğerleri (2009) tarafından ABD’de yapılan bir araştırmada akut miyokard infarktüsü, pnömoni, kalp yetmezliği ve cerrahi enfeksiyonlarda kaliteli bakımın verilmesinin taşradaki hastanelerin akredite olma ya da olmama durumlarına göre fark gösterip göstermediği incelenmiş ve akredite edilen hastanelerin bu hastalıklarda verilen bakımın kalitesinde daha yüksek bir performans gösterdikleri görülmüştür. Joshi (2000) yaptığı çalışmada akreditasyonla hastanede sunulan hizmet kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve akreditasyonun hizmet kalitesini artırarak hastanede meydana gelen ölüm oranlarını düşürdüğünü belirlemiştir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadeler katılma durumları incelendiğinde, lisans mezunu hemşirelerin katılma derecelerinin bütün ifadelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunu lisans üstü mezunları izlemektedir. Bütün ifadelerde gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey HSD testinde farkın tüm ifadelerde lisans mezunları ile sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür ($p<0,05$).

Kalite sonuçlarına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.3.'te gösterilmiştir. Kalite sonuçlarına ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklerde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test) uygulanmıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Kalite Sonuçlarına İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kalite Sonuçlarına İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1. Geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir.	Var	30	3,73	0,90	1,993	0,047
	Yok	228	3,28	1,19		
	Toplam	258	3,33	1,17		
2. Geçen birkaç yılda, hastane, yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin (finansman, insan kaynakları, vs.) kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	Var	30	3,50	0,89	1,474	0,142
	Yok	227	3,18	1,15		
	Toplam	257	3,21	1,11		
3. Geçen birkaç yılda, hastane, hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	Var	30	3,96	0,87	2,802	0,005
	Yok	228	3,35	1,10		
	Toplam	258	3,43	1,13		
4. Geçen birkaç yılda, hastane, klinik destek bölümleri (laboratuvar, eczane ve radyoloji gibi) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	Var	30	3,83	0,89	2,224	0,027
	Yok	227	3,36	1,12		
	Toplam	257	3,42	1,09		
5. Geçen birkaç yılda, hastane, finansal kısıtlılıklara rağmen yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı sürdürmüştür.	Var	30	3,86	0,79	2,342	0,020
	Yok	226	3,36	1,07		
	Toplam	256	3,42	1,10		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.3. incelendiğinde; hemşirelerin kalite sonuçlarına ilişkin ifadelere katılma derecelerinde idari görevlerinin olup olmamasına göre farklılıklar olduğu görülmektedir. Buna göre idari görevi olan hemşirelerin ifadelere katılma ortalamalarının bütün ifadelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin idari görevinin olup olmamasına göre ifadelere katılma ortalamaları arasındaki bu fark, “geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir” ($t=1,993$; $p=0,047$), “geçen birkaç yılda, hastane, hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir” ($t=2,802$; $p=0,005$), “geçen birkaç yılda, hastane, finansal kısıtlılıklara rağmen yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı sürdürmüştür” ($t=2,224$; $p=0,027$) ve “geçen birkaç yılda, hastane, klinik destek bölümleri (laboratuvar, eczane ve radyoloji gibi) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir” ($t=2,342$; $p=0,020$) ifadelerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). İdari görevi olan hemşireler idari görevi olmayan hemşirelere kıyasla doğrudan hasta tedavisi ve bakımıyla daha az ilgilenirler ve böylece problemlerden daha uzak kalabilirler. Bu durum onların ifadeleri cevaplamada daha iyimser olmalarına ve idari görevi olmayan hemşirelere göre ifadelere katılma derecelerinin daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Kalite sonuçlarına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.4.’te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Kalite Sonuçlarına İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Kalite Sonuçlarına İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1.Geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir.	258	-0,228	0,000
2.Geçen birkaç yılda, hastane, yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin (finansman, insan kaynakları, vs.) kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	257	-0,216	0,000
3.Geçen birkaç yılda, hastane, hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	258	-0,125	0,045
4.Geçen birkaç yılda, hastane, klinik destek bölümleri (laboratuvar, eczane ve radyoloji gibi) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	257	-0,164	0,008
5.Geçen birkaç yılda, hastane, finansal kısıtlılıklara rağmen yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı sürdürmüştür.	256	-0,174	0,005

Tablo 4.4. incelendiğinde, çalışma süresi ile ifadelere katılma durumları arasında bütün ifadelerde çok zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) bir ilişki olduğu, başka bir ifadeyle, çalışma süresi arttıkça ifadelere katılma derecesinin düştüğü görülmektedir. En yüksek ilişki, çalışma süresi ile “geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir” ($r = -0,228$; $p < 0,05$) ifadesi arasındadır. Yapılan literatür incelemesinde bu konuda farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Weber’in (2005) çalışmasında çalışma süresi arttıkça kalite sonuçları ifadelerine toplam katılma ortalamasının da arttığı belirtilmiştir. 10 yıldan az süredir çalışmakta olan katılımcıların kalite sonuçlarına katılma ortalaması $3,53 \pm 0,91$, 10 yıl ve üstü çalışanların ortalaması ise $3,72 \pm 0,94$ çıkmıştır. Bostancı’nın (2009) çalışmasında ise hemşirelerin hastanedeki kalite iyileştirme çalışmaları alt boyutlarına (iletişim sağlama, kararlara katılım, hizmet içi eğitim, çalışanları motive etme, kaliteli hizmet sağlama) ilişkin algılamaları ile hastanede çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

4.3. Hemşirelerin Liderlik, Taahhüt ve Desteğe İlişkin Değerlendirmeleri

Anketin ikinci bölümü olan “Liderlik, Taahhüt ve Destek” başlığı altında 9 ifade bulunmaktadır. Bu bölümde katılımcılara hastane üst düzey yöneticilerinin kalite iyileştirmeyi destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik edip etmedikleri, kalite iyileştirme çabalarının arkasında itici bir güç olup olmadıkları, mevcut hastane kaynaklarını kalite iyileştirmeye tahsis edip etmedikleri, kalite iyileştirme faaliyetlerine katılıp katılmadıkları, kalite iyileştirme için ifade edilmiş açık bir vizyona sahip olup olmadıkları, değişim konusunda başarı gösterip göstermedikleri, kalite iyileştirmeye yönelik sunulan önerileri uygulayıp uygulamadıkları, kalite iyileştirme uygulamalarının nasıl gerçekleştirileceğini kavrayıp kavramadıkları ve kalite iyileştirme çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven verip vermedikleri sorulmuştur. Bu bölümde üst düzey yöneticilerin ne ölçüde kişisel liderlik becerisi gösterdikleri, ne ölçüde müşteri odaklı, açık ve gözle görülür kalite değerleri yarattıkları ve bu değerleri ne ölçüde hastane yönetim sistemine (toplumla ilgili sorumluluklarını yerine getiren ve kurumsal liderlik gösteren bir yönetim sistemine) entegre ettikleri değerlendirilmektedir (Shortell, 1992). Aşağıda katılımcıların demografik özelliklerine göre her bir ifadeye katılma durumları tablolarla gösterilmiş ve değerlendirilmiştir.

Liderlik, taahhüt ve destek bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.5.’de gösterilmiştir. Liderlik, taahhüt ve destek bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1.Üst düzey hastane yöneticileri, kalite iyileştirmeyi destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	SML ^c ve Önlisans	99	3,18	1,07	4,751	0,009
	Lisans	147	3,59	1,02		
	Lisans Üstü	12	3,25	1,06		
	Toplam	258	3,41	1,05		
2.Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	SML ve Önlisans	99	3,20	1,02	4,442	0,001
	Lisans	147	3,70	0,99		
	Lisans Üstü	12	3,66	1,07		
	Toplam	258	3,50	1,03		
3.Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) kalite iyileştirmeye tahsis ederler.	SML ve Önlisans	99	2,84	1,18	11,301	0,000
	Lisans	147	3,55	1,10		
	Lisans Üstü	12	3,16	1,19		
	Toplam	258	3,26	1,18		
4.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	SML ve Önlisans	97	3,15	1,04	3,370	0,036
	Lisans	147	3,51	1,05		
	Lisans Üstü	12	3,41	0,99		
	Toplam	256	3,37	1,05		
5.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	SML ve Önlisans	99	3,47	1,02	1,337	0,264
	Lisans	147	3,68	1,01		
	Lisans Üstü	12	3,66	0,65		
	Toplam	258	3,60	1,00		
6.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	SML ve Önlisans	99	3,27	0,99	3,048	0,049
	Lisans	147	3,58	0,96		
	Lisans Üstü	12	3,41	0,90		
	Toplam	258	3,45	0,98		
7.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.	SML ve Önlisans	98	3,21	1,00	3,705	0,026
	Lisans	147	3,56	1,00		
	Lisans Üstü	12	3,50	0,67		
	Toplam	257	3,42	1,00		
8.Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	SML ve Önlisans	99	3,15	1,01	3,067	0,048
	Lisans	147	3,48	1,03		
	Lisans Üstü	12	3,41	1,16		
	Toplam	258	3,35	1,04		
9.Üst düzey hastane yöneticileri, kalite iyileştirme çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	SML ve Önlisans	99	3,10	1,03	3,297	0,039
	Lisans	146	3,45	0,07		
	Lisans Üstü	12	3,25	1,21		
	Toplam	257	3,31	1,07		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.5. incelendiğinde, hemşirelerin liderlik, taahhüt ve destek bölümüne ilişkin ifadeler katılma ortalamalarının genel olarak % 50 katılıyorum derecesinden fazla olduğu görülmektedir. İfadeler arasında karşılaştırma yapıldığında en yüksek

ortalamanın “üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir” ifadesinde (3,60±1,00), en düşük ortalamanın ise “üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) kalite iyileştirmeye tahsis ederler” ifadesinde (3,26±1,18) olduğu görülmektedir. Weber’in (2005) çalışmasında katılımcıların “liderlik, taahhüt ve destek bölümü” ifadelerine toplam katılma ortalamaları $3,95 \pm 0,55$ çıkmıştır. El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasında ise hemşirelerin “liderlik, taahhüt ve destek bölümü” ifadelerine toplam katılma ortalamaları $4,02 \pm 0,67$ çıkmıştır. Çalışmamızda en yüksek ortalama sahip ifadenin ortalamasının bile 3,60±1,00 olduğu düşünüldüğünde, hemşirelerin üst düzey yöneticilerin kişisel liderlik becerisi gösterdiklerine, müşteri odaklı, açık ve gözle görülür kalite değerleri yarattıklarına ve bu değerleri hastane yönetim sistemine entegre ettiklerine yukarıda örneği verilen iki çalışmaya kıyasla daha az katıldıkları söylenebilir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadelere katılma durumları incelendiğinde, lisans mezunu hemşirelerin katılma derecelerinin bütün ifadelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunu lisans üstü mezunları izlemektedir. Gruplar arasındaki bu fark “üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir” ($p>0,05$) ifadesi dışında bütün ifadelerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey HSD testinde farkın bütün ifadelerde lisans mezunları ile sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Liderlik, taahhüt ve destek bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.6.’da gösterilmiştir. Liderlik, taahhüt ve destek bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevinin olup olmasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız örneklerde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t test) uygulanmıştır.

Tablo 4.6. Hemşirelerin Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1.Üst düzey hastane yöneticileri, kalite iyileştirmeyi destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	Var	30	3,83	0,79	2,307	0,022
	Yok	228	3,36	1,07		
	Toplam	258	3,41	1,05		
2.Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	Var	30	3,83	0,98	1,851	0,065
	Yok	228	3,46	1,02		
	Toplam	258	3,50	1,03		
3.Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) kalite iyileştirmeye tahsis ederler.	Var	30	3,53	1,00	1,330	0,185
	Yok	228	3,22	1,20		
	Toplam	258	3,26	1,18		
4.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	Var	30	3,96	0,92	3,345	0,001
	Yok	226	3,29	1,05		
	Toplam	256	3,37	1,05		
5.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	Var	30	4,16	0,64	3,307	0,001
	Yok	228	3,53	1,02		
	Toplam	258	3,60	1,00		
6.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	Var	30	4,03	0,71	3,489	0,001
	Yok	228	3,38	0,98		
	Toplam	258	3,45	0,98		
7.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır	Var	30	3,86	0,73	2,580	0,010
	Yok	227	3,37	1,01		
	Toplam	258	3,42	1,00		
8.Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	Var	30	3,83	0,83	2,721	0,007
	Yok	228	3,28	1,05		
	Toplam	258	3,35	1,04		
9.Üst düzey hastane yöneticileri, kalite iyileştirme çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	Var	30	3,90	0,84	3,255	0,001
	Yok	228	3,23	1,07		
	Toplam	258	3,31	1,07		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.6. incelendiğinde, hemşirelerin liderlik, taahhüt ve destek bölümüne ilişkin ifadelerine idari görevlerinin olup olmamasına göre katılma derecelerinde farklılıklar olduğu görülmektedir. İfadelerin tümünde idari görevi olan hemşirelerin ifadelerine katılma derecelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin idari görevinin olup olmamasına göre ifadelerine katılma dereceleri arasındaki bu fark “üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür” (t=1,851; p=0,065) ve “üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin,

para, insan, zaman, donanım) kalite iyileştirmeye tahsis ederler” ifadeleri ($t=1,307$; $p=0,185$) dışındaki bütün ifadelerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Liderlik, taahhüt ve destek bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.7.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümüne İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1.Üst düzey hastane yöneticileri, kalite iyileştirmeyi destekleyen bir ortamın sürdürülmesine görünür şekilde liderlik ederler.	258	-0,106	0,090
2.Üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür.	258	-0,166	0,008
3.Üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) kalite iyileştirmeye tahsis ederler.	258	-0,222	0,000
4.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik faaliyetlere sürekli olarak katılırlar.	256	-0,052	0,408
5.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtmişlerdir.	258	-0,063	0,310
6.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	258	-0,069	0,267
7.Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır	258	-0,125	0,450
8.Akreditasyon sonuçlarına dayanarak, üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesinin nasıl artırılacağını tam olarak kavramışlardır.	258	-0,100	0,109
9.Üst düzey hastane yöneticileri, kalite iyileştirme çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	258	-0,047	0,449

Tablo 4.7. incelendiğinde, hemşirelerin çalışma süreleri ile “üst yönetim, kalite iyileştirme çabalarının arkasındaki en önemli itici güçtür” ($r=-0,166$; $p=0,008$) ve “üst düzey hastane yöneticileri, mevcut hastane kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman, donanım) kalite iyileştirmeye tahsis ederler” ($r=-0,222$; $p<0,000$) ifadelerine

katılma derecesi arasında çok zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

4.4. Hemşirelerin Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin Değerlendirmeleri

Anketin üçüncü bölümü olan “Stratejik Kalite Planlaması” başlığı altında 7 ifade bulunmaktadır. Bu bölümde kalite iyileştirme için plan yapmak ve test etmek için hemşirelere yeterli zaman verilip verilmediği, hastanedeki her bölüm ve çalışma grubunun kalite hedeflerinin olup olmadığı ve bu hedeflerin bölümdeki herkes tarafından bilinip bilinmediği, hemşirelerin kalite iyileştirme planlarının geliştirilmesine katkı yapıp yapmadığı, orta düzey yönetici hemşirelerin, diğer hemşirelerin ve hastaların kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynayıp oynamadıkları sorulmuştur. Bu bölümde hastanenin kalite iyileştirme planlarına çalışanların ne ölçüde katıldıkları ve bu konuda ne derecede yetkili oldukları değerlendirilmektedir (Shortell, 1992). Aşağıda katılımcıların demografik özelliklerine göre her bir ifadeye katılma durumları tablolarla gösterilmiş ve değerlendirilmiştir.

Stratejik kalite planlamasına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.8.’de gösterilmiştir. Stratejik kalite planlamasına ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1.Hemşirelere, kalite iyileştirme için plan yapmak ve test etmek amacıyla yeterli zaman verilir.	SML ^c ve Önlisans	99	2,75	1,08	0,165	0,848
	Lisans	146	2,84	1,16		
	Lisans Üstü	12	2,83	1,33		
	Toplam	257	2,80	1,14		
2.Bu hastanedeki her bir bölüm ve çalışma grubunun, kaliteyi artırmak için ulaşmaya çalıştığı belirli hedefleri vardır.	SML ve Önlisans	99	3,39	0,97	1,876	0,155
	Lisans	146	3,63	0,96		
	Lisans Üstü	12	3,66	0,98		
	Toplam	254	3,54	0,97		
3.Hastanenin kalite iyileştirme hedefleri, bölümümüzde herkes tarafından bilinmektedir.	SML ve Önlisans	99	3,37	1,10	4,243	0,015
	Lisans	147	3,74	0,97		
	Lisans Üstü	12	3,83	1,02		
	Toplam	258	3,60	1,03		
4.Hemşireler, kalite iyileştirme planlarının geliştirilmesine katılır.	SML ve Önlisans	99	4,23	0,73	0,054	0,948
	Lisans	147	4,26	0,76		
	Lisans Üstü	12	4,25	1,13		
	Toplam	258	4,25	0,77		
5.Orta düzey yöneticiler (örneğin, süpervizörler, sorumlu hemşireler ya da hemşirelik hizmetleri müdürleri ve yardımcıları), kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	SML ve Önlisans	99	3,97	1,04	0,206	0,814
	Lisans	147	4,02	0,97		
	Lisans Üstü	12	3,83	1,33		
	Toplam	258	4,00	1,01		
6.Hastaların kalite hakkındaki beklentileri, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	SML ve Önlisans	99	3,53	1,12	2,905	0,057
	Lisans	147	3,82	0,94		
	Lisans Üstü	12	4,00	0,60		
	Toplam	258	3,72	1,01		
7.Hastanenin organizasyon şemasında temsil yoluyla, hemşireler, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	SML ve Önlisans	99	3,97	1,02	3,067	0,048
	Lisans	147	3,93	1,06		
	Lisans Üstü	12	4,00	1,34		
	Toplam	258	3,95	1,06		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.8. incelendiğinde, “hemşireler, kalite iyileştirme planlarının geliştirilmesine katılır” ifadesine katılma ortalamasının (4,25±0,77) “katılıyorum” derecesinden fazla, “orta düzey yöneticiler (örneğin, süpervizörler, sorumlu hemşireler ya da hemşirelik hizmetleri müdürleri ve yardımcıları), kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar” ifadesine katılma ortalamasının (4,00±1,01) “katılıyorum” derecesinde, “hastanenin organizasyon şemasında temsil yoluyla, hemşireler, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar” ifadesine katılma ortalamasının (3,95±1,06) “katılıyorum” derecesine çok

yakın, “hemşirelere, kalite iyileştirme için plan yapmak ve test etmek amacıyla yeterli zaman verilir” ifadesine katılma ortalamasının $(2,80 \pm 1,14)$ “kararsızım” derecesinden az ve bu ifadeler dışındaki katılma ortalamalarının “kararsızım” derecesinden fazla olduğu görülmektedir. Buna göre hemşirelerin kalite iyileştirme planlarına katıldığı, kalite iyileştirmede anahtar bir role sahip oldukları, hastanenin kalite iyileştirme hedeflerini bildikleri ancak kendilerine kalite iyileştirme için plan yapmak ve test etmek için yeterli zaman verilmediği söylenebilir.

Hemşirelerin ifadelerine katılma dereceleri eğitim durumlarına göre incelendiğinde, “orta düzey yöneticiler kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar” ve “hastanenin organizasyon şemasında temsil yoluyla, hemşireler, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar” ifadeleri dışındaki tüm ifadelerde sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarının ifadelerine katılma ortalamalarının lisans ve lisans üstü mezunu hemşirelere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki bu fark “hastanenin kalite iyileştirme hedefleri, bölümümüzde herkes tarafından bilinmektedir” ($F=4,243$; $p=0,015$) ve “hastanenin organizasyon şemasında temsil yoluyla, hemşireler, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar” ($F=3,067$; $p=0,048$) ifadelerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey HSD testinde farkın lisans mezunları ile sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Stratejik kalite planlamasına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.9.’da gösterilmiştir. Stratejik kalite planlamasına ilişkin ifadelerine hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.9. Hemşirelerin Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1.Hemşirelere, kalite iyileştirme için plan yapmak ve test etmek amacıyla yeterli zaman verilir.	Var	30	3,03	0,12	1,144	0,254
	Yok	227	2,77	1,14		
	Toplam	257	2,80	1,14		
2.Bu hastanedeki her bir bölüm ve çalışma grubunun, kaliteyi artırmak için ulaşmaya çalıştığı belirli hedefleri vardır.	Var	30	3,96	0,68	2,535	0,012
	Yok	228	3,48	0,98		
	Toplam	258	3,54	0,97		
3.Hastanenin kalite iyileştirme hedefleri, bölümümüzde herkes tarafından bilinmektedir.	Var	30	4,00	0,87	2,212	0,028
	Yok	228	3,55	1,04		
	Toplam	258	3,60	1,03		
4.Hemşireler, kalite iyileştirme planlarının geliştirilmesine katılır.	Var	30	4,53	0,50	2,142	0,033
	Yok	228	4,21	0,79		
	Toplam	258	4,25	0,77		
5.Orta düzey yöneticiler (örneğin, süpervizörler, sorumlu hemşireler ya da hemşirelik hizmetleri müdürleri ve yardımcıları), kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	Var	30	4,70	0,54	3,940	0,000
	Yok	228	3,90	1,03		
	Toplam	258	4,00	1,01		
6.Hastaların kalite hakkındaki beklentileri, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	Var	30	4,30	0,60	3,397	0,001
	Yok	228	3,64	1,03		
	Toplam	258	3,72	1,01		
7.Hastanenin organizasyon şemasında temsil yoluyla, hemşireler, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	Var	30	4,40	0,89	2,287	0,023
	Yok	228	3,90	1,07		
	Toplam	258	3,95	1,06		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.9. incelendiğinde, stratejik kalite planlaması bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin idari görevinin olup olmamasına göre katılma derecelerinde farklılıklar olduğu görülmektedir. Buna göre idari görevi olan hemşirelerin ifadeler katılma ortalamalarının bütün ifadelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin idari görevinin olup olmamasına göre ifadeler katılma ortalamaları arasındaki bu fark “hemşirelere, kalite iyileştirme için plan yapmak ve test etmek amacıyla yeterli zaman verilir” (t=1,144; p=0,254) ifadesi dışında diğer ifadelerin tümünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Stratejik kalite planlamasına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.10.’da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Hemşirelerin Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Stratejik Kalite Planlamasına İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1.Hemşirelere, kalite iyileştirme için plan yapmak ve test etmek amacıyla yeterli zaman verilir.	257	0,016	0,804
2.Bu hastanedeki her bir bölüm ve çalışma grubunun, kaliteyi artırmak için ulaşmaya çalıştığı belirli hedefleri vardır.	258	-0,084	0,177
3.Hastanenin kalite iyileştirme hedefleri, bölümümüzde herkes tarafından bilinmektedir.	258	-0,048	0,439
4.Hemşireler, kalite iyileştirme planlarının geliştirilmesine katılır.	258	0,053	0,400
5.Orta düzey yöneticiler (örneğin, süpervizörler, sorumlu hemşireler ya da hemşirelik hizmetleri müdürleri ve yardımcıları), kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	258	0,058	0,357
6.Hastaların kalite hakkındaki beklentileri, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	258	-0,010	0,868
7.Hastanenin organizasyon şemasında temsil yoluyla, hemşireler, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	258	0,045	0,468

Tablo 4.10. incelendiğinde, hemşirelerin çalışma süreleri ile ifadelere katılma derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.5. Hemşirelerin İnsan Kaynakları Kullanımına İlişkin Değerlendirmeleri

Anketin dördüncü bölümü olan “İnsan Kaynakları Kullanımı” iki alt bölümden oluşmaktadır. Bunlar: “Eğitim ve Öğretim Alt Bölümü” ve “Ödül ve Takdir Alt Bölümü”dür. Her iki alt bölüm de 3’er ifadeden oluşmaktadır. Bu bölümde hemşirelere kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri, kalite iyileştirmeyi destekleyen yöntemler, hemşirelerin iş becerilerini ve performanslarını nasıl artıracakları konularında yeterli eğitim verilip verilmediği; hemşirelerin kalite iyileştirme için ödüllendirilip ödüllendirilmediği, hizmet kalitesini artırmak için bölümler arası işbirliğinin desteklenip desteklenmediği ve hastanenin, hemşirelerin yönetime önerilerde bulunabilmesi için etkili bir sisteme sahip olup olmadığı

sorulmuştur. Bu bölümde hemşirelere kalite iyileştirme için ne derecede eğitim verildiği ve hemşirelerin bu konuda ne derece ödüllendirildiği değerlendirilmektedir (Shortell, 1992). Aşağıda katılımcıların demografik özelliklerine göre her iki alt bölüme katılma durumları tablolarla gösterilmiş ve değerlendirilmiştir.

4.5.1. Hemşirelerin Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin Değerlendirmeleri

Eğitim ve öğretim alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.11.'de gösterilmiştir. Eğitim ve öğretim alt bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.11. Hemşirelerin Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1. Hemşirelere, akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.	SML ^c ve Önlisans	99	3,96	0,87	0,025	0,975
	Lisans	147	3,94	0,82		
	Lisans Üstü	12	3,92	1,00		
	Toplam	258	3,95	0,85		
2. Hemşirelere, kalite iyileştirmeyi destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.	SML ve Önlisans	99	3,99	0,76	0,049	0,952
	Lisans	147	3,97	0,80		
	Lisans Üstü	12	3,92	1,08		
	Toplam	258	3,98	0,80		
3. Hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim programları yoluyla).	SML ve Önlisans	99	4,08	0,80	0,621	0,538
	Lisans	147	3,97	0,89		
	Lisans Üstü	12	4,17	1,11		
	Toplam	258	4,02	0,87		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.11. incelendiğinde, genel olarak, ifadeler toplam katılma ortalamalarının birbirine çok yakın ve “katılıyorum” derecesinde olduğu görülmektedir. “Hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını artırmak için

gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim programları yoluyla)” ifadesi en yüksek ($4,02 \pm 0,87$), “hemşirelere, akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir” ifadesi en düşük ($3,95 \pm 0,85$) ortalamaya sahip ifadelerdir. Buna göre hemşirelere iş becerileri ve performanslarını nasıl geliştirecekleri, kalite iyileştirmeyi destekleyen yöntemler ve kalite iyileştirme fırsatlarının nasıl belirleneceği konularında yeterli eğitim verildiği söylenebilir. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadelere katılım durumları incelendiğinde, hiçbir ifadeye istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Eğitim ve öğretim alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.12.’de gösterilmiştir. Eğitim ve öğretim alt bölümüne ilişkin ifadelere hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.12. Hemşirelerin Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1. Hemşirelere, akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.	Var	30	4,50	0,50	3,908	0,000
	Yok	228	3,87	0,85		
	Toplam	258	3,95	0,85		
2. Hemşirelere, kalite iyileştirmeyi destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.	Var	30	4,47	0,50	3,660	0,000
	Yok	228	3,91	0,80		
	Toplam	258	3,98	0,80		
3. Hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim programları yoluyla).	Var	30	4,50	0,50	3,240	0,001
	Yok	228	3,96	0,90		
	Toplam	258	4,02	0,87		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.12. incelendiğinde, hemşirelerin eğitim ve öğretim alt bölümüne ilişkin ifadelere katılma derecelerinde idari görevlerinin olup olmamasına göre farklılıklar olduğu görülmektedir. İdari görevi olan hemşirelerin ifadelere katılma

ortalamaları bütün ifadelerde daha yüksektir. Hastanede eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi ve gerçekleştirilmesi daha çok yönetici pozisyonunda çalışanların sorumluluğundadır. Bu nedenle idari görevi olan hemşirelerin kendi sorumluluğunda olan eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirildiğini düşündükleri ancak diğer hemşirelerin buna onlar kadar katılmadıkları söylenebilir. Hemşirelerin idari görevinin olup olmamasına göre ifadelere katılma ortalamaları arasındaki bu fark ifadelerin tümünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Eğitim ve öğretim alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.13.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Hemşirelerin Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Eğitim ve Öğretim Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1. Hemşirelere, akreditasyon denetimleri sonucunda yapılan önerilere dayalı olarak kalite iyileştirme fırsatlarını nasıl belirleyecekleri ve buna göre nasıl davranacakları konusunda eğitim ve öğretim verilir.	258	0,107	0,085
2. Hemşirelere, kalite iyileştirmeyi destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.	258	0,088	0,157
3. Hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim programları yoluyla).	258	0,149	0,016

Tablo 4.13. incelendiğinde, “hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim programları yoluyla)” ($r=0,149$; $p=0,016$) ifadesine hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında çok zayıf, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre çalışma süresi artıkça bu ifadeye katılma derecesi de artmaktadır. Daha uzun süre çalışanların bu tür eğitim almış olma ihtimalinin daha yüksek olması; çalışma süresi artıkça ifadelere katılma derecesinin de artmasının nedeni olarak gösterilebilir.

4.5.2. Hemşirelerin Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin Değerlendirmeleri

Ödül ve takdir alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.14.'te gösterilmiştir. Ödül ve takdir alt bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.14. Hemşirelerin Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1.Hemşireler kalite iyileştirme için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).	SML ^c ve Önlisans	99	2,27	1,33	1,010	0,366
	Lisans	147	2,10	1,13		
	Lisans Üstü	12	2,50	1,17		
	Toplam	258	2,18	1,21		
2.Hizmetlerin kalitesini artırmak için bölümlerarası işbirliği desteklenir ve teşvik edilir.	SML ve Önlisans	99	2,87	1,09	0,641	0,528
	Lisans	147	3,02	1,19		
	Lisans Üstü	12	2,75	1,14		
	Toplam	258	2,95	1,15		
3.Hastane, hemşirelerin kalitenin nasıl artırılacağı konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	SML ve Önlisans	99	3,03	1,22	0,007	0,993
	Lisans	147	3,01	1,19		
	Lisans Üstü	12	3,00	1,28		
	Toplam	258	3,01	1,20		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.14. incelendiğinde, “hemşireler kalite iyileştirme için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde)” ifadesinin (2,18±1,21) en düşük katılma ortalamasına sahip ifade olduğu görülmektedir. Diğer iki ifadeye katılma derecesi “kararsızım” düzeyindedir. Buna göre hemşirelerin ödüllendirilmesi ve takdir edilmesi konusunda hastanenin yetersiz kaldığı söylenebilir. Ayrıca hizmet kalitesinin artırılması için bölümlerarası işbirliğinin desteklenmesi ve hemşirelerin yönetime önerilerde bulunabilmesi için hastanenin etkili bir sisteme sahip olduğuna hemşirelerin yeterince katılmadıkları söylenebilir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadelere katılma durumları incelendiğinde, gruplar arasında hiçbir ifadeye istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ödül ve takdir alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.15.'de gösterilmiştir. Ödül ve takdir alt bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevlerinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.15. Hemşirelerin Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1.Hemşireler kalite iyileştirme için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).	Var	30	3,07	1,20	4,383	0,000
	Yok	228	2,07	1,16		
	Toplam	258	2,18	1,21		
2.Hizmetlerin kalitesini artırmak için bölümlerarası işbirliği desteklenir ve teşvik edilir.	Var	30	3,43	1,07	2,449	0,015
	Yok	228	2,89	1,15		
	Toplam	258	2,95	1,15		
3.Hastane, hemşirelerin kalitenin nasıl artırılacağı konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	Var	30	3,46	1,10	2,185	0,030
	Yok	228	2,96	2,96		
	Toplam	258	3,01	1,20		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.15. incelendiğinde, hemşirelerin ödül ve takdir alt bölümüne ilişkin ifadeler katılma derecelerinde idari görevlerinin olup olmamasına göre farklılıklar olduğu görülmektedir. İdari görevi olan hemşirelerin ifadeler katılma ortalamaları bütün ifadelerde daha yüksektir. Hemşirelerin idari görevinin olup olmamasına göre ifadeler katılma ortalamaları arasındaki bu fark ifadelerin tümünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ödül ve takdir alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.13.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Hemşirelerin Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Ödül ve Takdir Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1.Hemşireler kalite iyileştirme için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).	258	0,179	0,004
2.Hizmetlerin kalitesini artırmak için bölümlerarası işbirliği desteklenir ve teşvik edilir.	258	0,074	0,234
3.Hastane, hemşirelerin kalitenin nasıl artırılacağı konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	258	0,114	0,066

Tablo 4.16. incelendiğinde, “hemşireler kalite iyileştirme için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde)” ($r=0,179$; $p=0,004$) ifadesine hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında çok zayıf, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu ifade dışındaki diğer iki ifadeye katılma derecesi ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.6. Hemşirelerin Kalite Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri

Anketin beşinci bölümü olan “Kalite Yönetimi” başlığı altında 6 ifade bulunmaktadır. Bu bölümde hemşirelere hastanenin, donanım ve malzemeleri düzenli olarak kontrol edip etmediği, kalite iyileştirme için etkili politikalara sahip olup olmadığı, yeni hizmetler geliştirirken kaliteyi bu hizmetlerin tasarımına dahil etmeye çalışıp çalışmadığı, sunulan hizmetlerin uygulanmadan önce kalite açısından test edilip edilmediği, hastanenin, kalite güvencesini, iyileştirme yolları bulmak için yapılan sürekli bir araştırma olarak görüp görmediği ve kalite problemlerini kayıt etme konusunda hemşireleri teşvik edip etmediği sorulmuştur. Bu bölümde hastanenin daha iyi bir performans ve kaliteli hizmet sunumu için ürün ve hizmet dağıtım süreçleri, destek hizmetleri ve kaynak yönetimi gibi ana süreçler dahil anahtar süreçlerin ne düzeyde tasarlandığı, yönetildiği ve geliştirildiği değerlendirilmektedir (Shortell, 1992). Aşağıda katılımcıların demografik özelliklerine göre her bir ifadeye katılma durumları tablolarla gösterilmiş ve değerlendirilmiştir.

Kalite yönetimine ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.17.'de gösterilmiştir. Kalite yönetimine ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.17. Hemşirelerin Kalite Yönetimine İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kalite Yönetimine İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1.Hastane, kalite gereklerini karşıladığından emin olmak için, donanım ve malzemeleri düzenli olarak kontrol eder.	SML ^c ve Önlisans	99	3,45	0,82	2,747	0,066
	Lisans	147	3,70	0,85		
	Lisans Üstü	12	3,67	0,78		
	Toplam	258	3,60	0,84		
2.Hastane, bakım ve hizmet kalitesini iyileştirmeyi destekleyen etkili politikalara sahiptir.	SML ve Önlisans	99	3,87	0,82	2,789	0,063
	Lisans	147	4,10	0,78		
	Lisans Üstü	12	3,17	0,72		
	Toplam	258	4,01	0,80		
3.Hastane, yeni hizmetler geliştirilirken, kaliteyi bu hizmetlerin tasarımına dahil etmeye çalışır.	SML ve Önlisans	98	3,61	0,74	1,068	0,345
	Lisans	147	3,70	0,78		
	Lisans Üstü	12	3,92	0,67		
	Toplam	257	3,68	0,76		
4.Hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir.	SML ve Önlisans	99	3,32	0,90	4,438	0,013
	Lisans	147	3,67	0,92		
	Lisans Üstü	12	3,33	0,98		
	Toplam	258	3,52	0,93		
5.Hastane, kalite güvencesini, iyileştirme yollarını bulmak için yapılan sürekli bir araştırma olarak görür.	SML ve Önlisans	99	3,52	0,90	1,605	0,203
	Lisans	147	3,73	0,91		
	Lisans Üstü	12	3,58	1,00		
	Toplam	258	3,65	0,91		
6.Hastane, dokümantasyon yoluyla kalite problemlerinin kayıtlarını tutmaları için hemşireleri teşvik eder.	SML ve Önlisans	99	3,80	0,88	1,230	0,294
	Lisans	147	3,97	0,94		
	Lisans Üstü	12	3,67	1,15		
	Toplam	258	3,90	0,93		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.17. incelendiğinde, hemşirelerin ifadeler katılma ortalamalarının “katılıyorum” derecesinde ya da “katılıyorum” derecesine yakın olduğu görülmektedir. Buna göre hastanenin kaliteli hizmet sunumu için ürün ve hizmet

dağıtım süreçleri, destek hizmetleri ve kaynak yönetimi konularında etkili bir yönetime sahip olduğu görüşüne hemşirelerin katıldıkları söylenebilir. İfadeler arasında karşılaştırma yapıldığında “hastane, bakım ve hizmet kalitesini iyileştirmeyi destekleyen etkili politikalara sahiptir” ifadesinin en yüksek ($4,01\pm 0,80$), “hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir” ifadesinin ise en düşük ($3,52\pm 0,93$) ortalamaya sahip ifadeler olduğu görülmektedir. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadelere katılma durumları incelendiğinde, “hastane, yeni hizmetler geliştirilirken, kaliteyi bu hizmetlerin tasarımına dahil etmeye çalışır” ifadesi dışında diğer tüm ifadelerde lisans mezunu hemşirelerin ifadelere katılma derecesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki bu fark sadece “hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir” ($F=4,438$; $p=0,013$) ifadesinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey HSD testinde farkın lisans mezunları ile sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Kalite yönetimine ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.18.’de gösterilmiştir. Kalite yönetimine ilişkin ifadelere hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevlerinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.18. Hemşirelerin Kalite Yönetimine İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kalite Yönetimine İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1.Hastane, kalite gereklerini karşıladığından emin olmak için, donanım ve malzemeleri düzenli olarak kontrol eder.	Var	30	4,00	0,59	2,749	0,006
	Yok	228	3,55	0,86		
	Toplam	258	3,60	0,84		
2.Hastane, bakım ve hizmet kalitesini iyileştirmeyi destekleyen etkili politikalara sahiptir.	Var	30	4,50	0,51	3,617	0,000
	Yok	228	3,95	0,80		
	Toplam	258	4,01	0,80		
3.Hastane, yeni hizmetler geliştirilirken, kaliteyi bu hizmetlerin tasarımına dahil etmeye çalışır.	Var	30	4,06	0,52	3,004	0,003
	Yok	227	3,63	0,77		
	Toplam	257	3,68	0,76		
4.Hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir.	Var	30	4,00	0,79	3,073	0,002
	Yok	228	3,46	0,93		
	Toplam	258	3,52	0,93		
5.Hastane, kalite güvencesini, iyileştirme yollarını bulmak için yapılan sürekli bir araştırma olarak görür.	Var	30	4,03	0,80	2,496	0,013
	Yok	228	3,60	0,91		
	Toplam	258	3,65	0,91		
6.Hastane, dokümantasyon yoluyla kalite problemlerinin kayıtlarını tutmaları için hemşireleri teşvik eder.	Var	30	4,20	0,71	1,949	0,052
	Yok	228	3,85	0,94		
	Toplam	258	3,90	0,93		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.18. incelendiğinde, hemşirelerin kalite yönetimine ilişkin ifadelerle katılma dereceleri arasında idari görevlerinin olup olmamasına göre farklılıklar olduğu görülmektedir. İdari görevi olan hemşirelerin ifadelerle katılma ortalamaları bütün ifadelerde daha yüksektir. Hemşirelerin idari görevinin olup olmamasına göre ifadelerle katılma ortalamaları arasındaki bu fark “hastane, dokümantasyon yoluyla kalite problemlerinin kayıtlarını tutmaları için hemşireleri teşvik eder” (t=1,949; p=0,052) ifadesi dışında (p>0,05) ifadelerin tümünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Kalite yönetimine ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.19.’da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Hemşirelerin Kalite Yönetimine İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Kalite Yönetimine İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1.Hastane, kalite gereklerini karşıladığından emin olmak için, donanım ve malzemeleri düzenli olarak kontrol eder.	258	0,002	0,972
2.Hastane, bakım ve hizmet kalitesini iyileştirmeyi destekleyen etkili politikalara sahiptir.	258	-0,054	0,387
3.Hastane, yeni hizmetler geliştirilirken, kaliteyi bu hizmetlerin tasarımına dahil etmeye çalışır.	257	0,022	0,721
4.Hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir.	258	-0,127	0,042
5.Hastane, kalite güvencesini, iyileştirme yollarını bulmak için yapılan sürekli bir araştırma olarak görür.	258	-0,017	0,791
6.Hastane, dokümantasyon yoluyla kalite problemlerinin kayıtlarını tutmaları için hemşireleri teşvik eder.	258	-0,094	0,134

Tablo 4.19. incelendiğinde, “hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir” ($r=-0,127$; $p=0,042$) ifadesine hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında çok zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu ifade dışında diğer ifadelere katılma derecesi ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.7. Hemşirelerin Veri Kullanımına İlişkin Değerlendirmeleri

Anketin altıncı bölümü olan “Veri Kullanımı” başlığı altında 6 ifade bulunmaktadır. Bu bölümde hemşirelere, hastaların şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarının belirlenip belirlenmediği, hastalarının şikayetlerinin hemşireler tarafından kısa zamanda çözülüp çözülmediği, aynı problemlerinin tekrarlanmasını önlemek üzere bu problemler üzerinde çalışılıp çalışılmadığı, hastalardan toplanan verilerin hizmetleri iyileştirmek için kullanılıp kullanılmadığı ve hasta memnuniyeti hakkındaki verilerin çalışanlarla paylaşılıp paylaşılmadığı sorulmuştur. Bu bölümde hastanenin, hastaların ihtiyaç ve beklentilerini ne derece belirlediği ve bunları ne

derecede değerlendirip çözüme kavuşturduğu değerlendirilmektedir (Shortell, 1992). Aşağıda katılımcıların demografik özelliklerine göre her bir ifadeye katılma durumları tablolarla gösterilmiş ve değerlendirilmiştir.

Veri kullanımına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.20.'de gösterilmiştir. Veri kullanımına ilişkin ifadelere hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.20. Hemşirelerin Veri Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Veri Kullanımına İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1.Hastane, şimdiki hasta ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar.	SML ^c ve Önlisans	99	3,05	0,96	8,507	0,000
	Lisans	147	3,54	0,92		
	Lisans Üstü	12	3,50	0,80		
	Toplam	258	3,35	0,96		
2.Hastane, hastaların gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar.	SML ve Önlisans	99	3,05	0,95	4,356	0,040
	Lisans	147	3,42	0,99		
	Lisans Üstü	12	3,25	0,75		
	Toplam	258	3,27	0,98		
3.Hemşireler hasta şikayetlerini çabucak çözer.	SML ve Önlisans	99	3,98	0,81	0,151	0,860
	Lisans	147	3,95	0,95		
	Lisans Üstü	12	4,08	1,00		
	Toplam	258	3,96	0,89		
4.Hasta şikayetleri, aynı problemlerin tekrarlanmasını önlemek üzere, tanımlamak ve öğrenmek için incelenir.	SML ve Önlisans	98	3,38	0,99	6,287	0,002
	Lisans	147	3,80	0,87		
	Lisans Üstü	12	3,67	0,98		
	Toplam	257	3,63	0,94		
5.Hastane, hizmetleri iyileştirmek için hastalardan toplanan verileri kullanır.	SML ve Önlisans	99	3,40	1,03	5,260	0,138
	Lisans	147	3,78	0,80		
	Lisans Üstü	12	3,58	0,79		
	Toplam	258	3,63	0,91		
6.Hasta memnuniyeti hakkındaki veri hastane çalışanlarına geniş çapta bildirilir.	SML ve Önlisans	99	3,14	1,15	1,998	0,057
	Lisans	147	3,43	1,09		
	Lisans Üstü	12	3,25	0,97		
	Toplam	258	3,31	1,11		
	Toplam	258	3,94	1,10		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.20. incelendiğinde, hemşirelerin veri kullanımına ilişkin ifadelere katılma ortalamalarının genel olarak “kararsızım” derecesi ile “katılıyorum” derecesi arasında olduğu görülmektedir. “Hemşireler hasta şikayetlerini çabucak çözer” ifadesi en yüksek ($3,96 \pm 0,89$), “hastane, hastaların gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar” ifadesi ise en düşük ($3,27 \pm 0,98$) ortalamaya sahip ifadelerdir. Bütün ifadelerde hemşirelerin katılma derecelerinin %50’nin üzerinde olması nedeniyle hastanenin hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin belirlenmesi ve karşılanması konusunda orta düzeyin üzerinde bir iş çıkardığı söylenebilir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadelere katılma durumları incelendiğinde, “hemşireler hasta şikayetlerini çabucak çözer” ifadesinde lisans üstü mezunlarının katılma ortalamasının ($4,08 \pm 1,00$), bu ifade dışında diğer tüm ifadelerde lisans mezunu hemşirelerin ifadelere katılma ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki bu fark “hastane, şimdiki hasta ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar” ifadesinde ($F=8,507$; $p=0,000$), “hastane, hastaların gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar” ifadesinde ($F=4,356$; $p=0,040$) ve “hasta şikayetleri, aynı problemlerin tekrarlanmasını önlemek üzere, tanımlamak ve öğrenmek için incelenir” ifadesinde ($F=6,287$; $p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey HSD testinde farkın bu üç ifadede de lisans mezunları ile sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Veri kullanımına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.21.’de gösterilmiştir. Veri kullanımına ilişkin ifadelere hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevlerinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.21. Hemşirelerin Veri Kullanımına İlişkin Görüşlerinin İdari Görevinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Veri Kullanımına İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1.Hastane, şimdiki hasta ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar.	Var	30	3,83	0,74	2,973	0,003
	Yok	228	3,28	0,96		
	Toplam	258	3,35	0,96		
2.Hastane, hastaların gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar.	Var	30	3,63	0,81	2,167	0,031
	Yok	228	3,22	0,99		
	Toplam	258	3,27	0,98		
3.Hemşireler hasta şikayetlerini çabucak çözer.	Var	30	4,20	0,85	1,530	0,127
	Yok	228	3,93	0,90		
	Toplam	258	3,96	0,89		
4.Hasta şikayetleri, aynı problemlerin tekrarlanmasını önlemek üzere, tanımlamak ve öğrenmek için incelenir.	Var	30	4,20	0,71	3,593	0,000
	Yok	227	3,55	0,94		
	Toplam	257	3,63	0,94		
5.Hastane, hizmetleri iyileştirmek için hastalardan toplanan verileri kullanır.	Var	30	4,17	0,65	3,513	0,001
	Yok	228	3,56	0,92		
	Toplam	258	3,63	0,91		
6.Hasta memnuniyeti hakkındaki veri hastane çalışanlarına geniş çapta bildirilir.	Var	30	4,00	0,74	3,695	0,000
	Yok	228	3,21	1,12		
	Toplam	258	3,31	1,11		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.21. incelendiğinde, hemşirelerin veri kullanımına ilişkin ifadelere katılma derecelerinde idari görevlerinin olup olmamasına göre farklılıklar olduğu görülmektedir. İdari görevi olan hemşirelerin ifadelere katılma ortalamaları bütün ifadelerde daha yüksektir. Hemşirelerin idari görevinin olup olmamasına göre ifadelere katılma ortalamaları arasındaki bu fark “hastane, şimdiki hasta ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar” ifadesinde (t=2,973; p=0,033), “hastane, hastaların gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar” ifadesinde (t=2,167; p=0,031), “hasta şikayetleri, aynı problemlerin tekrarlanmasını önlemek üzere, tanımlamak ve öğrenmek için incelenir” ifadesinde (t=3,593; p=0,000), “hastane, hizmetleri iyileştirmek için hastalardan toplanan verileri kullanır” ifadesinde (t=3,513; p=0,001) ve “hasta memnuniyeti hakkındaki veri hastane çalışanlarına geniş çapta bildirilir” ifadesinde (t=3,695; p=0,000) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Veri kullanımına ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.22.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Hemşirelerin Veri Kullanımına İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Veri Kullanımına İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1.Hastane, şimdiki hasta ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar.	258	-0,144	0,021
2.Hastane, hastaların gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar.	258	-0,144	0,020
3.Hemşireler hasta şikayetlerini çabucak çözer.	258	0,011	0,862
4.Hasta şikayetleri, aynı problemlerin tekrarlanmasını önlemek üzere, tanımlamak ve öğrenmek için incelenir.	257	-0,194	0,131
5.Hastane, hizmetleri iyileştirmek için hastalardan toplanan verileri kullanır.	258	-0,098	0,117
6.Hasta memnuniyeti hakkındaki veri hastane çalışanlarına geniş çapta bildirilir.	258	-0,001	0,991

Tablo 4.22. incelendiğinde, “hastane, şimdiki hasta ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar” ($r=-0,144$; $p=0,021$) ve “hastane, hastaların gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar” ($r=-0,144$; $p=0,020$) ifadelerine hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında çok zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu iki ifade dışındaki diğer ifadeler hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.8. Hemşirelerin Akreditasyona İlişkin Değerlendirmeleri

Anketin yedinci bölümü olan “Akreditasyon” iki alt bölümden oluşmaktadır. Bunlar: “Çalışanların Katılımı” ve “Akreditasyonun Faydaları” alt bölümleridir.

Çalışanların katılımı alt bölümü 5, akreditasyonun faydaları alt bölümü ise 9 ifadeden oluşmaktadır. Çalışanları katılımı alt bölümünde hemşirelere akreditasyon denetimleri sürecinde hastanede önemli değişiklikler yapılıp yapılmadığı, bu değişikliklere hemşirelerin katılıp katılmadığı, akreditasyon sürecinin sonunda hastane için yapılan önerilerden kendilerinin haberdar olup olmadıkları ve yapılan önerilerin hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsat olup olmadığı sorulmuştur. Akreditasyonun faydaları alt bölümünde ise hemşirelere akreditasyonun; hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verip vermediği, çalışanların motivasyonunu artırıp, ekip çalışmasını ve işbirliğini teşvik edip etmediği, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine, hastanenin iç kaynaklarının daha iyi kullanmasına, toplumun ihtiyaçlarına ve hastanenin ilişki içinde olduğu diğer kuruluşlara daha iyi cevap vermesine imkan verip vermediği, bu kuruluşlarla işbirliği geliştirmesine katkıda bulunup bulunmadığı, hastanenin değişiklikler yapmasında değerli bir araç olup olmadığı ve hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde bu değişikliklere daha iyi cevap vermesine katkıda bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Aşağıda katılımcıların demografik özelliklerine göre her iki alt bölüme katılma durumları tablolarla gösterilmiş ve değerlendirilmiştir.

4.8.1. Hemşirelerin Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin Değerlendirmeleri

Çalışanların katılımı alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.23.'te gösterilmiştir. Çalışanların katılımı alt bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.23. Hemşirelerin Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1.Son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı.	SML ^c ve Önlisans	99	3,70	0,88	5,799	0,003
	Lisans	147	4,06	0,79		
	Lisans Üstü	12	3,83	0,58		
	Toplam	258	3,92	0,83		
2.Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.	SML ve Önlisans	99	3,39	1,17	6,772	0,001
	Lisans	146	3,90	0,98		
	Lisans Üstü	12	3,75	1,14		
	Toplam	257	3,70	1,08		
3.Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa).	SML ve Önlisans	99	3,10	1,17	9,905	0,000
	Lisans	147	3,73	1,06		
	Lisans Üstü	12	3,75	0,96		
	Toplam	258	3,49	1,14		
4.Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.	SML ve Önlisans	99	3,39	1,14	4,680	0,010
	Lisans	147	3,80	0,95		
	Lisans Üstü	12	3,67	0,89		
	Toplam	258	3,64	1,04		
5.Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.	SML ve Önlisans	99	3,21	1,16	9,019	0,000
	Lisans	147	3,82	1,09		
	Lisans Üstü	12	3,83	0,93		
	Toplam	258	3,59	1,15		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.23. incelendiğinde, genel olarak, ifadelere toplam katılma ortalamalarının “kararsızım” derecesinin üstünde ve “katılıyorum” derecesine yakın olduğu görülmektedir. “Son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı” ifadesi en yüksek ($3,92 \pm 0,83$), “son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa)” ifadesi en düşük ($3,49 \pm 1,14$) katılma ortalamasına sahip ifadelerdir. Buna göre akreditasyon denetimleri sürecinde hastanede önemli değişiklikler yapılmış ve hemşireler bu sürece dahil edilmişlerdir denilebilir. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadelere katılma durumları incelendiğinde, en düşük ortalamanın bütün ifadelerde sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarında olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark ifadelerin tümünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey HSD testinde farkın ifadelerin

tümünde lisans mezunları ile sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çalışanların katılımı alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.24.'te gösterilmiştir. Çalışanların katılımı alt bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevlerinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.24. Hemşirelerin Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1.Son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı.	Var	30	4,37	0,49	3,181	0,002
	Yok	228	3,86	0,85		
	Toplam	258	3,92	0,83		
2.Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.	Var	30	4,00	0,50	3,841	0,000
	Yok	227	3,60	1,11		
	Toplam	257	3,70	1,08		
3.Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa).	Var	30	4,37	0,56	4,663	0,000
	Yok	228	3,37	1,14		
	Toplam	258	3,49	1,14		
4.Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.	Var	30	4,37	0,56	4,192	0,000
	Yok	227	3,54	1,05		
	Toplam	258	3,64	1,04		
5.Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.	Var	30	4,40	0,56	4,272	0,000
	Yok	226	3,48	1,16		
	Toplam	258	3,59	1,15		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.24. incelendiğinde, hemşirelerin çalışanların katılımı alt bölümüne ilişkin ifadeler katılma derecelerinde idari görevlerinin olup olmamasına göre farklılıklar olduğu görülmektedir. İfadelerin tümünde idari görevi olan hemşirelerin ifadeler katılma ortalamaları “katılıyorum” derecesinin üzerinde iken, idari görevi olmayan hemşirelerin ifadeler katılma ortalamaları “katılıyorum” derecesinin altındadır. Gruplar arasındaki bu fark ifadelerin tümünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışanların katılımı alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.25.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Hemşirelerin Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Çalışanların Katılımı Alt Bölümüne İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1.Son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı.	258	-0,132	0,035
2.Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım.	257	-0,051	0,414
3.Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa).	258	-0,130	0,037
4.Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı.	257	-0,026	0,673
5.Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım.	256	-0,171	0,006

Tablo 4.25. incelendiğinde, “son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı” ($r=-0,132$; $p=0,035$), “son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa)” ($r=-0,130$; $p=0,037$) ve “akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım” ($r=-0,171$; $p=0,006$) ifadelerine hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında çok zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu üç ifade dışındaki diğer iki ifadeye hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.8.2. Hemşirelerin Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümüne İlişkin Değerlendirmeleri

Akreditasyonun faydaları alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.23.'de gösterilmiştir. Akreditasyonun faydaları alt bölümüne ilişkin ifadelere hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.26. Hemşirelerin Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Akreditasyonun Faydalarına İlişkin İfadeler	Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
1. Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir.	SML ^c ve Önlisans	99	3,90	0,83	0,169	0,845
	Lisans	147	3,97	1,01		
	Lisans Üstü	12	3,92	1,08		
	Toplam	258	3,95	0,95		
2. Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve işbirliğini teşvik eder.	SML ve Önlisans	99	3,40	1,07	1,361	0,258
	Lisans	147	3,55	1,15		
	Lisans Üstü	12	3,92	0,80		
	Toplam	258	3,51	1,10		
3. Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir.	SML ve Önlisans	99	3,56	0,98	0,387	0,680
	Lisans	147	3,67	1,06		
	Lisans Üstü	12	3,67	1,23		
	Toplam	258	3,63	1,04		
4. Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir.	SML ve Önlisans	98	3,27	1,12	1,716	0,182
	Lisans	147	3,38	1,16		
	Lisans Üstü	12	3,92	1,08		
	Toplam	257	3,37	1,14		
5. Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir.	SML ve Önlisans	98	3,57	0,90	1,245	0,290
	Lisans	147	3,72	0,90		
	Lisans Üstü	12	3,92	1,08		
	Toplam	257	3,67	0,91		
6. Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir.	SML ve Önlisans	99	3,59	0,86	1,708	0,183
	Lisans	147	3,80	0,86		
	Lisans Üstü	12	3,75	1,21		
	Toplam	258	3,71	0,88		
7. Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla işbirliği geliştirmesine katkıda bulunur.	SML ve Önlisans	97	3,59	0,77	1,322	0,268
	Lisans	147	3,77	0,88		
	Lisans Üstü	12	3,67	1,15		
	Toplam	256	3,70	0,85		
8. Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.	SML ve Önlisans	98	3,86	0,85	1,021	0,362
	Lisans	147	4,00	0,86		
	Lisans Üstü	12	3,75	1,36		
	Toplam	257	3,93	0,89		
9. Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir.	SML ve Önlisans	97	3,80	0,84	0,407	0,666
	Lisans	147	3,90	0,85		
	Lisans Üstü	12	3,83	1,19		
	Toplam	256	3,86	0,86		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.26. incelendiğinde, genel olarak, ifadeler toplam katılma ortalamalarının “kararsızım” derecesinin üstünde ve “katılıyorum” derecesine yakın olduğu görülmektedir. Bir başka ifadeyle hemşirelerin ifadeler katılma dereceleri

%50 katılıyorum derecesinin üstünde ve %75 katılıyorum derecesine yakındır. Weber'in (2005) çalışmasında katılımcıların "akreditasyonun faydaları alt bölümü" ifadelerine katılma ortalamaları $3,74 \pm 0,79$ çıkmıştır. El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasında ise hemşirelerin "akreditasyonun faydaları alt bölümü" ifadelerine katılma ortalamaları $4,11 \pm 0,66$ çıkmıştır. Çalışmamızda "akreditasyonun faydaları alt bölümü" ifadelerine katılma ortalamalarının bu iki çalışma sonuçlarına yakın olduğu söylenebilir. "Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir" ifadesi ($3,95 \pm 0,95$) en yüksek katılma ortalamasına sahip ifadedir, Bunu sırayla "akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır" ($3,93 \pm 0,89$), "hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir" ($3,86 \pm 0,86$) ifadeleri izlemektedir. Weber (2005) yaptığı çalışmada akreditasyonun, değişiklikler meydana geldiğinde bu değişime cevap vermede ve hizmet kalitesini artırmada hastaneye katkı yaptığını belirtmiştir. El-Jardali ve diğerleri de (2008) çalışmasında akreditasyonun, hizmet kalitesini artırdığını ve hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verdiğini belirtmiştir. Weber ve El-Jardali ve diğerlerin çalışmalarının bu sonuçları çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadelere katılma durumları incelendiğinde, sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarının ifadelere katılma derecelerinin "akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır" ifadesi dışında bütün ifadelerde daha düşük olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark hiçbir ifadeye istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte lisans mezunlarının, sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarına göre ifadelere katılma ortalamalarının daha yüksek çıkması; lisans mezunlarının, sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarına göre daha iyi bir eğitim almış olmaları, dolayısıyla kalite iyileştirme çalışmaları ve akreditasyon hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ve kalite iyileştirme çalışmalarının önemini daha iyi kavramış olmalarından kaynaklanabilir.

Akreditasyonun faydaları alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.27.'de gösterilmiştir. Akreditasyonun faydaları alt

bölümüne ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevlerinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.27. Hemşirelerin Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümüne İlişkin Görüşlerinin İdari Görevinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Akreditasyonun Faydalarına İlişkin İfadeler	İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
1. Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir.	Var	30	4,27	0,90	1,953	0,052
	Yok	228	3,90	0,95		
	Toplam	258	3,95	0,95		
2. Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve işbirliğini teşvik eder.	Var	30	3,73	1,14	1,165	0,050
	Yok	228	3,48	1,10		
	Toplam	258	3,51	1,10		
3. Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir.	Var	30	3,83	1,02	1,151	0,245
	Yok	228	3,60	1,04		
	Toplam	258	3,63	1,04		
4. Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir.	Var	30	3,73	1,14	1,880	0,061
	Yok	227	3,31	1,13		
	Toplam	257	3,37	1,14		
5. Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir.	Var	30	3,93	0,90	1,670	0,096
	Yok	227	3,64	0,90		
	Toplam	257	3,67	0,91		
6. Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir.	Var	30	3,80	1,00	0,574	0,566
	Yok	228	3,70	0,86		
	Toplam	258	3,71	0,88		
7. Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla işbirliği geliştirmesine katkıda bulunur.	Var	30	3,87	0,94	1,170	0,243
	Yok	226	3,67	0,84		
	Toplam	256	3,70	0,85		
8. Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.	Var	30	4,33	0,66	2,639	0,009
	Yok	227	3,88	0,90		
	Toplam	257	3,93	0,89		
9. Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir.	Var	30	4,20	0,71	2,304	0,022
	Yok	226	3,81	0,86		
	Toplam	256	3,86	0,86		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.27. incelendiğinde, hemşirelerin çalışanların katılımı alt bölümüne ilişkin ifadeler katılma derecelerinde idari görevlerinin olup olmamasına göre farklılıklar olduğu görülmektedir. İfadelerin tümünde idari görevi olan hemşirelerin ifadeler katılma ortalamaları, idari görevi olmayan hemşirelerin ifadeler katılma

ortalamalarından yüksektir. Gruplar arasındaki bu fark “akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır” ($t=2,639$; $p=0,009$) ve “hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir” ($t=2,304$; $p=0,022$) ifadelerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Akreditasyonun faydaları alt bölümüne ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.28.’de gösterilmiştir.

Tablo 4.28. Hemşirelerin Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümüne İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Akreditasyonun Faydalarına İlişkin İfadeler	Çalışma Süresi		
	n	r	p
1.Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir.	258	0,04	0,696
2.Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve işbirliğini teşvik eder.	258	0,081	0,193
3.Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir.	258	0,012	0,844
4.Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir.	257	0,117	0,061
5.Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir.	257	0,029	0,647
6.Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir.	258	0,021	0,739
7.Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla işbirliği geliştirmesine katkıda bulunur.	256	0,022	0,722
8.Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır.	257	-0,025	0,690
9.Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir.	256	0,059	0,349

Tablo 4.28. incelendiğinde, ifadelere katılma derecesi ile çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

4.9. Hemşirelerin Bölüm ve Alt Bölümlere İlişkin Değerlendirmeleri

Aşağıda hemşirelerin demografik özelliklerine göre tüm bölüm ve alt bölümlere katılma durumları tablolarla gösterilmiş ve değerlendirilmiştir. Anket formunu oluşturan bölüm ve alt bölümlere ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.29.'da gösterilmiştir. Bu bölüm ve alt bölümlere hemşirelerin katılma derecelerinin eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için tek yönlü varyans analizi (F testi) uygulanmış, gruplar arasında fark bulunduğu ileri analiz olarak Tukey HSD testi (farklılaşmaların hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amaçlı) kullanılmıştır.

Tablo 4.29. Hemşirelerin Bölüm ve Alt Bölümlere İlişkin Görüşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bölüm ve Alt Bölümler		Eğitim Durumu	n	Ort ^a	SS ^b	F	p
Kalite Sonuçları Bölümü		SML ^c ve Önlisans	99	2,97	0,90	15,731	0,000
		Lisans	147	3,61	0,87		
		Lisans Üstü	12	3,46	0,89		
		Toplam	258	3,36	0,93		
Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümü		SML ve Önlisans	99	3,16	0,81	7,167	0,001
		Lisans	147	3,57	0,79		
		Lisans Üstü	12	3,42	0,85		
		Toplam	258	3,42	0,82		
Stratejik Kalite Planlaması Bölümü		SML ve Önlisans	99	3,60	0,73	1,247	0,289
		Lisans	147	3,75	0,70		
		Lisans Üstü	12	3,77	0,76		
		Toplam	258	3,70	0,72		
İnsan Kaynakları Kullanımı Bölümü	Eğitim ve Öğretim Alt Bölümü	SML ve Önlisans	99	4,01	0,70	0,133	0,876
		Lisans	147	3,96	0,71		
		Lisans Üstü	12	4,00	1,02		
		Toplam	258	3,98	0,73		
	Ödül ve Takdir Alt Bölümü	SML ve Önlisans	99	2,72	1,05	0,012	0,988
		Lisans	147	2,71	1,01		
		Lisans Üstü	12	2,75	1,12		
		Toplam	258	2,71	1,02		
Kalite Yönetimi Bölümü		SML ve Önlisans	99	3,60	0,62	3,253	0,040
		Lisans	147	3,80	0,67		
		Lisans Üstü	12	3,72	0,56		
		Toplam	258	3,72	0,65		
Veri Kullanımı Bölümü		SML ve Önlisans	99	3,33	0,73	5,975	0,003
		Lisans	147	3,65	0,70		
		Lisans Üstü	12	3,55	0,67		
		Toplam	258	3,52	0,72		
Akreditasyon Bölümü	Çalışanların Katılımı Alt Bölümü	SML ve Önlisans	99	3,36	0,91	10,653	0,000
		Lisans	147	3,86	0,80		
		Lisans Üstü	12	3,77	0,79		
		Toplam	258	3,67	0,87		
	Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümü	SML ve Önlisans	99	3,62	0,72	1,028	0,359
		Lisans	147	3,75	0,80		
		Lisans Üstü	12	3,81	0,98		
		Toplam	258	3,70	0,78		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma, ^cSağlık Meslek Lisesi.

Tablo 4.29. incelendiğinde, “ödül ve takdir alt bölümü” dışında tüm bölüm ve alt bölüm toplam katılma ortalamalarının “kararsızım” derecesi ile “katılıyorum” derecesi arasında olduğu görülmektedir. Bir başka ifadeyle hemşirelerin “ödül ve

takdir alt bölümü” dışında tüm bölüm ve alt bölümlere toplam katılma derecelerinin %50 ile %75 arasında olduğu söylenebilir. “Ödül ve takdir alt bölümü” en düşük ve “kararsızım” derecesinin altında ortalamaya sahip tek (2,71±1,02) bölümdür. “Eğitim ve öğretim alt bölümü” ise en yüksek ortalamaya (3,98±0,73) sahip bölümdür. Buna göre hemşirelere kalite iyileştirme için gereken eğitimlerin verildiği ancak hemşirelerin ödüllendirilmesi ve takdir edilmesi konusunda yetersiz kaldığı söylenebilir. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre ifadeler katılma durumları incelendiğinde, en düşük ortalamanın “eğitim ve öğretim” ve “ödül ve takdir” alt bölümleri dışındaki tüm bölüm ve alt bölümlerde, sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarında olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark “kalite sonuçları bölümü” (F=15,731; p=0,000), “liderlik, taahhüt ve destek bölümü” (F=7,167; p=0,001), “kalite yönetimi bölümü” (F=3,253; p=0,040), “veri kullanımı bölümü” (F=5,975; p=0,003) ve “çalışanların katılımı alt bölümünde” (F=10,653; p=0,000) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey HSD testinde farkın lisans mezunları ile sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları arasında olduğu görülmüştür (p<0,05).

Bölüm ve alt bölümlere ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin idari görevinin olup olmaması durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.30.’da gösterilmiştir. Bölüm ve alt bölümlere ilişkin ifadeler hemşirelerin katılma derecelerinin idari görevlerinin olup olmamasına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi uygulanmıştır.

Tablo 4.30. Hemşirelerin Bölüm ve Alt Bölümlere İlişkin Görüşlerinin İdari Görevlerinin Olup Olmamasına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bölüm ve Alt Bölümler		İdari Görev	n	Ort ^a	SS ^b	t	p
Kalite Sonuçları Bölümü	Var	30	3,78	0,90	2,647	0,009	
	Yok	228	3,30	0,95			
	Toplam	258	3,36	0,93			
Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümü	Var	30	3,88	1,14	3,436	0,001	
	Yok	228	3,35	1,10			
	Toplam	258	3,42	0,82			
Stratejik Kalite Planlaması Bölümü	Var	30	4,13	1,02	3,542	0,000	
	Yok	228	3,65	1,04			
	Toplam	258	3,70	0,72			
İnsan Kaynakları Kullanımı Bölümü	Eğitim ve Öğretim Alt Bölümü	Var	30	4,49	1,14	4,147	0,000
		Yok	228	3,92	1,13		
		Toplam	258	3,98	0,73		
	Ödül ve Takdir Alt Bölümü	Var	30	3,32	0,90	3,489	0,001
		Yok	228	3,64	0,90		
		Toplam	258	2,71	1,02		
Kalite Yönetimi Bölümü	Var	30	4,13	1,00	3,700	0,000	
	Yok	228	3,67	0,86			
	Toplam	258	3,71	0,88			
Veri Kullanımı Bölümü	Var	30	4,00	0,52	3,943	0,000	
	Yok	228	3,46	0,72			
	Toplam	258	3,52	0,72			
Akreditasyon Bölümü	Çalışanların Katılımı Alt Bölümü	Var	30	4,38	0,66	5,005	0,000
		Yok	228	3,57	0,90		
		Toplam	258	3,67	0,87		
	Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümü	Var	30	3,97	0,71	1,976	0,049
		Yok	228	3,67	0,86		
		Toplam	258	3,70	0,78		

^aOrtalama, ^bStandart Sapma.

Tablo 4.30. incelendiğinde, hemşirelerin bölüm ve alt bölümlere ilişkin ifadelerine katılma derecelerinde idari görevlerinin olup olmamasına göre farklılıklar olduğu görülmektedir. “Ödül ve takdir” alt bölümü dışındaki tüm bölüm ve alt bölümlerde idari görevi olan hemşirelerin ifadelerine katılma ortalamaları, idari görevi olmayan hemşirelerin ifadelerine katılma ortalamalarından yüksektir. Gruplar arasındaki bu fark tüm bölüm ve alt bölümlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Bölüm ve alt bölümlere ilişkin görüş ve değerlendirmelerin hemşirelerin çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği Pearson Korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.31.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.31. Hemşirelerin Bölüm ve Alt Bölümlere İlişkin Görüşleri ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki

Bölüm ve Alt Bölümler		Çalışma Süresi		
		n	r	p
Kalite Sonuçları Bölümü		258	-0,218	0,000
Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümü		258	-0,139	0,025
Stratejik Kalite Planlaması Bölümü		258	0,005	0,933
İnsan Kaynakları Kullanımı Bölümü	Eğitim ve Öğretim Alt Bölümü	258	0,133	0,033
	Ödül ve Takdir Alt Bölümü	258	0,143	0,022
Kalite Yönetimi Bölümü		258	-0,062	0,322
Veri Kullanımı Bölümü		258	-0,104	0,049
Akreditasyon Bölümü	Çalışanların Katılımı Alt Bölümü	258	-0,123	0,048
	Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümü	258	0,051	0,416

Tablo 4.31. incelendiğinde, “kalite sonuçları bölümü” ($r=-0,218$; $p=0,000$), “liderlik, taahhüt ve destek bölümü” ($r=-0,139$; $p=0,025$), “veri kullanımı bölümü” ($r=-0,104$; $p=0,049$) ve “çalışanların katılımı alt bölümüne” ($r=-0,123$; $p=0,048$) hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında çok zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. “Eğitim ve öğretim alt bölümü” ($r=0,133$; $p=0,033$) ve “ödül ve takdir alt bölümü”ne ($r=0,143$; $p=0,022$)

hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında çok zayıf, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

4.10. Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki

Anket formunu oluşturan bölüm ve alt bölümlerden “kalite sonuçları” bağımlı değişken, “liderlik, taahhüt, ve destek”, “stratejik kalite planlaması”, “ödül ve takdir”, “eğitim ve öğretim”, “kalite yönetimi”, “veri kullanımı”, “çalışanların katılımı” ve “akreditasyonun faydaları” ise bağımsız değişkenler olarak kabul edilip bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile test edilmiş ve sonuçları tablo 4.32’de gösterilmiştir.

Tablo 4.32. Bağımlı Değişken ile Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları)

Bağımsız Değişkenler		Bağımlı Değişken		
		Kalite Sonuçları		
		n	r	p
Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümü		258	0,726	0,000
Stratejik Kalite Planlaması Bölümü		258	0,543	0,000
İnsan Kaynakları Kullanımı Bölümü	Eğitim ve Öğretim Alt Bölümü	258	0,313	0,000
	Ödül ve Takdir Alt Bölümü	258	0,440	0,000
Kalite Yönetimi Bölümü		258	0,638	0,000
Veri Kullanımı Bölümü		258	0,647	0,000
Akreditasyon Bölümü	Çalışanların Katılımı Alt Bölümü	258	0,537	0,000
	Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümü	258	0,596	0,000

Tablo 4.32 incelendiğinde, bağımlı değişken ile bağımsız değişkenlerin tümü arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre kalite sonuçlarına ilişkin ifadeler olumlu görüş bildiren hemşireler diğer bölüm ve alt bölümlere ilişkin ifadeler de olumlu görüş belirtmişlerdir. En güçlü ilişki “kalite sonuçları” bağımlı değişkeni ile “liderlik, taahhüt ve destek” ($r=0,726$; $p=0,000$) bağımsız değişkeni arasındadır, Bunu sırasıyla “veri kullanımı” ($r=0,647$; $p=0,000$), “kalite yönetimi” ($r=0,638$; $p=0,000$) ve “akreditasyonun faydaları” ($r=0,596$; $p=0,000$) izlemektedir.

El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasında “kalite sonuçları” bağımlı değişken, “liderlik, taahhüt, ve destek”, “stratejik kalite planlaması”, “ödül ve takdir”, “eğitim ve öğretim”, “kalite yönetim”, “veri kullanımı”, “çalışanların katılımı”, “akreditasyonun faydaları” ve “hastane büyüklüğü” ise bağımsız değişkenler olarak kabul edilip bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelenmiş ve en güçlü ilişki “kalite sonuçları” bağımlı değişkeni ile “veri kullanımı” ($r=0,730$; $p<0,05$) bağımsız değişkeni arasında bulunmuştur. “Akreditasyonun faydaları” ile “kalite sonuçları” arasındaki ilişki çalışmamızda $r=0,596$; $p=0,000$ düzeyinde iken El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasında $r=0,530$; $p=0,040$ düzeyindedir. Literatürde, akreditasyonun değişiklikler meydana geldiğinde bu değişime cevap vermede, hasta güvenliği ve hizmet kalitesini artırmada ve öğrenen bir örgüt olunmasında hastaneye katkı yaptığı; standartlara dayalı verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olumlu etki yaptığı; akreditasyonun hasta memnuniyetini artırdığı; akreditasyonun kalite geliştirme çalışmalarını teşvik ettiği ve bu konuda yönlendirme yaptığı; akredite edilen hastanelerin akut miyokard infarktüsü, pnömoni, kalp yetmezliği ve cerrahi enfeksiyonlarda verilen bakımın kalitesinde daha yüksek bir performans gösterdikleri ve akreditasyonun hizmet kalitesini artırarak hastanede meydana gelen ölüm oranlarını düşürdüğü belirtilmiştir (Weber, 2005; Sevil 2003; Heuer, 2002; Pomey, 2004; Lutfiyya ve diğ., 2009; Joshi, 2000). Bu araştırmalar ile çalışmamızın sonuçlarının paralellik gösterdiği söylenebilir.

Bağımlı ve bağımsız değişken olarak belirlenen faktörlerin tümü arasındaki ilişki de Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve sonuçlar tablo 4.33’te gösterilmiştir.

Tablo 4.33. Tüm Değişkenler Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları)

		KS	LTD	SKP	EÖ	ÖT	KY	VK	ÇK	AF
KS	r	1								
	p									
	n	258								
LTD	r	0,726	1							
	p	0,000								
	n	258	258							
SKP	r	0,543	0,658	1						
	p	0,000	0,000							
	n	258	258	258						
EÖ	r	0,313	0,508	0,649	1					
	p	0,000	0,000	0,000						
	n	258	258	258	258					
ÖT	r	0,440	0,542	0,518	0,775	1				
	p	0,000	0,000	0,000	0,000					
	n	258	258	258	258	258				
KY	r	0,638	0,689	0,627	0,606	0,571	1			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
	n	258	258	258	258	258	258			
VK	r	0,640	0,678	0,651	0,495	0,569	0,733	1		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
	n	258	258	258	258	258	258	258		
ÇK	r	0,537	0,533	0,542	0,388	0,457	0,585	0,592	1	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
	n	258	258	258	258	258	258	258	258	
AF	r	0,596	0,606	0,467	0,328	0,477	0,554	0,541	0,455	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	n	258	258	258	258	258	258	258	258	258

KS = Kalite Sonuçları, LTD = Liderlik, Taahhüt ve Destek, EO = Eğitim ve Öğretim, OT = Odül ve Takdir, KY = Kalite Yönetimi, VK = Veri Kullanımı, ÇK = Çalışanların Katılımı, AF = Akreditasyonun Faydaları.

Tablo 4.33 incelendiğinde değişkenlerin tümü arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. En güçlü ilişki “ödül ve takdir” değişkeni ile “eğitim ve öğretim” ($r=0,775$; $p=0,000$) değişkeni arasındadır. En zayıf ilişki ise “kalite sonuçları” değişkeni ile “eğitim ve öğretim” ($r=0,313$; $p=0,000$) değişkeni arasındadır.

Kalite sonuçları üzerinde etkili olan değişkenlerin belirlenmesi için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde bağımlı değişken (kalite sonuçları) üzerinde bağımsız değişkenlerin (liderlik, taahhüt, ve destek, stratejik kalite planlaması, ödül ve takdir, eğitim ve öğretim, kalite yönetimi, veri kullanımı, çalışan katılımı, akreditasyonun faydaları) toplu etkisi araştırılmıştır.

Tablo 4.34. Bağımsız Değişkenlerin Bağımlı Değişken Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler		Bağımlı Değişken (Kalite Sonuçları)					Durbin-Watson
		β (Beta)	SS	t	p	VIF	
Sabit		-1,603	1,250	-1,282	0,201		1,761
Liderlik, Taahhüt ve Destek Bölümü		0,270	0,040	6,763	0,000	2,670	
Stratejik Kalite Planlaması Bölümü		0,083	0,058	1,430	0,154	2,643	
İnsan Kaynakları Kullanımı Bölümü	Eğitim ve Öğretim Alt Bölümü	-0,476	0,116	-4,105	0,000	1,985	
	Ödül ve Takdir Alt Bölümü	-0,108	0,077	-1,399	0,163	1,714	
Kalite Yönetimi Bölümü		0,253	0,081	3,114	0,002	3,117	
Veri Kullanımı Bölümü		0,130	0,059	2,192	0,029	2,830	
Akreditasyon Bölümü	Çalışanların Katılımı Alt Bölümü	0,107	0,055	1,928	0,055	1,770	
	Akreditasyonun Faydaları Alt Bölümü	0,109	0,034	3,222	0,001	1,762	

$$R^2=0,632 \quad R= 0,795 \quad F=53,53 \quad p<0,05$$

Tablo 4.34’de kalite sonuçları üzerinde etkili olan değişkenlerin belirlenmesi için yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre bağımsız değişken olarak belirlenen faktörlerin tamamının kalite sonuçları üzerinde etkisi vardır. “Liderlik, taahhüt ve destek”, “eğitim ve öğretim”, akreditasyonun faydaları”, kalite yönetimi” ve “veri kullanımı” değişkenlerinin kalite sonuçları üzerindeki etkisi diğerlerinden daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Tablo

4.34 incelendiğinde modelin ilişki katsayısının 0,795 olduğu görülmektedir. Durbin-Watson katsayısının 2,5'in altında olması ve Varyans Şişme Faktör (Variance Inflation Factor-VIF) katsayılarının 10'dan az olması (bu modelde bulunan VIF değerleri 1,714 ile 3,117 arasında değişmektedir) bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının olmadığını göstermektedir. Kurulan regresyon modeli doğrusaldır ve model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=53,53$; $p<0,05$). Ayrıca $R^2=0,632$ olarak hesaplanmış olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama yüzdesinin % 63,2 gibi oldukça yüksek bir değere sahip olduğu saptanmıştır. El-Jardali ve diğerlerinin (2008) çalışmasında da “liderlik, taahhüt, ve destek”, “veri kullanımı”, kalite yönetimi”, “çalışanların katılımı” ve hastane büyüklüğü değişkenlerinin kalite sonuçları üzerinde en çok etkisi olan değişkenler olduğu görülmüştür. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama yüzdesi ise % 68 olarak hesaplanmıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Sonuçlar

Hastane akreditasyonunun hizmet kalitesine etkisinin ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörlerin incelendiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Ankete katılan hemşirelerin % 61,7'si üniversite mezunudur. Bu yüzde ankette görüşlerine başvurulmuş kişilerin yüksek bir öğrenim düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre anket formunu oluşturan bölüm ve alt bölümlere katılma durumları incelendiğinde, en düşük ortalamanın “eğitim ve öğretim” ve “ödül ve takdir” alt bölümleri dışındaki tüm bölüm ve alt bölümlerde, sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunlarında olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark “kalite sonuçları bölümü” ($F=15,731$; $p=0,000$), “liderlik, taahhüt ve destek bölümü” ($F=7,167$; $p=0,001$), “kalite yönetimi bölümü” ($F=3,253$; $p=0,040$), “veri kullanımı bölümü” ($F=5,975$; $p=0,003$) ve “çalışanların katılımı alt bölümünde” ($F=10,653$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için yapılan Tukey HSD testinde farkın lisans mezunları ile sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunları arasında olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
- Araştırmaya katılan 258 hemşirenin % 41,5'i 30 yaş ve altındadır. Bunu % 40,7 ile 31-40 yaş grubu izlemektedir. Araştırma yapılan hastanede çalışma yıllarına bakıldığında, hemşirelerin % 43,8'i 3-7 yıl aralığında bu hastanede hizmet verdiği görülmektedir. Hemşirelerin çalışma süresine göre anket formunu oluşturan bölüm ve alt bölümlere katılma durumları incelendiğinde, “kalite sonuçları bölümü” ($r=-0,218$; $p=0,000$), “liderlik, taahhüt ve destek bölümü” ($r=-0,139$; $p=0,025$), “veri kullanımı bölümü” ($r=-0,104$; $p=0,049$) ve “çalışanların katılımı alt bölümüne” ($r=-0,123$; $p=0,048$) hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma süresi arasında çok zayıf, negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. “Eğitim ve öğretim alt bölümü” ($r=0,133$; $p=0,033$) ve “ödül ve takdir alt bölümü”ne ($r=0,143$; $p=0,022$) ise hemşirelerin katılma derecesi ile çalışma

süresi arasında çok zayıf, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

- Pozisyonlarına göre bir inceleme yapıldığında ise, araştırmaya katılan 258 hemşirenin 2'si hemşire müdür yardımcısı, 5'i süpervizör, 23'ü servis sorumlu hemşiresi, 123'ü servis hemşiresi, 50'si ameliyathane hemşiresi olarak kendini ifade etmiştir. Hemşire müdür yardımcısı, süpervizör ve servis sorumlu hemşiresi pozisyonunda bulunan hemşireler idari görevi olan, bu pozisyonların dışında çalışan hemşireler ise idari görev olmayan hemşireler olarak sayıldığında, araştırma kapsamında bulunan hemşirelerin 30'unun (%11,6) idari bir görevinin olduğu, 228'inin (% 88,4) ise idari bir görevinin olmadığı görülmektedir. Hemşirelerin bölüm ve alt bölümlere katılma durumları idari görevinin olup olmamasına göre incelendiğinde, ödül ve takdir" alt bölümü dışındaki tüm bölüm ve alt bölümlerde idari görevi olan hemşirelerin ifadelere katılma ortalamaları, idari görevi olmayan hemşirelerin ifadelere katılma ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark tüm bölüm ve alt bölümlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Hemşirelerin bölüm ve alt bölümlere katılma ortalamaları karşılaştırıldığında, "eğitim ve öğretim alt bölümünün" en yüksek ortalamaya ($3,98\pm 0,73$) sahip bölüm olduğu saptanmıştır, "Ödül ve takdir alt bölümünün" ise en düşük ve "kararsızım" derecesinin altında ortalamaya sahip tek ($2,71\pm 1,02$) bölüm olduğu görülmüştür.
- Ankette yer alan bütün ifadeler arasında, hemşirelerin en az katıldığı ifade "hemşireler kalite iyileştirme için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde)" ($2,18\pm 1,21$), en çok katıldığı ifade ise "Hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim programları yoluyla)" ($4,02\pm 0,87$) ifadesidir. Bu sonuçlardan kalite iyileştirme faaliyetlerinde çok önemli bir yer tutan eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirildiği ancak çaba takdiri ve ödüllendirme ile ilgili yönetimin tutumunun çalışanları tatmin etmediği anlaşılmaktadır.
- Hemşirelerin akreditasyonun faydaları alt bölümünde yer alan ifadelere katılma durumları incelendiğinde, ifadelere toplam katılma ortalamalarının

“katılıyorum” derecesine yakın ($3,70\pm 0,78$) olduğu görülmüştür. Bu alt bölümde, “akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir” ifadesinin en yüksek ($3,95\pm 0,95$) katılma ortalamasına sahip ifade olduğu ve bu ifadeyi “akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır” ifadesinin ($3,93\pm 0,89$) izlediği görülmüştür.

- “Kalite sonuçları bölümü” bağımlı değişken, “liderlik, taahhüt ve destek bölümü”, “stratejik kalite planlaması bölümü”, “ödül ve takdir alt bölümü”, “eğitim ve öğretim alt bölümü”, “kalite yönetimi bölümü”, “veri kullanımı bölümü”, “çalışanların katılımı alt bölümü” ve “akreditasyonun faydaları alt bölümü” bağımsız değişkenler olarak alındığında; bağımlı değişken ile bağımsız değişkenlerin tümü arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). En güçlü ilişki “kalite sonuçları” bağımlı değişkeni ile “liderlik, taahhüt ve destek” ($r=0,726$; $p=0,000$) bağımsız değişkeni arasındadır, Bunu sırasıyla “veri kullanımı” ($r=0,647$; $p=0,000$), “kalite yönetimi” ($r=0,638$; $p=0,000$) ve “akreditasyonun faydaları” ($r=0,596$, $p=0,000$) izlemektedir.
- Kalite sonuçları üzerinde etkili olan değişkenlerin belirlenmesi için yapılan çoklu regresyon analizinde, bağımsız değişken olarak belirlenen faktörlerin tamamının kalite sonuçları üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Regresyon denkleminde göre “liderlik, taahhüt ve destek”, “eğitim ve öğretim”, akreditasyonun faydaları”, kalite yönetimi” ve “veri kullanımı” değişkenlerinin kalite sonuçları üzerindeki etkisi diğerlerinden daha fazla ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). $R^2=0,632$ olarak hesaplanmış olup bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama yüzdesinin % 63,2 gibi oldukça yüksek bir değere sahip olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin korelasyon analizi ile incelendiği yukarıdaki sonuçlar ile paralellik göstermekte ve onları desteklemektedir.
- Bu sonuçlara göre “akreditasyonun hizmet kalitesine etkisi ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörler hakkında hemşirelerin algıları nelerdir” problem cümlesine cevaben hemşirelerin akreditasyonun hizmet kalitesini artırdığına ve hizmet kalitesine etkisi araştırılan diğer faktörlerin de (liderlik,

taahhüt, ve destek, stratejik kalite planlaması, ödül ve takdir, eğitim ve öğretim, kalite yönetimi, veri kullanımı, çalışanların katılımı) hizmet kalitesi üzerinde etkili olduğuna katıldıkları söylenebilir.

5.2. Öneriler

Akreditasyonun hizmet kalitesine etkisinin ve hizmet kalitesine etki eden diğer faktörlerin incelendiği araştırma bulgularına dayanılarak aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Araştırma sonucunda hemşirelere göre; akreditasyonun hizmet kalitesini geliştirmede değerli bir araç olduğu, akreditasyonla kalite sonuçları arasında pozitif bir ilişki olduğu, akreditasyonun hasta memnuniyetini, bakım ve hizmet kalitesini artırdığı görülmüştür. İşletmeler için, sadece iyi olmanın değil, en iyi olabilmek için sürekli mükemmeli hedeflemenin bir zorunluluk haline geldiği bir ortamda, örgütsel rekabet gücünü kazanmada ve varlıklarını etkili bir biçimde devam ettirebilmede, ürettikleri hizmetlerin kalitesini sürekli olarak geliştirmenin ne kadar önemli olduğunu kavrayan ve hastaların sağlık bakımı ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla kaliteli hizmet sunum çabası içinde olan sağlık işletmeleri, sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması için akreditasyon standartlarını uygulayabilirler.
- Araştırmada bağımsız değişken olarak belirlenen liderlik, taahhüt ve destek, stratejik kalite planlaması, eğitim ve öğretim, ödül ve takdir, veri kullanımı, kalite yönetimi ve çalışanların katılımı faktörlerinin tümünün kalite sonuçları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Kalite sonuçlarını iyileştirmek isteyen hastaneler bu faktörler üzerinde çalışabilirler.
- Kalite sonuçları üzerinde en fazla etkisi olan değişkenin liderlik, taahhüt ve destek boyutu olduğu görülmüştür. Üst düzey yöneticiler kalite iyileştirmeyi destekleyen bir ortamın oluşturulmasına katkı sağlayabilir, kalite iyileştirme çalışmalarının arkasında itici bir güç olabilir, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için açık bir vizyon belirtebilir, örgütsel ve teknolojik değişimleri yönetebilir ve mevcut hastane kaynaklarını kalite iyileştirmeye tahsis edebilirler. Bunun için üst düzey yöneticilerin seçiminde nesnel ölçütler kullanılmalı, alanında iyi eğitim almış, profesyonel ve liderlik becerisi yüksek

olan yöneticilerin hastane üst düzey yönetiminde görevlendirilmeleri sağlanmalıdır.

- Veri kullanımının da kalite sonuçları üzerinde etkisi olan önemli bir değişken olduğu görülmüştür. Hastaların şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarının belirlenebilmesi için çalışılmalı, hasta şikayetleri hemen çözülmesi ve bir daha tekrarlanmasını önlemek için kayıt altına alınıp tanımlanmalı, öğrenmek için incelenmeli ve hastalardan toplanan veriler kalite iyileştirme için çalışanlarla paylaşılmalıdır. Bunun için çalışanlarla belirli zaman aralıklarında bilgilendirme ve eğitim toplantıları yapılabilir.
- Ödül ve takdir değişkeninin en düşük katılma derecesine sahip boyut olduğu görülmüştür. Dış müşterilerin (hastaların) memnuniyetinin sağlanması kadar iç müşterilerin (çalışanların) memnuniyetinin sağlanması da önemlidir. Hizmet kalitesini onlar yükseltir. Hastanelerde hemşire ve diğer çalışanlara yönelik motivasyon araçları etkili bir şekilde kullanılmalı, özellikle ödül sistemi yaygınlaştırılmalıdır.
- Çalışanların katılımı değişkeni kalite sonuçları üzerinde etkili olan bir başka önemli boyuttur. Kalite iyileştirme çalışmalarına çalışanların katılımı sağlanmalı yenilikçi ve yaratıcı girişimler desteklenerek sürekliliği sağlanmalıdır.
- Sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu hemşirelerin ifadelere katılma ortalamalarının genel olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedenleri üzerinde çalışmalar yapılmalı ve sonuçlara göre çözümler üretilmelidir.
- Bu araştırma hemşirelerin algıları değerlendirilerek yapılmıştır. Nesnel göstergelere dayanan başka çalışmalar da yapılmalıdır.
- Araştırma akreditasyon belgesine sahip bir hastanede hemşireler üzerinde uygulanmıştır. Araştırma kapsamının genişletilmesi ve geçerliliğinin yükseltilmesi için araştırmanın başka hastanelerde de yapılması ve örnek kitlenin artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Ak, B. ve Sevin, H. D. (2000). Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri. Tatar, M., Şahin, İ. ve Erigüç, G. (Ed.). *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi (25-32)*. Ankara: Minpa Matbaacılık.
2. Ak, B. (1990). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*. İstanbul: Yeni Asya Yayınları.
3. Akgül, A. (2005). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri, SPSS Uygulamaları*. Ankara: Emek Ofset.
4. Akyurt, N. (2007). *Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
5. Alpar, R. (2000). *Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik*. Ankara: Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü.
6. Alpman, S. N. (1999). *Hastanelerin Akreditasyonu ile İlgili Standartlar'ın Çağdaş Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Ölçütleri ile Uyumununun Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
7. Altan, Ş., Atan, M. ve Ediz, A. (2003). *SERVQUAL Analizi ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Yüksek Eğitimde Bir Uygulama*. 12. Ulusal Kalite Kongresi, KalDer-Türkiye Kalite Derneği, İstanbul.
8. Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi [Elektronik Sürüm]. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-57.
9. Aslantekin F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6), 56-71.
10. Asunakutlu, T. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*. Erişim: 26 Kasım 2008, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>
11. Aydın, B. (2007). *Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları ve Akreditasyon*. 5. Ulusal Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Kongresi, Ankara.

12. Aydın, B. (2004). *Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon, Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi*. Seminer Notları, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
13. Aydın, S. ve Hatırlı, Y. (2003). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 7 (3), 131-134.
14. Bal, İ. E. (2005). *Akreditasyon İçinde Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği*. Erişim: 13 Aralık 2008, www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3782.pdf
15. Baş, T., Oymak, M. (2007). *ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi*. (3. bs.), Ankara: Seçkin Yayıncılık.
16. Bircan, H. ve Baycan, S. (2004). Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 28 (2), 173-185.
17. Bohigas, L., Smith D., Brooks T., Donahue, T., Heidemann, E., Donaldson, B. and Shaw, C. (1996). Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation. *International Journal for Quality in Care*, 8 (6), 583-589.
18. Bostancı, Y. (2009). *Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı ve Bolu İzzet Baysal Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde Hemşirelerin Kalite Anlayışına Yönelik Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi*, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
19. Bozkurt, R., Odaman, A. (1996). *ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri*. Ankara: Milli Prodüktivite Yayınları.
20. Çağlar, İ. (2006). *Kalite Güvence Standartları*. Ankara: Nobel Basımevi.
21. Çetin, C., Akın, B. ve Erol V. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi*. (2. bs.), İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
22. Devedbakan, N. (2005). *Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü*. Erişim: 15 Aralık 2008, www.kalder.org/genel/SAGLIK%20ISLETMELERINDEAHKVEOLCUMU.pdf
23. Doğanay, P. (2008). *Kaizen-Süreklili İyileştirme ile Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
24. Dış Ticaret Müsteşarlığı (2009). *Kalite, Çevre, Güvenlik*. Erişim: 20 Nisan 2009, <http://www.dtm.gov.tr/dtmadmin/upload/EAD/14.pdf>

25. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses, *Int J Qual Health Care*. 20(5):363-71.
26. Emanet, H. (2007). EFQM Mükemmellik Modeli ile Kamu Sektöründe Özdeğerleme Çalışmaları Üzerine Bir Saha Çalışması. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 8 (1), 67-95.
27. Erdoğan, İ. (1998). Sağlıkta Akreditasyon ve ISO Standartları. Çoruh, M. (Ed.) *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme* (205-208). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
28. Erdoğan, Ö. N. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Standartları. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 23 (2), 95-107.
29. Ergenoğlu, S. A. (2006). *Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.
30. Erişti, B. (2005). *Avrupa Kalite yönetim Vakfı Mükemmellik Modelinin Eğitim Fakültekeri İçin Uyarlanması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
31. Eroğlu, E. (2004). *Yüksek Öğretimde Hizmet Kalitesi*. Ankara: Nobel Yayınları.
32. Etöz, S.D. (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
33. Foster, T. C., Johnson, K. J., Nelson E. C. and Batalden, P. B. (2007). Using a Malcolm Baldrige Framework to Understand High-Performing Clinical Microsystems, *Qual. Saf. Health Care*. Volüm 16, Page 334-341.
34. Gençer, T. (2008). Kayak Merkezlerindeki Spor Turistlerinin Hizmet Kalitesi Algılarını Etkileyen Değişkenler. *Ege Akademik Bakış*, 8 (2), 437-450.
35. Gökmen, C. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Erişim: 12 Aralık 2008, www.saglik.gov.tr/TR/Genel/DosyaGoster.aspx?...1...kalite_el_kitabi...
36. Grönross, C. (1984). A Service Quality Model and It's Market Implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.

37. Gür, M., Alkan, İ., Baydar, A. ve Yedan, Ş. (2003). *Çalışma ve Sosyal Güvenlikte Kalite Yolculuğu*. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.
38. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi. (2010). Erişim: 27 Nisan 2010, <http://www.hacettepe.com.tr/sayfa.aspx?id=eriskin-hastanesi>
39. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi. (2007). Erişim: 02 Aralık 2008, <http://www.hacettepe.com.tr/haberdetay.aspx?id=98>
40. Halis, M. (2005). Toplam Kalite Yönetimi: *Kapsam İlkeler Uygulamalar*. Ankara: Roma Yayınları.
41. Hassan, D.K. (2006). *Measuring Performance in Health Care: The Effect of Joint Commission International Standards on Quality Performance*, Ph.D., Walden University, Minnesota.
42. Hayran, O. (1998). Sağlık Hizmetleri. Hayran, O. ve Sur H. (Ed.). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. (15-31). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
43. Heuer, A.J., (2002). *Testing The Relationship Between Measures of Patient Satisfaction and Hospital Accreditation Ratings*. Degree of Doctor, Seton Hal University, New York.
44. International Standardization Organization. (2008). *International Standardization ISO/FDIS 9001:2008*. Erişim: 12 Ağustos 2010, http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=46486
45. Işığışık, E. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi Bakış Açısıyla İstatiksel Kalite Kontrol*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
46. İzmir Sağlık Müdürlüğü. (2010). Erişim: 5 Ağustos 2010, <http://www.ism.gov.tr/yonergeler.aspx>
47. Joint Commission International (2003). *Joint Commission International Standards for Hospitals*. Joint Commission Resources Inc, Illinois.
48. Joint Commission International (2008). *Joint Commission International Standards for Hospitals*. Joint Commission Resources Inc, Illinois.

49. Joint Commission International (2010a). Erişim: 05 Nisan 2010,
<http://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/>
50. Joint Commission International (2010b). Erişim: 15 Nisan 2010,
<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>
51. Joint Commission International (2010c). Erişim: 18. Nisan 2010,
<http://www.jointcommissioninternational.org/Primary-Care/>
52. Joshi, M.S. (2000). *Assessing Hospital Quality of Care is There a Link Between Accreditation and Mortality*. Degree of Doctor, Diversity, Detroit.
53. Kalite Ödülü Yürütme Kurulu (2008). *Ulusal Kalite Ödülü Kitabı*. Erişim Tarihi: 06.04.2009,
http://koyk.kalder.org/index.php?option=com_content&view=article&id=18:2008-ulusal-kalite-oeduelue-kitab&catid=5:bilgilendirme-&Itemid=8
54. Kalite Ödülü Yürütme Kurulu (2010). Erişim: 29 Temmuz 2010,
http://koyk.kalder.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=9&Itemid=14
55. Karabulut, K. ve Yaprak, ř. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi: Erzurum'da Bir Uygulama. Tatar, M., şahin, İ. ve Erigüç, G. (Ed.). *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi (279-292)*. Ankara: Minpa Matbaacılık.
56. Kavrakoğlu, İ. (1998). *Kalite: Kalite Güvencesi ve ISO 9000*. İstanbul: Kalder Yayınları.
57. Kavuncubaşı, ř. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
58. Kaya, S. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6 (2), 57-70.
59. Kaya, S. (2005a). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan Yayınları.
60. Kaya, S. (2005b). Sağlık Hizmetlerinde Bir Dışsal Kalite Değerlendirme Mekanizması: Akreditasyon. *SB Diyalog Dergisi*, 2 (15), 33.

61. Kiyim, B. (1998). Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli. Çoruh, M. (Ed.) *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme* (177-183). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
62. Koç, Ö. (2006). *İstanbul İlinde ISO 9001:2000 Belgesi Alan Sağlık Bakanlığı Hastanelerindeki Üst Düzey Yöneticilerin Kalite Anlayışı*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
63. Kovancı, A. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?* Ankara: Sistem Yayıncılık.
64. Kuruşçu, M. (2003). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Ödülleri*. İstanbul: IQ Kültür-Sanat Yayıncılık.
65. Kuş, H. (2000). Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 4 (2), 3-6.
66. Kuş, M. (1999). *Kalite kavramı, AB kalite politikaları ve Türkiye'deki kalite faaliyetleri*. Ankara: Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Avrupa Topluluğu Koordinasyon Gn. Md.
67. Küçük, O. (2004). *Standardizasyon ve Kalite* (2. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
68. Lehtinen, U. ve Lehtinen, J.R. (1991). Two Approaches to Service Quality Dimensions. *The Service Industries Journal*, 11, 287-303.
69. Lutfiyya, M.N., Sıkka, A., Mehta, S. and Lipsky, M.S. (2009). Comparison of US accredited and nonaccredited rural critical access hospitals, *International Journal for Quality in Health Care*. Volume 21, Number 2: pp. 112–118.
70. Memorial Sağlık Grubu (2008). Erişim: 02 Aralık 2008, http://www.memorial.com.tr/kurumsal/akreditasyon_jci/
71. Montagu, D. (2003). *Accreditation and Other External Quality Assessment Systems for Healthcare: Review of experience and lessons learned*. Department for International Development Health Systems Resource Centre, London. Erişim: 28 Aralık 2008, http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_service_delivery/Accreditation.pdf

72. Muluk, F. Z., Burcu, E. Ve Danacıoğlu, N. (2000). *Türkiye’de Kalite Olgusunun Gelişimi*. İstanbul: Kalder Yayınları.
73. National Institute for Standards and Technology. (2009a). Erişim: 01 Nisan 2009. http://www.baldrige.nist.gov/Contacts_Profiles.htm.
74. National Institute for Standards and Technology. (2009b). Erişim: 01 Nisan 2009. http://www.nist.gov/baldrige/publications/upload/2009_2010_HealthCare_Criteria.pdf
75. Özalp, S., Şahin, Ü. ve Ünlüoğlu, İ. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim İlişkisi. Tatar, M., Şahin, İ. ve Erigüç, G. (Ed.). *I. Ulusal. Sağlık İdaresi Kongresi* (243-251). Ankara: Minpa Matbaacılık.
76. Özden, Ö. ve Ölmez, F. (1995), Kalite Kavramının Gelişimi. Çoruh, M. (Ed.) *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*. (s. 17-19). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
77. Öztürkeri, A. (1998). *Hastane Yönetiminin Toplam Kalite Yönetimindeki Rolü*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
78. Özveren, M. (1998). *Toplam Kalite Yönetimi: Temel Kavramlar ve Uygulamalar*. İstanbul: Alfa Yayınları.
79. Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
80. Peşkircioğlu, N. (1999). *Kalite Yönetiminde ISO 9000 Uygulamaları* (2. bs.). Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
81. Pomey MP, Contandriopoulos AP, Francois P et al. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals. *Int J Health Care Qual Assur*, (17), 113–124.
82. Purvis, G. (2004). *Kurumsal Değerlendirme Hastane Akreditasyon Sistemi, SPGK’ya sunulan Sonuç Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası.

83. Rooney, A. L. and Van Ostenberg, P.R. (1999). *Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality*. Bethesda, MD, Quality Assurance Project: 38. Erişim: 26 Aralık 2008,
<http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/accredmon.pdf>
84. Sağlık Bakanlığı. (2010). Erişim: 05 Ağustos 2010,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx>
85. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi. (2005). T.C. Resmi Gazete, 1831, 17 Mart 2005.
86. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). T.C. Resmi Gazete, 224, 12 Ocak 1961.
87. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi. (2009). T.C. Resmi Gazete, 2774, 06 Mayıs 2009.
88. Saran, U. (2004). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma*. Ankara: Atlas Yayıncılık.
89. Serbest, G. N. (2006). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.
90. Seyran, C.D. (2004). *Hizmet Kalitesi, Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı*. İstanbul: Kalder Yayınları.
91. Sevil, Ü., (2003). *Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakımın Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkisinin İncelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
92. Sevim, A., (1999). *Toplam Kalite Yönetiminde Bir Araç Olarak Toplam Kalite Maliyet Sisteminin Kurulması ve Bir Uygulama*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
93. Sevimli, S. (2006). *Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

94. Shaw, D. C. (2008). *Avrupa'da Hastane Akreditasyonunun Geliştirilmesi*. (S. Taşkın Karataş, Çev.). Ankara: Sağlık Bakanlığı (2008).
95. Shortell SM, (1992). Quality Improvement Implementation Survey (QIIS). Assessing the Implementation and Impact of Clinical Quality Improvement Efforts(CABG-THR). Erişim: 26 Haziran 2010, <http://shortellresearch.berkeley.edu/CABG-THR.htm>
96. Shortell SM, O'Brien JL, Carman JM et al. (1995). Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health Serv Res* (30), 377–401.
97. Sur, H. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yaklaşımı*. Erişim: 26 Kasım 2008, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3073.pdf>
98. Şimşek, H. (2007). *Toplam Kalite Yönetimi: Kuram, İlkeler, Uygulamalar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
99. Şimşek, M. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi*. (4.bs.). İstanbul: Alfa yayınları.
100. Şimşek, M. (2006). *Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı, İnsan Faktörü*. (2. bs.). İstanbul: Babıali Kültür Yayıncılığı.
101. Şişman, M. ve Selahattin, T. (2002). *Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi: Teori ve Uygulama* (2. bs.). Ankara: Pegem Yayıncılık.
102. Takan, M. (2000). *Bankalarda Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Türkiye Bankalar Birliği.
103. Taner, B. ve Kaya, İ. (2005). Toplam Kalite Yönetimi'nin Başarıyla Uygulanma Esasları - Bir Hizmet İşletmesi Örneği. *Enstitü Dergisi*, 14 (1), 353-362.
104. Tarcan, M. (2010). *Hizmet Kalite Belgesi*. Erişim: 16 Ağustos 2010, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/sunumlar/Menderes_tarcan.swf
105. Tengilimoğlu, D. (2008). *İşletme Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
106. Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK). Erişim: 31 Mart 2010, <http://www.turkak.org.tr/literat/mkl2.htm>

107. Türkiye Kalite Derneği (2003). *Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM)*. İstanbul: Kalder Yayınları.
108. Türkiye Kalite Derneği (2008). Erişim: 20 Nisan 2009
http://www.kalder.org/subeler/ankara_detay.aspx?SectionID=TXmI2GO4uvdeI5AkhI4zJA%3D%3D&ContentId=YIZUUmhIv1otwPUxiVQgbw%3D%3D
109. Türkiye Kalite Derneği (2009a). Erişim: 06 Nisan 2009
http://www.kalder.org/kalder_hakkinda/detay.aspx?SectionID
110. Türkiye Kalite Derneği (2009b). Erişim: 20 Nisan 2009
<http://www.kalder.org/hizmetlerimiz/detay.aspx?SectionID=Woaj5gvhLRaxGNiZV3KO%2Bw%3D%3D&ContentID=Qr2gS32eJUaMamPxyEIkxg%3D>
111. Türkoğlu, N. ve Gün, S. (2006). Uluslararası Akreditasyon Standartlarına Göre Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşirelik Hizmetleri Kalite Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1-2), 14-18.
112. Uçan, Y. (2007). *SPOR - Fitness Merkezlerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Ölçeğinin Geliştirilmesi*. Doktora Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
113. Uyanusta, E. (2006). *Kalite Altyapısı: Standardizasyon Akreditasyon ve Uygunluk Değerlendirmesi*. İstanbul: İktisadi Kalkınma Vakfı Yayınları.
114. Uz, H. (1998). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Hayran, O. ve Sur H. (Ed.). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. (147-171). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
115. Uzunkavak, E. (2002). *Hastanelerde Uygulanan Kalite Yönetim Sistemleri ve Özel Hastaneler Üzerine Bir Durum Değerlendirme Araştırması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
116. Weber, S.A.D. (2005). *Learning Organization: How does the CCHSA Accreditation Process Help Health Care Organizations to Develop their Learning Processes?* Master Degree, University of Ottova, Canada.
117. Yıldırım, O. ve Aydemir, S. (2008). *Kalite Yönetim Sistemleri ve Akreditasyon*. Erişim: 26 Kasım 2008, www.bsm.gov.tr/sunu/docs/Kalite_KYS_Akr.ppt

118. Yılgör, A. (1999). Toplam Kalite Yönetiminin Özel Sektör ve Kamu Kesimi İçin Ortak Bir Model Oluşturabilme Potansiyeli. Peker, Ö., Savaşkan Durak, N., Gümüştuyu, Ç. ve Akdoğan, A. (Ed). *Kamu Yönetiminde Kalite 2. Ulusal Kongresi Bildirileri*. (s. 3-13). Ankara: TODAİE Yayınları.
119. Yılmaz, E. (2005). *Bilgi Merkezlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Alp Yayınevi.
120. Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2), 69-74.

EK: 1**ANKET FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu anket, “Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları” isimli tez çalışmamda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı, akreditasyonun hizmet kalitesine etkisini, hemşirelerin algılarını değerlendirmek suretiyle ortaya koymaktır.

İki bölümden oluşan anket çalışmasının birinci bölümünde, akreditasyonun hizmet kalitesine etkisi hakkındaki algılarınızı belirleyen ifadeler; ikinci bölümde ise, kişisel (demografik) bilgileriniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak, kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacak ve araştırmanın amaçları dışında kullanılmayacaktır.

Anketin uygulanması ile ilgili gerekli izin 12.05.2009 tarih ve 839 sayılı yazı ile Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimliği’nden alınmıştır. Anketle ilgili sorularınızın olması ve bununla ilgili olarak aşağıdaki telefon veya e-posta adresinden bana ulaşmanız durumunda sorularınızı cevaplamaktan memnuniyet duyacağım.

Ankete gösterdiğiniz ilgi ve yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Saygılarımla

Ahmet YILDIZ

Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Kurumları Yönetimi

Yüksek Lisans Öğrencisi

Tel: 0555 690 45 74

E-posta: yildizahmett@hotmail.com

BÖLÜM I

Bu bölümdeki ifadeler, “Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5)” şeklinde derecelendirilmiştir. Bu ölçeğe göre, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi’nin bir çalışanı olarak, sizin düşüncenize en uygun değeri daire içine alarak işaretleyiniz.

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
Kalite Sonuçları					
1. Geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir.	1	2	3	4	5
2. Geçen birkaç yılda, hastane, yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin (finansman, insan kaynakları, vs.) kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	1	2	3	4	5
3. Geçen birkaç yılda, hastane, hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	1	2	3	4	5
4. Geçen birkaç yılda, hastane, klinik destek bölümleri (laboratuvar, eczane ve radyoloji gibi) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir.	1	2	3	4	5
5. Geçen birkaç yılda, hastane, finansal kısıtlılıklara rağmen yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı sürdürmüştür.	1	2	3	4	5
Liderlik, Taahhüt ve Destek					
1. Üst düzey hastane yöneticileri, kalite iyileştirmeyi 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) kalite iyileştirmeye 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 gereken örgütsel, teknolojik, vb. değişimleri yönetme becerisi göstermişlerdir.	1	2	3	4	5
7. Üst düzey hastane yöneticileri, bakım ve hizmet kalitesini artırmak için yapılan önerileri uygulamaya başlamışlardır.	1	2	3	4	5

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
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, kalite iyileştirme çalışmalarının başarılı olacağı konusunda güven vermektedir.	1	2	3	4	5
Stratejik Kalite Planlaması					
1. Hemşirelere, kalite iyileştirme için plan yapmak ve test etmek amacıyla yeterli zaman verilir.	1	2	3	4	5
2. Bu hastanedeki her bir bölüm ve çalışma grubunun, kaliteyi artırmak için ulaşmaya çalıştığı belirli hedefleri vardır.	1	2	3	4	5
3. Hastanenin kalite iyileştirme hedefleri, bölümümüzde herkes tarafından bilinmektedir.	1	2	3	4	5
4. Hemşireler, kalite iyileştirme planlarının geliştirilmesine katılır.	1	2	3	4	5
5. Orta düzey yöneticiler (örneğin, süpervizörler, sorumlu hemşireler ya da hemşirelik hizmetleri müdürleri ve yardımcıları), kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	1	2	3	4	5
6. Hastaların kalite hakkındaki beklentileri, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	1	2	3	4	5
7. Hastanenin organizasyon şemasında temsil yoluyla, hemşireler, kalite iyileştirme için öncelik belirlemede anahtar bir rol oynarlar.	1	2	3	4	5
İnsan Kaynakları Kullanımı					
1. Eğitim ve Öğretim Alt Ölçeği					
a. Hemşirelere, 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
b. Hemşirelere, kalite iyileştirmeyi destekleyen yöntemler konusunda sürekli eğitim ve öğretim verilir.	1	2	3	4	5
c. Hemşirelere, iş becerilerini ve performanslarını artırmak için gereken eğitim ve öğretim verilir (hemşirelik eğitim programları yoluyla).	1	2	3	4	5
2. Ödül ve Takdir Alt Ölçeği					
a. Hemşireler kalite iyileştirme için ödüllendirilir ve takdir edilir (mali olarak ve/veya başka şekilde).	1	2	3	4	5

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
b. Hizmetlerin kalitesini artırmak için bölümlerarası işbirliği desteklenir ve teşvik edilir.	1	2	3	4	5
c. Hastane, hemşirelerin kalitenin nasıl artırılacağı konusunda yönetime önerilerde bulunmaları için etkili bir sisteme sahiptir.	1	2	3	4	5
Kalite Yönetimi					
1. Hastane, kalite gereklerini karşıladığından emin olmak için, donanım ve malzemeleri düzenli olarak kontrol eder.	1	2	3	4	5
2. Hastane, bakım ve hizmet kalitesini iyileştirmeyi destekleyen etkili politikalara sahiptir (örnek: İlaç Uygulamasında Beş Doğru Prensibi).	1	2	3	4	5
3. Hastane, yeni hizmetler geliştirilirken, kaliteyi bu hizmetlerin tasarımına dahil etmeye çalışır.	1	2	3	4	5
4. Hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir.	1	2	3	4	5
5. Hastane, kalite güvencesini, iyileştirme yollarını bulmak için yapılan sürekli bir araştırma olarak görür.	1	2	3	4	5
6. Hastane, dokümantasyon yoluyla kalite problemlerinin kayıtlarını tutmaları için hemşireleri teşvik eder.	1	2	3	4	5
Veri Kullanımı					
1. Hastane, şimdiki hasta ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar.	1	2	3	4	5
2. Hastane, hastaların gelecekteki ihtiyaçlarını ve beklentilerini belirleme konusunda iyi iş yapar.	1	2	3	4	5
3. Hemşireler hasta şikayetlerini çabucak çözer.	1	2	3	4	5
4. Hasta şikayetleri, aynı problemlerin tekrarlanmasını önlemek üzere, tanımlamak ve öğrenmek için incelenir.	1	2	3	4	5
5. Hastane, hizmetleri iyileştirmek için hastalardan toplanan verileri kullanır.	1	2	3	4	5
6. Hasta memnuniyeti hakkındaki veri hastane çalışanlarına geniş çapta bildirilir.	1	2	3	4	5

	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM
Akreditasyon					
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 işbirliğini 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

BÖLÜM II**Demografik Bilgiler**

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz?
Kadın () Erkek ()
3. Eğitim durumunuz?
Sağlık Meslek Lisesi () 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?
Hemşire Müdürü () Hemşire Müdür Yardımcısı () Süpervizör ()
Servis Sorumlu Hemşiresi () Servis Hemşiresi () Diğer (Belirtiniz).....

Zaman ayırarak anketi tamamladığınız için teşekkür ederiz.

EK: 2



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ**

▣ Erişkin Hastanesi
▣ İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
▣ Onkoloji Hastanesi

B.30.2.HAC.0.70.10.01/06-D- 839

12.05.2009

**İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık İdaresi Bölümü'ne,**

İlgi: 06.05.2009 tarih ve 192 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrenciniz Ahmet YILDIZ'ın "Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları" konulu tezi kapsamında gerçekleştireceği çalışmasında "yüksek lisans tez önerisi formu" ile birlikte ekte sunulan anket çalışmasını yapması uygun bulunmaktadır.

Saygılarımla,


Prof.Dr. M. Tezer KUTLUK
Hastaneler Genel Direktörü

MTK/dz