



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**DOKTORA TEZİ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE YÖNETİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN  
BELİRLENEREK TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

**Seyhan ÇERÇİ**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. Ülkü BAYKAL**

**Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı**

**Hemşirelikte Yönetim Programı**

**Ekim, 2022**

## TEZ KABUL VE ONAYI

Seyhan ÇERÇİ tarafından, Prof. Dr. Ülkü BAYKAL danışmanlığında hazırlanan "SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE YÖNETİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENEREK TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 07/10/2021 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

### TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ülkü BAYKAL  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Handan ALAN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Betül SÖNMEZ  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Emine TÜRKMEN  
İstinye Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Seda DEĞİRMENCİ ÖZ  
İstanbul Aydın Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Seyhan ÇERÇİ

Değerli eşim Murat ÇERÇİ ile kıymetli kızlarım Merve, Simay ve Gökçe'ye ithaf ediyorum.

## **BÜTÇE DESTEKLERİ**

### **SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE YÖNETİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENEREK TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında rehberlik eden, bilgisi ve desteğiyle hiçbir çabadan kaçınmayan tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ülkü BAYKAL'a,

Doktora eğitim sürecinde, değerli yorum ve öngörülerıyla bana rehberlik eden Sayın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a ve Doç. Dr. Betül SÖNMEZ'e,

Doktora tez sürecinde, değerli görüş ve öngörülerıyla çalışmama yön veren Sayın Doç. Dr. Handan ALAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Seda DEĞİRMENCİ ÖZ'e,

Uzman görüşlerini aldığım değerli öğretim üyelerine, kalite değerlendiricilerine, yöneticilere ve meslektaşlarıma,

Doktora tez çalışmamı yürütebilmem için izin veren tüm sağlık kurumlarına,

Veri toplama aşamasında desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Sevgi ERGİN'e, Dr. Öğr. Üyesi Efe ONGANER'e, Uzm. Hemş. Tuğçe TÜĞLÜOĞLU'na, Uzm. Hemş. Leman ÇEVİK'e ve Uzm. Hemş. Hatice ORMAN'a,

Bilgisine ihtiyaç duyduğum doktora arkadaşlarım Sayın Dr. Öğr. Görevlisi Nermin UYURDAĞ'a, Uzm. Hemşire Nuran REYHANOĞLU'na ve Uzm. Hemşire Ebru SEVİNÇ'e,

İşyerinde desteğini esirgemeyen Sayın Yeliz LEBLEBİCİ, Fatma ABBAS, Beyhan KURT ve diğer mesai arkadaşlarıma,

Aramızdan erken ayrılan, özlemiyle yaşadığım canım anneme ve varlıklarıyla hayatıma güç katan babam, değerli ablalarım Ceyhan ve Reyhan'a,

Her zaman en büyük destekçim eşim Murat ÇERÇİ ile zamanlarından çok çaldığım biricik kızlarım Elif Simay ve Gökçe Beril'e,

Saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ekim 2022

**Seyhan ÇERÇİ**

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN .....	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ .....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ .....	x
TABLO LİSTESİ.....	xii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	xiv
ÖZET .....	xv
ABSTRACT .....	xvii
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE .....</b>	<b>3</b>
2.1. TEMEL KAVRAMLAR .....	3
2.1.1. Kalite Kavramı .....	3
2.1.2. Kalite Yönetimi Kavramı .....	4
2.1.3. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) Kavramı.....	4
2.1.4. Kalite Yönetim Sistemi Kavramı .....	6
2.2. SAĞLIKTA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	7
2.3. SAĞLIKTA KALİTENİN ÖZELLİKLERİ .....	8
2.4. KALİTE YÖNETİMİNİN İLKELERİ .....	9
2.4.1. Müşteri Odaklılık .....	9
2.4.2. Sürekli Gelişme (Kaizen) .....	10
2.4.3. Liderlik .....	10
2.4.4. Karar Verme .....	10
2.4.5. Çalışanların Katılımı .....	11
2.4.6. Süreç Yaklaşımı .....	11
2.4.7. Sistem Yaklaşımı.....	11

2.4.8. Tedarikçilerle İşbirliği.....	11
2.5. SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ.....	12
2.5.1. Joint Commission International .....	13
2.5.2. International Organization for Standardization.....	13
2.5.3. Sağlıkta Kalite Standartları .....	14
2.5.4. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite Ve Akreditasyon Enstitüsü .....	15
2.6. SAĞLIKTA KALİTE ÇALIŞMALARI İLE İLGİLİ UYGULAMALAR .....	16
2.6.1. Kalite Dokümanları İşlemleri.....	16
2.6.2. Eğitim Hizmetleri.....	17
2.6.3. Kalitenin Ölçümü ve Değerlendirilmesi .....	17
2.6.4. Ölçme Araçları .....	18
2.7. KALİTE YÖNETİMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE YARARLARI.....	20
2.7.1. Kurum Yararı .....	20
2.7.2. Hasta Yararı.....	23
2.7.3. Çalışan Yararı.....	25
<b>3. YÖNTEM .....</b>	<b>28</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ .....	28
3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI.....	28
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	28
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	29
3.4.1. Araştırmanın Evreni .....	29
3.4.2. Araştırmanın Örnekleme.....	29
3.5. VERİ TOPLAMA ARACI .....	31
3.5.1. Görüşme Formu.....	31
3.5.2. “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” Ölçeği Taslağı.....	31
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	32
3.6.1. Nitel Verilerin Toplanması.....	32
3.6.2. Nicel Verilerin Toplanması .....	32
3.7. VERİLERİN ANALİZİ .....	33
3.7.1. Nitel Verilerin Analizi.....	33
3.7.2. Nicel Verilerin Analizi .....	34
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....	35



3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜKLERİ.....	35
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
4.1. ARAŞTIRMANIN NİTEL AŞAMASI BULGULARI .....	36
4.1.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri.....	36
4.1.2. Bireysel Derinlemesine Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular .....	38
4.2. ARAŞTIRMANIN NİCEL AŞAMASI BULGULARI .....	105
4.2.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri.....	105
4.2.2. Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü Geçerliliği .....	107
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>124</b>
5.1. ARAŞTIRMANIN NİTEL AŞAMASI BULGULARININ TARTIŞILMASI .....	124
5.1.1. Kurumsal Yaklaşım Temasının Tartışılması.....	124
5.1.2. Yönetici Yaklaşım Temasının Tartışılması.....	129
5.1.3. Çalışan Yaklaşımı Temasının Tartışılması .....	132
5.2. ARAŞTIRMANIN NİCEL AŞAMASI BULGULARININ TARTIŞILMASI .....	133
5.2.1. Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümünün Geçerliliği.....	133
5.2.2. Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümünün Güvenilirliği .....	136
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>138</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>142</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>156</b>
<b>İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI .....</b>	<b>163</b>
<b>ETİK KURUL İZİN YAZISI .....</b>	<b>164</b>
<b>KURUM İZİN YAZILARI.....</b>	<b>166</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>170</b>

## ŞEKİL LİSTESİ

	<b>Sayfa No</b>
Şekil 2.1: TKY'nin kronolojik gelişimi.....	6
Şekil 2.2: Geleneksel yönetimin toplam kalite yönetimine geçişi.....	6
Şekil 2.3: Donabedian'a göre sağlıkta kalitenin özellikleri.....	8
Şekil 2.4: Kalite yönetim sistemleri .....	12
Şekil 2.5: JCI akreditasyon programları .....	13
Şekil 2.6: Sağlıkta dönüşüm programı bileşenleri.....	14
Şekil 2.7: TÜSKA akreditasyon süreci.....	18
Şekil 4.1: Sağlık çalışanlarının kaliteye ilişkin görüşlerinden oluşan ana temalar .....	38
Şekil 4.2: Sağlık çalışanlarının kaliteye ilişkin görüşlerinden oluşan kodların dağılımı .....	39
Şekil 4.3: Tüm temalara ait sözcük bulutu .....	39
Şekil 4.4: Sağlık çalışanlarının kurumsal yaklaşım temasına ilişkin kodlarının dağılımı.....	40
Şekil 4.5: Kurumsal yaklaşım teması sözcük bulutu .....	41
Şekil 4.6: Sağlık çalışanlarının doküman yönetimine ilişkin görüşlerinin dağılımı.....	41
Şekil 4.7: Sağlık çalışanlarının eğitim süreçlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı.....	47
Şekil 4.8: Sağlık çalışanlarının ölçme ve değerlendirme süreçlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı.....	62
Şekil 4.9: Sağlık çalışanlarının kalite yansımalarına ilişkin görüşlerinin dağılımı .....	75
Şekil 4.10: Sağlık çalışanlarının yöneticilerin kalite yönetimine yönelik görüşlerinin dağılımı .....	84
Şekil 4.11: Yönetici yaklaşım teması sözcük bulutu .....	85
Şekil 4.12: Sağlık çalışanlarının çalışan yaklaşımı temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı.....	96
Şekil 4.13: Çalışan yaklaşımı teması sözcük bulutu.....	97

Şekil 4.14: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin  
DFA modeli yol diyagramı..... 118

Şekil 5.1: Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri..... 136



## TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 3.1: Araştırmanın evreninde bulunan sağlık çalışanlarının dağılımı.....	29
Tablo 3.2: Araştırmada yapılan orantılı kota örnekleme işlemleri tablosu .....	30
Tablo 3.3: Nitel aşamadan oluşan tema, alt tema ve kodlar .....	33
Tablo 3.4: Nicel aşamada kullanılan istatistiksel yöntemler .....	34
Tablo 4.1: Sağlık çalışanlarının kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı.....	37
Tablo 4.2: Sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri.....	105
Tablo 4.3: Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri .....	106
Tablo 4.4: Taslak ölçek madde havuzuna ait KGO .....	108
Tablo 4.5: Madde toplam korelasyon ve madde silindiğindeki Cronbach alpha değerleri ...	110
Tablo 4.6: Normallik testi bulguları .....	111
Tablo 4.7: KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi .....	112
Tablo 4.8: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin açımlayıcı faktör analizi bulguları .....	113
Tablo 4.9: Ölçek alt boyutlarının özdeğer ve açıklanma oranı.....	114
Tablo 4.10: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü alt boyutları ve maddeleri .....	114
Tablo 4.11: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulguları .....	115
Tablo 4.12: Açıklanan ortalama varyans (AVE), birleşik güvenilirlik analizleri (CR) ve iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's Alpha).....	116
Tablo 4.13: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin DFA modeli uyum indeksleri bulguları.....	117
Tablo 4.14: Madde silindikten sonra madde toplam korelasyonu ve Cronbach alpha değerleri .....	119

Tablo 4.15: Test-tekrar test analizi uygulaması.....	120
Tablo 4.16: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin maddelere ile ilgili tanımlayıcı bulgular.....	121
Tablo 4.17: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin alt boyutları arasındaki korelasyon analizi bulguları.....	122



## SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DÖF	: Düzeltici ve Önleyici Faaliyet
GFI	: Goodness of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
JCI	: Joint Commission International
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
Max	: Maksimum
Min	: Minimum
Ort	: Ortalama
ÖH	: Özel Hastane
p	: İstatistik Anlamlılık Düzeyi
r	: Korelasyon
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation (Tahmin Hatalarının Ortalamasının Karekökü)
SBH	: Sağlık Bakanlığı Hastanesi
sd	: Serbestlik Derecesi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SRMR	: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü)
SS	: Standart Sapma
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
ÜH	: Üniversite Hastanesi
$X^2$	: Ki-kare
$X^2/df$	: Ki-kare/serbestlik derecesi
$\alpha$	: Alpha Katsayısı
KÇYTÖ:SÇS	: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü

## ÖZET

### [DOKTORA TEZİ]

### [SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE YÖNETİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENEREK TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ ]

[Seyhan ÇERÇİ]

**İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**

**Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı**

**Hemşirelikte Yönetim Programı**

[Danışman : Prof. Dr. Ülkü BAYKAL ]

[Bu araştırma; sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına ilişkin görüşlerinin derinlemesine belirlenmesi ve kalite çalışmalarına ilişkin tutumlarını ölçmeye yönelik bir aracın geliştirilmesi amacıyla, nitel (bireysel derinlemesine görüşme yöntemi) ve nicel (metodolojik yöntem) tasarımda gerçekleştirilmiştir.

İki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın nitel aşamasına 45; metodolojik aşamasına 1013 sağlık çalışanı katılmıştır. Nitel aşama verileri “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılarak bireysel derinlemesine görüşme yöntemiyle, nicel veriler ise “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” aracılığıyla toplanmıştır. Nitel veriler MAXQDA 2022 programında, nicel veriler ise SPSS 22.0 ve LISREL 8.7 programlarında analiz edilmiştir.

Nitel aşama bulguları, sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yönelik görüşleri kurumsal, yönetici ve çalışan yaklaşımı olarak üç ana temada incelenmiştir. Kalite çalışmalarının; doküman yönetiminin standartlara uygun şekilde yürütüldüğü, eğitim süreçlerinin planlanan hedefler doğrultusunda gerçekleştirildiği, ölçme ve değerlendirmenin

sürekli iyileştirmelerle sonuçlandırıldığı, yönetim süreçlerinin aktif uygulandığı ve hizmet alanlar ile verenlerin memnuniyetlerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Kalitenin çalışanlarda görev, yetki ve sorumluluklar gibi yansımaları olduğu, tüm kalite süreçlerinin kaliteli tıbbi bakım uygulamaları ile hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının güvenli, verimli, erişilebilir, zamanında ve uygun şekilde olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanları ile yapılan görüşmeler sonucunda oluşturulan 61 maddelik taslak ölçek uzman görüşüne sunulmuş ve kapsam geçerliliği 0,97 olduğu saptanmıştır. Madde analizi ile madde toplam puan korelasyonu düşük maddeler ölçekten çıkarılmış korelasyonlar 0,45–0,77 arasında bulunmuştur. Açıklayıcı faktör analizi yapılarak taslak ölçek, üç boyutlu (kurumsal, yönetici, çalışan yaklaşımı) ve 42 maddeli bir yapı elde edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve ölçek yapısının doğrulandığı tespit edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizine göre uyum iyiliği değerleri Chi-square/df:1,82; CFI:0,99; NNFI:0,99; NFI:0,99; SRMR:0,098 olduğu belirlenmiştir. Ölçek 51 katılımcı ile test tekrar test yöntemiyle zamana karşı güvenilirliği değerlendirilmiş, anlamlı fark (Z:-0,782; p:0,434) olmadığı tespit edilmiştir. Ölçek ve alt boyutları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkiler olduğu bulunmuştur (r:0,615-0,945; p<0,01). Ölçeğin, Cronbach's Alpha değeri 0,976, alt boyutları ise 0,823-0,963 arasında saptanmıştır.

Sonuç olarak; sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yönelik tutumunun yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca, “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir. |

Ekim 2022 , [188] sayfa.

**Anahtar kelimeler:** [Kalite Çalışmaları, Toplam Kalite Yönetimi, Sağlıkta Kalite, Ölçek Geliştirme, Geçerlilik Güvenilirlik]



## **ABSTRACT**

**[Ph.D. THESIS]**

**[DETERMINING THE VIEWS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS ON QUALITY  
MANAGEMENT AND DEVELOPING ATTITUDE SCALE ]**

**[Seyhan ÇERÇİ]**

**İstanbul University-Cerrahpaşa**

**Institute of Graduate Studies**

**Department of Management in Nursing**

**Name of Programme**

**[Supervisor : Prof. Dr. Ülkü BAYKAL ]**

[This research; qualitative (individual in-depth interview method) and quantitative (methodological method) design was carried out in order to determine the views of health professionals about quality studies in depth and to develop a tool to measure their attitudes towards quality studies.

At the qualitative stage of the research, which was carried out in two stages, 45; 1013 health workers participated in the methodological stage. Qualitative phase data were collected by individual in-depth interview method using the "Semi-Structured Interview Form", and quantitative data were collected through the "Attitude Scale towards Quality Studies: Health Professionals Edition". Qualitative data were analyzed in the MAXQDA 2022 program, and quantitative data were analyzed in SPSS 22.0 and LISREL 8.7 programs.

Qualitative stage findings, views of health professionals on quality studies were examined in three main themes as institutional, managerial and employee approach. Quality studies; It has been determined that document management is carried out in accordance with the standards, the training processes are carried out in line with the planned targets, the measurement and

evaluation are concluded with continuous improvements, the management processes are actively applied, and they affect the satisfaction of service users and providers positively. It has been determined that quality has reflections on employees such as duties, authorities and responsibilities, and that quality medical care practices of all quality processes and patient and employee safety practices are safe, efficient, accessible, timely and appropriate. The 61-item draft scale, which was created as a result of interviews with healthcare professionals, was submitted to expert opinion and its content validity was found to be 0.97. Item analysis and items with low item-total score correlation were excluded from the scale, and the correlations were found to be between 0.45 and 0.77. The draft scale, three-dimensional (institutional, manager, employee approach) and a 42-item structure were obtained by exploratory factor analysis. Confirmatory factor analysis was performed and it was determined that the scale structure was confirmed. Goodness of fit values according to confirmatory factor analysis were Chi-square/df:1.82; CFI:0.99; NNFI:0.99; NFI:0.99; SRMR was determined to be 0.098. The reliability of the scale was evaluated against time with the test-retest method with 51 participants, and it was determined that there was no significant difference ( $Z:-0.782$ ;  $p:0.434$ ). It was found that there was a high level of positive correlation between the scale and its sub dimensions ( $r:0.615-0.945$ ;  $p<0.01$ ). The Cronbach's Alpha value of the scale was found to be 0.976, and its sub-dimensions between 0.823 and 0.963.

As a result; It can be said that the attitude of health workers towards quality studies is high. In addition, "Attitude Scale Towards Quality Studies: Healthcare Professionals Edition" was determined to be a valid and reliable scale. |

October 2022, [188] pages.

**Keywords:** [Quality Studies, Total Quality Management, Quality in Healthcare, Scale Development, Validity and Reliability]

## 1. GİRİŞ

Kalite kavramı, Wayne tarafından “müşteri memnuniyeti”, J. Juran tarafından “kullanım kabiliyeti”, P. Crosby tarafından “gereksinimlere uyma”, Deming tarafından “maliyet ve pazara uygunluk”, Wild tarafından “gereklikleri karşılama derecesi”, Parashuraman tarafından “hizmetin mükemmelliğe karşı tutumu” olarak tanımlanmaktadır (Huseinspahić 2008). Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ise geniş bir kavram olup, başlangıçta sağlık profesyonellerinin ne yapacağı konusu üzerinde durulurken, daha sonra bakımın yönetimi olduğu düşünülmüştür. Süreç ve prosedürlerin etkileşiminin örgütün işlevlerini oluşturduğu gibi birçok farklı model önerilmiş olsa da, Donabedian tarafından önerilen yapı, süreç ve sonuç üçlüsü kavramı günümüzde hala kalitenin temelini oluşturmaktadır (Aggarwal ve diğ. 2019).

Yönetim teorilerinin temelini oluşturan FW Taylor’dan bu yana birçok yönetim teorisinden sözedilmiş, hızlı teknolojik gelişme, artan rekabet ve hizmet sektörlerinin artan beklentileri nedeniyle yönetim teorilerinin yetersiz kaldığı ve bunun sonucunda da kalite yönetimi çağdaş yönetim teorileri içinde yerini almıştır (Seren İntepeler 2011). Kaliteye yönetim, sadece kuruluşlara rekabet etmesini sağlamakla kalmayıp, toplumun ve bireylerin gelişimini de kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir. Ancak, geleneksel yönetimden kalite yönetimine geçişin kurumlarda kalite kültürünün yerleşmesini, uygulanmasını, kurumsal bilincin benimsenmesini, sürekli iyileştirmenin ve inovasyonun gerekliliğinin üzerinde durulmaktadır (Taner ve Özkan 2013).

Sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma programlarının uygulamaya konmasının temel nedeni, bir yandan kamunun sağlığa yaptığı harcamaların artışı ile sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin düşük oluşudur. Bu nedenlerle sağlık kuruluşlarının sürekli iyileştirmelerle gelişmesi, yenilikleri izlemesi ve kaliteyi arttırması gerekmektedir (Oksay 2016). Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları içselleştirilerek bir kültür oluştuğunda birçok yarar meydana gelmektedir. Örneğin; hastayı memnun etmeye yönelik hasta odaklılık, çalışanların liderlik özelliklerinin ortaya çıkmasını destekleyen etkin liderlik, süreçleri mükemmele getirmek için sürekli iyileştirme ve hataları önlemeye yönelik hataların raporlanması gibi yararlar sağlamaktadır (Tapan ve diğ. 2012).

Standartların tanımlanması ile dünyada kurumların tercih ettiği belgelendirme kuruluşları kurulmuştur. Kalite belgelendirme sistemleri başta ABD, Avustralya ve Kanada olmak üzere

Avrupa ile Tayland, Japonya ve Kore vb. gibi Asya ülkelerinde kurulmuştur. Türkiye’de ise (TSE) Türk Standartları Enstitüsü, kalite belgesini vermektedir. TSE'ye başvurmak için ISO (Uluslararası Standardizasyon Örgütü) sertifikası arayan ve standartlara uyan sağlık tesisleri bu sertifikayı almaktadır. Merkezi İsviçre'de olan ISO, 1947'de kurulmuş olup, standartlarının oluşturulması için 161 ülke ve 3368 teknik komite ile yapılmaktadır. Sistem denetimi ve belgelendirme süreci ISO 9000'i etkin kılmaktadır. İlgili komiteler, belirli zaman aralıklarında standartları güncellemektedir (Bayer ve Parıltı 2016).

Türkiye’de kalite felsefesinin yaygınlaştırılması, kalite bilinci geliştirilmesi, rekabet olanağının artması gibi nedenlerle 1991 yılında Kalite Derneği kurulmuş olup, çok merkezli şirketlerin bir araya gelmesiyle gönüllü olarak kalite çalışmaları yapılmaktadır. 1992’de kalite dergisi yayınlandığı, EFQM Konferansı yapıldığı, kalite günleri düzenlendiği, 1998 yılında ise Avrupa Kalite Yönetim Vakfı’nın üyesi olmuştur. Kalite Derneği, mükemmellik kültürünün sürdürülebilir olması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedefleyen bir kuruluştur (Kalder 2022).

Ulusal ve uluslararası düzeyde alanyazın incelendiğinde, kalite çalışmaları ve özellikle Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının, hasta ve çalışan doyumunu artırdığı, sağlık çalışanlarının verimlilik ve performansını olumlu etkilediği, örgütün gelişimi ve performansının yükseltilmesine katkı sağladığı görülmektedir. Sağlıkta uygulanan kalite yönetimi çalışmaları, sağlık profesyonellerinin kalite felsefesini anlamalarını, temel kuralları ve ilkeleri benimsemeleri, uygulanan tüm süreçlerde gönüllülük esası ile tam katılım sağlanmasını gerektirmektedir (Çerçi ve Baykal 2022). Hastane ve sağlık çalışanları örneğinde yapılan taramalarda, sağlık çalışanlarının kalite süreçlerine katılımı, kalite yönetim süreçlerinin uygulanmasına yönelik tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik bir çalışmanın yapılmadığı, ayrıca konuya ilişkin tutumu ölçmek üzere bir aracın geliştirilmemiş olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda iki aşamalı olarak yapılan araştırmada; öncelikle nitel araştırma yöntemlerinden bireysel derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına ilişkin görüşlerin keşfedilmesi ve ikinci aşamada bu görüşme verilerinden yararlanılarak sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yönelik tutumunu ölçmeye ilişkin geçerli ve güvenilir bir ölçeğin geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. TEMEL KAVRAMLAR

#### 2.1.1. Kalite Kavramı

Kalite kavramı incelendiğinde insanlık tarihi kadar eski bir kavram olduğu, bunun sebebinin insanın içinde her zaman daha iyisine ve daha güzeline ulaşma arzusunun bulunmasıdır. Japonya’da Kaizen olarak adlandırılmaktadır (İpekten ve Kutlu 2003). Kalite latince “qualis” kelimesinden türemiş bir sözcük olup sözlük anlamı “nitelik” yahut “bir ürünün en iyi özellikleri bünyesinde taşıması” durumu olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca kalite, iç ve dış müşterinin güncel gereksinimlerini ve beklentilerini zamanında karşılamayı ve hizmetleri sunmayı belirtmektedir (Seren İntepeler ve Öz 2022).

Kalite kavramı, Alman Standartlar Enstitüsüne göre; “Bir ürünün öngörülen ve şart koşulan standartlara uyum kabiliyetidir.” Avrupa Kalite Kontrol Birliği’ne (EOQC) göre; “Belirli bir malın veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir.” Japon Sanayi Standartları Komitesi’ne (JİS) göre; “Ürün veya hizmeti ekonomik yoldan bir üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir.” Amerikan Kalite Kontrol Derneği’ne (ASQC) göre; “Bir mal veya hizmetin belirli bir gereksinimi karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür.” Uluslararası Standardizasyon Örgütü’ne (İSO) göre; “Ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama niteliğine dayanan özelliklerin toplamıdır.” olarak tanımlanmaktadır (Yurtseven ve Afacan Fındıklı 2020).

Ayrıca kalite, Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü’ne (ANSI) ve Amerikan Kalite Topluluğuna (ASQ) göre; “bir bakımın veya hizmetin belirli gereksinimleri karşılama becerisine dayanan özelliklerinin toplamı”, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kavramının öncüsü W Edwards Deming tarafından ise; “hizmet alanların gereksinimlerine yönelik strateji” olarak tanımlanmaktadır (Aggarwal ve diğ. 2019).

Bayer ve Parılıtı’nın aktardığına göre; Donabedian “hizmet sürecinde kazançlar ve kayıplar dengesinin hesabı yapıldıktan sonra hastanın iyilik halini en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak (Bayer ve Parılıtı 2016), Türk Dil Kurumu’na göre ise kalite “bir şeyin nasıl olduğunu belirten, onu başka şeylerden ayıran özellik, vasıf, keyfiyet” olarak tanımlanmaktadır (TDK 2022).

240 sağlık çalışanı ile 220 hasta veya hasta yakını üzerinde yapılan nitel bir araştırmada, “kalite nedir?” sorusuna; sağlık çalışanları “mükemmelliyetçilik”, hasta veya yakınları ise “iyi hizmet” olarak tanımlamışlardır (Oksay 2016).

Görüldüğü üzere kalite kavramı tanımını üzerinde bir birliktelik bulunmamaktadır. Genel anlamda beklentilerin ve gereksinimlerin karşılanması, mevcut durumun ve hizmet sunumunun iyileştirilmesi ve memnuniyetin arttırılması olarak tanımlanabilir.

### **2.1.2. Kalite Yönetimi Kavramı**

Kalite yönetimi, tüm çalışanlarının hem hayatını hemde zamanını ayırdığı işine kendini adayan, evrensel ilkeleri hayatının merkezine koyan; “kazan kazan” yaklaşımına dayalı, uzun vadede iç ve dış müşteri memnuniyetini amaçlayan, görev tanımının ötesinde sorumluluk sahibi olan, işini yaparken planlama yapan, hedef koyan, tüm bunları gerçekleştireceğine inanan, tüm çalışanlarının katılımına dayalı olan yönetim modeli olarak tanımlanmaktadır (Çetin ve diğ. 2001).

Kalite yönetimi, kuruluşlara iyi bir kayıt sistemi, standardize etme, iyi tedarikçi ve müşteri memnuniyeti ile işletme içinde görev ve sorumlulukların belirlenmesi, istatistiki değerlendirmeler doğrultusunda durum analizlerinin yapılması ve kararlarda bu analizlerden faydalanılması gibi faydalar sağlamaktadır (Sipahi ve Enginoğlu 2013). Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan standartlar, çalışanların doğru şekilde işlerini yapmaları için belirlenmiş işlemlerdir. Ayrıca standardizasyon terimi doyum, verimlilik ve kalitenin gelişimini arttırmak amacı ile kurallar koyma ve uygulama metodu olarak da tanımlanmaktadır. Bu bağlamda standardize etme aşamasında; standartların otörlerce kabul edilmiş, sadeleştirilmiş, uygulanabilirliği sağlanmış, koşullara göre güncellenmiş ve ölçülebilir olması önerilmektedir (Taner ve Özkan 2013).

### **2.1.3. Toplam Kalite Yönetimi (TKY) Kavramı**

Bilimsel yönetim kuramlarının temelini oluşturan F. W. Taylor’dan günümüze kadar pek çok yönetim kuramından söz edilmiştir. Geleneksel bilimsel yönetim anlayışı, hızlı teknolojik gelişmeler, artan rekabet ve hizmet alanlarının kalite beklentilerindeki artış nedeniyle yetersiz kalmış ve bu bağlamda, kalite kavramı ve kalite yönetimi çağdaş yönetim yaklaşımları arasında yerini almıştır (Seren İntepeler 2011).

1980’lerde başlamış olan ve 1990’larda önem kazanan kalite yönetim kavramı ve uygulamaları başlangıcında, Toplam Kalite Yönetimi ve Anlayışı gelmektedir. Kalite

uygulamalarıyla çalışmalar, 1932’de W.A. Shewhart’ın araştırmalarına kadar gitmektedir. Ancak kalite yönetimi 1980 yılına kadar işletme faaliyetleri içinde yönetim düşüncesi oluşturmamıştır. 1980’li yıllara kadar kalite kavramı üretimde istatistik kontrolü çalışmaları şeklinde ve bazı kişi veya bölümlerin sorumluluğu olarak gelişmiştir (Koçel 2018).

1950-60’larda Kaoru Ishikawa, Edward Demings, Joseph Duran, Philip Crosby ve Armond Feigenbaum gibi araştırmacılarca yapılan araştırmalar sonunda, kalite hususunun tüm işletme faaliyetlerinde uygulanmasına yardımcı olmuştur. Türkiye’de kalite işletme yönetiminde yer alarak bir kavram haline gelerek bu konuda geniş bir alanyazın oluşmaya başlamıştır (Koçel 2018).

Kaliteye dayalı yönetim, kurumlara rekabet gücü sağlar ve bunun yanı sıra hizmet alanların ve toplumun gelişmesine imkan sağlamaktadır. Ancak klasik yönetim anlayışından toplam kalite anlayışına geçiş kurumlarda, kalite ile ilgili kültürün oluşmasını ve yerleştirilmesini gerektirmektedir. Bu şekilde bir dönüşüm için dış müşteri bilinci, sürekli gelişim ve iyileştirme, yeniliklerin benimsenmesi gerekmektedir (Taner ve zkan 2013). TKY, i ve dış müşterilerin gelecekteki mevcut beklentilerinin karşılanmasını ve belirlenmesi amaçlayan, toplam kalitenin oluşturulmasını ve geliştirilmesini, sürdürülebilirliğini sağlayan yönetim yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır (Uzun Kocamış 2016).

TKY, müşteri memnuniyetini önemseyen ve hedefleyen, üst yönetim liderliği ile çalışanları güçlendirmeyi ve gelişmiş iş tatmini sağlamayı amaçlamaktadır. Bir organizasyonda TKY uygulamalarında başarı değişimle gerçekleşmektedir. Değişimin en temel unsuru eğitimidir. Eğitim rekabet sağlayan ve değer yaratan özelliklere sahiptir (Kurt 2020).

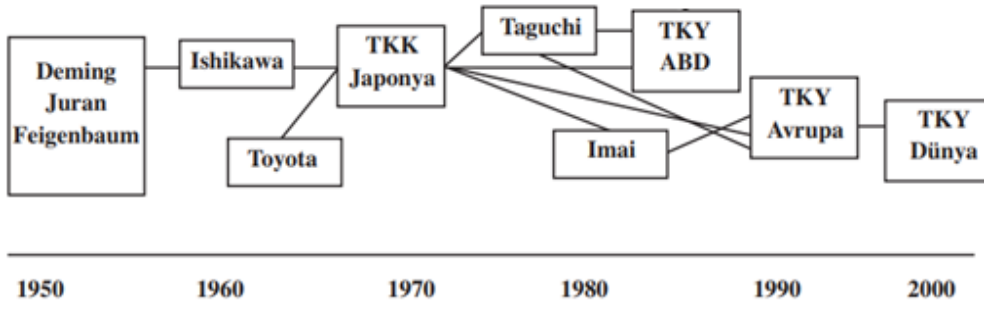
En basit şekilde TKY aşağıdaki gibi açıklanmaktadır.

**“Toplam:** Herkesin katılması,

**Kalite:** Müşterinin istek ve gereksinimlerinin karşılanması,

**Yönetim:** Kaliteli hizmet veya ürün için tüm koşulların sağlanması” (Top 2013).

TKY’nin kilometre taşları yıllara göre şekil 2-1’de kronolojik sırasıyla verilmiştir. Özellikle Japonya ve Amerika’nın bu sürece çok büyük katkı sağladıkları görünmektedir (Karcioğlu ve Biçer 2013).



**Şekil 2.1: TKY'nin kronolojik gelişimi**

Geleneksel yönetimin toplam kalite yönetimine geçişi Şekil 2.2'de detaylı olarak gösterilmiştir (Kavuncubaşı 2000). Bireysel sorumluluktan ortak sorumluluğa, yönetim otoriteden ortak katılıma, amaca yönelme yerine sürece yönelmeye, şikayet yerine örnek almaya ve sürekli gelişime doğru gelişimin sağlandığı görülmektedir.

Geleneksel Yönetim Anlayışı		Toplam Kalite Yönetimi
1. Bireysel Sorumluluk	Sorumluluk	1. Ortak Sorumluluk
2. Mesleki Özerklik	Önderlik	2. Yönetmelik Önderlik
3. Özerklik	Meslek	3. Sorumluluk
4. Yönetmelik Otorite	Yetki	4. Katılım
5. Mesleki Otorite	Karar	5. Katılım
6. Amaca Dönük beklentiler	Beklenti	6. Performans ve Sürece Dönük Beklentiler
7. Katı Planlama	Planlama	7. Esnek Planlama
8. Şikayetlerin İncelenmesi	Sorun Çözme	8. Örnek Edinme
9. Geçmişe Yönelik Başarı Değerlendirme	Denetim	9. Sürekli Başarı Değerlendirme
10. Kalite Güvencesi	Kalite	10. Sürekli Geliştirme

**Şekil 2.2: Geleneksel yönetimin toplam kalite yönetimine geçişi**

#### 2.1.4. Kalite Yönetim Sistemi Kavramı

Türkiye'de sağlık tesislerinde kalite standartları denilince akla genellikle hastaneler gelir. Hastaneler karmaşık yapıya sahip, hizmet alanların tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, farklı branşların bir arada hizmet sunduğu yerlerdir. Yasalara uygun olarak hizmet sunumu sağlayabilmek için değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu değerlendirmeler ISO 9001, Joint Commission International (JCI) standartları, Sağlık Bakanlığı'nın HKS ile yapılmaktadır. Kamu kurumlarında ISO 9001 daha sonda HKS ve SKS kullanılmakta, özel kurumlarda ise ISO 9001 ve JCI standardı kullanılmaktadır (Dikmen 2016).



## 2.2. SAĞLIKTA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Yönetim önemlidir, ancak sağlık yönetimi söz konusu olduğunda ayrı bir önem gerektirir. Sağlık yönetimi öncelikle insanlarla ve dolayısıyla halk sağlığıyla ilgili olduğundan, önemli faaliyetleri doğrudan etkiler. Bir milletin sosyal refahı sağlıklı bireylere bağlıdır. Bu nedenle sağlık yönetimindeki başarı, genel olarak yönetsel başarı ile birlikte oluşur (Gök 2021).

Sağlık hizmetlerde kalite, hizmetlerin bilimsel standartlar ve normların hasta ve yakınlarının beklentilerine uygun olarak sunulmasıdır (Kaygın 2021). Sağlıkta toplam kalite ise; kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması, tedavi ve bakımın etkililiğinin değerlendirmelerinden oluşmaktadır. Sağlıkta hizmetlerin; ertelenemeyen, dikkat isteyen ve alternatifi olmayan, birden fazla branşın koordineli çalışması ile hizmetin üretilmesi ile tüketilmesinin aynı anda yaşandığı hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin muhatabı hastalar olduğu için hizmetin kalitesi oldukça önem arz etmektedir (Özcan Çaklı 2021).

Türkiye’de “sağlıkta kalite” terimi Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile gündeme girmiş, ortaya konan bazı standartların bir kısmı Sağlık Kalite Standartları olarak bir araya getirilmiş ve sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve artırılması için yoğun çalışmalar başlatılmıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM) 2012).

Sağlık hizmetinde TKY; sağlık hizmetlerinde iş akışlarını mümkün olduğunca verimli bir şekilde organize etme, optimal sonuç kalitesi elde etme, yani hasta doyumunu, çalışan doyumunu ve sağlık hizmetlerinde genel performans sağlamanın bir yolu olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık kuruluşlarının en önemli hedeflerinden biri, hem hastalar hem de çalışanlar için sağlık hizmetlerinde mümkün olan en iyi iyileştirmeyi mümkün olan en düşük maliyetle sağlamaktır (Kurt 2020).

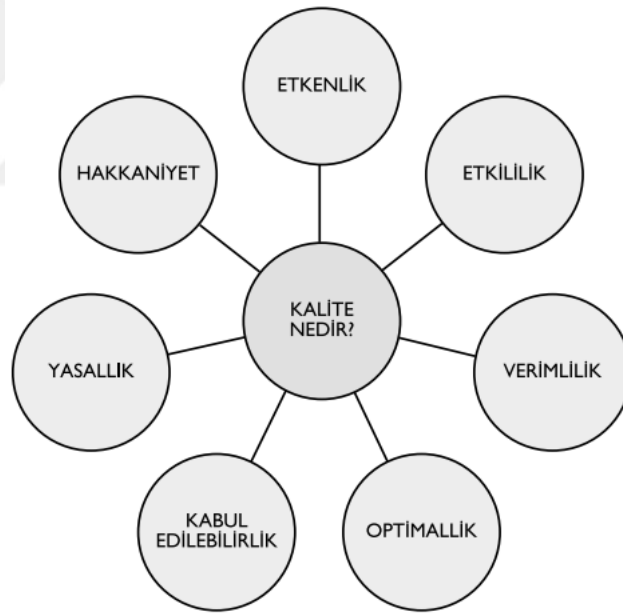
Türkiye’de sağlıkta TKY üzerinde yapılan lisansüstü tezlerin incelendiği bir çalışmada, TKY ile ilgili 22 yıl içinde 264 tez yazıldığı, 2012-2016 yılları arasında 53 tez yazıldığı, bu tezlerin içinde sadece 19 tanesinin (Yüksek Lisans:17; Doktora:2) sağlık alanında yazıldığı belirlenmiştir. TKY ile ilgili tez çalışmalarının fazla olduğu ancak sağlık sektöründe ki çalışmaların sayısının az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (İnam ve Koç Tütüncü 2017).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesinin farklı şekillerde ölçülmesi, izlemesi ve değerlendirmesi kavramı günümüzde geliştirilmektedir. Böylece, yaşam kalitesini ve ulusal öncelikleri dikkate alan, süreç ve sonuç odaklı indikatörlerle izleme oluşturulmaktadır. Örneğin Türkiye’de “Klinik Kalite Programı” geliştirilmiştir. Programda 16 sağlık olgusu tanımlanmış ve göstergeler oluşturulmuştur. Hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanması hedeflenmektedir (SHGM 2021). Ayrıca uluslararası alan yazında, KOAH Kalite Standartları

(Bhutani ve diğ. 2022), Dejeneratif Lomber Spinal Stenoz için yaşlı hastalarda yaşam kalitesi standartları (Liu ve diğ. 2022), diyabet kalite standartları klavuzu (Noto ve diğ. 2016), Asya Pasifikte Cilt Kalitesi Kılavuzu (Park ve diğ. 2022) ve DSÖ Pediatrik Bakım Kalitesi Göstergeleri (Muzigaba ve diğ. 2022) gibi kılavuzlar oluşturulmakta ve klinik kalite standartları belirlenmektedir.

### 2.3. SAĞLIKTA KALİTENİN ÖZELLİKLERİ

Donabedian'a göre kaliteli sağlık hizmeti, sağlık bilimi ve teknolojisinin ürünü ve uygulaması olarak görülebilir. Bu ürün, etkenlik, etkililik, optimallik, hakkaniyet, yasallık, kabul edilebilirlik ve verimlilik gibi çeşitli özelliklerle karakterize edilebilir (Şekil 2). Tek tek veya çeşitli kombinasyonlarda ele alındığında, kalitenin tanımı oluşturur ve ölçüldüğünde ise kalitenin seviyesini gösterir (Donabedian, 1980; Karakaya 2021; Kaya ve diğ. 2013). Kalitenin özelliklerine aşağıda yer verilmiştir.



**Şekil 2.3: Donabedian'a göre sağlıkta kalitenin özellikleri**

**Etkenlik:** Sağlık bilimi ve teknolojisinin optimal koşullar altında kullanıldığında sağlığı iyileştirme yeteneğidir. "Optimal koşulların" belirlenemediği durumlarda, bunun yerine "belirli şartlar altında" terimi kullanılabilir. Kalite uygulamaları ölçülürken etkinlik kontrol edilmez ve etkenlik deneyim, araştırma ile uzman görüş beraberliğinin çalışmalarıyla bize önden sunulur. Alternatif hizmet stratejilerinin göreceli etkinliği, iyi kontrollü klinik deneyler veya teknoloji incelemeleriyle belirlenmektedir (Zafer ve Ünal 2016).

**Hakkaniyet:** Hakkaniyet, “bir toplumun üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında, doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk” olarak tanımlanır (Zafer ve Ünal 2016).

**Yasallık:** “Sağlık hizmetin sosyal toplumun kurallarını ve gereklilikleri ile uyumlu bir şekilde tüm bireyler tarafından onaylanması” olarak tanımlanmaktadır (Aygaz ve Önsüz 2017).

**Kabul Edilebilirlik:** “Hizmet gören hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında iletişim ve hastaların isteklerine uygunluk” olarak tanımlanmaktadır (Yavan Temizkan 2018).

**Optimallik:** “Maliyetler ile iyileşme arasındaki dengenin korunması” olarak tanımlanmaktadır (Yavan Temizkan 2018).

**Verimlilik:** “Sağlıkta, ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneği” olarak tanımlanmaktadır (Zafer ve Ünal 2016).

**Etkililik:** Sağlıkta ulaşılabilir olan iyileştirmelere reelde ulaşma derecesidir. Bu, gerçek performans ile ideal performans arasında bir karşılaştırma gerektirir (Zafer ve Ünal 2016).

## 2.4. KALİTE YÖNETİMİNİN İLKELERİ

TKY, birçok uygulamalardan oluşur. Bu uygulamalara TKY'nin ilkeleri olarak adlandırılabilir (Çapacıoğlu ve diğ. 2018).

### 2.4.1. Müşteri Odaklılık

Müşteri odaklılık; her türlü faaliyet üreten işletmelerin müşterilerin istek ve ihtiyaçlarına önem veren bir anlayıştır. Diğer hizmetlerdeki işletmelerdeki gibi sağlık hizmetlerinde de kalitenin önemi her geçen gün artmakta, hasta doyumunun sağlanması, sağlık çalışanlarının hastaların istek ve ihtiyaçlarına odaklı yani müşteri odaklı hizmet vermeleriyle mümkün olacaktır (Soysal ve Koçoğlu 2018). Ayrıca örgütlerin, müşterileri organizasyondan değer elde eden, mevcut ve gelecekteki müşterilerin ihtiyaçlarını tanıyan, organizasyonel hedefleri müşteri beklenti ve ihtiyaçları ile uyumlu hale getiren, bu ihtiyaçları karşılamak için gerekli plan ve düzenlemeleri uygulayan, müşteri memnuniyetini ölçerek aksiyon alan ve müşteri ilişkilerini aktif olarak yöneten şekilde olmalıdır (Demirbilek 2022). Hizmetin doğru zamanda, doğru kişiye, doğru ürünü, doğru fiyat ile verilmesidir (Gök ve Arıcı 2016).

### **2.4.2. Sürekli Gelişme (Kaizen)**

Kaizen, kai gelişme ve sürekli iyileştirmeyi ifade eden (gelişme); zen ise sürekli anlamına gelen iki kelimedenden oluşur. Bu felsefenin çıkış noktası, her üretim türünde en iyinin yapılabileceği düşüncesidir. Kaizen felsefesinin sürekli gelişme anlamına geldiği hizmetlerin mükemmel olamayacağı, ancak daima daha da mükemmel bir şeyin oluşabileceğidir. İşletmeler, büyüyemez ve kendini geliştiremezlerse en iyiler arasında kaybolurlar. Kaizen, örgüt içinde problemlerin olduğunu ve olabileceğini makul bir şekilde değerlendirir, sorunları deneyimlemek için değil çözülmek için var olduğunu benimser. Sorunların çözümü için gerekli önlemlerin alınmasını ve tekrarlanmamasını sağlar. Kaizen örgütlerde birçok yönetimi kapsayan bir yönetim şemsiyesidir (Ağın 2020; Uzun Kocamış 2016). Sağlık hizmetinin kalitesi için artan gereksinimler, sürekli gelişmeyi gerektirmektedir (Bagdanova 2019).

### **2.4.3. Liderlik**

Hem gelişmiş hemde gelişmekte olan ülkelerde hayat kalitesi arttıkça sağlık tesislerinin önemi artmaktadır. Giderek artan rekabet ortamı bağlamında sağlık kuruluşları da diğer işletmeler gibi kendilerini rekabetin üzerinde tutacak ve piyasa koşullarında var olmalarını sağlayacak güçlü liderlere ihtiyaç duymaktadır (Keklik 2012). Organizasyon içinde uygulanan iyi liderlik uygulamaları, organizasyonun kalite hedeflerine ulaşmasında etkili olmasını, daha iyi koordine edilmiş süreçler, işlevler arası iletişim, organizasyonun ve çalışanlarının istenen sonuçlara ulaşma yeteneğini artırır. Bu bağlamda örgütün liderlerinin; kuruluşun misyon, vizyon, strateji ve politikalarının örgüt genelinde yaygınlaştırması, tüm örgüt için ortak değerler ve etik kodlar oluşturulması, güven ve dürüstlük kültürü oluşturması, çalışanlar için rol model olması, kurum içinde hesap verme davranışları sergilemesi, çalışanlarını güçlendirmesi, takdir etmesi ve teşvik etmesi gereklidir (Demirbilek 2022; Jabbal 2017).

### **2.4.4. Karar Verme**

Sağlıkla ilgili kararlar çok önemlidir. Karar verme bilimsel bir önem taşıırken, bilimsel olmayan bir karar hasta ve sağlık personelinin memnuniyetsizliğine, maliyetlerin artmasına ve hatta hasta kaybına neden olabilir, bu yüzden bilimsel karar verme teknikleri kullanılmalıdır (Ağaç ve Baki 2016).

#### 2.4.5. Çalışanların Katılımı

Örgütsel yaşamda önemli bir yaklaşımdır ve örgütsel etkinlik ile çalışan olumlu algısını artırmak için önemlidir. Çalışanların kendilerini etkileyen sorunların farkında olması, birlikte çalışma yeteneklerinin gelişmesi ve işleriyle ilgili kendi kararlarını vermelerine izin verilmesi hem kurumlara hem de bireylere fayda sağlar (Arıcan 2016; Uzun Kocamış 2016).

#### 2.4.6. Süreç Yaklaşımı

Süreçler, tanımlanmış yada tanımlanmamış olsun, farklı boyutlarıyla tüm örgütsel işleyişlerde mevcuttur. Örgütsel amaçlara uygun süreç akışının sağlanması oldukça önemlidir. Diğer yandan, sağlık kurumlarında üretilen hizmetler diğer kurumlarda üretilen hizmetlerden farklı özelliklere sahiptir. Sağlık kurumlarındaki maliyetlerinin yüksekliği, örgütsel yapıda ve yönetim hizmetlerinin etkinliği adına farklı uygulamaları ve yaklaşımları gündeme getirmektedir (Kılıç ve Aydın 2015). İşletmelerdeki tüm uygulamalar ve faaliyetler bir süreç olarak yönetildiğinde istenilen sonuca daha verimli olarak ulaşılacaktır (Biçimli 2013).

#### 2.4.7. Sistem Yaklaşımı

Mikro ölçekte “hasta yoktur, hastalık vardır” yaklaşımından hareketle, her hastalığın bireysel tedavi gerektiren durumu, bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımı sistemi ile ele alınan kişiye özel sağlık hizmetlerinin sunulmasını gerektirmektedir. Makro ölçekte ise, sağlık hizmetleri son derece karmaşık bir ortamda sunulmaktadır. Tıbbi hizmetlerin sunumunda yapılan bir hata, geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle birçok araştırmacı, tıbbi hataları azaltarak sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya ve hasta güvenliğini artırmaya çalışmaktadır (Çınaroğlu ve Avcı 2013).

#### 2.4.8. Tedarikçilerle İşbirliği

Sağlık hizmeti maliyetlerinin yüksek olması, satın alınan alet ve ekipmanların karmaşık ve yüksek maliyetli olması ve ayrıca satın almada karar vermenin önemli olması gibi nedenlerle doğru tedarikçi seçimi önemli bir yönetim sorunu olmaktadır. Sağlık kurumlarında satın alma süreci sıklıkla tekrarlanan bir faaliyettir. Bu sorun iyi yönetilmediğinde maliyet artırıcı bir faktör haline gelir. Diğer yandan sağlık tesislerinin kaliteli hizmet sunabilmesi için kârlarını makul düzeyde tutması gerekmektedir (Tağ ve Hıdıroğlu 2013).

Sağlık kurumlarına cihaz, malzeme, ilaç gibi ürünleri satan tedarikçilerle işbirliği yapılmalıdır. Tedarikçilerle yapılan ortaklık ile hastanelerin sağlık hizmet sunumu süreçlerini

iyi ayarlamasına ve ürünlerin teslimatlarının hızlanmasına da olanak sağlayabilir (Lüleci ve diğ. 2019).

## 2.5. SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ

Sağlıkta kalite hizmet standartları çalışmaları dünyada birçok ülkede uygulanmaktadır. Bu standartlarla sağlık tesislerinde ciddi iyileştirmeler sağlanmaktadır. Bugün dünyada uluslararası faaliyet gösteren hizmet kalite standartlarını akredite eden pekçok kuruluş bulunmaktadır. Bu örgütlere bazı örnekler Şekil 2.4’de yer verilmiştir (Maimaitireyimu ve Arslanoğlu 2019).

ISQua	Uluslararası Sağlık Hizmetleri Kalite Derneği
JCAHO	Sağlık Kurumları Akreditasyonu Birleşik Komisyonu
JCI	Uluslararası Birleşmiş Komisyon
ISO	Uluslararası Standardizasyon Kuruluşu
IAF	Uluslararası Akreditasyon Forumu
ILAC	Uluslararası Laboratuvarlar Akreditasyon Birliği
EA	Avrupa Akreditasyon Birliği
CEN	Avrupa Standardizasyon Kuruluşu
EOQ	Avrupa Kalite Kuruluşu
IAAC	Amerika Akreditasyon Birliği
SADCA	Güney Amerika Akreditasyon Geliştirme Birliği
APLAC	Asya-Pasifik Akreditasyon Birliği
CCHSA	Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu Konseyi
DAkS	Almanya Akreditasyon Kurumu
TÜRKAK	Türkiye Akreditasyon Kurumu
TÜSKA	Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
TÜSEB	Türkiye Sağlık Enstitüsü

**Şekil 2.4: Kalite yönetim sistemleri**

Türkiye’de 350 hastane üzerinde yapılan bir çalışmada; %70’inin (n:246) akreditasyon belgesi olmadığı, %21’inin (n:75) İSO belgesine sahip olduğu, %5’inin (n:16) JCI akreditasyonu olduğu, %4’ünün de (n:13) hem İSO hem JCI belgesine sahip olduğu bulunmuş, akreditasyon belgesine sahip hastaneler kalite yönetim sistemi göstergeleri üzerinde olumlu etkileri olduğu ve akredite olmayan hastanelere oranla daha iyi kalite skoruna sahip oldukları tespit edilmiştir (Yıldız ve diğ. 2019). Birçok akreditasyon kuruluşlarının olduğu ancak Türkiye’de en çok JCI ve İSO gibi akreditasyon kuruluşlarının tercih edildiği söylenebilir.

### 2.5.1. Joint Commission International

Joint Commission International (JCI), hasta güvenliği ve kalite konusundaki iyi uygulamaları belirleyen ve ölçen ayrıca hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için çözüm sunan bir akreditasyon kuruluşudur. JCI, eğitim ve danışmanlık hizmeti sunarak hasta güvenliğinin artırılması ile sağlık hizmet sunumunun kalitesini artırmayı hedeflemiştir. 100'den fazla ülkede JCI ortaklığı bulunmaktadır. JCI ile akredite kuruluşların akreditasyondan sonra ilişkisinin bitmediği, yeni standartlarla güncellemelerin yapıldığı, rehberliğin devam ettiği ve kurumların daha yüksek başarıya ulaşmaları için çalışmaların devam ettiği belirtilmektedir (JCI 2022).

Türkiye’de hastanelerin JCI ile akredite olmalarındaki en önemli etken uluslararası hastalar olduğu görülmektedir. Uluslararası JCI akreditasyonunun gelişmesine, orta gelirli Amerikalıların mali açıdan yüksek gelirli işlemler için sağlık seyahatleri yaparak katkı sağladığı ayrıca JCI ile akredite olan hastanelerin tercih edildiği görülmektedir (Şahin 2020). JCI Akreditasyon kuruluşunun bazı akreditasyon programlarına ait faaliyetleri Şekil 2.5’de gösterilmiştir (Cengiz 2018).

Joint Commission (JC) Akreditasyon Programları	Joint Commission International (JCI) Akreditasyon Programları
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayakta Tedavi Merkezleri</li> <li>• Davranışsal Sağlık Merkezleri</li> <li>• Kritik Erişim Hastaneleri</li> <li>• Evde Bakım Hizmetleri</li> <li>• Hastaneler</li> <li>• Laboratuvar Hizmetleri</li> <li>• Hemşirelik Bakım Merkezleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastaneler</li> <li>• Akademik Tıp Merkezi</li> <li>• Ayakta Tedavi Merkezleri</li> <li>• Klinik Laboratuvar Hizmetleri</li> <li>• Evde Bakım Hizmetleri</li> <li>• Uzun Dönem Bakım Hizmetleri</li> <li>• Medikal Transfer Hizmetleri</li> <li>• Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri</li> </ul>

**Şekil 2.5: JCI akreditasyon programları**

### 2.5.2. International Organization for Standardization

International Organization for Standardization (İSO), merkezi İsviçre olan organizasyon 1947 yılında kurulmuş, 161 ülkede 3368 komite ile standartlar oluşturulmuştur. ISO 9000 sisteminde, belgelendirme ve denetim süreci etkili olmuştur. İSO’da oluşturulan standartlar, beş yılda bir gözden geçirilerek, on yılda bir revize edilerek düzenlenmektedir. Bu sistem, müşteri memnuniyetinin artırılması ile geliştirilmesi hususunda rehberlik eden standartlar bütünüdür (Bayer ve Parıltı 2016).

Malatya’da ISO belgesine sahip bir özel hastanede iş yaşamı kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada, 414 kişinin çalışmaya katıldığı, TKY uygulamalarının iş yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu, ISO belgesine sahip olmanın çalışanları motive ettiği, çalışanlar hem birbirlerinden hemde yöneticilerinden destek alındığını, yöneticilere sorunlarını iletmeleri için iletişim sağlanabildiği gibi sonuçlara ulaşılmıştır (Yücel 2013). ISO belgesine sahip olan ve olmayan devlet hastanelerinin performans faaliyetleri incelenmiş ve fark olmadığı tespit edilmiş, ancak sertifikalı hastanelerin hastalar tarafından daha çok tercih edildiği belirlenmiştir (Öztürk 2010).

### 2.5.3. Sağlıkta Kalite Standartları

Sağlık sisteminde “mükemmel”i elde etmek, ülkemizin imkanları doğrultusunda ihtiyaçları karşılayacak çözümleri üretmek, hizmet birimlerinin mükemmelle ulaşmaları için sisteme zarar vermeden hareket etme şansı sağlamak amacıyla SDP hazırlanmıştır (SDP 2022).

1	Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
2	Herkesi tek çatı altında toplayan sağlık sigortası
3	Yaygın erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
4	Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
5	Sistemi destekleyecek eğitim kurumları
6	Nitelikli ve etkili sağlık sistemi için kalite ve akreditasyon
7	Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
8	Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; sağlık bilgi sistemi

### Şekil 2.6: Sağlıkta dönüşüm programı bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Şekil 2.6’da görüldüğü üzere 8 bileşenlerinden oluşmaktadır (Öztaş 2014). SDP’nin 6. Kriteri “nitelikli ve etkili sağlık sistemi için kalite ve akreditasyon” Sağlık Bakanlığının öncelikli hedeflerindedir. Bu hedeften yola çıkarak birçok yönetmelikler yayınlanmış, Türkiye’de sağlıkta kalite sistemi oluşturulmuştur.

2005 yılında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilerek kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla ölçülebilir ve karşılaştırılabilir kriterler belirlenerek, sağlık kurumlarının hedefe ulaşması için “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” yürürlüğe girmiştir. Yönergeye göre hazırlanan 100



kriter zaman içinde revize edilerek ‐Hizmet Kalite Standartları‐ olarak adlandırılmıştır (Kaya ve diğ. 2013).

Hizmet kalite standartları daha sonra sağlıkta kalite standartları olarak adlandırılmış, belirlenen ilke ve kriterler temelinde sağlık hizmetlerinin sunumunun ölçülmesi, iyileştirilmesi ve değerlendirilmesi amaçlanarak hazırlanmıştır. SKS-Hastane, SKS-Diyaliz, SKS-ADSH ve SKS-Evde Sağlık gibi setler hazırlanarak kullanıma sunulmuştur. Kriterler güncel kaynaklar, algoritmalar ve politikalar esas alınarak oluşturulmaktadır. Sağlık tesisleri oluşturulan bu standartlarla kendi öz değerlendirmelerini yapmış, daha sonra İl Sağlık Müdürlüğü'nde görevli kalite koordinatörleri aracılığıyla değerlendirmelere başlanmıştır. 2007-2010 yıllarında iller arasında ‐Çapraz İnceleme‐ yapılmıştır. 2010 yılında ise Türkiye'deki tüm hastanelerde ‐merkezi inceleme‐ adı altında değerlendirmeler yapılmaya başlanmıştır. Değerlendiricilerin eğitimleri süreç boyunca devam etmiştir. Son olarak, 2017 yılından itibaren tüm kamu ve özel hastanelerinin değerlendirmeleri, Bakanlıkça SKS eğitimi almış, sertifikalı değerlendiriciler tarafından yapılmaktadır (SHGM 2022).

#### **2.5.4. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite Ve Akreditasyon Enstitüsü**

2014 yılında Resmi Gazete'de yayımlanan ‐Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TUSEB) Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun‐ yayımlanmış, Madde 4 (f) bendinde; ‐sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesinde Bakanlığa bilimsel katkı sağlamak, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek‐ denilmektedir (Resmi Gazete 2014). 2016 yılında Resmi Gazete'de ‐Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite Ve Akreditasyon Enstitüsünün (TÜSKA) Yapılanması Ve Faaliyetlerinin Yürütülmesine Dair Yönetmelik‐ yayımlanmış, Madde 1'de ‐ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek, uluslararası ve bölgesel akreditasyon birlikleri ve örgütleri ile diğer ülkelerin akreditasyon kuruluşlarıyla karşılıklı tanıma anlaşmaları yapmak üzere faaliyet gösterecek olan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)'nın yapılanması ile görev ve yetkilerini düzenlemektir.‐ denilmektedir (Resmi Gazete 2016). Görüldüğü üzere TUSEB'e bağlı olarak TUSKA kurulmuş ve akreditasyon hizmetleri ilgili kurumlar nezdinde yürütülmektedir.

TÜSKA, sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilme, sürdürülebilirlik ve gelişimi için hastanelerde ihtiyaç duyulan bileşenlerin uygulanması ve bu bileşenler arasında entegrasyonu sağlayan kalite yönetim sistemleri konusunda çalışmalar yürütülmektedir (Avcı 2018).

## 2.6. SAĞLIKTA KALİTE ÇALIŞMALARI İLE İLGİLİ UYGULAMALAR

Kalite yönetimi hedefleri gerçekleştirmek için mükemmel bir fırsattır. Kalite uygulamalarındaki tüm faaliyetler örneğin dokümanlar, eğitim, ölçme ve değerlendirme süreçleri gibi faaliyetler kaliteyi doğrudan etkiler.

Eğer yaptıklarınızdan emin değilseniz sonuçlarla ilgili kendinizle, meslektaşlarınızla ve yöneticilerinizle konuşun. Nasıl bir yol izleyeceğini kendine sor?

- “Politikaları ve prosedürleri izliyor muyum?”
- “İlaç güvenliğine uygun davranıyor muyum?”
- “Hastaların yeniden yatış süreçlerine bakıyor muyum? Farklı ne yapabilirim?”
- “Hastamı kalite önlemleri konusunda eğitiyor muyum?”
- “Yüksek kalitede bakım sağlayabiliyor muyum?”

Yukarıda yer alan sorular tekrar tekrar kendimize sorulmalı, sorgulanmalı ve süreçler iyileştirilerek yola devam edilmelidir. Ancak bu iyileştirmelerle yüksek kalitede bakım sağlanabilir (Halinski 2022).

### 2.6.1. Kalite Dokümanları İşlemleri

Sağlık Bakanlığı Kalite ve Akreditasyon Dairesi kalite dokümanlarının hazırlanması, revizyonları, dokümanların kodlanması ve yayınlanması gibi konuları içeren rehberler yayınlamaktadır. Doküman türleri örneğin prosedürler, talimatlar, formlar, rıza belgeleri gibi doküman türleri SKS doğrultusunda hazırlanmaktadır. Faydalı olacak az sayıdaki doküman ile gerçekten gerekli olanların hazırlanması temel hedeftir. Tüm dokümanların SKS gereği sistematik olarak kodlanacak bir formatı olmalıdır. Kodu, yayın tarihi, revizyon tarihi gibi asgari bilgiler içermelidir. Hazırlanması, kontrolü ve onaylanması sistematik bir süreci içermektedir. Dokümanlar ilgili birimin talebi doğrultusunda anlaşılır, açık ve net bir dille yazılmalıdır ve güncelliği sağlanmalıdır. Süreçlerle ilgili değişiklikler olduğunda mutlaka güncellenmelidir. İtranet ortamda tüm çalışanlarla paylaşılmalı ve basılı kopya bulunmasının önüne geçilmelidir. Tüm çalışanlara dokümanların güncelliği ile ilgili bilgilendirmeler yapılmalıdır (SHGM Doküman Yönetimi Rehberi 2020).

### 2.6.2. Eğitim Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin yapısı, süreçleri ve çıktıları diğer hizmet sektörlerinden daha karmaşıktır. Sağlık hizmetleri sistemi içinde gelişecek herhangi bir hatanın, insan sağlığıyla doğrudan bağlantısı nedeniyle insan yaşamına mal olmasına sebep olabilir. Sağlık çalışanlarının kullanacağı tıbbi ilaç ve malzemelerin yüksek maliyetli olması, sağlık hizmeti sunumunun artışı, değişen teknoloji sürekli maliyetleri artırmaktadır. Günümüzde özellikle yüksek hizmet kalite beklentisi ciddi bir maliyet kalemini oluşturmakta, ayrıca sağlık insan gücünün de etkin ve verimli olması oldukça önemlidir. Sağlık çalışanlarının kaliteli hizmet sunumu için bilgi ve becerileri ile yetkinliklerinin düzeyi çok değerlidir (Altındış ve Ergin 2018).

2000'li yıllarda başlayan kalite, sürekli eğitimle sağlık çalışanlarına benimsetilerek, motive etmek ve ödüllendirme ile başarılabilecektir. Kalite hiyerarşik yapıda, yatay bir yapılanma sağlayarak, kalite kültürünün tüm çalışanlar tarafından desteklenmesi ile gönüllü katılımı sağlanabilecektir. Eğitim süreçleri ise kalite uygulamalarının en önemli aracıdır. Standardizasyonun sağlanmasında iç ve dış müşteri açısından eğitimin rolü büyüktür. Eğitimler hastanelerde görevli tüm çalışanları kapsamaktadır. İletişim, Hasta Güvenliği, Çalışan Güvenliği, Hijyen ve Temizlik, CPR örnek olarak düzenlenen eğitimlerin bazılarıdır. Düzenlenen eğitimlerin etkinliğini ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu eğitimlerle çalışanların motivasyonu artacak ve kurumun da kalitesini yükselecektir (İper Timlioğlu ve diğ. 2015).

### 2.6.3. Kalitenin Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Kalite uygulamaları içinde birçok ölçme ve değerlendirme uygulamaları yapılmaktadır. Bunlardan bazıları öz değerlendirmeler, dış değerlendirmeler ve akreditasyon değerlendirmeleridir. Kurumlar kendi uygulamalarını belirli aralıklarla değerlendirerek dış değerlendirmelere kendilerini hazırlar. Dış değerlendirmeler sonunda kurum puanlandırılır ve eksik kalan kriterlere yönelik iyileştirici faaliyetler yapılarak sürekli gelişim devamlılığı sağlanmaktadır.

#### 2.6.3.1. Öz Değerlendirme (İç Tetkik)

Öz değerlendirme, bakanlık veya akreditasyon değerlendirmesinden önce hastanenin akreditasyon ya da kalite standartlarını kendi kendine değerlendirdiği, hastanenin Kalite Yönetim Ekibinin sorumluluğunda gerçekleştirilen bir değerlendirmedir (Cengiz ve diğ. 2019). Kendini değerlendiren hastaneler, değerlendirme aşamasına geçmek isteseler de, bu aşama,

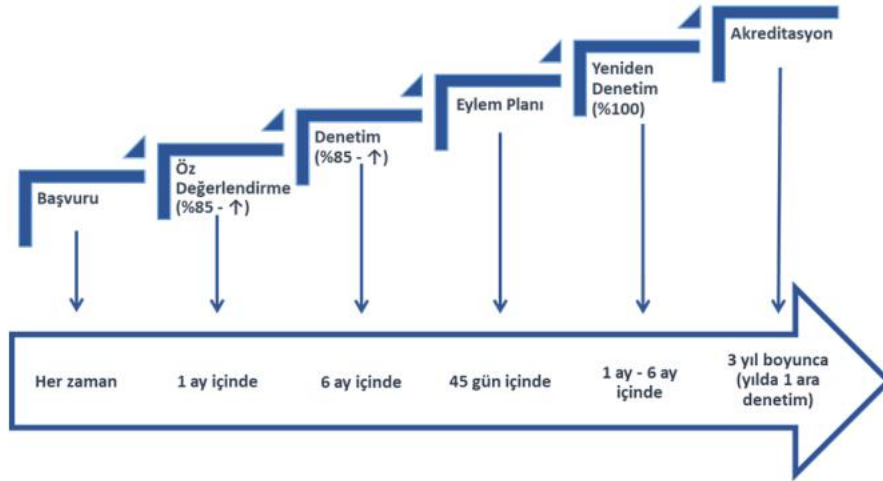
değerlendirmeden önceki son kez mevcut durumlarını değerlendirmek için bir fırsat olarak görmelidir (Cengiz ve diğ. 2019).

### 2.6.3.2. Bakanlık Değerlendirmesi (Dış Tetkik)

Sağlıkta kalite değerlendirmesi, sağlık kuruluşlarının kalite standartlarına uygunluğunu belirleyen, sağlık tesisi gelişmeleri hakkında geri bildirim sağlayan, uzman değerlendiricilerle gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Değerlendirme kavramı, Sağlık Bakanlığı tarafından özellikle kalite çalışmaları için kullanılan bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Bu kavram, eksiklikleri tespit etmeye ve cezalandırmaya yönelik denetim mantığı ile değil, eksiklikleri belirleme ve iyileştirme yapılarak sürecin gerçekleştirildiğini belirtmektedir (Demirel ve diğ. 2013).

### 2.6.3.3. Akreditasyon Değerlendirmesi

Akreditasyon dünyada sağlık hizmetlerinin bir parçasını oluşturmakta ve hasta bakım kalitesini iyileştirme ile değerlendirmede önemli rol almaktadır. Alanında uzman bir ekip tarafından akreditasyon süreci gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde TÜSEB'e bağlı TÜSKA, 24 Şubat 2017 tarihinde bilgilendirme toplantısı yaparak açılış gerçekleştirmiş ve Hastane Akreditasyon Programını duyurmuştur. Dünyadaki akreditasyon kuruluşlarının süreçleri incelenmiş ve çalışmalar sonunda TÜSKA Akreditasyon Süreci tanımlanmıştır, Şekil 3'de gösterilmektedir (Cengiz ve diğ. 2019).



Şekil 2.7: TÜSKA akreditasyon süreci

### 2.6.4. Ölçme Araçları

Kalite yönetimi sağlık kurum ve kuruluşlarına ölçme kültürünün yerleşmesine sebep olmuştur. Gerek öz değerlendirme, gerek dış değerlendirme, gerek akreditasyon değerlendirmeleri ile kurumlar sürekli bir değerlendirme sürecinden geçmektedir. Bu

değerlendirme süreçleri içinde bazı ölçme araçları kullanılmaktadır. Örneğin hasta ve çalışan memnuniyet anketleri, dilek ve öneri kutularından çıkan öneriler, göstergeler vb.

#### **2.6.4.1. Memnuniyet Anketleri**

Yeterli bilgilendirme, hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimi geliştirir. Hastaları bilgilendirme ile sorumluluğun paylaşılması sağlanabilir. Hasta yapılan işlemlerde sorumluluğunu alır. Sağlık personeli, kanun önünde hem vicdani hem de sorumluluk yükünden bir nebze olsun bilgilendirme ile kurtulabilir. Zamanında ve eksiksiz bilgilendirme, hasta tepkilerini azaltmaya yardımcı olur ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesinde etkili araçlardan biridir. Sözlü bilgilendirilmiş hasta ile algıları daha kolay yönetilebilir ve memnuniyet yükselebilir (SHGM 2012).

Sağlık kurum ve kuruluşlarının en önemli hedeflerinden biri de hasta ve çalışan beklentilerinin ve gereksinimlerinin karşılanabilmesi ile memnuniyetin artırılmasıdır. Kalite yönetim sürecinde ölçüm araçları olarak memnuniyet anketleri kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığınca ölçme araçları geliştirilmiş ve bu anketlerin nasıl uygulayacağını içeren rehberler oluşturulmuştur. Sağlık kurum ve kuruluşları hazırlanan rehberler ışığında ölçme araçlarını uygulamaktadır (SHGM Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi 2012).

Bakanlığın hazırladığı rehberde göre hasta memnuniyet anketleri, kurumun yatak sayısına göre belirlenmiş asgari memnuniyet anketi uygulanacak kişi sayısı doğrultusunda acil servis hastalarına, yatan hastalara ve ayaktan hastalara her ay, çalışan memnuniyet anketi ise tüm çalışanlara yılda bir kez olmak koşuluyla uygulanmaktadır. Hedef değerlerin altında memnuniyet puanı hesaplanırsa düşük çıkan parametreler üzerinde iyileşme faaliyetleri uygulanmaktadır.

#### **2.6.4.2. Gösterge Yönetimi**

Gösterge olarak adlandırılan indikatör terimi, ilgili konu hakkında sayısallaştırma veya ölçülebilir olmasıyla iyileştirme yapılması anlamına gelmektedir. İndikatör yönetimiyle aynı zamanda sağlık kurum ve kuruluşlarında ölçme kültürünün ve analitik düşünmenin yerleştirilmesi hedeflenmiştir. Ölçüm kültürünün yerleşmesiyle kurumlar kendilerini ülkedeki diğer kurumlarla veya dünyada birçok ülke ile karşılaştırmalar yapılabilmektedir. Bu göstergeler aynı zamanda yöneticiler içinde sunulan hizmetleri izlemesine katkı sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığınca İndikatör Yönetimi ile ilgili rehberler oluşturulmuştur. Sağlık kurum ve kuruluşları hazırlanan rehberler ışığında gösterge yönetimini uygulamaktadır (SHGM Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi 2021).

Gösterge yönetimi, kesici delici yaralanmaları, yoğun bakım üniteleri ile ilgili göstergeler, hastane enfeksiyonları ile ilgili göstergeler, acil servis, klinikler, ameliyathane ile ilgili sunulan hizmetlere yönelik göstergeler, düşen hasta oranı gibi birçok gösterge bulunmaktadır. 3 aylık periyotlarla tüm indikatörler üzerinde gerekli analizler yapılmakta ve beklenen hedef dışında bir veriye rastlanılırsa iyileştirmeler yapılmaktadır. Alan yazına baktığımızda gösterge yönetimi ile ilgili birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Ameliyathane masa kullanım oranı, kesici delici yaralanmalar, hastane enfeksiyon oranları ve el hijyeni gibi birçok kriterde çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalar ile sağlık kurum ve kuruluşları kendi verilerini kıyaslama yapabilmektedir.

## **2.7. KALİTE YÖNETİMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE YARARLARI**

Türkiye’ de hizmet kalitesi üzerine yapılan çalışmalar oldukça önemli bir yere sahiptir. Türkiye’ de her geçen gün sağlık hizmetlerinin iyileştirilme süreci önemli hale gelmektedir. Sağlık hizmet sunumunda sürekli iyileştirme, doğru bakım ve tedavi ile memnuniyetinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı aracılığıyla, sağlıkta dönüşüm programında belirlenen hedeflere ulaşılması ve sağlık kurumlarının denetlenerek hizmetin değerlendirilmesi sağlanmaktadır (Özcan Çaklı 2021).

### **2.7.1. Kurum Yararı**

Alan yazında sağlıkta kalite yönetiminin kurumsal yararları incelendiğinde; standartlarla, maliyet etkinliğiyle, yöneticilerle, öğrencilerle ve sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarla karşılaşılmıştır. Bu çalışmalardan bazılarında aşağıda yer verilmiştir.

Kalite yönetim sistemi içinde Bakanlığın hazırladığı standartlar üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; odak grup görüşmesi yapılan toplam 30 sağlık çalışanının kalite standartlarını değerlendirildiği bir çalışmada (2015); Hizmet Kalite Standartlarının olumlu yönleri arasında, ortak dil ve standart oluşturma, hasta ve personel için güvenli uygulamaları şekillendirme ve kullanma, risk oranlarını düşürme, önleyici uygulamaya olanak sağlama, etkin ve etkili bir değerlendirme süreci gibi söylemlerin yer aldığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanları kalite uygulamaları %75,3 oranında iyi olduğu ve memnun oldukları belirlenmiştir (Doğan Merih ve diğ. 2015). Standartların değerlendirildiği bir diğer çalışmada; SKS içinde yaygın olarak kullanılan kalite çemberleri hakkında 21 yüksek lisans öğrencisi üzerinde yapılan nitel bir çalışmada, öğrencilerin kalite çemberlerinin kullanımı ve önemine ilişkin farkındalığının

arttığı, hem çalışan, hem de kurum yönünden birçok fayda sağlayacağı belirlenmiştir (Torun 2020). Kalite yönetim sisteminin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise; kalite yönetim sistemlerinin sağlık kurumlarındaki gelişimi değerlendirmek amacıyla yapılan bir sistematik derlemede, 2010-17 yıllarında yayınlanan 48 bilimsel makalenin incelenerek hasta ve çalışan memnuniyetinde artış olduğu, kaynakların verimli ve daha etkin kullanılmasına yardımcı olduğu öngörülmüş, sonuç olarak kalite sisteminin, sağlıkta hedeflenen yaklaşımlara katkı sağlayacağı belirlenmiştir (Tamer ve Çetinkaya 2018). Ürdün’de yapılan diğer bir çalışmada ise TKY uygulamaları içerisinde sürekli iyileştirme en önemli unsur olduğu tespit edilmiştir (Al-Shdaifat 2015).

Kalite maliyetleri üzerine yapılan bir çalışmada (2021), toplam maliyetin %13,4’ünün kalite hizmetleri payı olduğu belirlenmiştir. Bu oranın %11,2’sinin önleme faaliyetlerine, %1,2’sinin ölçme değerlendirme süreçlerine, kalanının ise iç ve dış başarısızlık maliyetlerinden oluştuğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre kalite önleme faaliyetlerinin toplam kalite maliyetleri içerisindeki en yüksek maliyeti olduğu bulunmuştur (Daştan ve Bozdemir 2021). Bir üniversite hastanesinde kalite maliyetlerinin incelendiği bir diğer çalışmada; SKS yönetmeliğinin uygulandığı, kalite maliyetlerinin muhasebe kaydının farklı bir başlık altında tutulmadığı, önleme faaliyetlerine ilişkin maliyetlerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Vargün ve Gül 2020). Sağlık hizmetlerinde rekabet stratejilerinin kalite üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada, hastane kalite düzeyi ile rekabet stratejileri arasındaki ilişki bulunduğu, regresyon analizine göre, maliyet liderliği, odaklanma ve farklılaştırma gibi rekabet stratejilerinin kalite üzerinde anlamlı ve olumlu etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca kalite üzerinde maliyet stratejisinin en fazla katkıya sahip olduğu tespit edilmiştir (Doğan ve diğ. 2017).

Kalite sistemi uygulamalarının işyükünü arttırdığına yönelik çalışmalara baktığımızda; kalite belgelendirme süreci ile ilgili 24 sağlık üzerinde yapılan nitel bir çalışmada, en çok öne çıkan konulardan biri dosyalama uygulamalarının iş yükünü artırdığı, yazı ve imza işlerinin zaman aldığı belirlenmiştir. Az sayıda personelle işlerin yürütüldüğü, personel açığının tamamlanmasının sorunları çözeceği tespit edilmiştir. Ayrıca değerlendirmelerin habersiz yapılması ve daha sık olarak gerçekleşmesinin hasta güvenliğini arttıracakları belirlenmiştir (Bayer ve Baykal 2018). Kalite uygulamalarının işyükünü arttırdığına yönelik bir başka çalışmada; HKS'nin olumsuz olduğu, tekrarlayıcı kayıtların çok zaman alması, çoğunlukla hemşirelerin değerlendirmelerde yer alması, diğer çalışanların kaliteyi az benimsemesi, fazla

ödenek, geri bildirimlerin aktif hale gelmemesi, iyileştirme faaliyetlerinde çalışanlara görüş sorulmaması gibi söylemlerin yer aldığı tespit edilmiştir (Doğan Merih ve diğ. 2015).

Kalite yönetim sistemi ile ilgili yönetici üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; Ankara’da 6 özel ve 1 vakıf hastanesinde sağlıkta otelcilik hizmetlerinin değerlendirildiği ve yöneticilerle görüşülerek mülakat tekniği kullanılan bir çalışmada, Sağlık Bakanlığı’nın belirlemiş olduğu otelcilik hizmetlerinin (güvenlik, danışma, otopark, kantin vs.) tüm kurumlarda verildiği belirlenmiştir. Ayrıca otelcilik hizmetleriyle ilgili bilincin arttığı, bütçe sorunları nedeniyle bazı binalarda istenilen hizmetin verilmesinde yetersiz kaldığı tespit edilmiştir (Uçak 2020). Ayrıca sağlıkta 204 yönetici üzerinde kalite anlayışı ve kalite yönetiminin araştırıldığı bir diğer çalışmada, yöneticilerin kaliteye ilişkin algılarının olumlu olduğu, %40’nın kalite sistemleri konusunda bilgi düzeyinin orta olduğu, %46’sının kalite ile ilgili eğitim almadıkları tespit edilmiştir (Akar ve diğ. 2015). TKY ile ilgili yapılan bir başka çalışmada, TKY’nin belirleyicileri; eğitim ve öğretim, sürekli kalite iyileştirme, müşteri memnuniyeti, üst yönetim taahhüdü ve takım çalışması olarak belirtilmiştir (Alzoubi ve diğ. 2019). Tahran’da farklı düzeylerde görevli 32 yönetici ile yapılan diğer bir çalışmada ise, kalite yönetim sistemleri uygulamalarının hastaneler arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Moradi ve diğ. 2016).

Kalite yönetim sistemi ile ilgili öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; Kalite ve Akreditasyon dersi alan yüksek lisans öğrencileri üzerinde, kalite kontrol çemberlerinin kullanımı ve gerekliliğinin araştırıldığı nitel tasarımda gerçekleşen bir çalışmada, öğrencilerin ilgili dersi almadan önce kalite çemberlerinin kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, dersi aldıktan sonra ilgili çemberlerin kurumlara çok fayda sağladığı konusunda farkındalıklarının arttığı tespit edilmiştir (Torun 2020). Bir üniversitede öğrenim gören öğrencilerin hizmet kalitesinin SERVQUAL yöntemi ile değerlendirildiği bir diğer çalışmada, üniversitede verilen hizmetlerin tüm boyutlarda öğrencilerin beklentilerinin altında kaldığı belirlenmiştir. “Empati” alt boyutu hizmet kalitesinin en fazla karşıladığı, “güven” alt boyutu ise hizmet kalitesini en az karşıladığı belirlenmiştir (Gerşil ve Güven 2018).

Kalite yönetim sistemi ile ilgili sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; Isparta DH (n:400) ile Irak Smarra Hastanesinde (260) görevli 660 sağlık çalışanının kalite algısının incelendiği bir çalışmada (2017), Isparta DH çalışanlarının sorulara verdikleri ortalaması Samarra DH ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Irak’ta yaşanan sorunlar nedeni ile hizmet verme eğilimde olduğu, kalite çalışmalarından daha önce hizmet vermeye çalıştıkları düşünülmüş, ayrıca Türkiye’de aktif olarak kalite çalışmalarının



uygulandığı sonucuna ulaşılmıştır (Göktaş ve Al Shubakie 2017). Türkiye ve Suudi Arabistan'da bulunan hastaneleri de kalite bilgi düzeyinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, Suudi Arabistan'da görevli kalite birimi çalışanlarının Türkiye'de görevli kalite birimi çalışanlarına göre, kalite uygulamalarının tamamında sertifika ve eğitimlerde üstün olduğu tespit edilmiştir (Yıldız 2018).

Toplam kalite uygulamalarının standartların ortak dil oluşturma açısından etkili olduğu, kalite çalışmalarından hastaların ve çalışanların memnun olduğu, kalite önleme faaliyetlerinin maliyetlerinin yüksek olduğu, kalite belgeleme sürecinin işyükünü artırdığı, yöneticilerin kalite algılarının yüksek olduğu gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

### 2.7.2. Hasta Yararı

Alan yazında sağlıkta kalite yönetiminin hasta açısından yararları incelendiğinde; memnuniyet, beklentiler, ilaç güvenliği ve hasta güvenliği uygulamaları ile yapılan çalışmalarla karşılaşılmıştır. Bu çalışmalardan bazılarında aşağıda yer verilmiştir.

Sağlıkta kalite yönetiminin hasta memnuniyeti üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; beş hastanede tedavi gören 800 hasta üzerinde, SERVQUAL modeli kullanılarak hasta memnuniyetini araştırıldığı bir çalışmada (2010), hastaların %70'i doktorun yeterince vakit ayırdığı, %77'si muayene eden doktorun hislerini anladığı, ayrıca %78,6'sı yeterince bilgilendirildiği belirlenmiştir. Doktorların iş yoğunluğunun (70–80 hastaya bakması) fazla olması nedeniyle yeterli vakit ayrılamadığından memnuniyet oranının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (Zaim ve Tarım 2017). Hizmet alanların sağlık hizmetini değerlendirdiği bir diğer çalışmada, araştırmacı tarafından literatür ve uzmanlarla yapılan mülakat sonucunda geliştirilen bir anket kullanıldığı, bu anketin sonucuna göre doktorların ilgisiz olduğu, bekleme sürelerinin uzun olduğu, yanlış uygulamaların olduğu ve personel sayısının azlığı gibi sonuçlara ulaşılmıştır (Sarıkaya ve Altunışık 2019). İran'da yapılan bir başka çalışma, TKY uygulamaları öncesi ve sonrası değerlendirilmiş ve %20 düzeyinde hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir iyileşme sağladığı belirlenmiştir (Lashgari ve diğ. 2015).

Sağlıkta kalite yönetiminin hastaların beklentileri üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; bir devlet hastanesinde yatan 125 hasta üzerinde hizmet kalitesinin ve beklentilerinin değerlendirildiği bir çalışmada (2018), hastaların kalite beklentilerinin "Hastaneden hizmet alırken hastalar kendilerini güvende hissetmelidir" maddesine en çok "Hastane çalışanları hastalarına bireysel özen göstermelidir" maddesine en az katıldıkları, kalite algılarının "Hastane güvenlidir" maddesine çok, "Hastane çalışanları hasta isteklerini

aksatacak ölçüde yoğun değildir.” maddesine ise az katıldıkları belirlenmiştir. Sonuç olarak, iletişim, davranış gibi konularda eğitimlerin düzenlenmesi, kliniklerde çalışan sayılarının gözden geçirilerek eksik kadrolara görevlendirilmeler yapılması ile sunulan hizmetin istenen düzeyi daha iyi sağlanabileceği önerilmiştir (Yavan Temizkan 2018). Niğde’de hizmetin kalitesinin ölçüldüğü on adet aile sağlığı merkezinde yapılan bir diğer çalışmada, Servqual ölçeği kullanıldığı, beklentilerin tamamına oldukça yakın olduğu, en düşük hizmetin fiziksel alanlar olduğu tespit edilmiştir. Bekleme salonu gibi alanların fiziksel şartlarının yeniden düzenlenmesi gerektiği sunucuna varılmıştır (Arısoy 2017).

Sağlıkta kalite yönetiminin ilaç güvenliği uygulamaları üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; yanlış ilaç uygulanması sonucu hasta kaybına yol açan ilaç hatası örneğinin ele alındığı bir çalışmada (2014), kök neden analizi yapıldığı, daha sonra PUKÖ döngüsü ile örnek olayın yaşanmaması adına önlemler alındığı belirlenmiştir. Hasta güvenliği kapsamında ilaç hatalarının önlenmesinde uygulanabilecek yöntemlere yer verilmiş, iletişimin çok önemli olduğunun üzerinde durulmuş ve çalışanların ilaç hatalarına dikkatlerinin çekilmesi yönünden fayda sağlayacağı düşünülmüştür. Bu kapsamda, proaktif yöntemlerle de bu tür hataların olmadan önlenmesinin sağlanabileceği önerilmiştir (Seren İntepeler ve diğ. 2014).

Sağlıkta kalite yönetiminin hasta güvenliği uygulamaları üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; acil serviste görevli 88 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada (2017), hemşirelerin %21,2’sinin uygunsuz koşullarda bakım ve tedavi verildiğini, %34,1’inin kan ve vücut sıvılarıyla bulaşan hastalıklar konusunda birinci öncelikli olarak hızlı hareket edilmesi gerektiğini belirttikleri, ancak bu olayları az raporlandırıldığı belirlenmiştir. Hasta güvenliğini tehdit edici durumların oluşma nedenlerine baktığımızda, her hemşireye düşen hasta sayısının fazla oluşu (%17,0), hastaların pozisyon değişimlerini destekleyecek personel bulunmaması (%27,7), güvenlik ve yasal düzenlemelerin yetersizliği (%29,9) olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre, acil kliniklerinde güvenliği olumsuz etkileyen durumlarla karşılaşıldığını, ayrıca acil kliniklerinde çalışan hemşirelerin söz konusu durumları genellikle raporlamadıkları ve özel sağlık kurumlarının ise kalite yönetimi süreçlerinin daha iyi yürütüldüğü belirlenmiştir (Yazıcı ve Elbaş 2017). Bir üniversite hastanesinde, kalite ve bilgi güvenliği uygulamalarının hasta güvenliği üzerine yapılan bir diğer çalışmada; kalite sistemi ve bilgi güvenliği değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiş ve hasta güvenliği değişkeni üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Eriş ve diğ. 2017). İstanbul’da bir üniversite hastanesinde 2,5 yıl boyunca hasta güvenliği uygulamaları kapsamında ilaç kaynaklı olay bildirimlerinin incelendiği bir başka çalışmada (2020), toplam 369 ilaç bildirim yapıldığı,

bütün bildirimler içinde ilaç kaynaklı olanların oranının %24,67 olduğu, ilaç hatalarının %56,91'inin hastaya hiç zarara neden olmadığı, %24,39'unun hafif zarar verdiği, %18,43'ünün orta derecede ve %0,27'sinin çok zarar verdiği belirlenmiştir (Aslan 2020).

Hasta memnuniyet anketleri içinde birimler tarafından sunulan hizmetlerden genel memnuniyet düzeyi, doktor, hemşire performansı ve yemek, ortam, sıcaklık gibi koşulları içermelidir. Bu şekilde iyi hazırlanmış anketlerle yapılan değerlendirmelerde kurumlar güçlü yanlarını görmesine ve ihtiyaç duyulan konuları belirlemesine olanak sağlayacaktır (Kazmierczak ve Bogusz Czerniewicz 2012). Toplam kalite uygulamalarının hastalar üzerinde hekimlerin iş yoğunluğunun memnuniyeti azalttığı, kliniklerde çalışan personelin sayısının artırılması ile sunulan hizmetin daha iyi olacağı, fiziksel alanların iyileştirilmesinin memnuniyeti artıracığı, ilaç hatalarının önlenmesinde iletişimin önemli olduğunu, hemşireye düşen hasta sayısının azaltılmasının hasta güvenliğini artıracığı gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

### **2.7.3. Çalışan Yararı**

Alan yazında sağlıkta kalite yönetiminin çalışan sağlık profesyonelleri açısından yararları incelendiğinde; çalışan güvenliği, kesici delici yaralanmalar, bilgi güvenliği, kalite standartları, kalite algısı ve uygulamaları ile yapılan çalışmalarla karşılaşılmıştır. Bu çalışmalardan bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

Sağlık hizmetleri, farklı meslek dallarının bir arada sunduğu emek yoğun hizmetlerdir ve çok yüksek riskli çalışma ortamı mevcuttur. Bu yüksek riskli ortamlarda hizmet veren sağlık çalışanları kesici-delici yaralanmalar, kan ve vücut sıvılarıyla temas ederek enfeksiyon hastalıkları, ergonomik risklere bağlı kas-iskelet hastalıkları, şiddet, uyku bozuklukları, stres, anksiyete ve dikkatsizlik gibi birçok risklere maruz kalmaktadır. Güvenli, kaliteli, verimli ve etkili sağlık hizmetinin sunulması sağlık çalışanının sağlık ve güvenliğine, performansına ve etkinliğine bağlı olduğundan, sağlık personelinin sağlığı ve güvenliği üzerinde dikkatle durulması gereken konulardan biridir (Gürer 2018).

Sağlıkta kalite uygulamalarının çalışan güvenliği ve iş güvenliği uygulamaları üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; kalite uygulamaları içinde çalışan güvenliği ile ilgili çalışmalar önemi artarak yapılmaktadır. Çalışan güvenliği uygulamaları içinde ise kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlar ve kesici delici alet yaralanmaları sıklıkla çalışılmaktadır. 20 kamu hastanesinde 2015 yılının ilk 3 ayında tespit edilen kesici-delici alet yaralanmalarının değerlendirildiği bir çalışmada, 66 adet kesici/delici alet yaralanması olduğu, %33,33'ünün klinik/servislerde yaşandığı, %54,55'inin yüzeysel yaralanma olduğu, ayrıca %56,06'sının

meslek grubu olarak stajyerlerde meydana geldiği belirlenmiştir (Yorulmaz ve diğ. 2017). Sağlık çalışanlarında iş kazası ve ile ramak kala olayların incelendiği bir diğer çalışmada (2019), 1.149 çalışanın %29,1'inin en az bir defa kesici-delici aletle yaralandığı, % 46,6'sının ise kesici-delici aletle yaralanmaya ramak kaldığını belirtmişlerdir. Kesici ve delici yaralanma, %31,0'ının tedavi esnasında, iğne ucunu kapatma sırasında yaşandığı belirlenmiştir. Kazaların en çok öğleden sonraki dilimde yaşandığı belirlendi. Çalışmaya katılan sağlıkçıların %45,4'ünün çalışan sağlığı ve iş sağlığı güvenliği eğitimi aldıkları belirlendi (Durduran ve diğ. 2019). Beş yıllık bir sürede 74 yaralanmanın retrospektif değerlendirildiği bir başka çalışmada ise, 74 yaralanmanın %42'sinin dahili kliniklerde olduğu, %60'ının hemşire grubunda yaşandığı, %32'sinin çöp toplama esnasında oluştuğu, %75'inde eldiven kullanıldığı tespit edilmiş, %67'sinin kaynağının belli olduğu, 4 (dört) personelin (%5) HbsAG, 2 (iki) personeline Anti-HCV pozitifli hastayla temas olduğu belirlenmiştir (Karadeniz ve diğ. 2015).

Sağlıkta kalite uygulamalarının kalite standartları üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; sağlıkta kalite standartlarının değerlendirildiği nitel bir çalışmada; SKS uygulamasının sürekli gelişim gösterdiği, sağlık kurumlarında önceki dönemlere göre, kalitede çok büyük iyileştirmelerin yapıldığı, kalite çalışmalarının mali destekle etkinliğinin ve verimliliğinin arttığı, parasal destek olmadığında ise etkinliği ve verimliliği azalttığı belirlenmiştir. Ayrıca SKS standartlarının sürekli güncellendiği ve yeni düzenlemelerin çok değişikliklere sebep olduğu ayrıca kalite yönetim çalışanlarının bu değişikliklere oranla yeterli eğitim almadıklarını, bu çalışmaları uygulamada zorlandıkları sonucuna varılmıştır (Ertaş ve Çelik 2018). Yapılan bir diğer çalışmada, kurum içinde TKY uygulamalarında, katılımcıların çoğunda TKY olan güvenin fazla olduğu, ancak tam katılımın oluşmadığı, en az katılım sağlayan meslek grubunun da hekimler ve idari pozisyonda çalışanlar olduğu belirlenmiştir (Lüleci ve diğ. 2019). İstanbul'da kamuya bağlı tüm hastanelerde görevli kalite yönetim direktörleri üzerinde bilgi güvenliği konusunda yapılan bir başka çalışmada, "Kişisel Verilerin Korunması" boyutu düzeyinin yüksek olduğu, "Saldırı ve Tehditlere Yönelik Farkındalık" boyutu ile "Bilgi Güvenliği Farkındalığı Genel" boyutu düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Çelikçöp ve Yarar 2019). Sağlık çalışanları üzerinde performans algı düzeyinin incelendiği diğer bir çalışmada (2017) ise, "Sunduğum hizmet kalitesinde standartlara fazlasıyla ulaştığımdan eminim." maddesi 4,19±0,94 (min:1-Max:5) puan olarak oldukça yüksek bulunmuştur (Kılınç ve Paksoy 2017). Klinik kalite sorumluları ile kalite yönetim direktörü ve kalite çalışanları ve ile yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların %61'inin kalite ile ilgili bir eğitim almadığı belirlenmiş, ayrıca %8'inin kalite değerlendiricisi %4'ünün ise

akreditasyon değerlendiricisi olduğu tespit edilmiştir. Kalite göstergeleri ile ilgili puanın kadınlarda erkeklere göre yüksek olduğu, özel sağlık kurumlarında çalışanların diğer kurumlarda çalışanlardan yüksek bulunmuştur (Kaya ve Ulusoy 2022).

Sağlıkta kalite uygulamalarının kalite algı düzeyi üzerinde yapılan çalışmalara baktığımızda; Türkiye’de ilk olarak ISQua/SAS akreditasyon için başvuru kabul edilen ve ilk değerlendirilen Ankara’da bulunan bir özel hastanede yapılan TKY ile rgtsel Vatandaşlık Davranışı arasında ilişkinin incelenen bir çalışmada, pozitif orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. TKY algı düzeyi arttıķa Vatandaşlık Düzeyi’de aynı oranda artacağı tespit edilmiştir (ztrk ve diğ. 2018). TKY ile sağlık çalışanlarının iş tatmini, işten ayrılma niyeti ve iş yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada, TKY ile iş tatmini ve iş yaşam kalitesi ölçekleri arasında pozitif, işten ayrılma niyeti leği arasında negatif ilişkiler bulunmuştur. TKY algısı arttıķa iş tatmininin ve iş yaşam kalitesinin arttığı, işten ayrılma niyetinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Dursun Temiz ve Sivuk 2022). Ayrıca bir başka çalışmada ise, personel güçlendirilmesi üzerinde TKY uygulamalarının olumlu etkiye sebep olduğu belirlenmiştir (Sweis ve diğ. 2013).

Toplam kalite uygulamalarının sağlık profesyonelleri üzerinde çalışmaları değerlendirdiğimizde, sağlık çalışanlarının riskli çalışma ortamlarında hizmet vermeye çalıştıkları, hizmet sunum sırasında birçok yaralanmaların meydana geldiği, kalitede birçok iyileştirmelerin yapıldığı ancak yapılması gereken bazı iyileştirmelerin de mali açıdan yapılamadığı, SKS standartlarının sürekli güncellenmesi ile yapılması zorunlu değişikliklere uyum sağlamada sıkıntılar yaşanmasına neden olduğu, TKY algısı arttıķa iş yaşam kalitesinin arttığı gibi sonuçlara ulaşılmıştır.

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Bu araştırma; sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına ilişkin görüşlerinin derinlemesine belirlenmesi ve kalite çalışmalarına ilişkin tutumlarını ölçmeye yönelik bir aracın geliştirilmesi amacıyla, nitel (bireysel derinlemesine görüşme yöntemi) ve nicel (metodolojik yöntem) tasarımda yapılmıştır.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Araştırmanın amacına ilişkin olarak;

- Sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına ilişkin görüş ve tutumları nelerdir?
- Geliştirilecek olan “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?

Sorularına cevap aranmıştır.

#### 3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, İstanbul’da bulunan iki kamu hastanesi, bir kamu üniversite hastanesi ve iki özel hastane olarak toplamda beş hastanede gerçekleştirilmiştir. Kamu üniversite hastanesi İstanbul’daki en büyük hastanelerinden bir tanesi olup 1000 yatak kapasitesine sahip, yaklaşık 2900 sağlık çalışanı ile hizmet vermektedir. Kamu hastanesinin biri İstanbul’daki en büyük ve en eski (eski SSK) hastanelerden olup, 1100 yatak kapasitesine sahip ve yaklaşık 2200 sağlık çalışanı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinden diğeri ise yatak sayısı 400, sağlık çalışanı sayısı ise yaklaşık 500’dür. Özel hastaneler ise tüm alanlarda hizmet sunan ve JCI belgesi olan hastanelerdir. Bu hastanelerden birinin toplam yatak sayısı 293 olup sağlık çalışan sayısı yaklaşık 480 iken diğeri toplam yatak sayısı 106 ve sağlık çalışanı 337 kişiden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri, Mayıs 2021 - Haziran 2022 tarihleri içinde toplanmıştır.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

#### 3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde yer alan 1 Kamu Üniversite Hastanesi (ÜH), 2 Sağlık Bakanlığı Hastanesi (SBH) ve 2 Özel Hastane (ÖH) olmak üzere toplam 5 hastanede görevli tüm sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmanın evreninde bulunan sağlık çalışanlarının dağılımı Tablo 3-1’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.1: Araştırmanın evreninde bulunan sağlık çalışanlarının dağılımı**

	ÜH	ŞH*	EAH**	ÖH	ÖH	Toplam
Doktor (Prof.Dr, Doc. Dr.,Uzm.Dr, Pratisyen Dr., Diş Hekimi..vb)	1.356	853	149	102	122	<b>2.582</b>
Hemşire /Ebe	1.320	953	251	138	249	<b>2.911</b>
Diğer Sağlık Meslek Üyeleri (Psikolog, Diyetisyen, Eczacı,Fizyoterapist, Odyolog, vb. en az 4 yıllık okul mezunu..vb)	177	88	21	21	19	<b>326</b>
Sağlık Teknikeri / Teknisyeni (ATT,Anestezi, Radyoloji, Odiyometri , Tıbbi Sekreter vb. 2 yıllık MYO Mezunu..vb)	11	277	35	76	90	<b>489</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>2.864</b>	<b>2.171</b>	<b>456</b>	<b>337</b>	<b>480</b>	<b>6.308</b>

Sağlık Bakanlığı TSİM sisteminden alınan veriler (Ekim 2020)

\*ŞH:Şehir Hastanesi, \*\*EAH:Eğitim ve Araştırma Hastanesi

#### 3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırma hem nitel hem de nicel tasarımda olduğundan örneklem seçimi ayrı ayrı olacak şekilde belirlenmiştir.

##### 3.4.2.1. Nitel Aşama Örneklemi

Nitel araştırma yönteminin örnekleme yöntemlerinden biri olan olasılığa dayalı olmayan örneklem belirleme yöntemi, araştırmanın derinlemesine yapılması için bilgi açısından zengin durumların seçilmesidir (Baltacı 2018). Bu bağlamda araştırmanın birinci aşamasında amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik yöntemi kullanılmıştır. Maksimum çeşitlilik yöntemi, incelenen olgu veya olayla ilgili farklılığı kapsayan temaları belirlemek ve keşfetmeyi amaçlamak, örneklem büyüklüğünün az tutulduğu literatürdeki birçok çalışmada çeşitliliğin olması belirgin bir mesele oluşturmaktadır, ancak bu sorun, maksimum çeşitlilik örnekleme

kullanılarak yok edilebilir farklılıkların meydana geldiği ortak örüntülere odaklanılmış, incelenen olgu ve olayların benzer yönleri belirlenebilir (Baltacı 2018). Bu nedenle üç hastane grubundan (ÜH, SBH ve ÖH), evreni oluşturan hastanelerde görevli kalite yönetim direktörü, kalite yönetim birim çalışanları, bölüm kalite sorumluları, yöneticiler, hastalarla yüz yüze iletişimde olan, farklı cinsiyette farklı birimde çalışan ve görüşmeye katılımda gönüllü 45 sağlık çalışanı (ÜH=15, SBH=15, ÖH=15) ile görüşme yapmıştır.

### 3.4.2.2. Nicel Aşama Örnekleme

Araştırmanın nicel aşamasında “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” (KÇYTÖ:SÇS) geliştirilmesine ilişkin örneklem oluşturulmuştur. Ölçek geliştirme çalışmalarında; her ölçek maddesi için 10 katılımcı örneklem büyüklüğünü belirlemede ideal olduğu belirtilmektedir (Boateng ve diğ. 2018). Araştırmanın ikinci aşaması olan nicel bölümünde ise taslak ölçekte yer alan 64 madde dikkate alınarak 640 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma evrenini oluşturan hastanelerin sağlık çalışanları sayısı dikkate alınarak belirlenen çalışan sayısına orantılı kota örnekleme yöntemi izlenerek sağlık çalışanları sayısına göre kotalama yapılmıştır. Araştırmada yapılan tabakalı rastgele örnekleme işlemleri Tablo 3-2’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.2: Araştırmada yapılan orantılı kota örnekleme işlemleri tablosu**

Sağlık Çalışanları Sayısı	Evren	Tabaka Ağırlığı	Örneklem
Doktor (Prof.Dr, Doc. Dr.,Uzm.Dr, Pratisyen Dr., Diş Hekimi..vb)	2.582	2582/6308=0,41	0,41*640=262
Hemşire /Ebe	2.911	2911/6308=0,46	0,46*640=294
Diğer Sağlık Meslek Üyeleri (Psikolog, Diyetisyen, Eczacı,Fizyoterapist, Odyolog, vb. en az 4 yıllık okul mezunu..vb)	326	326/6308=0,05	0,05*640=32
Sağlık Teknikeri / Teknisyeni (ATT,Anestezi, Radyoloji, Odiyometri , Tıbbi Sekreter vb. 2 yıllık MYO Mezunu..vb)	489	489/6308=0,08	0,08*640=52
<b>Toplam</b>	<b>6.308</b>		
Taslak ölçek madde sayısı:64			
Toplam ulaşılacak örneklem (en az 10 katı): 640			

Araştırmanın nicel aşamasının örneklemini izin alınmış hastanelerde görev yapan ve araştırmaya dahil olmayı kabul eden 1.013 sağlık çalışanı (228 doktor, 579 hemşire/ebe, 74 diğer sağlık meslek üyeleri ve 132 sağlık teknikeri) oluşturmuştur. Sonuç olarak; 45 sağlık çalışanı nitel aşamanın, 1.013 sağlık çalışanı nicel aşamanın örnekleme oluşturmuştur.



### 3.5. VERİ TOPLAMA ARACI

İki aşamada gerçekleştirilen bu araştırmada iki farklı türde veri toplama aracı kullanılmıştır. Araştırmanın nitel aşamasında “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu”dan faydalanılmıştır. Bu görüşmelerin analizi sonucunda 64 maddelik taslak ölçek oluşturulmuştur. Araştırmanın ikinci aşamasında ise “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü Taslağı” kullanılmıştır.

#### 3.5.1. Görüşme Formu

Araştırmanın ilk aşaması olan nitel bölümde alanyazından destek alınarak oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Ek 1). Görüşme Formu; “kişisel ve mesleki özellikler (1 soru)”, “kalite yönetim süreçlerine ilişkin görüşler (1 soru)”, “eğitim süreçlerine ilişkin görüşler (1 soru)”, “ölçme ve değerlendirme süreçlerine ilişkin görüşler (1 soru)”, “yönetici tutumuna ilişkin görüşler (1 soru)”, “kalite kültürüne ilişkin görüşler (1 soru)”, “hastaya yansımalarına ilişkin görüşler (1 soru)”, “mesleki rollere ilişkin görüşler (1 soru)” ve öneriler olmak üzere 9 sorudan oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların tutum ve görüşlerini elde etmek için hazırlanmış olan soruların hepsi açık uçludur.

#### 3.5.2. “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” Ölçeği Taslağı

“Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” (KÇYTÖ:SÇS) ölçek taslağı yarı yapılandırılmış görüşmelerden yararlanılarak toplam 45 sağlık çalışanı ile görüşülmüş, görüşmelerden sonra kurumsal yaklaşım, yönetici yaklaşımı ve çalışan yaklaşımı olmak üzere üç alt boyuttan toplam 84 madde ile madde havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan madde havuzu tez izlem komitesi ile gözden geçirilerek 23 madde elenmiştir. 61 madde ile 18 kişiden oluşan uzman görüşüne sunulmuş ve kapsam geçerliliği yapılmıştır. Davis Tekniği kapsamında KGO 0,80’den küçük madde bulunmadığından taslak ölçek madde havuzundan hiçbir madde çıkarılmamıştır. Uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda ölçek taslağı tekrar değerlendirilmiş 64 madde ile pilot aşamaya geçilmiştir.

Örneklem grubuyla aynı özelliği taşıyan 30 sağlık çalışanına uygulanarak denenmiştir. Katılımcılara anlaşılır olmayan sorular olup olmadığı sorulmuş ve ilgili maddeler üzerinde düzenlemeler yapılmıştır. Taslak ölçek geçerlik ve güvenilirlik için son şekli düzenlenmiş ve uygulamaya geçilmiştir. KÇYTÖ:SÇS Taslağı Ek 2’de yer almaktadır.

Taslak ölçek, 5'li Likert olarak hazırlanmış, "1" Kesinlikle Katılmıyorum, "2" Katılmıyorum, "3" Kararsızım, "4" Katılıyorum, "5" Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. 64 maddelik taslak ölçeğin puan ortalaması yükseldikçe olumlu tutum, düşmesi ise olumsuz tutum olarak değerlendirilmiştir.

### **3.6. VERİLERİN TOPLANMASI**

Araştırmanın tasarımı karma yapıda olduğundan verilerin toplanması aşaması da iki aşamada gerçekleşmiştir.

#### **3.6.1. Nitel Verilerin Toplanması**

İzin alınan kurumlarda görevli yöneticilerin yönlendirmesiyle katılımcılara ulaşılmıştır. Araştırmanın amacı ve yöntemi, görüşmenin nasıl yapılacağı, ses kayıt cihazı kullanılacağı ve sadece bilimsel amaçla ilgili verilerin kullanılacağı gibi konularda detaylı bilgi verilerek katılımcının onayı alınarak görüşmeler yapılmıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların uygun zamanına göre planlama yapılmış, kendi kurumlarında uygun bir alanda görüşmeler tamamlanmıştır. Her görüşme başladığında ses kayıt cihazı kayıttayken tekrar katılımcıya tüm süreç detaylı olarak bilgi verilmiş ve katılımcının sesli onayı alınmıştır. Daha sonra araştırmada belirlenen görüşme sorularına cevap alınmaya çalışılmıştır. Her bir görüşme sorusu üzerinden daha derinlemesine veri elde edebilmek amacıyla, sonda soruları (ne demek istiyorsunuz, biraz daha açıklayabilir misiniz, daha başka ne eklemek istersiniz, daha başka ne söylersiniz gibi) yöneltilmiştir. Konuya ilişkin önerileri olup olmadığı sorulmuş ve her katılımcıya araştırmaya katıldıkları için teşekkür edilerek görüşme sonlandırılmıştır.

Bu araştırmada 45. görüşmeden sonra veriler tekrar ettiği için nitel verilerin toplanması süreci sonlandırılmıştır. Derinlemesine bireysel görüşmeler 21-69 dakika arasında ortalama 40 dakikadır. Nitel veriler Mayıs 2021'de yaklaşık bir ay içerisinde toplanmıştır.

#### **3.6.2. Nicel Verilerin Toplanması**

Nicel verilerin toplanması süreci için kurum izinleri alınan ilgili kurumların yöneticileri ile görüşülmüş, hastanelerin uygunluğuna göre ziyaretler planlanmıştır. Uygun günlerde ilgili kurumlara ziyaret edilmiş ve veri toplama aracı fiziki olarak elden dağıtılmıştır. Dağıtım sırasında araştırmanın amacı, süresi, toplanan verinin gizliliği gibi bilgiler verilmiştir. İlgili hastanelere dağıtılan tüm veri toplama aracı ilgili birimler yeniden gezilerek toplanmıştır. 1300

kişiyeye veri toplama aracı dağıtılmış, 1128'i geri toplanmıştır. Toplanan veri toplama aracının 42'si uygun bulunmayarak eksik bilgiler içerdiğinden ve 73'ü ise lise mezunu sağlık çalışanı olduğundan araştırma dışında tutulmuş, 1013 sağlık çalışanının verisi değerlendirilmiştir. Yanıtlanma süresi yaklaşık 8-10 dakika arasındadır. Nicel veriler Haziran 2022'de yaklaşık üç hafta içerisinde toplanmıştır.

### 3.7. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmanın nitel aşaması ve nicel aşamasında toplanan tüm verilerin analiz işlemleri iki ayrı başlık altında ele alınmıştır.

#### 3.7.1. Nitel Verilerin Analizi

Araştırmanın nitel kısmından elde edilen veriler içerik analizi yapılarak analiz edilmiştir. Ses kayıt cihazından elde edilen veriler bilgisayarda Microsoft Word programına aktarılarak, toplamda 464 sayfalık rapor oluşturulmuştur. Kayıtlar tekrar tekrar dinlenerek görüşmecilerin söylemlerinden temalar, alt temalar ve kodlar oluşturulmaya çalışılmıştır. Görüşme raporu içinde tekrarlanan kavramlar aynı kod altında değerlendirilmiştir. Nitel aşamadan oluşan bulgulara yönelik kodlar, temalar ve alt temalar Tablo 3.3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.3: Nitel aşamadan oluşan tema, alt tema ve kodlar**

Ana Temalar	Alt Temalar	Kodlar	
Kalite Tutumu	Doküman Yönetimi	Doküman Hazırlama Doküman Yayımlama Doküman Güncelleme	
	Kurumsal Yaklaşım	Eğitim Süreçleri	Uyum Eğitimi Eğitim Gereksinim Belirleme Eğitici Seçimi Sürekli Eğitim Uzaktan Eğitim
	Yönetici Yaklaşımı	Ölçme ve Değerlendirme	İç Değerlendirme Dış Değerlendirme Kalite Göstergeleri Ölçme Araçları
		Kalite Yansımaları	Kuruma Yansımaları Hastaya Yansımaları Çalışana Yansımaları
Çalışan Yaklaşımı	Planlama Organize Etme Yürütme Eşgüdüm Kontrol		
	Görev, Yetki ve Sorumluluk Hataları Önleme Diğer Çalışanlarla İşbirliği		

Nitel verilerin analizinde MAXQDA 2022 programı kullanılmıştır. Bu program içerik analizi, etnografi, fenomenoloji, gömülü teori, odak grup, twitt'ler, ses/video dosyası ve anket yanıtları gibi araştırmalarda nitel analiz yapılabilen kapsamlı bir yazılımdır. Bu yazılım 1989 yılından bu yana kullanılan ve sıklıkla tercih edilen bir programdır (MAXQDA 2022). Veriler, SPSS, Microsoft Excel ve Word gibi programlarla veri aktarımı sağlanabilmektedir. Programın Türkçe dil seçeneği bulunmaktadır, bu nedenle kullanıcılara kolaylık sağlamaktadır. Bu araştırmanın nitel aşamasına katılmayı kabul eden katılımcıların ifadelerinin transkripsiyonu yapılmış, ifadeler kodlanmış, kodlanan ifadelerle göre tema ve alt temalar oluşturulmuştur.

### 3.7.2. Nicel Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 ve LISREL 8.7 İstatistik Paket Programları kullanıldı. 1013 kişilik örneklem çapı ile yapılan çalışmada, katılımcılara ilişkin sosyodemografik özellikler betimsel olarak incelenmiştir. Nicel aşamadan oluşan bulgulara yönelik incelenen özellik ve kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.4'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.4: Nicel aşamada kullanılan istatistiksel yöntemler**

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Kapsam Geçerliliği	Davis Tekniği, KMO
Maddelerin değerlendirilmesi	Madde Toplam Puan Korelasyonu
Normallik Sınaması	Shapiro-Wilk ve Henze-Zirkler
Açımlayıcı Faktör Analizi	KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi
Ölçek Alt Boyutlarının Belirlenmesi	Özdeğer ve Açıklanan Varyans
Yapı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi	Doğrulayıcı ve Açımlayıcı Faktör Analizi
Zamana Karşı Değişmezliğin Belirlenmesi	Test tekrar test, Wilcoxon testi
İç Tutarlılığın Belirlenmesi	Cronbach's Alpha, AVE, CR
Tanımlayıcı İstatistikler	Ortalama ve Standart Sapma Ortanca ve Minimum-Maksimum
Korelasyon Testleri	Spearman's rho

Araştırma ölçek geliştirme çalışması olmasından dolayı, veri seti üzerinden Açıklayıcı Faktör Analizi, Doğrulamalı Faktör Analizi, test-retest ve Ortalama Varyans yöntemleri ile ölçeğin geçerliliği test edilmiştir. Sonrasında Cronbach's Alpha ve Birleşik Güvenirlik analizleri ile ölçeğin güvenirliliği test edilmiştir. Çalışmada veri seti üzerinden rasgele seçilen örneklemeler üzerinden n= 610 (%60) Açıklayıcı Faktör Analizi ve n=403 (%40) Doğrulamalı Faktör Analizi yapılarak çapraz geçerlilik sağlanmıştır. Veriler üzerinden tek değişkenli normallik testi (Shapiro Wilk) ve çok değişkenli normallik testi (Henze Zirkler) yöntemleri ile ölçek maddelerine ilişkin normallik sınaması test edilmiştir. Normallik testi sonuçlarına göre, Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılımdan bağımsız yöntemler kullanılarak analizler elde edilmiştir. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman's (rho) korelasyon analizi ile incelenmiş, sonuçlar %95, %99 güven aralığında,  $p<0,05$ ,  $p<0,01$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırmanın etik açıdan izni İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş, 11/02/2021 tarihli Protokol No:66 ile onay alınmıştır.

Etik kurul onayından sonra araştırmanın yapılacağı sağlık kurumlarından da İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile hastane yöneticilerinden kurum izinleri alınmıştır.

Ayrıca nitel aşama katılımcılarından yazılı gönüllü onamları ve nicel aşama katılımcılarından da sözlü olarak gönüllü onamları alınmıştır.

### **3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE GÜÇLÜKLERİ**

Araştırmanın nitel aşamadan elde edilen veriler görüşme yapılan çalışma grubuyla, nicel aşamadan elde edilen veriler ise örneklem grubu ile sınırlıdır. Nitel aşamada ses kayıt cihazı kullanılması katılımcının araştırmaya dahil olmamasına neden olmuştur. Nicel aşamada ise 64 maddenin çok olduğu ve uzun olduğu belirtilmiş, ayrıca bu nedenlerle red edip cevaplamayanlarla karşılaşmıştır. Ayrıca sağlık çalışanları içinde hekimlerden veri toplamada oldukça zorlanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına ilişkin görüşlerinin derinlemesine belirlenmesi ve kalite çalışmalarına ilişkin tutumlarını ölçmeye yönelik bir aracın geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırma iki aşamadan oluşmakta olup, araştırma bulguları, bireysel derinlemesine görüşmeye dayalı nitel aşama bulguları ile Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği geliştirilmesine ölçeğine ilişkin nicel aşaması bulguları şeklinde iki başlık altında incelenmiştir.

### 4.1. ARAŞTIRMANIN NİTEL AŞAMASI BULGULARI

Araştırmanın birinci aşamasında gerçekleştirilen bireysel derinlemesine görüşmelere ilişkin bulgular, sağlık çalışanlarının kişisel ve mesleki özellikleri ile görüşmelerin içerik analizi sonucu elde edilen bulgular olarak iki alt başlıkta ele alınmıştır.

#### 4.1.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Araştırmanın birinci aşamasına katılan sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet ve eğitim gibi kişisel özellikleri ile çalıştığı bölüm, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı gibi mesleki özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1: Sağlık çalışanlarının kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı**

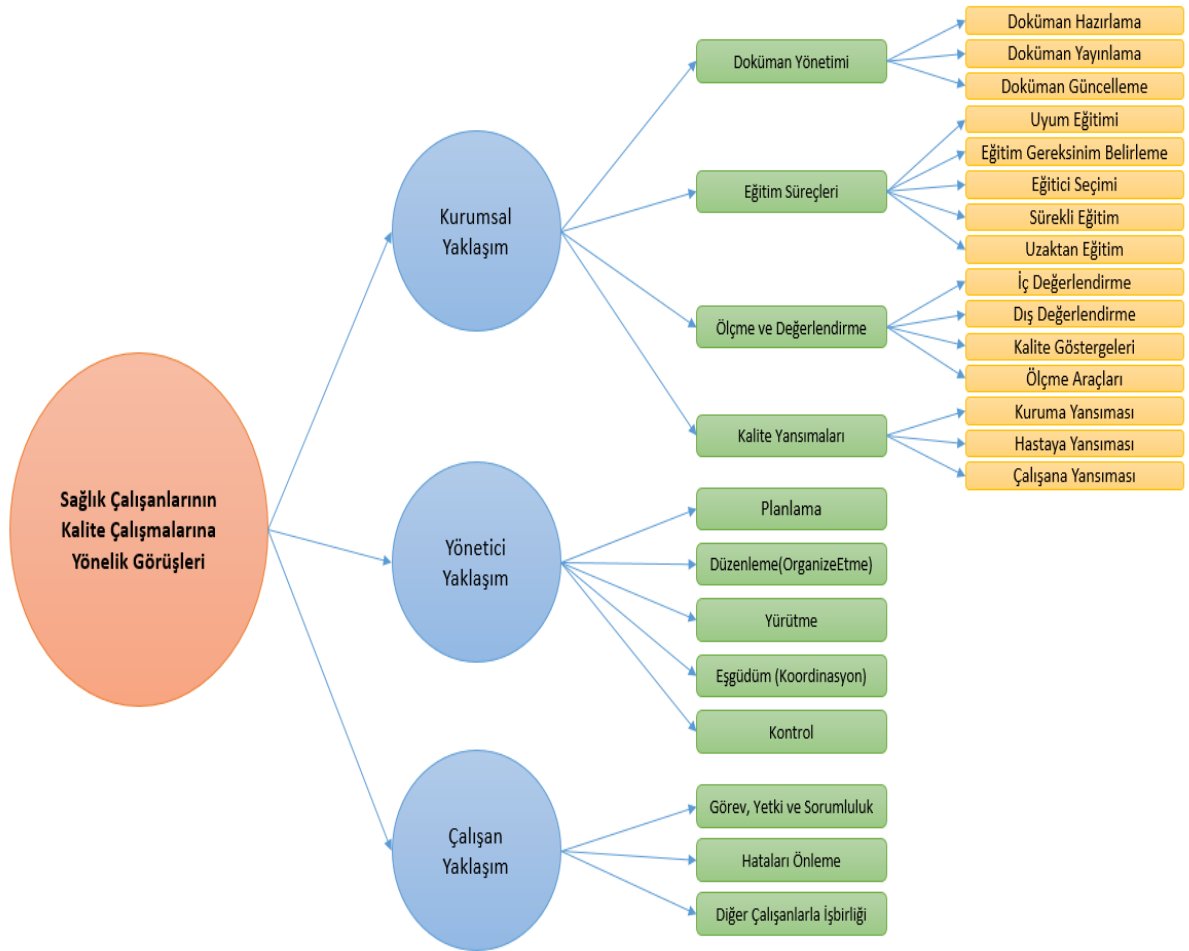
No	Hastane	Meslek	Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Çalıştığı Bölüm	Meslekte Çalışma Yılı	Kurumda Çalışma Yılı
01	SBH	Hemşire	41	Kadın	Yüksek Lisans	Kalite Yönetim Direktörü	20	20
02	SBH	Hemşire	36	Kadın	Yüksek Lisans	Kalite Yönetim Birimi	13	12
03	SBH	Hemşire	40	Kadın	Yüksek Lisans	YB Sorumlu Hemşiresi	19	15
04	SBH	Hemşire	40	Kadın	Yüksek Lisans	YB Sorumlu Hemşiresi	19	15
05	SBH	Hemşire	37	Erkek	Yüksek Lisans	Kalite Yönetim Birimi	14	12
06	SBH	Hemşire	38	Kadın	Lisans	Enfeksiyon Hemşiresi	16	14
07	SBH	Hemşire	48	Kadın	Yüksek Lisans	Kalite Yönetim Birimi	26	1
08	SBH	Hemşire	41	Kadın	Yüksek Lisans	Kalite Yönetim Direktörü	23	22
09	SBH	Hemşire	41	Kadın	Lisans	Enfeksiyon Hemşiresi	19	14
10	SBH	Hemşire	46	Kadın	Ön Lisans	Enfeksiyon Hemşiresi	26	15
11	SBH	Hemşire	41	Kadın	Yüksek Lisans	Sağlık Bakım Hizmetleri Müd.	20	1
12	SBH	Hemşire	26	Kadın	Yüksek Lisans	Klinik Sorumlu Hemşiresi	5	3
13	SBH	Hemşire	38	Kadın	Doktora	Eğitim Hemşiresi	16	16
14	SBH	Lab. Tekn.	53	Erkek	Lisans	Patoloji Lab. Sorumlu Tekn.	32	32
15	SBH	Rad. Tekn.	35	Erkek	Lisans	Radyoloji Sorumlu Teknikeri	15	15
16	ÖH	ATT	23	Kadın	Ön Lisans	YB Sorumlu Hemşiresi	6	5
17	ÖH	SY*	44	Kadın	Lisans	Kalite Yönetim Müd. Yard.	16	1
18	ÖH	Ebe	36	Kadın	Yüksek Lisans	Hasta Bakım Müd. Yard.	14	14
19	ÖH	Çevre Müh.	30	Kadın	Lisans	İSG Sorumlusu	8	2
20	ÖH	Hemşire	32	Kadın	Yüksek Lisans	Enfeksiyon Hemşiresi	10	10
21	ÖH	Ebe	38	Kadın	Lisans	Hemovijilans Hemşiresi	15	4
22	ÖH	Hemşire	41	Kadın	Ön Lisans	Klinik Sorumlu Hemşiresi	24	11
23	ÖH	Hemşire	38	Kadın	Yüksek Lisans	Eğitim Hemşiresi	16	6
24	ÖH	Uzm. Dr.	51	Erkek	Doktora	Tıbbi Hizmetler Direktör Yard.	27	16
25	ÖH	Hemşire	39	Kadın	Lisans	Enfeksiyon Hemşiresi	17	17
26	ÖH	Uzm. Dr.	30	Erkek	Doktora	Tıbbi Hizmetler Direktör Yard.	5	3
27	ÖH	SY*	35	Kadın	Yüksek Lisans	Hasta İletişim Müdürü	13	13
28	ÖH	Uzm. Dr.	35	Kadın	Yüksek Lisans	Check Up Sorumlusu	5	5
29	ÖH	Hemşire	44	Kadın	Yüksek Lisans	YB Sorumlu Hemşiresi	22	22
30	ÖH	Diyaliz Tekn.	32	Kadın	Ön Lisans	Diyaliz Teknikeri	11	4
31	ÜH	Prof. Dr.	54	Kadın	Doktora	Kalite Yönetim Direktörü	32	32
32	ÜH	Hemşire	45	Kadın	Lisans	Kalite Yönetim Birimi	23	6
33	ÜH	Başhemşire	47	Kadın	Yüksek Lisans	Küçük Cerrahiler Başhemşiresi	25	25
34	ÜH	Hemşire	41	Kadın	Yüksek Lisans	Kısa Süreli Yatış Ünitesi	19	13
35	ÜH	Sağlık Tekn.	42	Erkek	Yüksek Lisans	Hastane Müdür Yard.	22	22
36	ÜH	Hemşire	48	Kadın	Yüksek Lisans	Enfeksiyon Hemşiresi	29	29
37	ÜH	Hemşire	52	Kadın	Yüksek Lisans	Enfeksiyon Hemşiresi	31	31
38	ÜH	Hemşire	56	Kadın	Doktora	Plastik Cer. Kli. Başhemşiresi	34	34
39	ÜH	SHU**	25	Kadın	Lisans	Sosyal Hizmet Birimi	3	3
40	ÜH	Dr. Öğr. Ü.	41	Kadın	Doktora	Tıp Tarihi ve Etik ABD	15	7
41	ÜH	Tıbbi Sekr.	47	Kadın	Ön Lisans	Kalite Yönetim Birimi	15	15
42	ÜH	Hemşire	41	Kadın	Yüksek Lisans	Çocuk Klinikleri Başhemşiresi	19	19
43	ÜH	Hemşire	42	Kadın	Yüksek Lisans	Aile Hekimliği Hemşiresi	18	18
44	ÜH	Hemşire	45	Kadın	Yüksek Lisans	Hemşirelik Hiz. Müdürü	23	20
45	ÜH	Hemşire	41	Kadın	Yüksek Lisans	Hemşirelik Hiz. Müdür Yard.	18	18

\*SY:Sağlık Yöneticisi, \*\*SHU:Sosyal Hizmet Uzmanı, Tekn:Tekniker, Sekr:Sekreter

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 15'i SBH, 15'i ÖH, 15'i ÜH görev yapmakta olup, %88,8'i kadın ve ortalama  $40,35 \pm 7,40$  (23-56) yaşında oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların meslekleri incelendiğinde 5 hekim, 27 hemşire, 2 ebe, 1 başhemşire, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 çevre mühendisi, 6 tekniker ve 2 sağlık yöneticisi iken, %13,3'ü doktora, %53,3'ü yüksek lisans, %22,2'sinin lisans ve %11,1'inin ön lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Meslekte çalışma yılı ortalaması  $18 \pm 7,65$  (3-34) yıl ve çalıştığı kurumdaki çalışma yılı ortalaması ise  $14,04 \pm 9,06$  (1-34) yıl olarak saptanmıştır.

#### 4.1.2. Bireysel Derinlemesine Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular

Araştırmanın birinci aşamasında, bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular; içerik analizi sonucunda “kurumsal yaklaşım”, “yönetici yaklaşımı” ve “çalışan yaklaşımı” olmak üzere üç ana tema ve bu ana temalara bağlı alt tema ve kodlar şeklinde Şekil 4.1'de görüldüğü gibi ayrıntılı olarak incelenmiştir.



Şekil 4.1: Sağlık çalışanlarının kaliteye ilişkin görüşlerinden oluşan ana temalar





#### 4.1.2.1. Kurumsal Yaklaşım Temasına İlişkin Bulgular

Sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına ilişkin görüşleri ve kaliteyi tanımlama biçimleri dört başlık altında (doküman yönetimi, eğitim süreçleri, ölçme ve değerlendirme ile kalite yansımaları) incelenmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen kurumsal yaklaşıma ilişkin alt temaların dağılımları Şekil 4.4’de detaylı olarak verilmiştir. Ayrıca kurumsal yaklaşıma ait kelime bulutu Şekil 4.5’de gösterilmiştir.

Kod Sistemi	ÜH	SBH	ÖH	TOPLAM
▼ Kurumsal Yaklaşım				0
▼ Doküman Yönetimi				0
Doküman Hazırlama	●	●	●	43
Doküman Yayınlama	●	●	●	44
Doküman Güncelleme	●	●	●	39
▼ Eğitim Süreçleri				0
Uyum Eğitimi	●	●	●	44
Eğitim Gerekseim Belirleme	●	●	●	24
Eğitici Seçimi	●	●	●	26
Sürekli Eğitim	●	●	●	35
Uzaktan Eğitim	●	●	●	40
▼ Ölçme ve Değerlendirme				0
İç Değerlendirme	●	●	●	43
Dış Değerlendirme	●	●	●	38
Göstergeler	●	●	●	42
Ölçme Araçları	●	●	●	48
▼ Kalite Çalışmalarının Yansımaları				0
Kuruma Yansıması	●	●	●	39
Hastaya Yansıması	●	●	●	39
Çalışana Yansıması	●	●	●	27
Σ TOPLAM	174	205	192	571

Şekil 4.4: Sağlık çalışanlarının kurumsal yaklaşıma ilişkin kodlarının dağılımı



hastane grubunda da belirlenmiştir. Katılımcıların doküman hazırlama sürecine yönelik görüşlerinden yapılan atıflara aşağıda yer verilmiştir.

“...Bu SKS'nin uyguladığı prosedürlerin istediği dokümanlara göre ekstradan hastane çalışanlarımızın istediği dokümanlar bize mail yoluyla bildiriliyor. Ondan sonra biz onları bir formatımız var, logomuzun olduğu, kodumuzun, yayın tarihimizin ve revizyon numaramızın olduğu bir formata sokuyoruz...” (02-SBH-Hemşire).

“...ile ilgili bir form istediğimizi dile getirdik. Mesela böyle durumlarda kliniğin kendi durumuna göre ihtiyaç duyduğunda kaliteyle irtibata geçiyoruz, onlarda uygun görüyorlar. Ortaklaşma bir çalışma yapıyoruz...” (03-SBH-Hemşire).

“...SKS çerçevesinde, patoloji işleyişinde olması gereken tüm işte uyulması gereken kalite standartlarına göre gerek formlar, gerek talimatlar, gerek prosedürler, birim kalite sorumluları tarafından aynı zamanda da kalite direktörü ve kalite üst komisyonunun onayından geçtikten sonra yürürlüğe giriyor...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).

“...JCI standartları ve SKS standart kitabı baz alınarak hazırlanıyor, bizim, dokümantasyon merkez onayıyla bir kısmını merkez tamamen kendisi hazırlıyor, bir kısmını da şubedeki kalite sorumlularına da görev paylaşımı yaparak hazırlanmasını sağlıyoruz...” (17-ÖH-Müdür Yardımcısı).

“...kurum içi işleyişteki prosedürleri merkez hazırlıyor, ama tabii ki şunlar olabiliyor, diyelim ki ben bir çalışmamda yeni bir doküman yapmak istiyorum ki mesela yakın zamanda yaptım ve bunun taslağını hazırlıyorum, şablonu işte içeriğini hazırlıyorum. Merkeze onaya sunuyorum, şu amaçla şunu şurada şu şekilde kullanmak istiyorum uygunsa sizin için diye. Onlar uygun görürlerse yayınlıyorlar...” (19-ÖH-İSG Sorumlusu).

“...hangi politika prosedürü, hangi uzmanlık alanı ya da multidisipliner bir ekibi gerektirdiğini görerek o alandaki kanaat önderlerini bir araya getirip, onların bu politika prosedürlerini çalışmalarını sağlıyoruz. Birtakım noktalarda bizim bir politika prosedür açığını görerek, ihtiyacı ortaya koyup, çalıştırdığımız yöntem olabileceği gibi, hastanenin de kendi işleyişi içerisinde politika prosedür düzenlemesi önerip, bizim de bunu tüm gruba kabul edebilir miyiz? Edemez miyiz? Tartışmasını yaptığımız bir çalışma gerekiyor...” (24-ÖH-Hekim).

“...sahadan gelen talepleri sahanın ihtiyaçları, hastanelerin ihtiyaçları bunun yanı sıra bir şekilde merkezden süpervizyon diyebileceğiniz, yani resmi olarak adı bu olmasa da bir üst görüş sahibi merkezi direktörlüklerinde bir takım talepleri, istekleri ve ihtiyaçları doğrultusunda ama kalite direktörlüğü tarafından hazırlanıyor dokümantasyonlar...” (26-ÖH-Hekim).

“...benim bölümümle ilgili yeni doğan yoğun bakım işleyiş prosedürü, benim doktorum ve benim başkanlığında hazırlanıyor. Bunu hazırlarken birtakım kanıtlara ihtiyacımız oluyor. Buradaki işleyişi, kurallarını kurarken bakanlığın koyduğu kurallar, JCI standartlarının koyduğu kurallar işte SKS'nin koyduğu kurallar çerçevesinde bir takım talimatlar oluşturuyoruz...” (29-ÖH-Hemşire).

“...Dokümanları alandaki arkadaşlarımız hazırlıyor, işleyişi yapan arkadaşlarımız dokümanları hazırlıyorlar ve kalite yönetim direktörlüğüne, kalite yönetim birimine daha doğrusu gönderiyorlar...” (31-ÜH-Hekim).

“...Mesela hasta transferi ile ilgili bir prosedür ya da hasta mahremiyeti ile ilgili bir prosedür yazmıştık. Onda göğüs cerrahisinde ki hocamız kendisi de müdahil olmak istedi, gittik bize bir sürü önerilerde de bulundu, farklı deneyimlerini de aktardı. Başka hastanelerden kişilerle de hani karma bütün bilgileri toplayıp verileri elde ettikten sonra formata göre ben onları yazıyorum. Yine tekrar son halini yine ilgili hoca ve hemşire arkadaşlara gösteriyorum. En son halini de kaliteye götürüyoruz...” (33-ÜH-Başhemşire).

“...dokümanların hazırlanması bölümlere özgü dokümanlarda, o bölüm kalite sorumluları hazırlayıp kalite yönetim birimine gönderiyor. Biz bir kalite ekibiyiz. Bu küçük kalite ekibi olarak biz birimden gelen dokümanları çalışıyoruz. En son .... hocam onaylıyor...” (36-ÜH-Hemşire).

- **Doküman Yayınlama**

Yeni hazırlanan ya da güncellenen dokümanların Sağlık Bakanlığı hastanelerinde intranet sistemi üzerinden mesajlarla, özel hastanelerde e-posta ile üniversite hastanesinde ise elektronik belge yönetim sistemi (EBYS) üzerinden yayınlandığı ve çalışanlara duyurulduğu belirlenmiştir. Ayrıca duyuruların toplantılarla yapıldığı, eğitimlerde bu dokümanlardan söz edildiği, panolara asıldığı ve kurumsal sosyal medya grupları üzerinden de paylaşım yapıldığı tespit edilmiştir. Katılımcıların konuya yönelik görüşlerinden yapılan bazı atıflar aşağıda sunulmuştur.

“...intranet hastanenin kendi içinde bir web sayfası var sadece kendi bilgisayarlarımızın gördüğü. Orada bizim tüm personele yapılan duyurularımız, işte yemek listemizden tutun, rehberlerimiz, işte doktor çalışma programı, ondan sonra güvenlik raporlama sistemi, yine kalite portalı, ondan sonra kodlarımızın yazdığı bazı şeyler, onlar var işte. O portalden zaten çalışanlarımız biliyor, ilk geldiklerinde eğitimlerimizde veriyoruz...” (02-SBH-Hemşire).

“...Kendi dokümanımsa eğer bana kalite birimi diyor ki sisteme yükledim diyor bakın diyor zaten bizim kalite portalimizde onun sayfası var, bütün talimat, prosedürün hepsinin

*olduğu bölümünüz var oradan yeni talimat ya da prosedürse yanında yeni diye belirtiyorlar zaten yani görüyorsun yüklenen şeyi...” (04-SBH-Hemşire).*

*“...Hastane bilgi yönetim sisteminden (HBYS) de duyuruyoruz, Whatsapp grupları şu anda çok daha aktif biliyorsunuz. Whatsapp gruptan arkadaşlar bu dokümanınız revize edildi, artık bunu kullanalım, bu form revize edildi bunu kullanalım, yine onlardan geri dönüş olursa tekrar o yönde değerlendiriyoruz...” (11-SBH-Müdür).*

*“...Bilgisayarlarımızda ortak alanlar var, tüm hastane olarak bilgisayarda aynı sisteme oturuma girebiliyoruz. Duyuru olarak önce mail olarak sonra bize yüz yüze de duyuru yapıyorlar...” (16-ÖH-ATT).*

*“...Revizyon duyuruları da yine mail yoluyla tüm çalışanlara da atılıyor kişiler kendi kullanıcı adı hesabıyla girerek yine tüm dokümanlara çok rahat ulaşabiliyor. Burada sadece prosedür, talimat değişti, onamlar onun dışında formlar bilgilendirilmiş onamlar, işe alım süreci nasıl olur, çıkış nasıl olur, her şey tamamen anlatılıyor...” (18-ÖH-Müdür Yardımcısı).*

*“...Mail sistemi ile yapılıyor ve sonrasında da sürecin işleyip işlemediğine yaptığımız alan vizitleriyle kontrol ediyoruz. Herkesin hastaneye tanımlı bir mail adresi var kullanıp açabildiği, oradan ortak bir grubumuz var hepimizin de içinde olduğu mail sisteminin, oradan ilgili kişilere atıp kişilerle oradan hem dokümantasyon çıktısını alabiliyor, hem de oradan bilgi sahibi olabiliyor...” (20-ÖH-Hemşire).*

*“...İntranet belirli düzenli olarak her hafta bir doküman duyurusu var. İntranette adreslenerek bunlar paylaşılıyor. Herkesin yani yeni işe girenin bir okuma listesi var. Herkesin elinin altında yaptığı iş ile ilgili her departman bir güncelleme gördüğünde özellikli kişilere zaten o dokümanlar ayrıca duyurulup, hemşirelik içinde de hasta hizmetleri içerisinde de duyurulup ayrı çalışma listelerinde onların okutulması sağlanıyor...” (24-ÖH-Hekim).*

*“...düzenli olarak mailler, prosedürler yenilendikçe daha doğrusu ya da işte o dokümanlar tekrar revize edildikçe mail olarak bize şey geliyor, yeni dokümantasyon duyurusu diyerekten bilgisi geliyor mail olarak, bizim işyeri maillerinden. Oradan da işte işinize gelenleri, ya da kullanacağınız olan dokümanları oradan bakıp takip edebiliyorsunuz...” (28-ÖH-Hekim).*

*“...düzenli olarak toplantılar, fikir alışverişleri yaparak sonuçları, bilgilendirmeleri, değişimleri klinik içinde ki herkes ile toplantı yaparak duyuruyor. Ya da hastanenin kullandığı intranet sisteminden bizim kendi adımıza tanımlanmış olan sisteme girişlerden kalite evrak dokümanlarından ulaşabiliyoruz kolay bir şekilde...” (30-ÖH-Diyaliz Teknikeri).*

“...ilgili birimlere ilanını yaptıktan sonra intranet ortamda yardım sekmesinin altında, kalite dokümanları diye bir alanımız var. Oraya biz birim olarak birim bazında dokümanları yerleştiriyoruz. İşte yoğun bakım ya da hemşirelik hizmetleri ya da tıbbi mikrobiyoloji, tıbbi biyokimya gibi, spesifik olarak açtığımız klasörlere dokümanlarımızı yerleştiriyoruz. Arkadaşlarımıza ilan ederken bunun duyurusunu da yapıyoruz. Zaten hemen anında alandaki arkadaşlarımız kullanmaya başlıyorlar...” (31-ÜH-Hekim).

“...bizim yani intranet olarak düşündüğümüzde EBYS sistemimiz artı ...sistemimiz birden çok sistem var. Bu sistem çalışanların büyük çoğunluğunda burada yetkileri var. Aynı şekilde dokümanlarda da değişiklik olduğu zaman işte falanca doküman çıkmıştır, işte bilmem ne modülle gidip, şöyle şöyle yaparsanız ulaşabilirsiniz diyorlar...” (35-ÜH-Müdür Yardımcısı).

“...EBYS üzerinden yazışmalarla, başhekim imzalı, tüm çalışanlara duyurulması şeklinde gönderiliyor. Ayrıca artık son çalışılmış, kabul edilmiş ve artık onaylanmış formlar diyelim ki ya da başka dokümanlar ...sistemi üzerinde bir bölüm var. Oraya yerleştiriliyor...” (37-ÜH-Hemşire).

“...bir üst yazı ile resmi yazı ile bildiriliyor. Birimlere öncelikle dağılımı yapıyor, birimler bilgilendiriliyor, üst yönetim üstünden yazılıyor yazılarımız. Daha sonrasında çalışanlarımızın da bilgi sahibi olduğunu gördükten sonra, eğitimlerinde veriyoruz bunun aynı zamanda. ....sitesinin yardım kısmından indirebilirsiniz, alabilirsiniz şeklinde, dolayısıyla personellerimiz, çalışan arkadaşlarımızı da bilgilendiriyor...” (41-ÜH-Tıbbi Sekreter).

#### • Doküman Güncelleme

Yapılan görüşmelerde daha önce hazırlanmış dokümanlar üzerinde süreç değişikliği, isim değişikliği, yatak sayısı değişikliği gibi nedenlerle güncelleme gereksiniminin ortaya çıktığı ve bağlamda hastanelerde kalite birimleriyle iletişime geçildiği ve birlikte doküman üzerinde çalışıldığı ve güncelleme yapıldığı saptanmıştır. Dokümanların güncelleme sürecine yönelik olarak katılımcılardan yapılan bazı atıflara aşağıda değinilmiştir.

“...Bakanlık kriterleri güncellediğinde hangilerinin güncel olduğunu biliyoruz zaten. Oturuyoruz hasta bakımıysa ilgili kliniklerin işte dahili kliniklerden bir sorumlu hemşire, cerrahi kliniklerden bir sorumlu hemşire, yoğun bakımlardan bir kişi gibi böyle çalışma grupları oluşturuyoruz. Yani bir takım kalite çemberi gibi böyle gruplar oluşturuyoruz. Onlarla birlikte oturuyoruz bu kriterlerle ilgili ne yapmalıyız nasıl bir çalışma planlamalıyız, sonra onu dokümana yansıtıyoruz. Zaten var olan bakım prosedürlerimiz var, onların içerisinde eksik olan parametrelere ekleyerek yeniden prosedürümüzü güncelliyoruz...” (01-SBH-Hemşire).

“...bunlar gerçekten de çok zor oluyor. Yani 2000-3000 dokümandan bahsediyoruz ve alanda kontrol etmesi çok zor, revizyon numarasını ve revizyon tarihini yapıyoruz. Bu şekilde yayınlıyoruz tekrardan...” (05-SBH-Hemşire).

“...Şimdi revizyon gerektiğinde, revizyon numarasını verip, o yaptığımız revizyonun tarihini niye yaptığımızı da yazıp onun revizyonunu veriyoruz, tekrar evet intranet sayfasında tekrar yayınlayıp, gene duyuruyoruz...” (07-SBH-Hemşire).

“...Ağrı ile ilgili bir çalışmıştık, ağrı değerlendirme için. İşte klinik hemşirelerimiz, ben dahil oldum, kalite birimi, anestezi hekimi ve yönetimle beraber ortak karar alınıp form sunulmuştu. Hani ağrı çok merkezli olarak söyleyebilirim. Ama diğer formlarımızı daha kolay yönetiyoruz zaten. Diyoruz ki bu böyle olsa daha mı iyi olur, konuşuluyor, görüşülüyor evet hem daha kolay, hem daha uygun derlerse zaten hemen değişim sağlanıyor...” (13-SBH-Hemşire).

“...Şöyle birimden talep varsa bana ulaşıyorlar taleplerini bana iletiyorlar, revizyon talebi oluşturulması konusunda, neyse istedikleri mail olarak bana gönderdikten sonra ben de talebi merkeze iletiyorum o şekilde yürüyor süreç...” (17-ÖH-Müdür Yardımcısı).

“...Kalite birimi hangi dokümanlar hangi alana yönelikse ilgili alanın bölüm sorumluları ile görüşerek revizyon talepleri varsa bu taleplerini gerçekleştirmelerinde ve kendisine mail atılmasını talep ediyor. Biz de o şekilde kendi kalite müdürümüze ilgili revizyon taleplerimizi bildirdikten sonra kalite müdürlüğü tarafından merkez kalite müdürlüğüne gönderiliyor. Orada merkez kalite müdürlüğü tarafından onay talebi gerçekleşirse sonrasında ilgili hastanenin kalite bölümüne revizyon onayı geldikten sonra yine kalite müdürümüz tarafından alanlara revizyon yapılan bütün dokümanlarda ilgili bilgilendirme maili atılıyor...” (21-ÖH-Ebe).

“...politika prosedür istemleri düzeltme istemleri mevcut politika prosedürün yanlış anlaşılması da olabiliyor ya da farklı anlaşılması anlamına da gelebiliyor. Ama bunlar genelde hani çok idari anlamlı konuşmamız gereken konuları da içerebiliyor. Merkezi o bahsettiğim kanaat önderlerine veya hastaneden gelen talepler, hastane kurullarında hastane kurullarından sonra bizim merkezi kurullarımızda görüşülüp ondan sonra tıbbi yürütme kurulu tarafından bizim süzgecimizden sonra tıbbi yürütme kurulu tarafından uygun ya da uygun değil şeklinde sonuçlanıyor...” (24-ÖH-Hekim).

“...Takip edilen ulusal ve uluslararası bir takım standartlara göre zamanları gelince veya yine ihtiyaç olması halinde sahanın ve merkez yönetimin ihtiyaçlarının değişmesi halinde



hasta güvenliğini sarsmayacak bir şekilde tabi en büyük önem paydası orda, hasta güvenliğini sarsmayacak bir şekilde çeşitli düzenlemelere gidiliyor...” (26-ÖH-Hekim).

“...mevcut formları ya da mevcut dokümanları değiştirebiliyoruz ama ben kalite birimi ile iletişime geçiyorum. Yani artık hemşirelik hizmetleri müdürlüğüyle ilgilide öneriler olabilir. Direk hemşirenin kullanacağı bir formda olabilir. Tabi önce müdürlüğe danışıyoruz, yine maille yazışma yoluyla ya da sözel yine kalite biriminin öncülüğünde değiştirilebiliyor...” (34-ÜH-Hemşire).

“Revizyonlar yaptık, şimdide devam ediliyor zaten. Şu anda da kalitede kalite birim temsilci yardımcısıym hocayla çalışıyorum zaten. Formlar müdürlük tarafında oluşturuluyor, bizde öneri de bulunabiliyoruz. Müdürlük hazırlıyor, zaten yılda bir bu şey kontrol ediliyor, revizyon çalışmaları yapılıyor. Temelde biz yaparken alanlarda sorduğumuz alandan gruplar oluşturduk komisyonlar oluşturduk, formları oluşturduk bu şekilde formlar oluşturuluyor...” (38-ÜH-Hemşire).

“...SKS altyapısında özellikle hemşirelik formlarımız, eski formlarımız da baz alınarak, kişilerin, çalışanların da fikirleri göz önünde bulundurarak detaylı bir şekilde veri toplanarak bu formları güncelleniliyor. Güncellendikten sonra alanın fikri alınıyor, pilot çalışmalar yapılıyor, daha sonrasında da onayları alınıyor...” (44-ÜH-Hemşire).

## 2. Eğitim Süreçleri Alt Temasına İlişkin Bulgular

Görüşme yapılan sağlık çalışanlarının kalite eğitim süreçlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde uyum eğitimi, eğitim gereksinim belirleme, eğitici seçimi, sürekli eğitim ve uzaktan eğitim olmak üzere beş kod altında ele alınmıştır. Katılımcıların görüşlerinin dağılımı Şekil 4.7’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Kod Sistemi	ÜH	SBH	ÖH	TOPLAM
▼ Kurumsal Yaklaşım				0
▼ Eğitim Süreçleri				0
Uyum Eğitimi	●	●	●	44
Eğitim Gereksinim Belirleme	●	●	●	24
Eğitici Seçimi	●	●	●	26
Sürekli Eğitim	●	●	●	35
Uzaktan Eğitim	●	●	●	40
Σ TOPLAM	55	58	56	169

Şekil 4.7: Sağlık çalışanlarının eğitim süreçlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı

- **Uyum Eğitimi**

Hastanede çalışmaya yeni başlayan tüm sağlık çalışanlarına kurumun işlerini tanımaya yönelik genel uyum ve çalışacağı birimin işleyişini tanımaya yönelik bölüm uyum eğitimleri yapıldığı, genel ve bölüm uyum eğitimlerinin üç hastane grubunda (SBH, ÖH VE ÜH) da etkin şekilde yürütüldüğü vurgulanmıştır. Bu eğitimler bazı kurumlarda iki gün, bazılarında üç gün, bazılarında ise bir aya kadar sürdüğü ve uyum eğitimlerinin süresi hakkında bir standart bir uygulama olmadığı görülmüştür. Bu eğitimlerin bazı kurumlarda kalite birimleri tarafından, bazı kurumlarda eğitim birimi tarafından, bazılarında ise insan kaynakları birimleri tarafından yürütüldüğü belirlenmiştir. Katılımcıların uyum eğitimine yönelik görüşlerinden yapılan bazı atıflara aşağıda yer verilmiştir.

*“...İşte personel şube o gün zaten hani maaşla ilgili şeyleri, katılışları falan oluyor. O evrakları dağıtıyor, neler yapması gerektiğini anlatıyor. Daha sonra işte eğitim hemşiresi, bir uzmanlıkları varsa, belgeleri varsa hani ona getirilmesi için, çalışan hakları sorumlusu beyaz kod hakkında, diğer işte kırmızı, beyaz, mavi kod, pembe kod hakkında kısa bilgi, hastanenin fiziksel düzeni, konumu, İstanbul işte önemli yerleri, durakları, otobüsleri, gidebilecek yerlerini. Hani kirada mı oturuyor, evde mi oturuyorlar, yaşam şartları nasıl. Çünkü bir sürü evi olmayan İstanbul, yeni mezun olmuş gelmiş, misafirhanelerde kalanlar var. Onları da tespit ediyoruz aslında. İlk o zaten iki gün sürüyor uyum eğitimleri...” (07-SBH-Hemşire).*

*“...SKS de de verimlilik göstergelerinde de standart başlıklar var. Şu şu şu eğitimleri şu şu şu kişilere işte sağlık personeli olabilir, sağlık çalışanı olabilir. Bunlar zaten belli, olmazsa olmazlarımız, ama biz oryantasyon eğitimlerine unvanı bazlı eğitimleri de hemşire ise alana çıkmadan önce invaziv araç bakımını nasıl yapacağını, aspirasyonu nasıl yapacağını, vesaire gibi süreçleri de daha başlamadan verelim istiyoruz ve veriyoruz bu şekilde yürütüyoruz. Mutlaka kişi işe başlayacağı anda bu eğitimi almış oluyor...” (09-SBH-Hemşire).*

*“...arada gelen tekli personel bana uğruyor, bir form var kişinin, işte kaliteye uğruyor, eğitime uğruyor, MHRS uğruyor gibi gerekirse, geliyor ben burada ona kurum tanıtımı, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, kalite süreçleri, kalite anlatıyor ama ben de anlatıyorum. İşte kullandığımız otomasyon sistemini anlatıyorum. Yine kod yine 1111, 2222 kodlarımızı anlatıyorum gibi, yaklaşık işte 2 saate yakın hastaneyi, kurum kültürünü ve kurumda dikkat etmesi gerekenleri tek birebir eğitim yapıyorum. Ben eğitimlerini yapıyorum, alana öyle gidiyor, işte otopark nerede, yemekhane nerede, kart basılıyor mu, imza süreçleri*

*gibi gibi. Hani 2 saat ama içi dolu dolu yorulup gidiyorlar, bu kısım çok oturdu...” (13-SBH-Hemşire).*

*“...yani yeni gelen bir arkadaşta en azından insani olarak bir hoş geldin deyip çalışanlarla birebir tanıştırmak insani bir davranıştır. Sonra laboratuvarın ya da patolojinin işleyişindeki girişten çıkışa kadar, departman departman ne nerede yapılıyor? Bu işin algoritmik bir anlatımı sunumu yapılır. İşte delici kesici alet yaralanmalarına karşı nelere dikkat edilmesi lazım ve son zamandaki COVID 19 tedbirleri kapsamında işte maske, el dezenfektanı, kişisel koruyucu ekipmanların yerleri, nasıl kullanılacağı anlatılır. Hatta biz onun özelinde barınmada sıkıntısı varsa işte hanım olsun erkek olsun yapılabilecek referanslı bir ev arkadaşı arıyorsa bekarsa ya da kiralık ev arıyorsa ona uygun, bütçesine uygun, sosyokültürel yapısına uygun semtleri, hastaneye ulaşımında kolaylık sağlayabileceği yerlere kadar ya bunlar hem eğitim amaçlı hem sohbet çerçevesinde arkadaşlara uyum sağlanır...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).*

*“...Yeni başlayanlar ile ilgili hastanemiz zaten bir akreditasyon süreci geçiriyor. Çoğunlukla hastanemiz bir 2 hafta akreditasyon eğitimine alıyor arkadaşlarımızı. El hijyeninden tutun hastaya nasıl yaklaşacaklarına artı tıbbi etik konularına kadar her konu anlatılıyor, birimler tanıtılıyor. Bizde bize gelen arkadaşları çoğunlukla listeye 1 ay sokmuyoruz, yani çalışma listelere dahil etmiyoruz. Dahil edersekte eski teknisyenlerimiz var mesela 20 yıllık çalışanlarımız arkadaşlarımız var, 15 yıllık çalışan arkadaşlarımız var. Onların ekiplerin içine birer birer dağıtıyoruz. Böylece hem arkadaşlar deneyimli arkadaşlarla çalışmış oluyor, o deneyim diğerlerine aktarmış oluyor, hem de daha işe başlarken yanında deneyimli biri olunca biraz daha özgüvenli oluyorlar...” (15-SBH-Radyoloji Teknikeri).*

*“...işe başlayan her personel insan kaynakları işlemleri yapıldıktan sonra İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine yönlendiriliyor. Biz arkadaşlarla böyle işte genel anlamda kurumumuzun riskleri nedir? İş kaza işte en sık yaşadığımız kazalar ne? Bunlar için ne önlemler alıyoruz? Onun alanındaki durumlarda vesaire risklerimizden genel işte acil durum kurallarımızdan vesaire genel İSG kültürümüzden bahsediyoruz ki hiçbir şey bilmeden sahasına geçmesin. Sonrasında da belirli bir programla birlikte kullanıcılar yeni işe başlayan kişiler toplanıyorlar ve bizler onlara eğitimlerimizi veriyoruz...” (19-ÖH-İSG Sorumlusu).*

*“...kişi ilk defa kuruma başladığında ilk 3 gün oryantasyon eğitimi oluyor. O oryantasyon eğitiminde de kalitenin eğitimleri, insan kaynakları eğitimleri, iş sağlığı güvenliği, biyomedikal, birçok eğitim CPR eğitimi, cihaz eğitimi, hepsi bunun içinde oluyor. 3 günlük oryantasyon*

*eğitimi oluyor. Sonra sahaya geldiğinde de birebir şift hemşirenin eşliğinde, mesela o onun eşliğinde o eğitimleri hem uygulayıp hem canlı canlı görerek öğreniyor...” (22-ÖH-Hemşire).*

*“...işe alındığında, eczacı, hemşire ne olursa olsun bir iki haftalık oryantasyon eğitimi var. Sağlık grubu yani en azından iki hafta bazen bir ay zaten hastaya dokunmuyor. Sadece gözlem yapıyor. İnsan kaynaklarını yönetiyor iki haftalık oryantasyon programının bitiminde sınav sonrasında ki bir sınavda var orda şey kapılar açılıyor. Hemşirelik tarafının her yıl gerçekleştirdiği bir kompetanlık sınavı yani seviye belirten sınavı var, dolayısıyla o sınavda en bilgili hemşire arkadaşı ya da en bilgiliye bir takım küçük hediyeler oluyor...” (24-ÖH-Hekim).*

*“...Bir yeni başlayan her ne tecrübesi dahi olsa ne okuldan mezun olursa olsun mutlaka kurumun vermiş olduğu oryantasyon programına tabi tutuluyor. 2 haftalık süren bir oryantasyon programı bu süre içerisinde ilaç uygulamalarından intramüsküler uygulamaya kadar bütün teknik, teorik her şeyi öğreniyor. Hem şey ortamında öğreniyor sınıf ortamında öğreniyor. Oraya gidip steril eldiven giyme, foley kateter takma, bu gibi uygulamaları da görmesi amaçlı sınıf ortamında da, sanki bir şeymiş gibi hastane ortamındaymış gibi orada da uygulamalarda görüyor, simülasyon yapıyorlar hasta başında...” (29-ÖH-Hemşire).*

*“...İşe başlama eğitimlerinde oryantasyon eğitimlerimiz var. Her şeyden önce İSG kurulumuz işe giriş eğitimlerini yapıyor. 2020 yılında SKS eğitimlerinden olan aslında işte kod eğitimlerine, kişisel koruyucu ekipman eğitimlerine, onları da dahil ettiler ve onları da anlatıyorlar. Daha sonrasında bizlerde zaten spesifik gruplara anlatıyoruz. Bu eğitimlere sadece tabi işe giren, yeni başlayan arkadaşlarımız da değil, intörnlerimize de veriyoruz biz. 5.ve 6. Sınıf öğrencilerimize de alana çıkmadan önce veriyoruz mutlaka bu eğitimleri...” (31-ÜH-Hekim).*

*“...Kişi servise başlıyor, ilk gün tanışmadan sonra zaten oryantasyonu başlamış oluyor. Yaklaşık 1 aylık bir süreç 1 ayı tamamlıyoruz. Bu 1 aylık süreçte oryantasyon eğitimi ile ilgili bir ya da iki gün belirleyip ben sunumumu yapıyorum kendilerine, küçük bir ekip olduğu için burada kendi odamda bilgisayar karşısında yapabildim. Ama ameliyathanede iken daha büyük bir ekip ve aynı anda 5-6 hemşire birden başlıyordu. Onları bir gün planlayarak seminer odasına alıyoruz. Slaytlarla yine tepegözlerle eğitimimizi veriyoruz...” (34-ÜH-Hemşire).*

*“...Yeni başlayanlara oryantasyon eğitimi aldırılıyor, yani ben başlayınca hiç bana eğitim vermediler diyebilirim, bir oryantasyon eğitimine katılmadım. Çünkü benim birimim farklı, birazcık sosyal hizmet uzmanı hastane de 2. eleman mı diyeyim, asıl elemanlar doktorlar hemşireler gibi oluyor. Onlara daha yoğunluk veriliyor ve ben tek kişi olduğum için bana eğitim verecek kişi yoktu, o şekilde bir süreç yaşadım. Ama hemşirelere biliyorum ki ilk*

*başladıklarında 1 haftalık yaklaşık, doktorlara bilmiyorum emin değilim, hep hemşireleri duydum, oryantasyon eğitimi veriliyor...” (39-ÜH-Sosyal Hizmet Uzmanı).*

*“...yeni işe başlayanlara önce hemşirelik hizmetleri müdürlüğü bir oryantasyon eğitimi yapıyor. Daha sonra hastane enfeksiyon kontrol komitesi bir oryantasyon eğitimi yapıyor, sonra görevlendirilen anabilim dallarında kendi hangi anabilim dalına görevlendirildi ise orada da bir hizmet içi eğitim programı düzenleniyor, bir oryantasyon eğitim programı düzenleniyor...” (43-ÜH-Hemşire).*

*“...oryantasyon programımız var ki bu yeni başlayan hemşerilerimize belirli bir içerik kapsamında uyguluyoruz, bu geneldir yani işe başlayan kişinin kurumla alakalı bilmesi gereken şeyler vardır. Biz zaten oryantasyon programının ilkini genel, ikincisini de kendi çalıştığı klinik ile alakalı yaparız. İlk aşamasında işte kurumun tanıtılması, kurumun örgütsel kültürü nasıldır, kişinin yasal hakları nelerdir, 657 devlet memurları kanunu mesela, onun dışında hastane enfeksiyon komitesi muhakkak enfeksiyon kontrol önlemlerini anlatır, şu an pandemi döneminde kişisel koruyucu ekipman kullanımını anlatır...” (44-ÜH-Hemşire).*

#### • Eğitim Gereksinim Belirleme

Sürekli eğitimleri, yıllık planlanan eğitimlerin dışında gereksinimler doğrultusunda yeniden düzenlemeler yapılmaktadır. Örneğin bir klinikte işleyişle ilgili bir sıkıntı olduğunda ya da çalışanların bilmediği belirlenen bir konu olduğunda ona yönelik eğitimler düzenlenmektedir. Bu eğitimlerin dışında birimlerin, gereksinimleri doğrultusunda yapılmaktadır. Örneğin, insülin enjeksiyonu, kateter bakımı vs. gibi eğitimler alana yönelik de risk doğrultusunda yapılmaktadır. Her üç hastane grubunda da benzer görüşler ortaya çıkmış olup, sağlık çalışanlarının görüşlerinden yapılan atıflar aşağıda gösterilmiştir.

*“...bir eğitim ihtiyacım varsa kaliteyle .....hanım ile görüşüyoruz, o planlıyor yerini zamanını beraber konuşuyoruz. Eğitim birimi .....hanım eğitim veriyor bize, ihtiyacımız olduğu zaman...” (04-SBH-Hemşire).*

*“...Yıl içerisinde de ihtiyaç halinde eğitim tekrarlarıyla gidiyoruz. Ya da kırım kongo mesela kırım kongo en çok görüldüğü zamanda zaten yazı geliyor. Biz artık alıştık o tarihleri de, biliyoruz ki o yıl kırım-kongo verilecek zaten planımızı dahil ediyoruz. İşte ya da ne olsun, yine enfeksiyonla ilgili bu enterit uydurdum ya da işte grip salgınının olduğu dönem, influenza eğitimleri gibi. Alandan ihtiyaçlar olabiliyor mesela alandaki arkadaşım diyor ki temizlik personeli temizlik dezenfeksiyon kısmında sıkıntımız var. Eğitim verildi ama verim alamıyorum, gidiyoruz birim bazlı eğitim tekrarı yapıyoruz...” (09-SBH-Hemşire).*

“...hastanemizin bir hizmet içi eğitim planı var, bütün alanların 12 aylık her ay bir konu olacak şekilde bir hizmet içi eğitim planı var. Orada da yine eğer enfeksiyonla ilgili bir eğitim ihtiyacı varsa alanın, talep ediyor talebi doğrultusunda yine ben ekstra eğitim veriyorum...” (20-ÖH-Hemşire).

“...sonrasında işte ihtiyaca yönelik mesela ben hemşireyi gözlemledim, diyelim ki kateter pansumanında eğitime ihtiyacı var. Enfeksiyon hemşiremiz var, bölüm sorumlusu, mesela diyabetle ilgili bir eğitime ihtiyacı var, insülinlerle ilgili ve eğitime ihtiyacı var, o zaman diyabet hemşiresi birebir şahsi planlıyoruz. Hangi yönde zayıf ya da o yönünü güçlendirmek istiyorsak o kişinin ona yönelik ihtiyacına yönelik eğitimde düzenleyebiliyoruz...” (22-ÖH-Hemşire).

“...tekrarını istediğim hizmet içi eğitimler. O da aslında alanda gördüğüm ve tekrarını gerektiren eğitimler gibi düşünün. Hani tekrar edilmesi gerektiğini düşündüğüm işte mesela bir iletişim gibi, çok genel söyleyeceğim ama, ciddi anlamda hasta hemşire ya da hemşire doktor ya da işte hemşire hasta ilişkisi gibi, ya da yönetimle ilgili süreçler devlet memurluğu ile ilgili süreçler gibi, el hijyeni enfeksiyon kontrolü önlemleri gibi, ya da işte kateter takılması kateterle ilişkili enfeksiyonlar gibi, gerçekten hemşireliğin bakım göstergelerini belirleyen ve kalitesini belirleyen süreçleri her yıl yenileme gereğini duydum...” (11-SBH-Müdür).

“...bir serviste insülin kullanımı ile ilgili bir sıkıntı duyuldu ya da hemşirelik o şekilde bir eğitime açlığı var diye söyleyeyim. Diyabet hemşiresi direk sorumlu hemşire ile görüşüyor, belli bir gün ayarlanıyor, sonrasında o saatte tarih dilimlerinde eğitim veriliyor hemşirelere. Mesela ortopedi grubu iken biz ortopedi ile ilgili belli konuları 12 tane konu paylaşıp 12 hemşireye paylaştırılarak servis içi ayrıca da eğitim yapıyoruz. O şekilde bir hazırlıkla kendi klinik içi eğitim, diyabete özgü ise diyabet hemşiresi gelip, ayrıca eğitim hemşireleri de genel tüm hastane belli aralıklarla o şekilde yapıyorlar...” (12-SBH-Hemşire).

“...Eksiklikler, olması gerekenler, unutulmalar, hatırlatılmak istenenler, asla unutmamız gerekenler ve işleyiş ile ilgili sıkıntılar bu oturumlarda konuşulup sorunlar giderilmeye çalışılıyor. İşleyiş kolaylığı için fikir ve öneriler soruluyor. Mantıklı gelen ve herkes tarafından kabul gören fikir ve değişimler yönetime, kalite direktörlerine ya da atıyorum eğitim ihtiyacı ön görülüyor ise eğitim komitesine sorumlu hemşiremiz tarafından bildiriliyor...” (30-ÖH-Diyaliz Teknikeri).

“...ihtiyaç duyulan genelde hemşirelerin istedikleri eğitimleri, kendilerini eksik buldukları eğitimler noktasında eğitim istek formu dolduruyorlar. Daha sonrasında bu plana göre hangi konularda eğitim verilecek, kim anlatacak, saat kaçta anlatacak planlamasını yapıyor daha sonra müdürlüğe gönderiyor. Müdürlük de onu tamamen format olarak kontrol

*edip bir bakıp daha sonrasında EBYS üzerinden bütün birimlere duyuruyor ki çünkü eğitime katılmayanlar varsa eksiklik varsa onları o eğitime getirme ya da katılmak isteyenler varsa katılabiliyor...” (32-ÜH-Hemşire).*

*“...Eğitim taleplerini topladık arkadaşların, eğitim taleplerini aldıktan sonra ben excele kim ne kadar, hangi bölüm, ne kadar, ne istemiş, onları belirledik. 4 tane konu belirledik, arkadaşlardan sadece tarih bekliyorum, bütün hazırlıklarımızı yaptık...” (33-ÜH-Başhemşire).*

*“...bir form dağıtıyorum hizmet içi eğitim istek formu. O formda 4-5 adet istedikleri eğitimleri bana yazıyorlar, formları topluyorum. Sonra seçilenlerden çoğunluğu bulup konulardan seçiyorum. Örneğin bu üç konu bu yıl ki hizmet içi eğitimde çok talep almış bu üç konuyu ben değerlendirmek istiyorum diyorum ve o yıl ki hizmet içi eğitimde o üç konuyu seçiyorum...” (34-ÜH-Hemşire).*

*“...dekanlığa gelen, başhekimliğe gelen, kimlerden hasta ve yakınlarından, bunun yanı sıra bölümün işte sorumlularından gelen işte taleplere bakıyoruz. Mesela biz baktık, neye ihtiyacımız var, iletişime. Çünkü bir iletişim sorunu var, çalışanla işte hizmet verilen hasta ve yakınları arasında. Biz bunu nasıl giderebiliriz, oturduk eğitim hazırladık...” (40-ÜH-Hekim).*

*“...Kişiler ihtiyacı olan eğitimleri bildiriyorlar. O doğrultuda da bir raporlandırma yapıp en çok istenilen eğitimden başlayarak eğitimlerimizi yapıyoruz. Yılda bir kez 4 saatlik yapıyoruz. Ama ihtiyaç olduğunda da talepler olduğunda da ara eğitimler şeklinde planlayabiliyoruz...” (45-ÜH-Hemşire).*

#### • **Eğitici Seçimi**

Sürekli eğitim programları için eğitici seçimi konusunda, üç hastane grubunda da yetkin kişilerden seçilmesine özen gösterildiği belirtilmiştir. Örneğin, CPR eğitimini, alanında uzman özellikle anestezi hekimlerinin verdiği, enfeksiyonlarla ilgili eğitimleri de enfeksiyon hemşirelerinin verdiği belirlenmiştir. Bazı katılımcılar kurum içinde eğitici seçiminde zorluk yaşandığını ve yetkin olan kişilerin eğitim vermek istemediğine değinmiştir. Katılımcıların eğitici seçimi konusundaki görüşlerinden yapılan atıflara aşağıda yer verilmiştir.

*“...mesela laboratuvarla ilgili bir eğitim ise laboratuvardaki sorumlular var onlar eğitim veriyor mesela şu anda iş güvenliği ile ilgili bir şey ise iş güvenliği uzmanı var o geliyor eğitimleri veriyor, bakıyor. Mesela yeni doğan ateşle alakalı mesela yangınla ilgili eğitimciler geliyor eğitim veriyor bize. Belirlenen kişiler kendi eğitim veriyor...” (04-SBH-Hemşire).*

*“...genellikle kaliteye ilgisi özellikle bizim açımızdan, mesleki ilgisi önemli, kaliteye ilgisi önemli, daha sonra o klinikte sorumluluğu önemli, ondan sonra ilgi alanları özellikle soruyoruz*

yani biz alanlardan, kim kaliteye daha yakınsa, onu eğitime alıp kaliteye aktif olarak katılmasını sağlıyoruz, o şekilde belirliyoruz...” (05-SBH-Hemşire).

“...Eğitimler bizlerin vermesini istemiyorum mesela. Ben kendim de bana bir konuda birisi eğitim verecekse o kişi o konuda hakkında uzman olmasını çok önemsiyorum. Yani o işin uzmanı gelsin bana anlatsın. Başka bir meslek dışı ya da işte kurumumda çalışan birisi internetten bulduğu biliyorsunuz şimdi bütün derslerin power pointi var. Bana onları anlatmasını istemiyorum, ben zaten onları kendim internetten bulabilirim. O bana kendisi literatür tarasın, araştırsın, tabiki o internetten videoyu da indirsin ama onu bir bilgiyle özümseyin bana anlatsın mesela ben öyle çok keyif alıyorum...” (07-SBH-Hemşire).

“...eğitimlerde yüksek lisans mezunu olan arkadaşlar eğitimci olarak koyuyorum. Hani biraz daha onları işin içine çekebilmek adına, işte enfeksiyonlar, enfeksiyon kontrol önlemleri, yoğun bakımlardaki hasta bakımı, işte palyatifteki hasta bakımı, post-op bakım, post-op takip ve tedaviler gibi ama öncesinde daha böyle vaka üzerine kliniklerin kendi içinde eğitimleri vardı...” (11-SBH-Müdür).

“...böyle bir eğitimci bulmakta çok zorlanıyoruz. Eğitime katılımda zorlanıyoruz, her zaman istediğimiz yetkinlikteki eğitimcilere ulaşamıyoruz. İstedğim yetkinlikteki eğitimci konuyu anlatmak istemiyor ama istemediğim yetkinlikteki kişide ben anlatırım diyor. Aslında işte geçen temmuza kadar bir performans veriyorduk biz onlara döner sermayeden, yüzde on teşvik o ay eğitim anlatan personelimize veriyorduk. Bu da geçen yıl temmuz ağustos haziran gibi değişti geçen yıl. Artık bu da kalktı ve ben eğitimci bulamıyorum. Kimse konuyu anlatmak istemiyor...” (13-SBH-Hemşire).

“...işte iş yeri, yine iş kazaları ile iş yeri hemşiresinin ya da iş yeri hekimliğinin verdiği eğitimler var, bunları onlar organize ediyor. Hemşireliğe yönelik hasta bakım hizmetlerinin vermiş olduğu eğitimleri, eğitim hemşireliği organize ediyor ya da işte daha branşlaşmış işte antikoagülasyon eğitimini o konunun hekimi eğitim veriyor, gibi belli başlı eğitim başlıkları ve tanımlanmış eğitmenlerimiz var. İşte CPR eğitimini verecek hekim belli o hekimin vermesi gerekiyor...” (18-ÖH-Müdür Yardımcısı).

“...işte iş güvenliği eğitimi verecek kişi zaten iş güvenliği uzmanı, işte biz iki kişiyiz, ikimizden biri veriyoruz. Enfeksiyonda da yine enfeksiyon hemşireleri, yine hani hasta bakılan yanlış bir şey söylemek istemem kendi süreci ile ilgili ama hasta bakımı zaten kendine ait kendi personelleri için yaptığı hatta birkaç gün süren bir eğitim programı var bildiğim kadarıyla, eğitim hemşiresinin İK (insan kaynakları) ile birlikte koordinasyonu ile sanırım organize oluyorlar...” (19-ÖH-İSG Sorumlusu).



“...diyelim ki bir CPR eğitimini Hemovijilans hemşiresi olarak ben veremem. Hani kimin vereceği temel EKG eğitimi, örneğin yeni doğan yoğun bakım da NRP eğitimi sertifikasında, biz bakanlıktan davet ediyoruz. Yine bakanlıktan gelip bu eğitim programını başlatıp, sonunda sertifikalandırılıyor bu eğitimlerde. CPR eğitimleri hekim tarafından veriliyor. İşte koagülasyon eğitimi laboratuvar sorumlu hekimi tarafından, sedasyon eğitimi anestezi doktorumuz tarafından, bu şekilde kimler tarafından belirlendiği ise yılda kaç kere verilmesi gerekiyorsa eğitim hemşireliği, kalite ile birlikte işbirliği halinde, bu eğitimler zorunlu eğitimler olarak, verilmesi gereken alanlara planlanıyor...” (21-ÖH-Ebe).

“...her bir uzmanlıkta ya da her bir disiplinde belirli bir mesleki kıdemi edinmiş, hastane içerisinde grup içerisinde iletişim yeteneği anlamında kendini göstermiş, bizim de hani politika prosedürlerimizin geliştirilmesi çalışmasında bir sinerji hissettiğimiz arkadaşlarımız seçiliyor...” (24-ÖH-Hekim).

“...Eğitmciler genellikle yüksek lisans ve doktora özellikle doktora şu dönemde doktora yapmış olan kişileri belirliyoruz ki hani eğitimin içerisine iyice katılsın ve çok daha fazla bir çünkü doktora eğitimi aldığı için biraz daha onun farkındalığı kişilerde de ortaya çıksın. Daha fazla bir kliniğe katkıları olsun o doktora yapan kişilerin. Yüksek lisans mezunu bir de o alanda eğitim vereceği alanda tecrübeli, konuya hakim yani eğitim seviyesi o açıdan yüksek olan kişiler tercih ediyordu daha çok...” (32-ÜH-Hemşire).

“...COVID’in ilk çıktığı dönemlerde enfeksiyon alanına uzak olan hocalarımız, enfeksiyon komitesinden talep ettiler. Hemşire arkadaşlarımız gelip hocalarımıza covidle ilgili, işte koruyucu ekipmanla ilgili eğitim verdiler, bilgilendirdiler, hem eğitim aldılar hem açıkçası kafalarındaki soru işaretlerini hemşire meslektaşımız gelip profesörlerimize eğitim verebiliyor. Yani meslek adına çok onur verici bir şey...” (33-ÜH-Başhemşire).

“...konuşmacıları benim seçme hakkım var. Arkadaşlardan talepte alabilirim tabii ama bu konuyu en iyi şu kişi anlatır, bu konuyu birimizde anlatılsın, şu hemşire hazırlansın ya da bu konuyu ben anlatayım yönetici hemşire olarak, gibi planlama yapıyorum. O üç konunun kişilerini belirliyorum, eğitimcileri belirliyorum...” (34-ÜH-Hemşire).

“...daha çok uzman kişileri tercih etmeye çalışıyorum. Bundan önceki yıllarda daha eski hemşireler vardı. Mesela onlar da istekli olanları öne çıkarmak için onlara konular vererek sunum yapmalarını alıştırmak için kongrelere vesaire hazırlamak için bu şekilde de yapıyoruz...” (38-ÜH-Hemşire).

“...konular belirlendikten sonra da hani bu işi en iyi kim anlatır yapıyoruz. Mesela şu konuyu şu kişi anlatsa daha iyi olur gibi, eğitim varsa eğitimci önerilerini de alıyoruz. Yoksa

*biz değerlendiriyoruz şey yine arkadaşlarla kim daha iyi anlatabilir ya da işte daha önceki hizmet içi eğitimlere gitmişizdir. Orada bu konu anlatılmıştır. Hani gerçekten çok beğenilmiştir o konu. O yüzden hani o eğitimci ile görüşüp bütün eğitimcilere uygun olan zamanda yıl içinde onu planlıyoruz...” (42-ÜH-Hemşire).*

- **Sürekli Eğitim**

Kalite eğitimi kalite standartları içinde önemli yer tutan ve alınması zorunlu olan eğitimlerden olup bu zorunlu eğitimler yıllık plan içinde gerçekleştirilmektedir. Düzenlenecek bu eğitim, her meslek grubuna özgü olup öncelikli bu eğitimi alması zorunlu meslek gruplarına verilmektedir. Örneğin; hastane temizliği eğitimi, temizlik personeline ve temizliğin kontrolünü yapan görevlilere verilirken, kan transfüzyonu eğitimi, transfüzyon yapan tüm sağlık çalışanlarına verilmektedir.

Görüşmelerden Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yıllık eğitim planına göre üç gün süren eğitimlerden söz edilirken, özel hastanelerde bu eğitimlerin daha çok katlar bazında yapıldığı ve üniversite hastanesinde ise anabilim dalı bazında bu eğitimlerin verildiği belirlenmiştir. Her üç hastane grubunda da bu eğitimlerin önemsendiği görülürken, eğitimin eksik kalmaması adına çaba gösterildiği, gerek duyuldukça tekrar tekrar eğitimlerin düzenlendiği vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının söylemlerinden yapılan bazı atıflara aşağıda değinilmiştir.

*“...Şöyle, kalite standartları rehberi yayınlandığında ya da güncellendiğinde ben şöyle bir çalışma yapıyorum, eğitim ve bilgilendirme ile ilgili bütün başlıkları çıkarıyorum. Eğitim birimimizle iletişime geçiyorum. Diyorum ki yeni rehberimizde bu konularda işte orda rehberde zaten şey yazıyor, örnek veriyorum, kan transfüzyonunda diyor ki transfer edilecek ürünün transferinde görevli personele eğitim verilmelidir diyor. Orda eğitimin konusu ne, kime verilmesi gerektiği kriterde yazıyor zaten. Ben ona yönelik bir tablo çıkarıyorum ve bunu eğitim birimi ile paylaşıyorum...” (01-SBH-Hemşire).*

*“...Şimdi bu tür konuda eğitimleri ayırabiliriz biz aslında; 1. Kalite sorumluları eğitimi, 2. Gösterge eğitimi, Yani hani hangi alanda kalitenin hangi alanında eğitim yapacaksak ona göre biz yol alıyoruz. İşte doküman yönetim prosedürü olsun ya da anket rehberi olsun bunlarla ilgili bir eğitimimiz olduğunda hangi alanı ilgilendiren grupsa o yöne biz eğitim veriyoruz. Mesela bir gösterge yönetimini bölüm kalite sorumlularını eğitime katmıyoruz, gösterge yönetimini gösterge sorumlularını çağırıyoruz, o şekilde eğitim veriyoruz. Bölüm kalite sorumlularını özellikle çağırıyoruz mesela o grubu, onlara ayrı eğitim veriyoruz. Öz değerlendirmeye ilgili bir kalite çalışması olduğunda, sadece öz değerlendirmeye girecek ekibi çağırıyoruz onlara eğitim veriyoruz...” (05-SBH-Hemşire).*

“...SKS ye yönelik eğitimde olmazsa olmazlarımız, standart eğitimlerimiz. Eğitim araştırma olması sebebiyle eğitim kliniğiymi kliniklerimiz. Eğitim kliniklerinin eğitim saatleri olurdu, hekim ayağını bu şekilde yürütürdük. En çok ulaşılması zor grup hekim grubudur. Diyorduk ki eğitim sorumlusuna, hocam işte böyle böyle bir eğitim yapacağız, birlikte planı programı oluşturuyorduk atıyorum el hijyeni, cerrahi alan profilaksisi, cerrahi alan enfeksiyonları gibi konuları onların kendi birim bazlı eğitimi programlarına dahil edip randevulaşp program dahilinde gidip bu eğitimler birim bazlı veriliyordu. Mesela ocak şubat mart gibi, üç gün üst üste alıyoruz, mesela hemşire grubunu üç gün üst üste alıyoruz...” (09-SBH-Hemşire).

“...Hizmet içi eğitimlerin bir başka ayağına bakacak olursak hastane idaremizin eğitim birimi ve kalite direktörlüğünün ortaklaşa yapmış olduğu genel eğitimler var. Onlara teknik personel düzeyinde, hekim düzeyinde zaten katılımlar sağlanıyor. Mesela örnek delici kesici alet yaralanmasında ne gibi işlemler yapılacak? Bununla alakalı özel temizlik alanında çalışan hizmetli personellere belli periyotlarda hani çok sık aralıklarla ben hastanemizde yapıldığını biliyorum. Kalitenin temel prensibi bu...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).

“...Belirli bir takvim yapılıyor bölüm içinde de öyle aslında mesela bizim genel yoğun bakım içinde hizmet içi eğitim planımız var sene başında biz bunu planlıyoruz. Kimler eğitim konularını belirliyoruz, eğitimcileri belirliyoruz, ayları belirliyoruz, hangi ayda kime eğitim verecek diye bunu da yaparız ve bunların haricinde verilen eğitim anlaşılmamış olabilir. Ya da tekrarı gerekebilir. Hani gelen kişilerin de yine eğitim ihtiyacı olabilir onu da işte biz yakından takip ediyoruz. Bizim isteğimize ya da işte talebimize göre onda da eğitim hemşiresi yine düzenliyor, en büyük şeyi zaten eğitim hemşiresin de rolü...” (16-ÖH-ATT).

“...zorunlu eğitimler de var, bizim zaten rutinde hizmet içi eğitimlerimiz var. Her ay katların kendi eğitimleri var. Onları da yılbaşında yani yılın başında 12 aylık eğitim listesine sorumlu hemşireler belirliyor. Katın en çok görmesi gereken konuları belirliyoruz, mesela çok kateter kullanıyorum kateter enfeksiyonlarını, mesela ne bileyim geriatrik hastam var, mesela geriatrik hasta eğitimi. Çok kan transfüzyonu yapıyorumdur, kan transfüzyonu süreci eğitimi mesela, mesela yani bunları sorumlu hemşireler belirliyor, sonra da her ay bir çalışana o eğitimi atıyoruz. O hemşire de o konuyu slayt şeklinde sunum yapıyor bize. Ön test son test sorular yapıp onun da değerlendirmesini yapıyoruz...” (22-ÖH-Hemşire).

“...insan kaynaklarının sorumluluğunda asıl olarak kurumumuzda, 1 yıllık eğitim planımız var. Yıllık eğitim planının içerisinde zorunlu eğitimlerden başlıyoruz, yerleştirme yaparken. Burada da SKS'nin istediği eğitim ve başlıklarını işte biz aynı zamanda JCI

akreditasyon belgeli bir hastane olduğumuz için, onların istediği eğitim başlıklarını gömüyoruz, o yıllık eğitim planının içine, kimlerin ne kadar yılda kaç kez alması gerektiği ile ilgili. Bir yıllık eğitim planı oluşturuyoruz bir kere en baştan bu. Sonra bölümlere özgü, bölümlerinde kendi içinde ya biz bu eğitimi işte bu yıl içerisinde bunu konuşmalıyız ekiple, diye söyledikleri hangi konu başlıkları varsa kendilerine özgü, kendilerinden hazırlamalarını istiyoruz...” (23-ÖH-Hemşire).

“...Yine takip ettiğimiz kalite standardizasyonu ölçüleri mesela JCI'nın kalite standartları ölçüsünde mesela belirli eğitimlerin belirli periyodik zamanları var her hekim bunların periyodik zamanlarda alması gerekiyor. Bütün hekimlerin alması gereken eğitimler var. Örneğin birde branş bazlı, örneğin işte radyoloji hekimi radyasyon güvenliği eğitimini belirli aralıklarla alması gerekiyor. Bunlar hekim dosyalarında hekimlerin özlük dosyalarında takip ediliyor...” (26-ÖH-Hekim).

“...burada konferans salonlarında sınıf içi ortamlarda powerpoint sunumlarla, görsellerle eğitimlerimizi yapıyoruz. Bu eğitimin sonunda bazen eğitim değerlendirme anketleri yapıyoruz. Çalışanın bilgi düzeyini ölçmek için veya soruları varsa daha iyi yanıtlayalım akılda kalsın diye. Her bir kişinin bir dosyası var. Bu dosyanın içerisinde gelişim planı, almış olduğu eğitimler, alacağı eğitimler, sertifikaları, uygulama değerlendirme formları diye bir klasörümüz var. Onunla takip ediliyor. Alanımızda eğitim hemşireleri bulunuyor her bölümün eğitim hemşiresi var sorumlu hemşireye bağlı ama bütün eğitim basamaklarından o sorumlu oluyor...” (29-ÖH-Hemşire).

“...Ayrıca her yerde olduğu gibi yıllık sabit zorunlu konulardan oluşan veya talep üzerine oluşturulan birçok eğitim olmaya devam etti. Sabit konu olarak bahsettiğim mesela el hijyeni, atık kullanımı, kan transfüzyon, CPR, temas izolasyonu gibi. Yani yaz aylarında ve okulların yarıyıl tatiline denk getirmiyorlar. Eğitimler her servisten bir ya da iki hemşire çağırılacak şekilde liste olarak bize bildiriliyor. Aynı eğitim konusu sabah, öğlen şeklinde veya farklı günler seçerek birkaç kez anlatılıyor. Ama her seferinde farklı çalışan ismi yazılıyor, böylece servis işleyişinde de mağduriyet yani sayı azlığı yaratmadan bu işi hallediyorlar...” (30-ÖH-Diyaliz Teknikeri).

“...birçok eğitim oldu yangın eğitiminden tutunuz işte, tesis güvenliği eğitimine, mesela temizlik personeli özelinde düşünürsem onların özellikle enfeksiyona karşı durumlarıyla ilgili eğitim veriliyor. Tıbbi atık mesela tıbbi atık toplamak özel bir bilgi gerektiriyor, bir eğitim gerektiriyor. Bütün temizlik personellerine bu eğitimi veriyoruz biz. Kayıt altına da alıyoruz bunu...” (35-ÜH-Müdür Yardımcısı).

“...SKS'nin vermek zorunda olunan eğitimler var. Biz bir yıllık eğitim planı hazırlıyorduk, o eğitim planında işte tüm çalışanlara tamamen şimdi aklıma geleni söylüyorum. İşte batıcı delici yaralanmalarla ilgili eğitim, iş sağlığının güvenliği ile ilgili eğitim, işte bebek dostu hastane ile ilgili eğitim, kodlarla ilgili eğitim gibi böyle standart olmazsa olmaz eğitimler. Biz bunları mesela yıl içerisinde bir program yapıp, diyelim ki 3 ay arayla, 2 ay arayla tamamen yıla yayarak, yazı atlayarak özellikle bu planı yapıp duyuruyoruz, salonlarımızı ayarlıyoruz...” (37-ÜH-Hemşire).

“...Mesela hastayla daha yakın birebir temas kuran çalışanlarımız, bunlar kimlerdir, işte tıbbi sekreterler, güvenlik, diğer hizmet birimlerinde çalışanlar, hemşirelerimiz gibi bunları belirledik. Onlara hani nasıl söyleyeyim, davet gönderdik, böyle bir eğitimimiz var. Gerçi biraz zorunlu oldu diye biliyorum ilk başta, sonrasında gönüllüye dönüştü diye biliyorum ve eğitime çağrı yapıyoruz. Bir gelen hani eğitime gelenlerle de işte birimin koşulları gereği 6 saatlik, normalde ben bir gün boyunca planlıyorum ama koşullar gereği 6 saatlik eğitimizi veriyoruz...” (40-ÜH-Hekim).

“...Hizmet içi eğitimler her anabilim dalının yılda bir defa düzenlenmiş olduğu ki bu pandemi döneminde bile bunları aksatmadık online olarak yürüttük. O hizmet içi eğitimleri var ve hizmet içi eğitimlerin programını düzenlemek için 1 yıl öncesinden kişilerden eğitim istek formları alıyoruz. Kişiler kendilerini hangi konuda eksik hissediyorlar, hangi konuyu güncellemek istiyorlar, bununla alakalı formlar alıyoruz ve bu formların değerlendirmesi çerçevesinde biz hizmet içi eğitimlerimiz oluşturuyoruz. Güncel konular koymaya çalışıyoruz. Mesleğimizde ya da çalıştığımız birimlerle alakalı konularımızı güncellemeye çalışıyoruz...” (44-ÜH-Hemşire).

- **Uzaktan Eğitim**

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde çalışan sağlık çalışanları tarafından Hastane Eğitim Sistemi (HES) adı verilen uzaktan erişimle bağlanarak girilen, birçok eğitiminin videolarla yayınlandığı bir sistemden söz edilmiştir. Her çalışanın kendine özel bir şifreyle sisteme girerek eğitimlerini istediği zaman diliminde tamamladığını ve ay sonunda bu sistem üzerinde her çalışanın hangi eğitimleri tamamladığı ile ilgili verilere ulaşılabildiği vurgulanmıştır. Sağlık Bakanlığında çalışan sağlık çalışanları HES sisteminin etkinliğinin az olduğundan söz ederken, sistemin açık bırakılarak videonun ilerlemesinin devam ettiğinin, özellikle son testin başkalarına yaptırıldığını ve dolayısıyla bu eğitimlerin etkinliğinin daha özenli değerlendirilmesi gerektiğine değinmiştir.

Özel hastanelerde veya üniversite hastanesinde ise salgın nedeniyle yüz yüze eğitim yapılamadığı, çok küçük gruplarla bulaş önlemlerine uygun olacak şekilde eğitimlerin yapılmaya çalışıldığı ve zorunlu eğitimleri daha çok uzaktan eğitim yöntemiyle yaptıkları belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının uzaktan eğitimle ilgili görüşlerinden yapılan atıflar aşağıda sunulmuştur.

*“...İl Sağlık Müdürlüğü'nün bir çalışması var. Uzaktan eğitim, HES adıyla geçiyor bu, uzaktan eğitim planladılar ve eğitim görüntülerini paylaşıyorlar. Bu bahsettiğimiz konuların temelinde çoğu var orada. Bu eğitim uzaktan eğitim sistemini bütün çalışanlara bir şifre tanımlanıyor bu şifreyle girip bu eğitimlerin alınması isteniyor. Ben kendi yorumumu söyleyeyim, ben uzaktan eğitimin hiçbir zaman amacına ulaştığına inanmıyorum bu şekilde olursa. Yani birebir karşılıklı katılım olursa anlamlı, ama çalışana şifre verip istediğin zaman gir, bu eğitimi yap deyip, sonra ön test son testle bunun doğru olduğuna inanmıyorum. Çünkü sonrasında o sınavları bilen kişilere yaptırıyor çalışanlar, ekranı açık bırakıp gidiyorlar, o eğitim saatlerce açık kalıyor orada. Kimse izlemiyor aslında...” (01-SBH-Hemşire).*

*“...Uzaktan eğitim var bu çalışanların belli konular dahilinde, anlatılıyor videoları var, video izleniyor ondan sonra da sorular cevaplanıyor. Bu şekilde soruları kazanıp kazanmadığı diyeyim artık öyle diyorlar o şekilde uzaktan eğitim yapıldı. Yani duyduklarım var tabii videoyu açık izlemeden bırakılıp sonra soruları hani bir şekilde yapanlar oluyor...” (02-SBH-Hemşire).*

*“...Biz yüz yüze devam ettik, bizde hiç sekteye uğramadı. Özellikle enfeksiyon covid ile birlikte çok daha ön plana çıktığı için kuruma her yeni başlangıç yapan ya oryantasyon görevlendirmeler, kurumda halihazırda çalışanlar, biz kesintisiz inanın birebir de dahil herkes eğitimden geçirdik yüz yüze. Uzaktan eğitimler zaten gitti sağlık müdürlüğünün HES üzerinden, onun dışında bizim kendi kurum içerimizde kişinin kendi kullanıcı hesabına eğitimler atadık, hazırladık sunumlarımızı, atadık video şeklinde. O şekilde de uzaktan gitti ama özellikle enfeksiyon modülü kesintisiz yüz yüze de yapıldı...” (09-SBH-Hemşire).*

*“...iş güvenliğinin eğitimlerin evet uzaktan dış eğitim olarak yaptık. Yangın eğitimi miydi onu dışarıdan aldık. Tehlikeli maddeler eğitimi verildi yine yanlış hatırlamıyorsam dışı eğitim olarak, hani benim bulunduğum süreçte bunlar alındı. Aktif olarak da yangın tatbikatı eğitimi yine dışarıda bir firmadan özel firmadan destek alarak oda yapıldı hani dış eğitim olarak sorarsanız...” (17-ÖH-Müdür Yardımcısı).*

*“...Yani COVID gerçekten bunları çok büyük bir faktör oldu. Orada da işte daha çok e-eğitimlerle desteklenmeye çalışıldı. e-Eğitim ayağını da yine merkez yönetiyor. O az önce*

*bahsettiğim intranetten bile eğitimler herkesin kendi kullanıcılarına atanıyor. Oradan e-eğitimler atanıyor...” (19-ÖH-İSG Sorumlusu).*

*“...Belli programlarla yani artık görüşmeler dijital ortamda yapıldığı için, bazen eğitimleri... sistemine atadılar. Oradan bütün çalışanlar önce ön testlerini doldurup, eğitimi dinledikten sonra, son test doldurarak bu şekilde vermeye çalıştık. Bazı eğitimleri yine sanal ortamda, beraber herkes bağlantı kurarak şimdi ismi aklıma gelmedi, zoom ha zoom aracılığıyla yaptık. Olması gerektiği gibi olmadı...” (21-ÖH-Ebe).*

*“...Ya biz biraz elektronik şeyi kullandık, yani böyle çok aksadık mı? Çok aksadığımızı ben düşünmüyorum...” (24-ÖH-Hekim).*

*“...Eğitimlerimiz zoomdan oldu, hatta bölümde sıkıntı vardı o bölümdeki çalışanları zoomda topladık eğitim verdik. Hatta mobil sağlık dediğimiz bizim ...den dış ambulansla gidilen ile ilgili enfeksiyonlarla ilgili talep olduğunda yine onu da zoomdan verdik. Yani her toplantı, her eğitimlerde hep zoomu kullandık...” (25-ÖH-Hemşire).*

*“...Covid döneminde uzaktan eğitim planlandı. Hasta ilişkili çalışılan yerlere öncelik verilerek, küçük gruplara ayırarak yüz yüze eğitim yapıldı. Büyük gruplara online eğitimler yapıldı zoom üzerinden...” (27-ÖH-Müdür).*

*“...Ya videolar veriliyor şey, hani ...portun üzerinden videolar var. İşte power point şeklinde, sesli bir şekilde video şeklinde, hani onları dinleyip sonrasında da işte kısa sorular şeklinde test veriliyor, test yapılıyor...” (28-ÖH-Hekim).*

*“...SKS eğitimini maalesef kısıtlı gruplara, çok küçük gruplara verebildik. İşte pandemi kurulumuzun izin verdiği ölçüde, en büyük amfimizi kullanarak bizim 350-400 kişilik bir büyük amfimiz var. Orada günlere yayarak ve biraz da tabi sıkıştırılmış program uygulayarak, sınıfı havalandırarak aralarda, o şekilde tüm yeni başlayanların tamamını eğitim verildi...” (31-ÜH-Hekim).*

*“...Pandemi döneminde online olarak verildi...” (35-ÜH-Müdür Yardımcısı).*

*“...pandemi girince yani son bir buçuk yılı söyleyeceğim. Yüz yüze karşılıklı toplantılar yasak olduğu için şey üzerinden, bilgisayar üzerinden, internet üzerinden bir şekilde formüllerle yapılmaya çalışıldı...” (37-ÜH-Hemşire).*

*“...bu seneki hizmet içi eğitim programımızı çevrimiçi yaptık. Gayet güzel oldu yani herkes katılabildi. Belki daha da rahat oldu bu şekilde yapmak...” (38-ÜH-Hemşire).*

*“...En kısa sürede hani en doğru yöntemle normalde yüz yüze eğitimleri hepimiz daha çok seviyoruz. Ama bu pandemi nedeniyle hepsi zoom dan oluyor. O da ne kadar verimli oluyor tartışılır...” (42-ÜH-Hemşire).*

### 3. Ölçme ve Değerlendirme Alt Temasına İlişkin Bulgular

Sağlık çalışanlarının kalite ölçme ve değerlendirmeye ilişkin görüşleri, iç değerlendirme, dış değerlendirme, göstergeler ve ölçme araçları olmak üzere dört alt kod altında değerlendirilmiştir. Görüşmeye katılan sağlık çalışanlarının ölçme ve değerlendirmeye yönelik görüşlerinin dağılımı Şekil 4.8’de ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Kod Sistemi	ÜH	SBH	ÖH	TOPLAM
▼ Kurumsal Yaklaşım				0
▼ Ölçme ve Değerlendirme				0
İç Değerlendirme	•	•	•	43
Dış Değerlendirme	•	•	•	38
Göstergeler	•	•	•	42
Ölçme Araçları	•	•	•	48
Σ TOPLAM	47	60	64	171

Şekil 4.8: Sağlık çalışanlarının ölçme ve değerlendirme süreçlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı

- İç Değerlendirme

Öz değerlendirme olarak belirtilen iç değerlendirmenin, her hastane grubunda düzenli olarak yapıldığı, değerlendirme öncesi eğitim düzenlendiği, ölçütlerin nasıl değerlendirileceği, değerlendirme sürecinde nasıl davranılacağı, belirtilen uygunsuzluklara yönelik neler yapılacağı, denetimde görev alan takım üyelerine anlatıldığı belirlenmiştir. Uygunsuzluklara yönelik üç hastane grubunda da DÖF (Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet) ile düzenleme yapıldığı vurgulanmıştır. İç değerlendirme süreçlerine yönelik sağlık çalışanlarının anlatılarıyla yapılan atıflara aşağıda yer verilmiştir.

“...öz değerlendirme ekibi var, hatta daha yeni yaptık, yine bende o değerlendirme ekibindeydim. İşte yine grubumuz var. Grup kuruluyor, ona göre bir liste çıkarılıyor, kimin nereyi denetleyeceğiyle ilgili. Sonra o saatlerde o günlerde gideceğimiz denetleyeceğimiz yerleri denetleyip tabi öncesinde bir toplantı oluyor, tekrar kalite şeylerinin ve sorularının değerlendireceğimiz kriterlerin üstünden geçiliyor, bir saatlik bir eğitimimiz oluyor. Sonra alanlarımıza gidip değerlendirme yapıyoruz, uygunsuz bir şey varsa DÖF açıyoruz...” (03-SBH-Hemşire).

“...geçen gün birini yaptık, öz değerlendirmeler aslında basit ama zor küçük hastanelerde çok basit öz değerlendirme ama bizim gibi büyük hastanede çok zor. Çünkü bizim yan yana yaklaşık olarak 40-50 tane bölümümüz var. Her birine ayrı ayrı gidiyoruz. Bu sene



*bizim yaklaşık olarak 17 tane ekibimiz oldu, her ekipte 3 kişi var, ortalama 65 kişiyle bir öz değerlendirme yaptık. Bunların toplantısıdır eğitimdir, dosya hazırlanmasıdır, işte kişilerle irtibatıdır, işte ayrı ayrı gün ayarlamasıdır, hepsi bir süreç baştan aşağı düzenliyoruz, denetleyecek birimlere gidiyorlar değerlendirecek birimlere, değerlendirme notlarını, formlarını bize getiriyor, DÖF açtılsa onlarda geliyor, hani 300-400 tane DÖF oluyor rahat. Raporunu hazırlıyoruz, yani bu süreç en az üç ay sürüyor, çok uzun sürüyor, yorucu oluyor...” (05-SBH-Hemşire).*

*“...Değerlendirme konusunda da biz hastane içinde sürekli bir denetleme yapıyoruz zaten 2 ayda 3 ayda bir bir denetleme yapıyoruz. Birimleri kendimiz geziyoruz. Ki hastanede bu konuda bir sistem geliştirdi, her birimin sorumlusu başka bir birime gidip denetleme yapıyor, onların eksiklerini onlar tamamlıyor. Bizim eksiklerimiz başka bir birimin sorumlusu gelip onlar tamamlıyor...” (15-SBH-Radyoloji Teknikeri).*

*“...bizim yılda iki kez kesin öz değerlendirme, iç değerlendirmemiz var. Öz değerlendirme yapılmasını da ben gerçekten çok doğru buluyorum. Öz değerlendirmeleri biz topluca çok kalabalık bir şekilde yaparız. Yaptıktan sonraki bildirimde hele daha önemli. Acaba ne var ben neyi görememişim ne gözümünden kaçmış vesaire. Direkt eksiklik varsa tamamlanıyor e değişmesi gereken bir şey varsa hemen değişiyor. Hani biz değerlendirmeye de önem veriyoruz...” (16-ÖH-ATT).*

*“...ekip oluşturduk, sonra o ekibe eğitim verdim ben öz değerlendirme nasıl yapılır? İşte nelere dikkat etmeliyiz? Öz değerlendirme planımızı oluşturduk, işte hangi birimler hangi gün denetlenecek vesaire. SKS JCI soru listeleri baz alınması gerektiğini özellikle belirterek ve o soruların dışına çıkılmaması gerektiği, işte ekstra yorumda bulunmamaları, işte yargılama yapmamaları vesaire, gibi şeylere açıklayarak denetim ekibini oluşturduk. Bilgilendirdik o şekilde denetim gerçekleşti. Sonra notlarını aldılar, orada tüm sorumluların olduğu toplantıda kapanışta paylaştık sonrasında da DÖF açtık...” (17-ÖH-Müdür Yardımcısı).*

*“...ben değerlendirilen olmayı çok seviyorum çok güzel bir şey. Çünkü insan hem eksilerini görüyor, neyi zayıf olduğunu bilip o yönünü güçlendirmeye çalışmak çok daha güzel bir şey. Bir prosedüre göre değerlendirme yapılır. Orada da mesela eksik gördüğümü ya da bu bizde kurumda böyledir, prosedüre göre bunu düzeltelim, ya da a bunu çok güzel yapmışsın, bazen değerlendirirken bile örnek aldığım oluyor, öyle şeyler de olabiliyor...” (22-ÖH-Hemşire).*

*“...Bütün kurum içerisinde hani yolunda gitmeyen bir şey varsa bu personel kötü yaptığından değil, belki biz o personeli yanlış bir şey yaptırıyoruz, belki yanlış bir enerji, belki*

*daha çok eğitime ihtiyacı var veya belki farklı bir sebepten dolayı yani insanın içindeki potansiyele değer veren bir kurum aslında. O açıdan bakıldığında düzeltilmeye çalışılıyor. Bunlar dediğim gibi birer fırsat olarak görmeye çalışıyoruz. Zaten hani kalite yönetim sistemlerinin temel mantığında bu olduğu için bence çok uygun bir yaklaşım diye düşünüyorum...” (26-ÖH-Hekim).*

*“...öz değerlendirmelerimiz tabi çok büyük bir hastaneyiz. Öz değerlendirmelerimizi biraz geniş tutuyorum ben, 3 hafta falan veya 1 ay gibi tutabiliyorum planı. Öz değerlendirme planını yapıyorum. Öz değerlendirmeye katılacak olan kişiler, gidilecek olan bölümlerin planı yaptıktan sonra, başhekimlikten resmi yazı çıkartıyorum. Onlar tabi o anda bizi bekliyorlar, değerlendirmelerimizi yapıyoruz, sonra yine dekanlık, başhekimlik, hemşirelik hizmetleri ve hastane müdürlüğüne bunları bildiriyorum ve tabi ki hemen öncesinde de bakanlığın sistemine giriş yapıyorum...” (31-ÜH-Hekim).*

*“...Öz değerlendirme, bina turu ekibinde ben de varım. Hep beraber işte notlarımızı da alarak gidiyoruz. Orada bir öz değerlendirmemizi yapıyoruz. Sonra raporu çıkartılıyor, kliniklere tek tek gönderiliyor, işte şu konuda eksliğimiz var, bir sonraki denetlemeye kadar bunlar düzeltilmeli, diye öneri olarak gidiyor...” (33-ÜH-Başhemşire).*

*“...önceden çok fazla öz değerlendirme yapmıyorduk. Hizmete yönelik, işte eğitime yönelik, son zamanlarda anketlerimiz yoğunlaştı, öz değerlendirmeye dair. Kurumun eksigi nedir, fiziksel ve hani diğer eksikler nelerdir, bizlerin eksigi nelerdir, bunlar daha çok anketler üstünden yürüyor...” (40-ÜH-Hekim).*

*“...Öz değerlendirmelerimiz gideceğimiz birim öncesinde üst yazıyla bilgilendirilir. Gittiğimiz zaman yine SKS açısından SKS açısından değerlendirmeler yapılır. Daha sonrasında gittiğimiz birimle ilgili yapılan değerlendirmeler yine rapora dökülür. Raporumuz yine üst yönetime bilgilendirilir...” (41-ÜH-Tıbbi Sekreter).*

#### • Dış Değerlendirme

Dış değerlendirme olarak üç hastane grubunda da Sağlık Bakanlığı tarafından SKS değerlendirmelerinin yapıldığından ayrıca özel sağlık kurumlarında JCI, üniversite hastanesinde ise İSO değerlendirmelerinden söz edilmiştir. Her üç hastane grubunda çalışan sağlık çalışanları, tüm işlemlere ait kayıtların tutulması gerektiği üzerinde durarak, yapılan dış değerlendirmelerin haberli olduğunu, denetim öncesi çalışılarak süreçlerde iyileştirmelerin yapıldığını ve bu durumun doğru olmadığını yapılan değerlendirmelerin gerçeği yansıtmadığını vurgulayarak, değerlendirmelerin habersiz yapılmasının daha doğru olacağı önerisini

getirmişlerdir. Sağlık çalışanlarının dış değerlendirme koduna ilişkin görüşlerden yapılan atıflar aşağıda sunulmuştur.

“...İyi oluyor, farkındalık oluşuyor, gerçekten şimdi şöyle hastaneyi bir silkelemek denir ya hani bir silkeliyor yani. Öncesinde ve sonrasında bayağı bir güzel oluyor. E tabi kötü geçmesini istemeyiz, çünkü sonuçta bir emek var. Yani evet bazen bir form doldurulmuyor ama yapılmıyor da değil aslında uygulama. O yüzden bizde diyoruz ki yapıyorsunuz kliniklere, bu işi yapıyorsunuz yaptığınızı gösterin, sadece istediğimiz bu. Yapmıyor değilsiniz, insanlar buradan memnun ayrılıyor, memnuniyetsizlikler de oluyor ama yaptığınızı gösterin. Yani imzanızı atın, formunuzu doldurun, barkodunuzu yapıştırın, hasta dosyanız şöyle çiçek gibi olsun. Çalışanların gayretiyle, ama bizim hastanemizin ayrı bir kültürü var. Kimse bana ne demez bu güzel...” (02-SBH-Hemşire).

“...bakanlık habersiz değerlendirmesi lazım bir hastaneyi. Habersiz değerlendirip başka bir şey yapması lazım yani puanlama ile o işlem olacak bir şey değil. Yani şöyle bir şey bu sistem ben sana puan vereceğim diyorsun bir haber veriyorsun tabii ki o hastane 2 günde 5 günde 10 günde değişebilir bazı şeyleri. Eskiye dönebilir ya da gösterme yapabilir. O yüzden de bence puanlama dışında bir şey yapması lazım...” (04-SBH-Hemşire).

“...Ya bence baskın şeklinde olmalı, çoğu eksik baskın şeklinde gelindiğinde ya da hasta şeklinde gelsinler ki önceden sağlık müdürlüğü bunu yapıyordu, başkanlıklardan önce müdürlükler oluyordu. Müdürlükten bir personeli atıyorlardı buraya denetlemeci olarak geliyordu, her birimi ben randevu alacağım, ben sıra alacağım, ben şuraya gideceğim, ben buraya gideceğim diye tek tek soruyordu. Asıl değerlendirme o zaman çıkıyordu. Asıl denetleme o zaman çıkıyordu. Eksikler birebir görülüyordu...” (15-SBH-Radyoloji Teknikeri).

“...Ben bunu bakanlık olarak değil her değerlendirme olarak açıkçası söyleyebilirim. Bir hastanede gerçekten kalitenin olması için o süreçlerin sadece denetim sırasında, öncesinde başlanıp, sonrasında bitmesi değil, her daim olması gerekiyor. Maalesef diğer hastanelerde de bu şekilde, kurumumuzda da kalitesiz demiyorum kesinlikle. Evet dikkat ediliyor ama bu denetlemelerde olduğu kadar gerekli kontroller yapılmıyor. Herkes yapması gerektiğini bilecek ve sadece JCI ya da sağlık bakanlığı denetlemeleri olduğu zamanki gibi değil, her dönemde de bu şekilde olması sağlanacak. Yani biz şimdi JCI denetlemesi geliyor sağlık bakanlığı denetlemesi tarihler önceden veriliyor ve bunun 3-4 hafta öncesinde bütün üst müdürler tarafından alanlar geziliyor. Merkez kaliteden geliyorlar, sürekli alan turları yapılıyor. Eksiklikler hemen mail atılıyor, DÖF, olay bildirim açılıyor. Hemen düzeltilmesi sağlanıyor. Bizler artık şuna alıştık, alanda bir böyle arıza talep bildirim durumunuz olursa özellikle bu

dönemlere denk getiriyoruz ki şimdi yaptırdık yaptırdık, sonrasında zor maalesef, hani bu algı her kurumda oluşmuş durumda. Yani sadece o belgeyi hak etmiş olmak değil yani evet biz A sınıfı hastaneyiz, o belgeyi aldık. Bunun yılın 365 günü aynı olması gerekiyor...” (21-ÖH-Ebe).

“...Şimdi JCI denetimlerinin çok benzer bir süreci heyecanının benzerini yaşıyorduk ilk başta ama yani kişisel görüşüm. Bizim her bir hastanede gerek teknolojik altyapı, gerek insan kaynağına verdiğimiz altyapıya istinaden hani aldığımız değerlendirme sonuçlarıyla küçümsemek için söylemiyorum ama hani Kartal Yunus Emre ya da ismi de uyduruyor olabilirim her neyse Kartal devlet hastanesinde SKS sonucunu üst üste koyduğunuzda böyle içim bir şey oluyor cız ediyor açıkçası. Ne yazık ki de şimdi bunun cümlesini kurmam çok kolay değil ama felsefi olarak da ayırttığımız bilim pozitif bilim, ayırım pozitif bilim yaklaşımından uzak denetçileri de hissedince, daha ben o işten açıkçası soğuduğumu açıkça ifade etmem lazım...” (24-ÖH-Hekim).

“...Yani açıkçası biz hani mütevazı davranamıcam yani açıkçası bizim bütün işlerimiz hep aynı olduğu için, açıkçası çok bi zorlanmamız ya da farklı bir şey yapmamız gerekmiyor. Yani ben zaten tutanaklarımı düzenli saklayan biriyim, zaten sürveyansımı aktif yapan biriyim. Hani zaten el yıkamalarımı her gün takip edip çalışmalarımı yapan biriyim. Şuan belki enfeksiyon hemşiresinin pik noktalarını artık yaşıyorum ya da belki daha da yaşayacak mıyım bilmiyorum ama hani bazen bazı şeyi saatlerce uğraştığımızı gözüm kapalı şuan bir saatte çıkartabilirim...” (25-ÖH-Hemşire).

“...Sağlık bakanlığı değerlendirmeleri beş kişi geliyor değerlendiriyorlar. Dosyalara, toplantı tutanaklarına bakıyorlar. Sohbet havasında geçiyor. Toplantı odasına girip ne gerekiyorsa dosyaları çıkarıp gösteriyoruz. Çok beğenmişlerdi. Her şeyimiz hazır. Tutanaklarımız ve toplantı kararlarımız beğenilmişti. Çok heyecanlanmadık sadece mahcup olmamak çalışan kişiler heyecanlanıyor...” (27-ÖH-Müdür).

“...Şu anki çalıştığım hastanede de kalite konusunda denetim dediğim gibi oldukça sıkı. Yani öyle hani önceden haberi oluyor ya kurumların denetim olacağı konusunda işte o zamanlarda birkaç gün önce evrak tamamlayan ortalığı toplayan bir kurum değil. Her şey hep hazır düzenli şekilde, herkesin belli sayıda dosyadan ve evrakların denetimden sorumlulukları var. Bunların hepsinin denetiminden de sorumlu hemşiremizin sorumluluğu var ve hiç aksattığımı görmedim...” (30-ÖH-Diyaliz Teknikeri).

“...yılın belli tarihlerinde sağlık bakanlığından bize denetime gelineceği bildiriliyor. Onlar geldiklerinde hasta başı yatak salon başı bir vizit yapılıyor. Bütün ameliyathane dolaşılıyor, ama daha çok sağlık bakanlığı değerlendirmelerinde ben şunu gördüm. Biz burada

*çok formlarla böyle haşır neşir olurken, onlar daha çok hasta başında ve uygulamayı görmek istiyorlar. Yani hastayı örneğin ameliyathane girişini görüyor, kol bandı bilekliğine bakıyor, hangi odaya alınacak, işte o odanın hazırlığı tam mıdır gibi yerinde gözlem yapmak istiyorlar...” (34-ÜH-Hemşire).*

*“...bizim klinikte bir sıkıntı olmuyor, yani yaptığımız işi kayıt altına alıyoruz, gösteriyoruz, eksiklerimizi de gösteriyoruz. Zaten SKS ninde istediği şeyde bu. Hasta memnuniyeti bizim için en temel şey. Ya bizim klinik başarılı bu konuda her şeyi, hatta biz burada tadilat yaptık. Bütün o işte çağrı zilleri, tuvalete çağrı zilleri, kolluklar, tutunma yerleri, sedye bantları, hasta mahremiyeti için perdeler, bizim kliniği örnek göstererek yeni mesela hastane böyle bir şey yapmaya başladı...” (38-ÜH-Hemşire).*

*“...Geldiler, zaten kalite birimi benim yanımda olduğu için daha yakından görebildim. Tek tek formlara baktıklarını biliyorum. Birimlerin hepsini gidip ziyaret ettiler, bir ara beni de değerlendirmişlerdi. Ben kendi formlarımı gösterdim, nasıl işlediğini anlattım, şey sanırım 1 aylık kaç vaka geldiğini sormuşlardı. O vaka için mesele bu vakaya ne yaptınız, hangi formları tuttunuz vesaire böyle bir şeyler anlattılar...” (39-ÜH-Sosyal Hizmet Uzmanı).*

*“...Katıldım aslında okul diyebilirim bana çok şey kattı şahsen. Geçen seneki değerlendirmede ben de görevliydim. Öncesinde muazzam beyin fırtınaları yaşandı. Muazzam bir ekip çalışması, ekip ruhu yaşandı, inanılmaz sabah altılarda gelip, akşam 9 larda 10 larda gittiğimizi biliyoruz ama hepimiz o kadar gönüllü, o kadar canla başla yaptık ki bu işi şükürler olsun yüzümüzün akıyla istediğimiz puanı alıp sağlık turizmine hakettik...” (41-ÜH-Tıbbi Sekreter).*

- **Göstergeler**

Kalite ölçme ve değerlendirme süreçleri içerisinde gösterge yönetimi önemli bir yere sahip olup, kurumlar gösterge yönetimiyle kendilerini değerlendirebilmektedir. Gösterge yönetimini üç hastane grubunda da kullanıldığı belirlenmiştir. Örneğin; yatan hasta sayısı, yatılan gün sayısı, enfeksiyonların kontrolüne yönelik göstergeler, bası yarası vs. birçok göstergeden söz edilmiştir. Gösterge yönetimi için verileri toplayan kişilerin servis sorumluları veya bölüm kalite sorumlusu olduğu belirlenerek, toplanan verilerin kalite birimleri ile paylaşıldığı, hedefin üstünde veya altında olma durumuna göre DÖF açıldığı ve gerekli iyileştirmelerin yapıldığı vurgulanmıştır. Bu verilere ulaşma zorluğundan da söz edilirken bazı hastanelerde tüm verilerin geleneksel yöntemle topladığı, ancak bunun bir sistem üzerinden olamaması ya da toplanması gerektiği, bazı hastanelerde ise gösterge yönetimine yönelik var

olan sistemin yetersiz kaldığına değinilmiştir. Sağlık çalışanlarının kalite göstergelerine yönelik aktarımlarından yapılan alıntılar aşağıda sunulmuştur.

“...ölçülebilir kriterler var, örnek veriyorum işte mortalite oranı, el hijyeni uyum oranı, basit örnekler veriyorum size çünkü çok fazla 150-160’a yakın sayısal gösterge hizmet kalite göstergesi SKS içerisinde. Bakanlık belirlemiş aslında bunları, aslında sağlıkta kalite standartlarının alanda uygulandıktan sonraki düzeyini ölçmeye yönelik veri analizlerimiz var. Bununla birlikte bölüm kalite sorumlularımızla birlikte iş birliği içinde çalışıyoruz, onlarla birebir çalışıyoruz, verileri dolduruyorlar ve ay sonunda bu verileri çekerek birlikte değerlendiriyoruz, analizini yapıyoruz, bölüm bazında hedefler belirliyoruz. Bu hedeflere uyum oranını üç aylık analizler sonunda değerlendiriyoruz, hedefin altında kalan parametreler için bir iyileştirme çalışması başlatıyoruz (01-SBH-Hemşire).

“...Göstergeleri bizim hastanede sorumlu hemşireler yapıyor. Ben kendi alanımla ilgili göstergeleri söyleyim. İşte mortaliteyle ilgili göstergeler dolduruyoruz, işte aylık bu, her kliniğin farklı farklı şeyler ama bizde sorumlu hemşireler takip ediyor yani. Günlük hastaları yazdığım bir sistemim var, oradan ay sonunda o bilgileri çıkarıp, bizzat kendim dolduruyorum. Kalite birimine gönderiyoruz...” (03-SBH-Hemşire).

“...Şu anda mortalite var, beklenen ve gerçekleşen ölüm oranı var, yeni eklenen anne sütü oranları eklendi şu anda. İlk 6 saat içinde anne sütü alıp almama oranları eklendi. Birde ekstra Bakanlığa girilen kaç hasta yattı? Kaç hasta çıktı? Kaç hasta öldü? Onların hepsini ben elle takip ediyorum yani hastanemizin belli bir değer veriyor bir indikatöre göre, o değerün üstündeysek eğer zaten DÖF açılıyor...” (04-SBH-Hemşire).

“...ölçme değerlendirme, bizim kanayan yaramız. Şimdi şöyle, kalite göstergeleri var zaten çok fazla, aynı zamanda klinik kalite göstergelerimiz var, verimlilikte yönetici ekranlarımız ve hani normal istatistikteki ekstra istenen verilerimiz mevcut, işte anketlerdi falan gibi. Bunlarla ilgili tabii kalitenin en önemli ayağını o oluşturuyor. Bu verilerin düzgün ve güvenli bir şekilde gelmesi lazım gerçekten. Direkt birimden geldiğinde de doğru olmadığında mutlaka her şeye kök neden analizine gidiyoruz...” (08-SBH-Hemşire).

“...bası yarası göstergesiyle mesela enfeksiyon kontrol hemşirem göstergeleri getirdi bana, işte enfeksiyonla ilgili göstergeleri getirdi. Bası yarası ile ilgili biz bunları konuştuğumuzda göstergelerinin yüksek olduğunu çünkü önce bana getiriyor sonra kaliteye götürüyorlar. Dedim ki o zaman bizim bakım için bir şeyler yapmamız lazım. Jel yastıklar talep ettik. Hem prom pozisyonunda işte olduğunda kafa simitler olarak kullanılan, hem de normal

pozisyon verilirken kullanılan jel yastıkları talep ettik ve bunları komitede konuşma fırsatımız oldu...” (11-SBH-Müdür).

“...Gösterge yönetimi aylık indikatör olarak bölümler bunları dolduruyor. Biz ay sonunda verileri çekip kendi tablomuzda işte iyileştirilmesi gereken tablolar durumlar nelerdir bunları tespit edip onlara yönelik de çalışma yapıyoruz...” (18-ÖH-Müdür Yardımcısı).

“...Bizim de yine İSG (iş sağlığı ve güvenliği) olarak ölçme değerlendirme adına takip ettiğimiz göstergelerimiz var. İş kazası içerikleri ilgili. Takip ettiğimiz iş kazalarının analizleriyle birlikte onları yapıp takip ediyoruz ve işte beklentimizden kötü bir durumdaysak onu iyileştirmek için işte çeşitli aksiyonlar almaya çalışıyoruz...” (19-ÖH-İSG Sorumlusu).

“...Eğer referans üzerinde enfeksiyon hızı yüksek gelmişse, eşik değerinin üzerinde ise bu ona göre bir iyileştirme çalışması başlatıyorum. Örneğin genel yoğun bakımda VİP (Ventilatör İlişkili Pnömoni) oranım bu ay yüksek çıktıysa, hem önce alana bir gidip kontrol ediyorum, acaba eğitim eksikliğimi var, acaba malzeme kaynaklı bir sıkıntı mı var, bunu çözmeye yönelik bir şeyler yapmaya çalışıyoruz...” (20-ÖH-Hemşire).

“...Şöyle hasta bakım hizmetleri müdürlüğü göstergeleri şu an tarafımda takip ediliyor. Normalde İV kateter takibi takibinde buluyoruz, bası yarası takibinde, düşme gerçekleşen hasta oranları, yine enfeksiyonun takip ettiği ya da diyabetin takip ettiği işte beslenme ile alakalı ya da invaziv araç ilişkili enfeksiyon takip hızı, gibi çeşitli göstergeler. İlgili bölümle gerekli değerlendirmeler yapılıyor, düzeltici önleyici faaliyetlerde bulunuluyor. Gerekiyorsa PUKO çalışması başlanıp, ilgili süreci bundan sonra hasta düşmemesi adına neler yapılabiliriz, komitede bunlar konuşuluyor...” (21-ÖH-Ebe).

“...bilgi sistemlerinde beraber oturduğumuz, hastane bilgi yönetim sisteminden kaynaklanan, daha doğrusu şöyle bilgi sistemlerinde oturduk, SKS, JCI bir de bizim yurt dışı patronlar deyim, takip etmemizi istediği göstergeleri oturup bir araya getirdik bunun toplamı 360 tane gösterge oldu. O kağıtta toplanan göstergelerden de iş gücünü azaltmak için hepsini elektronik nasıl bulabiliriz sürecine başladık...” (24-ÖH-Hekim).

“...Göstergeleri aylık olarak takip ediyoruz. Her bölümün sorumlu hemşiresi aynı zamanda kalite sorumlusu olarak ilan ediyoruz. Bakanlığa gönderdiğimiz bazı veriler var. Enfeksiyon verilerini takip ediyoruz. Bizim hastanenin gösterge sorumlusu hasta bakım sorumlusu, ona iletiyoruz biz bu tür göstergelerimizi. Onlar aylık olarak o göstergelerde sapmalar söz konusu olursa toplantılar yaparak bunun değerlendirmesini yapıyoruz...” (29-ÖH-Hemşire).

“...servis içinde sağlık çalışanlarının ya da personellerin aşı takviminin göstergelerinin olduğunu bunu düzenli bildirdiğini biliyorum. Hastalarımız için yapılan düzenli takip ve göstergeler oluyor. Mesela her hastaya haftada bir her hafta düzenli olarak diyetisyen ve psikoloğumuz konuşmaya geliyor. Kendi servis içinde bunların göstergeleri düzenleniyor. Bunların düzenli aylık yıllık olarak göstergelerini imzalarını alarak kayıt altında bulunduruyoruz...” (30-ÖH-Diyaliz Teknikeri).

“...Göstergelerimiz ve indikatörlerimiz takip ediliyor düzenli bir şekilde takip ediliyor. Geçen sene işte 2020 pandemi de biraz problemler yaşayabildik. Çünkü ciddi bir enerji harcanıyor, herkes bir şeyler yapma çabası içerisinde alanda, hemşire arkadaşlarım, gerçekten onlarla iyi ilerlediğimi düşünüyorum. Göstergeler ve indikatörler bu şekilde. Değerlendirmelerimizi de yapıyoruz...” (31-ÜH-Hekim).

“...Göstergeleri, şimdi kat sorumlu hemşireleri bunları yapıyor. Ben bina olarak hepsini topluyorum anabilim dalı olarak, kalite bölümüne gönderiyorum. Onlar raporlandırıyolar. İşte sizin dekibüt oranınız yüksek çıktı ya da mukozit yüksek çıktı. Biz nedenini araştırıp iyileştirmeye yönelik tekrar geri bildirim yapıyoruz...” (33-ÜH-Başhemşire).

“...Göstergelerin değerlendirmesi mesela kan merkezinden örnek verebilirim, kan merkezinin bir tane göstergesi var zorunlu. Ama diyor ki gösterge yönetim rehberi, zorunlunun dışında siz yıldızlı diyoruz biz ona, ekstra göstergeler oluşturabilirsiniz diyor. Burada mesela kan imha oranı var, ama bunun dışında bu covidin olması nedeniyle şey oldu. İmmün plazma verilmeye başlandı hastalara covid hastalara. İmmün plazma verilen hastalar da exitus oranını mesela çalıştık. Bu yıldızlı göstergemiz oldu kan merkezi için...” (36-ÜH-Hemşire).

“...Klinik kalite göstergelerinde de sağlık bakanlığı özellikle SKS’de 13 tane anabilim dalının klinik kalite göstergelerinin mutlaka girilmesini istiyor. Bunlardan kardiyoloji ile ilgili, bir diğeri diyabet bölümü, gebeler, nörolojik böyle 13 tane gösterge var. Fakat hepsinde hatta bir ikisi hariç çoğunluğunda %50’nin %70’in altındayız yani kırmızı renkteyiz. Bir ikisinde sarıyız, çok nadir yeşile geçtik. Bunun sebebi de hekimlerin ICD kodlarını girmemesi, hiçbir kaydı düzgün tutmaması, hiçbir şeyin bizde dijital arşive geçilmemesi, dolayısıyla bizim hastane sisteminde kullanılan bu verileri doğru çekememesinden, Sağlık Bakanlığına da bu verileri doğru gönderememesinden dolayı çoğu göstergede %70’in altında olduğumuz için kırmızı renkteyiz. Çünkü 112 acil hasta bile getirdiğinde acil hekimi maalesef ICD kodunu girmiyor. Hastanın yakını ya da ambulans şoförüne ne oldu da hasta böyle oldu. Hasta belki SVO geçirdi, belki Mİ geçirdi. Ama işte bayıldı, ön tanı ne bayıldı, dolayısıyla hiçbir veri sağlıklı alınamıyor...” (43-ÜH-Hemşire).



“...Gösterge yönetimi ile ilgili şöyle yine onu da kalite yönetimi yapıyor. Mesela ben kendi kliniğim için enfeksiyon hastalıkları için ben, delici kesici alet yaralanmalarını, iş kazalarını takip ediyorum ve aylık olarak onlara rapor ediyorum. Onlar indikatör gösterge kartları adı altında bunları raporluyorlar. Alandan veriler zaten standart bir şekilde her ay geliyor. Bunları gösterge kartlarına kendileri yapıyorlar. Zannedersen bu hedef değerlerinin altında kalıyoruz. İyi bizim gösterge değerlerimiz, en azından kendi alanım için biliyorum...” (44-ÜH-Hemşire).

- **Ölçme Araçları**

Kalite yönetim sisteminde ölçme araçları olarak her üç hastane grubunda da hasta ve çalışan doyum anketleri kullanılmaktadır. Hasta doyum anketlerinin her ay tüm birimlerde uygulandığı belirtilerek, bu anketlerin daha önce anketlerin fiziki olarak doldurulduğunu ancak, son yıllarda telefonla arayarak yapıldığı belirtilmiştir. Bazı sağlık çalışanları, bu anketlerin dışında dilek-şikayet kutularından da söz etmişlerdir. Çalışan doyum anketlerinin son yıllarda fiziki olarak doldurulması yerine Sağlık Bakanlığı hastanelerinde şifre verilerek tanımlı sistemlerden yapıldığı, özel ve üniversite ise anketlerin e-postalara gönderilerek doldurulduğu belirtilmiştir. Hastadan alınan tüm geribildirimlerde belirlenen uygunsuzluklara yönelik iyileştirmelerin yapıldığı vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının ölçme araçlarına yönelik görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda değinilmiştir.

“...Hasta anketlerimiz var, evet yine bizzat bizim tarafımızdan yapılıyor. Ondan sonra tek tek onları arayarak, sorular var hasta memnuniyet anketlerinin sorularına göre memnuniyetini oluşturuyor. Yine bizim kurumsal kalite sistemimize giriş yapıyor, ondan sonra acil hastalara, yatan hastalara ve ayaktan hastalara 40-45 civarında sayı belirlemiştik, her ay bu mutlaka yapılıyor aksatılmadan. Çıkan sonuçlara göre de iyileştirme çalışması yapılıyor. Yine çalışan anketlerimizde var bizim. Senede bir kereye düştü o, aralık ayında yapılıyor. Bakanlık tarafından şifreler gönderildi, Onlar sistemden şifreyle giriyorlar anketlerini oluşturuyorlar, yani bize de sürpriz oluyor. Biz de Bakanlık ile aynı anda anketimizi görüyoruz...” (02-SBH-Hemşire).

“...anketler zaten, sağlık çalışanı anketi yılda bir defa yapılıyor. Bazen biz yapıyoruz, bazen İl Sağlık direkt sistem üzerinden yapıyor, şifre veriyor, Bunlar şey çalışan anketi çok yormuyor açıkçası, çalışan anketi çünkü zaten 3000 çalışanımız var, yarıdan fazlasını yapıyoruz, yapmaya çalışıyoruz. Ama hekim kısmı biraz yoruyor bizi, onlar çok şey yapmıyor... Hasta memnuniyet anketleri de yine değişebiliyor. Geçen sene farklıydı, bu sene farklı. Bu seneki uygulamamız hastaları arıyoruz. Eskiden bundan önce hasta memnuniyeti verirdik

anketi, o doldururdu, daha sonra sisteme girerdik. Şimdi tek tek arıyoruz, ona göre o anket değerlendirme grubunda toplantı ekibinde kararı alıyoruz...” (05-SBH-Hemşire).

“...Hani öyle bir arada olmayı, sosyal faaliyetleri seviyoruz. Ama tabii bu memnuniyet anketlerine ne kadar yansıyor onu bilemem yani. Çünkü insanları gerçekten memnun etmek zor, farklı beklentileri, düşük ücret, işte iş adaletinde barışsızlık, eşitsizlik, barış olmadığını düşünüyorlar. Bir sürü şey aslında memnuniyet şeylerini etkiliyor ama genelde heralde yüksek çıkıyor diye biliyorum sonuçları. Hasta memnuniyetine yönelik çok hani dilek şikayet kutuları mesela haziran ayındayız, üç tane dilek şikayet kutularımız var, beş hasta şimdiye kadar hani onlar kutuya bir şey atmış. Üç tanesi de teşekkürdü zaten. Bazen işte hekimlerle ilgili hasta iletişim birimine işte randevu alamadım, ilacımı yazdıramadım, gibi o tür şeyler şikayetlerle geliyorlar...” (07-SBH-Hemşire).

“...Hasta memnuniyet anketlerini hasta ilişkileri takip ediyor. Hastalara SMS yoluyla, işte bazen yazıyla bildiriyor hastalar taburcu olurken. Yazıyla bildirdiklerini de biz yine hasta ilişkilerini iletiyoruz. Onlar bize yayınlıyorlar zaten hani şikayet de olsa iyi bir şey de olduğunda hani şikayetleri düzeltmek için iyi şeyler de gurur duyuyoruz, paylaşıyor bizimle. Çalışan memnuniyet anketleri de bizde 6 ayda bir oluyor. Kurumda onlar da bize yine anket olarak atıyor...” (22-ÖH-Hemşire).

“...Yine elektronik ortamda çalışan memnuniyeti anketlerini yapıyorlar. Açılıyor o belli bir tarih aralığında ve çok ciddi mesaj trafiği oluyor. Gizli oluyor yani sonra onların bir yine yüzdeliği var olması gereken, onunla ilgili sonrasında motivasyonla ilgili, oradaki arka planda ki çalışmalar çok vakıf değilim ama işte ramazanda ramazan kolisi, o sonrasında memnuniyeti arttırmak için şey kendilerine işte yapılabilecekleri planlamışlar. Hasta memnuniyet anketlerini zaten çok büyük gündemleri, inanılmaz yani, her konunun başında bir hasta memnuniyet oranları bilmemek ayıp bu kurumda. Yani bu ayki hasta memnuniyet oranı bilmek zorundasın daha yüksek toplantılarda, işte anket dağıtıyor topluyor. Mail geliyor biz o mail gruplarının da içindeyiz. İşte kişi gelmiş buraya bekletilmiş, tahlili karışmış, kaybolmuş, bir şeyler olmuş. Onları böyle şikayet olarak yazmışlar. İlgili birimler kimse hemen dönüş yapacak, genel müdür bizzat bunları takip ediyor, çok çok önemli yani aşırı önemli...” (23-ÖH-Hemşire).

“...burada insan kaynakları hasta hizmetleri ve kalite tarafının beraber güdümüyle gidiyor. Orda hazırlanan anketlerin öncelikli bir uluslararası bir kıyaslaması yani sonuçlarla da alabileceğimiz bir yurtdışı örneklerle bir denklige bakıyoruz, dolayısıyla Türkçesi geçerli bir anket kullanıyor olmamız lazım. Öyle hani gözü kara sorulacak sorular değildi bunlar. Olabildiğince kontrollü anketlere çalışıyoruz, çalışan memnuniyeti insan kaynakları tarafından

yönetilen düzenli aralıklarla yapılan bir anket, birde hasta güvenliği algı anketi var, bizim yurt dışı ayağımızda olduğu için hani, onu bu JCI önerisi doğrultusunda alıp yurtdışı hastanelerle de bir kendimizi şey yapma karşılaştırma fırsatımız oluyor. Hasta memnuniyeti anketlerinde bir uygunsuz cevap geldiği zaman o bizim hasta ilişkileri kurulumuz var. O anket sonuçları hastane bazında orda değerlendiriliyor...” (24-ÖH-Hekim).

“...hem hastaların bir şekilde geri bildirimlerinin toplamı çok kıymetli bizim için, siz eğer hizmet sunuyorsanız belli bir noktada körleşme olasılığınız var. Çünkü siz ne yapıyorsunuz mesela, ulusal kaynaklara bakıyorsunuz, uluslararası kaynaklara bakıyorsunuz, her şey mükemmel gibi görünüyor sizin gözünüzde ama hizmet alan kişinin tarafında bazen bazı açıklar ortaya çıkabiliyor siz her ne kadar istemeseniz de. Bu yüzden hasta deneyimini işin içine katmak hasta anketleri çok kıymetli bizim için. İnsan kaynakları departmanı tarafından sanırım öz değerlendirme anketleri yapılıyor bildiğim kadarıyla onu söylüyor çalışan arkadaşlarımız. Onun dışında yine formal ve informal olarak üst üste ilişkisine dayalı bir şekilde genel olarak geri bildirim toplama ve geri bildirim verme usulüne dayalı bir değerlendirme süreci var...” (26-ÖH-Hekim).

“...Yatan hastalara sağlık bakanlığı anketleri kullanılıyor. Polikliniklerde, kliniklerde vb birçok yerde tablet bilgisayarlarımız var. Memnuniyetlerini hastalar bu tabletlerden de bildiriyorlar. Dilek istek kutularımız var. Ayrıca yatan hastalar taburcu olduktan sonra memnuniyet anketi gönderiliyor. Bizim için hasta memnuniyeti çok çok önemli. Tüm geri bildirimler hemen değerlendiriliyor ve genel müdürlüğe düşüyor. Tüm bu geri bildirimler Merkez, irdeleyip aylık olarak bizimle paylaşıyorlar. Ne kadar hasta memnun buna bakılıp sonuçları genel müdürlük tarafından bizimle paylaşılıyor. Çalışan memnuniyeti anketleri insan kaynakları tarafından yapılıyor. Mail yoluyla link geliyor. Linki dolduruyoruz. Çalışanın adı soyadı yazılmıyor. Çalışanlar istediğini yazabiliyorlar...” (27-ÖH-Müdür).

“...memnuniyetlerini dile getirmek istediklerinde serbest bir şekilde kağıt kalem alıp, işte biz çok memnunuz diyerekten yönetime bildiriyorlar. Şikayette aynı şekilde yani hani şikayet olacağına da aynı şekilde yönetime bildiriyorlar. Ya da işte ben liderinizle görüşüp şikayet edeceğim dediğinde o şekilde ilerliyor. Çalışan memnuniyeti sanırım yılda bir anket yapılıyor. Mail üzerinden bize gönderiyorlar, o şekilde ilerliyorlar...” (28-ÖH-Hekim).

“...Anketlerimizi yatan hasta, ayaktan hasta, acil hasta olmak üzere her ay yapıyoruz. Bunların sonuçlarını bakanlığa giriyoruz. Onun haricinde her ay düzenli olarak bu üç grup hastanın anket sonuçlarını, dekanlık, başhekimlik, hastane müdürü, hemşirelik hizmetlerine

*servis ediyorum. Onlar değerlendiriyorlar yönetimin gözden geçirmesi toplantıları da değerlendiriyorlar sağ olsunlar gerçekten düzeltilen şeyler de var...” (31-ÜH-Hekim).*

*“...Kalite birimi tarafından şu anda hasta değerlendirme ve çalışan değerlendirme anketi dolduruluyor. Genelde ayaktan hastalarda, yatan hastalarda, acil hastalarda bu anketler dolduruluyor. Bir raporlanıp alana EBYS üzerinden gönderiliyor raporu...” (32-ÜH-Hemşire).*

*“...çalışan memnuniyeti için hem şey rektörlük tarafından mailimize belirli aralıklarla anketler geliyor, onları doldurur göndeririz. Hasta memnuniyet anketlerini yine kalite bölümü yapıyor, işte ayaktan hastada, yatan hastada, polikliniklerde bazen, acil servislerde onlar yapıyor.. Getiriyorlar, kalite bölümü onların girişlerini yapıyor. Mutlaka EBYS üzerinden değerlendirme şeklinde bize veriler geliyor. Şurada eksiklerimiz var, şurada memnun, şurada memnunsuzlar, ona yönelik mesela hangi alanda eksikiz, temizlikle ilgili ise hastane müdürlüğünden, geri bildirim de kalite mutlaka yapıyor...” (33-ÜH-Başhemşire).*

*“...Hasta memnuniyet anketleriyle, çalışanların çalışanlara yapılan ankette yine kalite biriminde yani ilk önce hastalara gidilip bölümlerde veriliyor anketler, onlar dolduruluyor, ondan sonra kalite birimine geliniyor, onlar işleniyor tek tek anketler, ondan sonra da ne eksikse o tamamlanmaya çalışılıyor diye biliyorum. Çalışan memnuniyet anketleri de sanırım 6 ayda bir yapılıyor ben de yapıyorum ama hani bir artısını gördüm mü, pek görmedim açıkçası...” (39-ÜH-Sosyal Hizmet Uzmanı).*

*“...Kendini değerlendirme ve yöneticinin sizi değerlendirmesini yüzyüze yapıyorduk. Hemşire memnuniyet değerlendirmesi yılda bir kez kapalı sistem yapıyorduk. Ondan sonra onun dışında hasta memnuniyet değerlendirmelerini bizim kendi mesela anket sistemi ile ama yine o da kapalı sistem, anket uygulayan, hasta memnuniyet anketlerini uygulayan bir çalışma grubumuz vardı. Herkes kendinden farklı bir kliniğe gidip değerlendirme yapıyordu. Bu çok güzel oturmuştu. Fakat biz bunları SKS adı altında hastane kalite birimine devrettik. Şimdi onlar uygulayıcılar şeklinde bunları uygulayıp belli zaman zaman bunların raporlarını bize ulaştırıyorlar...” (44-ÜH-Hemşire).*

#### **4. Kalite Çalışmalarının Yansımaları Alt Temasına İlişkin Bulgular**

Sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarının yansımalarına ilişkin görüşleri incelendiğinde; kuruma, hastaya ve çalışana yansımaları olmak üzere üç kod oluşturulmuştur. Görüşmeye katılan sağlık çalışanlarının kalite kültürünün yansımalarına yönelik görüşlerinin dağılımı Şekil 4.9’da ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Kod Sistemi	ÜH	SBH	ÖH	TOPLAM
▼ Kurumsal Yaklaşım				0
▼ Kalite Çalışmalarının Yansımaları				0
Kuruma Yansıması	●	●	●	39
Hastaya Yansıması	●	●	●	39
Çalışana Yansıması	●	●	●	27
Σ TOPLAM	33	42	30	105

**Şekil 4.9: Sağlık çalışanlarının kalite yansımalarına ilişkin görüşlerinin dağılımı**

- **Kuruma Yansıması**

Kalite çalışmalarının her üç hastane grubunda da etkin olarak yürütüldüğü, SKS standartlarını uyguladıkları, özel kurumların ayrıca JCI ile akredite oldukları, üniversite hastanesinde ise hemşirelik hizmetleri ile laboratuvar hizmetlerinin ISO belgesi olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanları, kalite standartlarının değişime ve gelişime uğradığını, kurumların bu gelişmelere uyum sağlamaya çalıştıklarını vurgulamışlardır. Her üç hastane grubunda da kalite çalışmalarının kurum kültürüne yansıdığı, kalite kültürünün oluştuğu, standartlara uyum sağlanmaya çalışıldığı belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının kalite uygulamalarının kuruma yansımalarına ilişkin görüşlerden yapılan atıflar aşağıda gösterilmiştir.

“...ilk kalite çalışmaları 2005 yılında başladı. İlk çalışmalarda Sağlık Bakanlığının kalite standartlarının sayısı olarak çok azdı. 2005 yılında başlayan standartlar 10-16-17 kriter gibi çok az bir sayıdan oluşuyordu. Daha sonra yıllar boyunca bu kriterlerde artış meydana geldi. Benim kurumumda bir kalite kültürü var çok şükür, zaten öyle olmasa ben bu işi yapamam çok inanıyorum kaliteye ve gerçekten bir özveriyle çalıştığımı düşünüyorum. Gönüllülük işi aynı zamanda, gönüllü katılım önemli, istemeyene bir şey yaptırılmıyorsunuz, multidisipliner bir çalışma gerektiriyor, her bir kriterinin gerekliliğine yürekten inanıyorum...” (01-SBH-Hemşire).

“...Yani tabii kalite en başta hasta ve çalışan güvenliğini çok iyi yani koruma üzerine zaten oluşturulmuş şimdi çalışan mutlu, hasta mutlu olduğu zaman zaten kurumda çok iyi şeyler ibareler yani bir vizyon kazanır şimdi dışarıdan baktığın zaman o hastaneye gitmek ister insan yani o da iyi bir şey bakım alacağını, iyi bir hizmet alacağını bilmek ister ve bu da içerideki işte kültür ile oluşur. O yüzden de kalitenin önemi bu kadar büyük daha böyle kurumsal daha işte ne bileyim özel hastanelerde de öyle. Her şey işte gittiğin zaman her şeyi imzalarsınız mutlaka bir prosedür vardır, mutlaka onlara uyarısın basamak basamak, burada olduğu zaman

*hasta kendini daha güvende hisseder, yani çalışan da aynı şekilde bu bir vizyondur yani dışarıdan bir baktığın zaman kurumun bir vizyonudur...” (02-SBH-Hemşire).*

*“...Şimdi zaten teknolojiyle beraber işte yapılan bu kararlarla beraber zaten bu kalite süreçlerinin ben oturduğunu düşünüyorum. Yani bir 10 yıl önce 2010-2011 2008-2009 du bilekliklere geçtik işte. O dönemde ben hatırlıyorum, işte Muğla'da, Muğla idi sanırım yanlış hatırlamıyorsam özel hastanede işte göz ameliyat olacak hasta rahim ve uterusu alındı işte rahim ve uterusu alınacak hasta göz ameliyatı oldu. Hemen o olay akabinde hatırlıyorum tabii o olaydan sonra hemen bileklikler gündeme geldi. Hemen güvenli cerrahi formları geldi. Birçok alanda aslında şimdiki gelen yeni çalışanlarımızda eğitimlerinde bu kalite süreçlerinin de eğitimleri aldıkları için, ne kadar doldurmasalar da ben kişilerin bu kalite süreçlerine hakim olduğunu düşünüyorum. Kurum olarak da kalite süreçleri takibi yapılıyor zaten...” (13-SBH-Hemşire).*

*“...Tabii ki şimdi ben 32 yıldan beri burada çalıştığım için, bu hizmette kalite standartları, zaman zaman isimleri değişti bunların, kalite tüm sektörler için olması gereken, işte ISO kodları ile başlayan ve bu rakamlar artar gider. Ama birde sigma 6 diye bir şey var. Yani sıfır hata demiyor ama çok az bir hata payı verir. Bunun temel eğitim tarafına da inmek gerekiyor, sadece göreve başlayan bir kişiye kaliteyi anlatmakla olmaz. Çocuk doğduğu andan itibaren, aileyle anne baba, okul öncesi eğitim, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, artı çevre eğitimi. Otobüste giderken bir kişi ayağını kaldırıp bir öndeki koltuğa ayağını koyuyorsa, bu toplumda kalite sıkıntısı vardır. Ya da çiğnediği sakızın kağıdını otobüse atıyorsa ya da çiğnediği sakızı cama yapıştırıyorsa kalite sıkıntısı vardır. Ya da içtiği sigara izmaritini sokağa atıyor, yağmur yağıyor, mazgallara giden filtre uçları mazgalları tıkayıp sel felaketine gidiyorsa iş, burada kalite sıkıntısı vardır. Eğer biz bunları temelde veremezsek temeli zayıf olan bir yere burada gelmişiz, talimat yazsak ne, proses yazsak ne, ölçme değerlendirme yapsak ne? Kalite topyekün aile, okul, çevre, iş yeri ben bunu geneli teşmil ediyorum. Bu ana rahminden mezara kadar olacak bir felsefe...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).*

*“...burada kalite kültürü var, yok değil. Geliştirmek için zaten sürekli hani dediğim gibi iç denetimler olsun ondan sonra toplantıları olsun vesaire sürekli yapıyoruz. Artık bizim için böyle o kadar normalleşti ki, anlatırken hani acaba mı diye düşünüyorum. Kaliteyi nasıl daha iyi yapabiliriz nasıl daha iyiye getirebiliriz ya da hani beklenenden düşükse nasıl yükseltebiliriz? Hep böyle bir kalite nasıl söyleyeyim kaliteleri yükseltmeye çalışıyoruz. Kültür belirli bir belirlenen bir kültür var alışlagelmiş diyeyim hatta size. Hani yine dediğim gibi daha da iyi nasıl yapabiliriz? Hep bu şekilde ilerliyoruz...” (16-ÖH-ATT).*

“...Kalite kültürü olma konusunda istek var, çok istek var. Bölüm müdürleri, sorumlu hemşireler de dahil olmak üzere herkes katılımcı, gönüllü, destekler sıkıntı yok yani. Ya kalite kültürü gelişmesi için ne gerekli tüm standartlara uygun hareket etmek, gönüllü olmak, katılımcı olmak önemli, eğitimlerin düzenli olarak verilmesi önemli, bölüm sorumlularının müdürlerinin çalışanlarına eğitime göndermesi gerekiyor. Temel amacı da hasta güvenliğini sağlamak, sıfır hataya ulaşmak, bu yüzden eğitimler standartlara uygun hareket etmek kurum kültürünün oluşmasında bence en temel şeyler, kriterler...” (17-ÖH-Müdür Yardımcısı).

“...2003 2000 yıllardan başlayan bir JCI kalite belgelendirmesi sürecine girdiği için bir kalite kültüründen bahsedebiliriz. Yani kalite kültürünü ben bazen hasta güvenliği kültürü demek istiyorum. Çünkü bahçıvanından tutun, elektrik teknisyenine, anestezi teknisyeninden radyoloji teknisyenine, hemşiresinden ameliyathane hemşiresine, herkesin bir hasta güvenliği endişesi vardır. Beraberinde çalışan güvenliği endişesi de vardır, mesela gördüyseniz bir merdiven vardır yemekhaneye giden, o merdivenin nasıl daha iyileştirilebileceğine dair sürekli geri bildirimler gelir. Çünkü insanlar orda düşmeye devam ediyor. Biz ne yaparsak yapalım böyle özellikle ıslak havalarda, böyle güvenlik kültürü oturmuştur diyebilirim...” (24-ÖH-Hekim).

“...kurumun yani kültürel yapısında hasta güvenliğinin birinci değer olarak ön plana çıkıyor olması ve bunu bütün, bütün iş arkadaşlarına, bütün paydaşlara yani dış paydaşları da var bu kurumun mesela. Dış paydaşları da bunun bu şekilde yansıtması bir noktadan sonra sizin herkesten bütün çevrenizden aslında bunun aynı kültür, tıp gibi aynı, aynaya yansıtması gibi böyle hani biliniyor ki artık hasta güvenliğini en çok önem veriyor. Yani birinci önceliği o dur o yüzden biz de o şekilde yaklaşmalıyız...” (26-ÖH-Hekim).

“...hastanemizde kalite kültürü gün geçtikçe oluşuyor. Hemşirelik hizmetlerinde zaten bu var, çok eskiden beri sürecin içerisinde oldukları için, hemşirelik hizmetlerinde, hastane enfeksiyon kontrol komitesinde, ben göreve geldiğim anda bu kalite kültürünün olduğunu açıkçası gördüm. Dediğim gibi üniversiteyiz, hiyerarşimiz var, hocalarımız var, gün geçtikçe daha da etkin bir hale geldiğini açıkçası görüyorum. Yani 2008 den 2021 arasında inanılmaz çok fark var kültür açısından çok var. Daha ilerleyeceğimiz yol var ama daha yolumuz var, daha tam oluşmadı, yani gönülden geçerek evet oluştu, diyemem...” (31-ÜH-Hekim).

“...baştan beri gelen kemik farklı bir kültür vardı. İşte kaliteyle o kırılmaya çalışıldı. Tabii direnç gözüktüyor, mesela temizlik personeline diyorsunuz ki standarda göre böyle temizlik bu şekilde olması gerekiyor, hem enfeksiyon komitesi istiyor diye söylediğinizde, he ben filanca hocanın yeğeniyim ya yapmıyorum öyle diyebiliyorlar. Böyle olmamalı, ceza mutlaka yani ödül kadar ceza sistemi de olmalı hastanelerde. Bakanlık, sağlık bakanlığı bence burayı çok sık

denetlemeli, gece bile. Biz razıyız, yeterki gelip denetlesinler. Hani gurur duyalım, sonra biz emekli olacağız. Hani emekli olup ayrıldığımda da geride bırakan arkadaşlar bana güven vermeli ki bu hastaneye gelebilmeliyim hasta olarak...” (33-ÜH-Başhemşire).

“...ben müdürlük bazında konuştuğum zaman biz biraz geride kaldık ama bu genelleme yapmak asla doğru değil. Çok çok çok hemşirelik hizmetleri çok çok eskidir bu konuda. Daha önce hatta bildiğim kadarıyla İSO'yu ilk alanlardan biridir yıllar yıllar önce. Onların oturmuş bir kültürü var. Laboratuvarların doğuştan bir kültürü var yani. Çünkü yani farkına varmadan defterler dolduruluyor. O defterler aslında biraz formdu, biraz talimattı, sonra onlar A4 sayfasına dönüştürüldü, dijitalleştirildi falan aynı şey yapılıyor şu anda. İşin gereği zaten öyle, işte kalibrasyon yaparsınız veya ne bileyim işte başka bir şeyler yaparsınız, onları hep kayıt altına alırsınız. Onları bir yazılı forma alıp hatalarımızı bulursanız, indikatör oluyor zaten otomatikman karşınıza. Böyle bir sistem var...” (35-ÜH-Müdür Yardımcısı).

“...bizde maalesef ki fiziki koşullarımız çok kötü. Hastalar hasta memnuniyetini ya da hemşireyi değerlendirirken ya da tedavi olduğu klinikleri değerlendirirken daha çok fiziki koşulları göz önünde bulundurarak değerlendirme yapıyor. O yüzden değerlendirmeler düşük oluyor. Bunda ne hekimlerin ne hemşirelerin yapabileceği bir şey yok. Yeni binalarımızda yapılmadığı için, hastanın sıcak suyu akıyor mesela dahiliye kliniklerinde hasta buna bile hemşire ya da hekim memnuniyetsizliği olarak değerlendiriyor...” (43-ÜH-Hemşire).

#### • Hastaya Yansıması

Katılımcılar üç hastane grubunda da kalite uygulamalarının hastaya yansımalarının çok olumlu olduğunu belirtmişler, kalite süreçlerinin, kimlik doğrulamanın önemi, ilaç güvenliği uygulamaları, güvenli cerrahi, enfeksiyonların kontrolü gibi birçok konuda hastaya çok olumlu yansımalarının olduğu vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının, kalite çalışmalarının hastaya yansımasına ilişkin aktarımlarından yapılan alıntılara aşağıda değinilmiştir.

“...aslında hastanın sağlık alanında daha çok, özellikle güvenli cerrahi kontrolünde, ya da hasta orderlarında, hasta tedavilerinde olmazsa olmaz unsurdur hasta. Bunların hepsinin kalite kriterlerine göre her şeyi yerine getirildiği zaten hani hata olması milyonda belki bire düşer, daha aza düşer. Yani ne kadar çok kalite kültürünü hasta açısından değerlendirirsek ve ona göre tedbirimizi alırsak bizim hastaya hata oranımız o kadar azalır. Bunun için özellikle sağlık alanında kalitenin sağlıkla ilgili alanında hasta her yerde var. Ama her türlü bütün alanlarda, kalite kriterleri kalite kültürü hastayı muhakkak etkiler...” (05-SBH-Hemşire).

“...Zaten işimiz hasta, bizim amacımız ne, hastalar için çalışıyoruz yani. Mesela enfeksiyon kontrol komitesinin yaptığı iş hastaya nasıl yansıyor, örnek veriyorum kateter ilişkili



kan dolaşımı enfeksiyonları hızını azaltmaya çalışıyoruz. Hastalarda enfeksiyon olmaması için uğraşyoruz. Bunun için atıyorum şey, kişisel koruyucu ekipman nasıl kullanılır, el hijyeni nasıl uygulanır, ya da el hijyeni gözlemleri yapıyoruz ya da uyarıyoruz kişileri ellerimize doğru yıkayalım diye. Bunların hepsi aslında hastayı korumak, enfeksiyonları azaltırsak ne olur, hastane hastaların hastanede kalış süresini azaltacağız, hastalar daha çabuk iyileşecek. Bir hastadan diğer hastaya geçerken el yıkamanın neden önemli olduğunu anlatmaya çalışıyoruz. Bunların hepsi amacı hastaları korumak, hastanede kalış sürelerini azaltmak, hastaneden daha az zararla ayrılmalarını sağlamak...” (10-SBH-Hemşire).

“...Zaten yapılan işler hizmet verenler yani sağlık sektörüne baktığın zaman işte bir Hipokrat yemini var. Yani hastaya dili dini ırkı ayrımı yapmadan hizmet etmek. İşte tedavisine, hastanın teşhisine onun hayat standartlarına konforunu yükseltilmesidir amaç. Burada ki eğer süreler kaliteli iş raporlama, hız bir şekilde standarda uygun çalışmalarla yürütüldüğü zaman, bunun sonucu meyvesi hastanın hanesine düşüyor...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).

“...şöyle bizim kalitede sorun olarak belirttiğimiz şeyler aslında tamamen hastalara yönelik. Biz o sorunu az önce bir DÖF muhabbetinde kapılardan bahsetmiştik. Biz tamamen hastaya yönelik açmıştık o DÖF’ü. O durumun hastanın memnuniyeti bakımından halledilmesi gerekiyordu. Ya çoğunlukla yaptığımız her şey zaten hastaya yönelik oluyor. Mesela anons sistemimiz yoktu yine aynı şekilde hastaların çağrıldığı bir sistem yoktu, bekleme alanları yoktu. Bunların tamamı kalite toplantılarında dile getirilerek yönetim tarafından halledildi çözüldü. Çoğunluğu zaten hasta için...” (15-SBH-Radyoloji Teknikeri).

“...bası yarası gelişen hastalarımız oluşabiliyor. Bu hem hastanede yattık sürelerini uzatıyor, hem maliyetlerinin artmasına sebep oluyor, hemşirenin iş yükünün artmasına sebep oluyor. Mutlaka yani yine bu prosedür talimatları uygunsuzluk sonucu belki yanlış bir hastaya kan transfüzyonu yapılmasına ya da yanlış bir ilacın uygulanmasına sebep olabilir. Biz bir ilacı uygularken 8 doğru kuralına uymazsak, yanlış bir hastaya da o ilaç verilebilir. Tamamı bütün bu aksaklıkların oluşmaması direkt kalite odaklıdır. Bu yönetimi algısıyla ve her katta bi kere bölüm sorumlusunda iş bitiyor ben önce ona inanıyorum. Bölüm sorumlusu bu algıda olduktan sonra ekibi de ister istemez zaten yapılması gerekeni yapıyor ve bu hataları bu ramak kala olayların önüne geçmiş oluyoruz...” (21-ÖH-Ebe).

“...Yani benim hastanede kullandığım kalite sistemi de artık yavaş yavaş hastanın tarafına gidiyor. Noluyor ben hastanın hayatına ne kadar kalite kattım, ne kadar kaliteli yaşamı sağladım, belki kalite yönetim süreçleri biraz yavaş yavaş bu tarafa doğru evrilirse önümüzdeki dönemlerde daha iyi ayak uydurabilecek hani belki. Değer hani evet biz burada kalite

yapıyoruz, kalite niye yapıyoruz, hasta güvenliği için ama hasta güvenliğini niye sağlıyoruz, mortalite morbidite olması nedeniyle değil hastanın hayatına daha çok değer katmak için. Hastayı daha az hastanede tutmak için, hastanın iyileştirme sürecini hızlandırmak için, yani biz bu kalite mesela şimdi siz hastane enfeksiyonu ile ilgili bir kalite çalışması yapıyorsunuz mesela diyelim ki artroskopi sonrası kalite çalışması işte, enfeksiyonları yüksek enfeksiyonları düşük, işte orda hedefiniz enfeksiyon düşürmek değil, hedefiniz hastayı daha hızlı sosyal yaşantısına kavuşturmak, iş yaşantısına kavuşturmak...” (26-ÖH-Hekim).

“...Hasta nasıl etkileniyor, hasta hem maddi hem tıbbi çok yarar sağlıyor. Kaliteli hizmet vermezseniz gelmez zaten. Hasta memnun olduğu için geliyor. Hekimlerimiz iyi olduğu için geliyoruz diyorlar...” (27-ÖH-Müdür).

“...Hastayı olumlu yönde etkiliyor. Hastanın yani güveniyor en azından karşısındaki bakım veren kişiye. Kendisine en son teknolojik alet edevatlarla ve bakım güvenliği ile ulaşabildiğini biliyor hastaya. Konforu artıyor güvenliğini sağlıyor, mesela el yıkama ile ilgili şeyleri biliyorsa bir çalışan, hastaya daha dikkatli davranıyor. Bilinçli bir şekilde davranıyor, körü körüne yapmıyor hiçbir uygulamayı. Bu da hem bizim kurumumuz adına tercih edilebilmesi için iyi oluyor ve hasta memnuniyetini de arttıran bir faktör oluyor...” (29-ÖH-Hemşire).

“...O bahsedilen tüm kalite standartlarının tamamından ya da çok az da olsa bir şekilde hasta faydalaniyor. Yine onun iyiliği için doğru tedavi alması için aksaklık yaşamaması için uğraşılıyor. Bunun dışında bence hemşireyi de çok fazla sağlama alıyor. Kalite sistemi yaptığın her adımın her ilacın her seansın takibini kolayca yapabiliyorsun, ya da ne bileyim önceden neler yapılmış hemen görebiliyorsun gibi...” (30-ÖH-Diyaliz Teknikeri).

“...bütün bu yaptığımız çalışmaların odağında hasta. Çünkü kalite adına yaptığımız her işleştikten, her akıştan bir şekilde hasta fayda görüyor. Hasta bakım süreci mesela hasta bakım sürecimiz hasta bakımımız bizim gerçekten çok iyidir. Alanda hemşire hanımlarımız çok tecrübelidir bu konuda. Standartlara uygun olarak da çalıştıkları için artık o sürece de dahil oldukları için, inan ki yıldızlı gidiyor hasta bakımımız. Hastalarımız memnuniyet anketlerinde de dün akşam tekrardan şöyle bir baktım memnuniyet anketlerine, memnuniyet yüzdesi artmış. Bu çok sevindirici bir şey. Aslında yaptığımız her şey hastaya hizmet...” (31-ÜH-Hekim).

“...hasta merkezinde normalde, çünkü bütün yani hemşirelik bazında bakarsanız değerlendirirsiniz, tesis ya da otelcilik hepsi hasta merkezli çalışılıyor. Hasta bakımında da öyle hasta merkezli çalışılıyor. Yani tamamen hasta odaklı. Evet tabii ki şimdi bu sağlıkta kalite standartlarını gelişmesiyle birlikte hastanın memnuniyeti de artmış oluyor. Hasta memnuniyeti

oranlarında da yükselme oluyor. Çünkü siz o standartlara göre düzelttiğiniz zaman hem hastanın basınç ülserleri, oral mukozitler, pvk, düşmeler oranlarda azalmış oluyor. Tamamen bakıma da yansımış oluyor...” (32-ÜH-Hemşire).

“...Aslında hasta bu işin tam ortasında merkezinde. Çünkü şu anlattığımız şimdikiye kadar ki bütün anlattığımız şeyler aslında hasta için. Yani yoksa biz çalışanlar bir şey daha iyi yapmaya çalışırken sonuçlar hastaya yansıyor ve çalışanlara yansıyor. Sonuçta hasta temelinde ki şöyle düşünün, diyelim hastadan geribildirim alıyorsunuz değil mi, formlarla ya da başka bir şekilde, hasta size dediği zaman “ya ben şu yatakta şöyle yatıyorum ama bu yatağın şeyi bile beni rahatsız ediyor” dediğinde en basiti siz o yatağın belki yerini değiştirmeye kalkarsınız, dolayısıyla hastanenin varlık sebebi nedir, hastadır. Doğal olarak hasta bu işin merkezindedir, her yapılan düzeltme iyileşme hastaya olumlu yansacaktır...” (37-ÜH-Hemşire).

“...hasta tabii merkezinde tabii ki, hasta nerede olacak hasta merkezde. Zaten bunların hepsi hasta için yapılıyor. Meselemiz merkezde hastamız var. Çünkü hizmet ona yönelik zaten ve biz hani dedik ya bir teknik kalite var, bir hizmeti sunanların tutum davranışları ve hizmeti sunarken ki eylemlerinden oluşan kişisel kalite diye bir şey var. Şimdi genel kaliteyi sağlamak için bizim bunların her ikisini de sunabilmemiz lazım...” (40-ÜH-Hekim).

“...Hasta bu işin merkezinde, her şeyi hasta için yapılıyor. Yani şöyle ben niye boşuna kendimi yorayım ki, bir bileklik takılması tabii ki onun sağlığı için, yanlış uygulamaların yapılmaması için ve bir refakatçi kartının olması onun yakınının rahat rahat girip çıkabilmesi için, bunlar hiçbir zaman kısıtlama değil. Bir hasta bakım formlarının oluşturulmuş olması tamamen onun her şeyini sistematize etmek içindir. Yani kalitenin merkezinde bence hasta var, çalışandan ziyade. Ve bütün bu uygulamalar hasta için yapılıyor...” (44-ÜH-Hemşire).

“...Olumlu yönde etkileniyor, ben her zaman şunu da söylüyorum. Biz bir takım şikayetlerle de önerilerle de iyileştirme yapabiliyoruz. Her şey hasta için kullandığımız bütün forumlar hem bizim güvenliğimiz için meslektaşlarımızı da bunu anlatıyorum. Hem de hastanın yararı için en yüksek düzeyde bakımı almayı herkes ister bizler de isteriz. Hastalarımızın da bizden beklentisi bu yönde merkezimizde her zaman hasta var bunu söyleyebilirim...” (45-ÜH-Hemşire).

- **Çalışana Yansımaları**

Katılımcılar, kalite çalışmalarının çalışan güvenliğini güvenceye aldığını ve bu uygulamaların zamanla oturduğunu, ilk başlangıçta çalışanların karşı çıktığı bazı uygulamaların sonrasında kabul gördüğünü belirtirken, bu çalışmaların arttığı ve çok kayıt işlemi yarattığı

eleştirisinde de bulunmuşlardır. Ayrıca kalite çalışmalarına hemşirelerin daha çok sahip çıktığı vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının, kalite çalışmalarının çalışana yansımalarına ilişkin görüşlerinde vurgulanan atıflara aşağıda yer verilmiştir.

*“...Tabi ki kalite birimi tek başına bir şey yapamaz. Her alanda o işin birebir sorumlusu kimse onu belirleyerek onunla birlikte yol alıyoruz. Gerçekten inanyorum yürekte kalite kriterlerinin önemli bir rehber olduğuna inanyorum, onlarda inanyorlar aslında, ama işte çoğunlukla bir prosedür bir evrak yükü gibi görünüyor. Yani öyle yorucu bir iş bu, birlikte ve ekip ruhuyla olacak bir iş, yani bu benim sadece kliniğe gidip işte değerlendirdim, hekim tedaviyi uygun yazmamış deyip çıkacağım bir iş değil yani...” (01-SBH-Hemşire).*

*“...Eskiden hemşirelik yaparken açıkçası bu kalite işlerini çok gereksiz bulurdum. Hemşire iş yükü olarak, yani gerçi birçok işi iş yükü olarak. Ama birebir içinde olmak, aslında istenen şeyler çok güzel, olması gereken şeyler, ama bunun sadece bir grubun yapıyor olması, hemşire grubunun yapıyor olması aslında hemşireler için sıkıntı. Hemşire sadece kendisiyle ilgili kalite işleriyle ilgilenirse onlar için sıkıntı değil ama başkasının hekim grubunun yapması gereken şeye de hemşireler yaptığı zaman hem demoralizasyon oluyor, hem motivasyon düşüklüğü oluyor, yani mutlu çalıştıramıyorsun. Genel olarak hep herkesin açığını kapatan bir meslek grubuyuz maalesef. O yüzden şey yoksa beklenenler aslında çok güzel şeyler...” (03-SBH-Hemşire).*

*“...ben kalite çalışmalarının direkt hasta odaklı olduğunu düşünenlerden değilim. Kalite çalışmaları benim işimi de kolaylaştırıyor. Ben kaydımı tam tutarsam neydi diye düşünmüyorum. Açıp bakıyorum. Ya da arkadaşım ne yapmıştı gibi bir soru işaretim olmuyor, açıyorum bakıyorum görüyorum. Bir ilaç uygulayacağım değil mi, doğru hastaya mı uyguluyorum diye bir soru işareti olmadan kendi iç huzurumla ve kendi çalışan güvenliğimi de sağlayarak, aynı zamanda evet hasta güvenliğini sağlayarak yapıyorum...” (09-SBH-Hemşire).*

*“...gerçekten iş yükünü çok artıran bir şey. Bir de bilmiyorum her yerde mi aynı hekimlik sürecinde hekimlerin üstüne çok gidilmiyor bu anlamda yani hani burada diye söylemiyorum bence öyle genel olarak öyle. Burada biz hemşireler bu bu olmalıdır, hekimlere geri bildirim veriyor. Hemşireliği form anlamında olumsuz etkileyebiliyor gibi görünse de, biz işte bunların da çalışana neyin niye olması gerektiğini ve kendini gerçekten bunları yaptığımızda güvende hissettiğini gösterdiğiniz noktada bir dirençte yok açıkçası...” (18-ÖH-Müdür Yardımcısı).*

*“...aslında ilk etapta yani yine benim kişisel gözlemim ve kendi tecrübelerimden giderek söyleyeyim ilk etapta insanları bu işte planlar prosedürler birçok korkutucu geliyor hani iki veya kendilerini bazen de biraz güvende hissetmelerinide sağlıyor olabilir. Yani ben belki*

*randevu kural seti var bu randevu kural setine uyarsam belki başıma gelmesin gibi yaklaşım olabilir ama genelde ilk ikinci söylediğim yaklaşım hızlıca giriyor ondan sonra of yani bide ekstra iş yükü, ekstra iş yükü sürekli bu formu mu doldurucuz, işte ona mı yazıcaz, onuda mı yazıcaz derken bu şekle bürünüyor ama bir noktadan sonra aslında bakıyorsunuz ki mesleki olarak da insanı geliştiren bir şey...” (26-ÖH-Hekim).*

*“...Çalıştığımız kişi grupları da öyle. Ben kendi adıma söyleyeceğim şeyler yazı çizi işlerimiz çok fazla oluyor. Tabii ki bunlar olacak, hem kendinizi garantiye almak için, hem hastayı güvenli bir şekilde ele almak için, biraz daha fazla elektronik kısma dönmeliyiz. Daha kağıt evrak işlerinden uzaklaşmalıyız. Daha kaliteli belki olabilmesi için biraz evrak işlerinin azınlığı söz konusu olursa belki hastaya daha fazla bakım ayırabilir bir çalışan. Aynı tamam bir bebek doğduğunda ya da bir insan öldüğünde çok fazla evrak dolduruluyor. Aynı kelimeleri, cümleleri, kiloyu, boyu, belki 5 tane yere yazıyoruz. Ama bir sistemde bir yeri yazdıktan sonra otomatik diğer yerlere aktarılan bir sistem olursa bu hem hemşire iş yükünü azaltacak, hem de artık o kadar akıllı binalar, akıllı insanlarla çalıştığımız için teknolojiyi biraz daha fazla gündemimize getirip, belki tekrarlardan azaltmamız gerekiyor...” (29-ÖH-Hemşire).*

*“...kalite sistemini en kaliteli hale getirecek olan saha da çalışan hemşireler. Yani oluşturulan anlatılan birçok düzen ve sistemi onlar uygulayarak hayata geçiriyor. Bunun için de güzel bir organizasyon gerekiyor. Sorumlunun her daim işleyiş hakkında bilgi sahibi olması lazım. Her birim bir ekip düzenli ve vicdanlı bir ekip çalışması olmak zorunda. Diğer türlü işi tam anlamıyla yapan personele de fazla yük binmiş oluyor. Kalite biriminde çalışan hemşire arkadaşlar çok dil döküyorlardır. Yönetim ile ayrı çalışan ile ayrı temizlik personeli ile ayrı mücadele içindelerdir...” (30-ÖH-Diyaliz Teknikeri).*

*“...Kalite bizi yasal boyutta, adli boyutta birçok sıkıntıdan Kurumumuzu koruyor. Çalışanı da kurtarıyor, kurumu da kurtarıyor. Olası tazminat davaları ya da herhangi bir cezai yaptırıma karşı, mesela en basitinden küvöz temizlikte diyebilirki hasta “bebeğim sizin küvözünüzde kaldı, bu yüzden enfekte oldu” diyebilir ya da ameliyathanenin sterilizasyon ünitesinde mutlaka işte bohçaların ya da tek parça halinde ki yedek alet edevatların bile üstünde stickerlarımız var. Geriye dönük adli ya da herhangi bir mahkeme sürecine gidildiğinde, kalite dokümanları, kayıtlarımız, diğer kurumların talebi halinde gönderiliyor...” (33-ÜH-Başhemşire).*

*“...gerçekten hemşireler çok iyi uyum sağlıyor. Önce araştırıyorsun, tanımlıyorsun sonra planlıyorsun, uyguluyorsun, uygulamanı değerlendiriyorsun, tekrar başa dönüyorsun, tekrar kontrol ediyorsun, kontrol ettikten sonra çıkan sonuçlara göre de plan belirliyorsun, buna göre*

yapıyorsunuz. Bizim çok yabancı olduğumuz bir sistem değil aslında kalite, yani kalite sisteminde önce de biz bunu yapıyormuşuz zaten. Evet bu sistemi biz uyguluyorduk gerçekten süreç yönetimi kalitede süreç yönetimi zaten. Yani yaptığını uygula, kaydet, kontrol et, değerlendir, sonuçlarına göre karar ver. Yani hiç yabancı olmamız bir sistem ama diğerleri dediğim hani eğitimde belki tıp fakültesi daha şeyi rahat olur ama pratikte tabii ki öncelikle hemşireler diğerlerini çok bilmiyorum görmedim yani...” (38-ÜH-Hemşire).

“...evet onu yapmak zorundalar artık, onun bilincindeler. Çünkü çok zor geliyor gerçekten bu kayıtları doldurmak insanlara zaman kaybı, çünkü biz burada hep böyle az personelle, az malzemeye ve çok hasta ile çalıştığımız için zamanımız çok yetmiyor. Bu yüzden de böyle keşke şuyumuzda olsaydı mesela her serviste tıbbi sekreterimiz olsaydı çok daha iyi kalite kayıtlarımız çok daha rahat tutulabilirdi. Ya da her doktorun bir atıyorum sekreteri olsaydı ya da doktora bakan sekreterler olsaydı ona göre her şey daha düzenli olabilirdi. Ama maalesef biz de bunlar her şey hemşireye kalmış durumda bu şeyde ki servisteki bütün kalite evraklarının doldurulması olsun şeyler olsun hepsi hemşire tarafından yapılıyor...” (42-ÜH-Hemşire).

#### 4.1.2.2. Yönetici Yaklaşım Temasına İlişkin Bulgular

Sağlık çalışanlarının yönetici yaklaşımı ana temasına ilişkin görüşleri incelendiğinde; yönetim süreci kapsamında, planlama, organize etme, yürütme, eşgüdüm sağlama ve kontrol olmaz beş alt temada değerlendirilmiştir. Katılımcıların yönetici yaklaşımına ilişkin dağılımı Şekil 4.10’da ayrıntılı olarak gösterilirken, yönetici yaklaşımı temasına ilişkin sözcük bulutu Şekil 4.11’de sunulmuştur.

Kod Sistemi	ÜH	SBH	ÖH	TOPLAM
Yönetici Yaklaşımı				0
Planlama	●	●	●	29
Organize Etme	●	●	●	35
Yürütme	●	●	●	24
Eşgüdüm	●	●	●	20
Kontrol	●	●	●	18
Σ TOPLAM	37	51	38	126

Şekil 4.10: Sağlık çalışanlarının yöneticilerin kalite yönetimine yönelik görüşlerinin dağılımı



Şekil 4.11: Yönetici yaklaşım teması sözcük bulutu

### 1. Planlama

Yöneticilerin kalite süreçlerinde planlama sürecinin yoğun uygulandığı, bazı yöneticilerin bu süreçlerde yetersiz kaldığını, mali gücün yetersizliği, bazı yöneticilerin ise iyi yürüttüğünden söz edildiği, genel olarak üç hastane grubunda da yöneticilerin kalite süreçlerine hakim olmaları gerektiği ile ilgili görüşler bulunmaktadır. Yöneticilerin, kalite süreçleri hakkında eğitim alması gerektiği belirtilmiştir. Katılımcıların Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde sık aralıklarla yönetici değişikliğinin olumsuzluğu, üniversite hastanesinde dekanlık, başhekimlik ve hastane müdürlüğü gibi üç başlı yönetim sisteminin olumsuz etkisi vurgulanmıştır. Özel hastanelerde ise yöneticilerinin kalite süreçlerine destek verdiği belirlenmiştir. Planlama sürecine yönelik katılımcılardan yapılan bazı atıflar aşağıda sunulmuştur.

“...Bence kalite yönetim birimleri kurumların aynası. Çünkü alandaki uygulamaların neredeyse %90'nını çalışanlar nasıl yapacaklarını kalite birimiyle birlikte belirliyorlar. Fakat yöneticiler bunun çok net farkında değiller. Yöneticilerinde bunun farkında olmaları gerektiği, kurum içinde yeni bir birim açıldığında, bir birim kapatılması gerektiğinde, yeni bir uygulamaya geçildiğinde bunun kalite yönetim sistemine oturtularak yapılması gerektiğinin farkında olmalılar. Bütün yöneticilerin bu konuyla ilgili bir eğitim düzeyi olması gerektiğini düşünüyorum ben. Zaten kalite standartlarını tamamen uygulayabilsek hastanelerde o malpraktis davalarının çoğundan kurtulur hastaneler diye düşünüyorum. Yani gerçekten yöneticilerin farkındalığı kalitenin yol almasında çok önemli...” (01-SBH-Hemşire).

“...yöneticinin insiyatifi dışında da tıkanan yerler oluyor. Onun dışında yine çalışanların motivasyonu önemli, onları onların iş birliğini sağlayabilmek için onları motivasyonu olması lazım. Bu da biraz değer bilmekle alakalı sanırım. Bir kere yönetim ayağı açısından bunun bir görünmesi lazım. Onun dışında yöneticiler şunu istiyorlar, çalışanı çalıştıralım. Yani zaten işte atıyorum zaten işini iyi yapıyor, bu işi de iyi yapar, ondan şey olmaz, defansta olmaz, işi de iyi sonuçlandırır, iş takibini de iyi yapar, hadi bunu da o yapsın. Hep aynı isimler üzerinden bu olmamalı. Herkes bir görmeli herkes bir o taşın altına elini sokmalı. Burada sıkıntı olduğunu düşünüyorum yönetsel açıdan...” (09-SBH-Hemşire).

“...yani kendi yöneticimiz de ilk başta işe başladığı zaman, tüm her servisi gezip hani herkesin hakkında, servis hakkında mutlaka bilgi olarak ve hani iyileştirme açısından neler yapılabilir diye, direkt klinik hemşirelerine kendisi zaten sorarak ilerlemişti bu süreç. O yüzden yani teşvik edici olduğunu düşünüyorum özellikle bu kalite açısından. Ya bu formların bu kadar düzenli tutulmasının evrak kayıt haline gelmesinin bir sebebi de o...” (12-SBH-Hemşire).

“...bütün yöneticisi ile yönetileni ile her kademedeki sorumluluk alanıyla yani sağlıklı ekip yani hekim kadrosunun yapacağı iş belli, hemşirelerin yapacağı iş belli, hizmetli personelin yapacağı iş belli, büro ve idari hizmetlerin yapacağı iş belli, başhekim kalkıp da işte ne bileyim mutfakta ne pişeceği yine rasyonunu hesap etmez. Orada bir beslenme diyetetik uzmanı vardır, aşçılar vardır, ama buradaki liyakatlı ve ehliyetli bir diyet uzmanı beslenme uzmanı varsa aşçıları kaliteli ise mutfağa gelen malzemeden lezzetli yemek çıkar. Ama bunu kalkıp da bunu üst düzey yönetici denetler, ona tadına baktırırlar, o onlara geri bildirimde bulunabilir kalite böyle yönetilir...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).

“...Yardımcı oluyorlar aslında ama bazı şeyler yöneticilerinde elinde olmuyor. Bir üst makama gitmesi gerekiyor, yöneticinin yöneticisine. Orada birazcık süreç daha yavaş ilerleyebiliyor, ilerleme açısından, aslında herkes kaliteli sağlık hizmeti vermeyi amaçlıyor ama hasta sağlığını riske atacak şeyler değil ama bir iyileştirme çalışması aslında yapılırsa daha iyi olur. Ya da daha kaliteli bir malzeme alınsa daha iyi etkilenebilecek bir şey, işte eldiven örnek veriyorum, hani o bile bir maliyet işin içine girdiğinde sıkıntı yaratabiliyor yönetici açısından da. Aslında yapmak istiyorlar ama şartlar el vermiyor bence...” (20-ÖH-Hemşire).

“...bence olay yönetim de bitiyor. Yani kalite birimi olarak da eminim yapılması gerekenler ya da giderilmesi gereken eksiklikler ihtiyaçlar vardır. Ama benim bulunduğum pozisyon açısından söyleyecek olursam yönetim yine başrolde. Sonuçta birçok kurumda olduğu gibi ast üst ilişkisi var sağlık sektöründe, bu önemli bir gerçek. Hemşirelik hizmetleri müdürü ve yardımcıları bunun farkına varıp ona göre bir disiplin yürütebilirler. Çok zor değil aslında



yönetim de kendi işini yapsa her şey tam rayına oturacak. Yani o bulunduğu makamın hakkını vermeli altında bulunan sisteme hakim olmalı denetlemeli. Fazlasını eminim kimse beklemiyor...” (30-ÖH-Diyaliz Teknikeri).

“...Yöneticilerimiz tabi dekan hocamız ve başhekim hocamız her zaman süreçte olamıyor ama yardımcılarını hep bizimle oluyor. Açıkçası hem dekan yardımcılarım, hem de başhekim yardımcılarım, dediğim gibi bina turunda bile ben iki başhekim yardımcım dolaşıyorum. İşte yönetimin gözden geçirmesi toplantısında aktarıyorlar ya da ben buradan resmi olarak yazı çıkarttığım vakit farkında oluyorlar ve gerçekten ben şunu gördüm ve çok da seviniyorum. Kalite yönetim biriminden çıkan her yazıyı başhekim hoca okuyor. Ben bir yazı gönderiyorum mesela 2 gün sonra hastane müdürü hocanın yanındayken, hocam diyor bu sabah diyor, sizin diyor, şeyiniz raporunuz geldi diyor, başhekim hoca diyor, benimle ilgili olan kısımları çizmiş ve bana göndermiş. Hemen eylem planına başlayın diye diyor. Bunlar çok sevindirici şeyler hakikatten. Öz değerlendirmelerde de mesela gönderiyorum ve hemen akabinde pek çok negatifliğin düzeltildiğini görüyorum. Tabi bu biraz da mali olarak kaynağa bağlı, ellerinden geldiğince yapmağa çalışıyorlar. Paramız olursa daha çok yapacaklar ben buna inanıyorum...” (31-ÜH-Hekim).

“...nasıl hemşirelikte hemşire sorumlu hemşire ile başlayan kişi başhemşire olacaksa belirli standartlar kriterler belirleniyorsa, işte kaliteyi bilecek, bilgisayarı bilecek, ya da iletişimi iyi olacak. Belirli kriterler hemşirelikte, başhemşire ya da sorumlu hemşire olmak için varsa bence hastane yönetiminde yani başhekimlikte, yardımcılarında, hastane müdürlerinde bunlar olmalı. Yani ahbab çavuş ilişkisi ya da şey değil, liyakatla olmalı. Mutlaka donanımlı kişiler olmalı. Belki ütopyik olabilir, bir başhekim işletme konusunda eğitilmiş olmalı. Veya satın almayı bilen kişi, işletmeyi de bilmeli. Bir 15 gün en azından yönetici eğitimi gibi bir şey olabilir. Başhekim yardımcısı illaki ben yani yardımcılardan birisi bence mutlaka işletme ve kalite bilen farklı bir meslek grubu olmalı...” (33-ÜH-Başhemşire).

“...Ben de yöneticilik yaptım. Yöneticinin mutlaka alanla birlikte çalışması lazım. Alanın düşüncelerini alması lazım. Alandan kopuk iyileştirme yapılamaz bence. Konusunun uzmanı yaşayan kişi daha iyi bilir. Yani üst taraftan karar verip bazı uygulamalar yapmak gerçekten sıkıntı yaratabiliyor. O yüzden ben olsam önce sorarım, neler yapılıyor yani konuyla ilgili bir anket çalışması yaparım. Onun sonuçlarına göre iyileştirme yaparım veya düzenleme yaparım. Bu şekilde yapılmalı yani, alandan kopuk değil alanla birlikte, daha sonra kaynaklar işte dünyada neler yapılmış, başka ülkelerde başarılı ülkelerle mesela karşılaştırırım. Onları alırım

*başarılı ülkelerin yaptıklarında format varsa o formata uygun çalışmalar yaparak kendi bölümümde kurumunda düzeltmeye çalışırım...” (38-ÜH-Hemşire).*

*“...yöneticiler bence şey olmamalı biraz yeniliklere açık olmalı. Bu çok önemli çünkü kalite sürekli kendini yenileyen bir bölüm, bugün bunu standart ediniyoruz, daha sonra başka bir örnek görüyoruz. Bu bizim için daha iyi diyoruz, onu alıyoruz. Bir kere yöneticiler yeniliklere açık olmalı, söylenen şeyleri alabilmeliler. İkincisi karşı taraftaki çalışan kişilerle empati kurmaları gerekiyor. Tabii o da önemli, bilmiyorum ya uyumlu olmaları gerekiyor. Ya bu niye geldi, ya niye ben bununla uğraşıyorum falan demeyecekler tabii ki yani. Kalite bir standardizasyon gerekiyor ve buna uyum sağlamaları gerekiyor...” (44-ÜH-Hemşire).*

## **2. Organize Etme**

Planlama aşamasından sonra yönetim sürecinin ikinci aşaması olan organize etme, kalite çalışmalarında çoğunlukla gerçekleştirilmektedir. Kalite çalışmalarında verimliliğin ve etkinliğin sağlanabilmesi için birçok komite, kurul ve ekipler oluşturulduğu, her üç hastane grubunda da ilgili komitelerin kurulduğu belirlenmiştir. Örneğin hasta güvenliği komitesi, enfeksiyon komitesi, çalışan güvenliği komitesi, eğitim komitesi gibi. Bu komitelerin belirli aralıklarla toplandığı, görev tanımı içerisindeki tüm süreçlerin iyileştirilmesine yönelik faaliyetlerin yürütüldüğüne yönelik söylemler bulunmaktadır.

SKS'ye göre komitelerde görevlendirilecek kişilerin belli standartlara göre seçildiği, örneğin cerrahi branşlardan bir uzman, dahili branşlardan bir uzman gibi belirleyiciler bulunduğu, bu belirleyicilerle birlikte alanında uzman kişilerin seçildiği ve görevlendirmelerin yapıldığı belirlenmiştir. Görevlendirmelerin her yıl güncellendiği, genel olarak her üç hastane grubunda da alanında yetkin kişilerin seçildiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının, yöneticilerin organize etme konusundaki görüşlerinden yapılan alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

*“...her komitemizin içinde mutlaka bir yönetimden müdür birde başhekim yardımcısı oluyor. Yani belli bir süreçten sonra mesela komiteye, her yıl işte yılda üç kez toplanıyoruz, her yıl aynı konuları konuşuyoruz, biz orda enfeksiyon verilerimiz falan, biraz çok cazip gelmeyebiliyor, onlara vesaire. Problemlerde dile getiriliyor ama işte kişiye göre değişiyor yani yöneticinin ilgi alanına değilse çok hani şey yapmayabiliyor. Veya toplantılarda hani katılma durumlarında biraz sıkıntı yaşayabiliyoruz. Müdürler çünkü yoğun oluyor, başka toplantılara denk geliyor. Başhekim yardımcısının mesai işleri olabiliyor ama genel olarak ikisi de müdür, müdür yardımcısı veya işte yanından birisini mutlaka temsilen gönderiliyor, yazılı olarak da iletiyoruz mutlaka EBYS ile alınan kararlar, yapılması gerekenler, düzeltilmesi gerekenler vesaire gibi onlara da iletiyoruz onlarda başhekimliğe ulaşıyor yani...” (06-SBH-Hemşire).*

“...10’a yakın komite var, 15 tane ekip var. Yani hepsi bir şekilde yedi komitede görevli olmuş oluyor aynı zamanda. Bir sürü evrak işi var, çok yoğun hani haklılar o konuda. Belki bu komite çalışanları performans ya da ek ödeme verirse gene motive olabilir insanlar. Mesela iş sağlığı Komitesi. Çok karmaşık benim hani en çok midemi ağrıtan konular. Çok bambaşka mühendislik şeyi isteyen, İSG uzmanımız yok, bir sürü bizi bağlayan yasal şeyler var. Hani sonuçta şeyi bundan baştabip yardımcısının bu konuyla ilgili bilgisi yok yani ekstra iş yeri hekimliği sertifikası almamışsa kendisine, hani böyle bir şeyi bilemez yani. Bir sürü asıl yanlış şeye imza atıyor bile olabiliriz bilmeden...” (07-SBH-Hemşire).

“...hasta güvenliği, çalışan güvenliği, tesis güvenliği, iş sağlığı güvenliği gibi ama onun dışında birçok standartın içinde şu komite olmalıdır vesaire diyor. Mesela komiteler standartlara bağlı olarak görev tanımları belirli olan komitelerimiz var. Bir de mevzuatlar gereği hastanelerde olması gereken komiteler, işte ekipler var, hepsinin bir dayanağı var. Yöneticilerden kişilerin toplantıya katılmasını sağlıyoruz. Hatta mümkünse komite başkanı olarak yönetimdeki kişiyi seçip, hani söz hakkı, yetki vesairesini kullanmasını istiyoruz. Çoğu komite de öyle ama genelde dediğim gibi yönetimden kişilerin katılmasını sağlıyoruz...” (08-SBH-Hemşire).

“...Ben çalışan sağlığı güvenliği komitesi üyesiyim. Hastane idaresinden belirleniyor, görevlendiriliyorlar. Tabii bazen gönüllülük esası olarak da olabiliyor ama görev verilirse yerine getirilir. Çünkü o da bir sorumluluktur. Hangi komite olursa olsun sadece belirli bir birimi ele almazlar. Zaten o komitenin başlangıcında ilgili uzmanlarla birlikte hastane idarecileri, başhekimleri temsilen bulunurlar. Eğer tespit edilen bir takım aksaklıklar ya da olumsuzluklar varsa bu olumsuzlukların giderilmesine yönelik bir karar ve bir yol haritası belirlenir. Bunun içinde mutlaka zaten kalite birimi idarecileri oluyor. Bununda güzel yansımaları oluyor...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikleri).

“...İSG kurulu var, birim yöneticilerinin dahil olduğu, dahil olması gereken bence onun dışında zaten yönetmelik ile birlikte yasal zorunluluk olarak kimlerin dahil olması gerektiğini belirten bir kurul oluyor bu, yasal olarak yapmak zorundayız zaten. O kurulda işte biz ekstradan bölüm yöneticilerine dahil ediyoruz ki çünkü herkese ulaşabilmek amacıyla. Nasıl oluyor biz o kuruldaki ise çeşitli durumları konuşuyoruz bazı işte iyileştirilmesi gereken faktörler tabii ki konuşuyoruz. Fikri olan yöneticiler fikirlerini paylaşıyorlar. Bu değerlendiriliyor, tabii ki ama bunun nihai kararı yine üst yönetime kalmış oluyor üst yönetimin kararıyla birlikte konu ile ilgili nasıl ilerleyeceği karar veriliyor...” (19-ÖH-İSG Sorumlusu).

“...Kurulda üst düzey yöneticiler var. Hemşirelik ve tıbbi direktörlük var. Hastanede beklentiler, olması gerekenler her şeyi konuşuluyor. Zaten bizim sistemde tüm başvuruları çekip görebiliyorlar. Kendi içinde tüm başvurular incelenerek değerlendirilerek düzeltilecek kriterlere bakılıyor. Ya da iyi olanı daha iyi nasıl yapabiliriz? Her şeye bakılıyor yöneticiler destek veriyorlar...” (27-ÖH-Müdür).

“...kalite standartları kapsamında 4 tane komitemiz var. Hasta güvenliği komitesi, eğitim komitesi, tesis güvenliği komitesi ve çalışan hakları komitesi. Kimlerden oluşuyor, bir kere mutlaka hastane yöneticilerimiz oluyor, başhekim yardımcılarımız mutlaka oluyor, bir ya da iki başhekim yardımcımız oluyor. Hasta güvenliği komitesinde dekanlıktan personel müdürümüz oluyor, yine başhekim yardımcılarımız var. Hasta güvenliği komitesinde bilgi işlemci arkadaşlarımız var, radyoloji var, yani hemen hemen her majör birimleri temsil edebilecek arkadaşlardan oluşuyor. Dediğim gibi yılda 4 defa toplanıyoruz ve olay bildirim ile ilgili olarak dönüşleri de komiteler üzerinden götürüyoruz. Kök neden analizleri yapılıyor, onları da takip ediyoruz DÖF açıyoruz ve DÖF kapatıyoruz...” (31-ÜH-Hekim).

“...konu ile ilgili kişiler, ya paydaşlar diyelim konu ile ilgili, paydaşlardan seçiliyor, uzman kişiler olabiliyor komitede, bilen konuyu bilen. Görev tanımları da üst yönetim tarafından belirleniyor yine, yani o grup içinde belirleniyor muhtemelen. Kalite biriminin yaptığı şey bu şekilde. Gündem tabii ki hasta komitesiyse, hastanın güvenliğini ilgilendiren her şey, bu hasta güvenliği komitesinde konuşuluyor. Biz de fikrimizi söylüyoruz ben de hasta güvenliğini aksatan herhangi bir şey gördüğümde mutlaka söylüyorum. Tabii değerlendiriliyor, o zaten kalite birimi tarafından raporlanıyor, imzalar alınıyor. Ertesi bir sonraki toplantıda neler yapıldı, neler yapılmadı, hatta bize de mail olarak da gönderiyorlar...” (38-ÜH-Hemşire).

### 3. Yürütme

Yöneticiler kalite çalışmalarında planlama ve organize etme aşamalarından sonra kalite süreçlerinde yürütme faaliyeti yoğun kullanılmakta olup, her üç hastane grubunda da yöneticilerinin yürütme faaliyetlerini gerçekleştirirken genel olarak destek olunduğuna yönelik söylemler bulunmaktadır. Ancak bazı olumsuz görüşlerde yer almaktadır. Ayrıca, her üç hastane grubunda da yöneticilerin kalite süreçlerine hakim olmaları gerektiği, kaliteye destek olurlarsa kalite birimlerinin işlerini yürütmesinin daha kolay olacağı, sınırlı mali kaynağın yönetimi konusunda yöneticinin işlevlerinin kısıtlandığı gibi konuşmalar vardır. Genel olarak her üç hastane grubunda da yöneticilerin kalite uygulamalarına önem verdikleri belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının yöneticilerinin yürütme faaliyetlerine yönelik görüşlerden alıntılar aşağıda sunulmuştur.

*“...bu algı yani mesela hastanedeki hekim boyutundaki yöneticiler kaliteyi gereksiz bir birim olarak gördükleri sürece bu sorun kolay kolay çözülebilir gibi durmuyor. Yani dediğim gibi onlarda böyle bir bilinç olacak ki yöneticilerde bu bilinç olacak, birim yöneticilerine bu bilinci aşılacak, oda kendi altındaki ekibine bunu aşılacak sorun bu şekilde çözülür ama bizde henüz kaliteyle ilgili bilinç yok...” (03-SBH-Hemşire).*

*“...Ama yönetim genel anlamda işi bir an önce halletme boyutunda bakıyor. Kalite süreçlerinde de öyle, yani bu iş bir an önce hallolsun ama genel çözüm olmuyor. Bazen gününbirlik çözümler üretiliyor veya kalite süreçlerinde daha çok işin alt kademeleri hep bu işi tamamlama peşinde oluyor. Ama yönetim çok hani işin içine girmeden hallolsun ve bize öyle söylüyor bize sorun iletmeyin boyutunda. Belki onlarda kendi çapında haklılar yani işi dahi hızlı yürütebilmek boyutuna bakıyorlar...” (06-SBH-Hemşire).*

*“...nasıl çözeriz ya da mesela ben hastanenin afet sorumlusuydum bir ara, o konuda benim toplanma alanım yoktu. Kalite toplantısı yapıldı. Ben onu direkt sundum, benim toplanma alanım yok, binadan uzak, bunu oluşturmamız lazım demiştik. Karşıda hastanenin otoparkı vardı, bir kısmını bize ayırdılar. Çadırlarımız için konteynırlarımız için ayırdılar, şimdi yeni binadan dolayı gerek kalmadı. Yani bu şekilde çözüyorlar, hastane yönetimi çoğunlukla bu kalite toplantılarında dile gelen şeyleri çözmeye çalışıyor...” (15-SBH-Radyoloji Teknikeri).*

*“...Üst yönetimin rolü aslında ellerinden geldiklerince tabii ki desteklemek istiyorlar ama iş sağlığı güvenliğindeki uygunsuzluklar biraz daha şöyle oluyor, biraz daha tesis yönetimi ile ilgili olduğu için daha çok bütçe gerektiren konular oluyor. İşte atıyorum sizin yangın algılama sisteminiz çalışmıyorsa bunlar yani işte 500 bin liraya çıkan miktarlar oluyor. Belki o yüzden uygulamak daha zor oluyor. Biraz daha süreç alıyor, biraz daha maliyet gerektiriyor...” (19-ÖH-İSG Sorumlusu).*

*“...bizim hastanede yöneticilerimin kalite ile ilgili ya da bir düzenleme ile ilgili fikirlerimizi kaile aldığı düşünüyorum. Yani ya da öyle değil bize fikir alışverişi yapabiliyoruz. Mesela böyle olması gerektiğine inanıyorum, rahatlıkla mesela ben bir üst yöneticimin yanına gidip, hani burada böyle böyle yapıyoruz ama bunun böyle yapabilir miyizi sunuyorum. Onlarda değerlendirmeye alıp hani uygunsa ya da böyle değil de evet güzel ama böyle de olabilir, bunu ortak konuşup, çözümü üretebiliyoruz. Hani bizim kurumda bu mümkün, ben buna inanıyorum ve böyle olduğunu düşünüyorum. Yöneticilerin de hani kalite konusunda*

*destekçiler, destek oluyorlar. Hani fikir alışverişlerine açıklar, aklımızdan geçeni rahatlıkla söyleyip hani ona çözüm üretmeye çalışıyor, yapıcılar yani, o yüzden ben burada yöneticilerle ilgili kalite alanında sıkıntı olduğunu düşünmüyorum...” (22-ÖH-Hemşire).*

*“...bizim yönetimimiz enfeksiyon kararlarına olsun, çok uygulamalarına olsun çok destekçi, karşıt bir yönetim değil. Ben çok rahatlıkla yaptırılabilir yani söylediklerim ya da onaylayabiliyor hani. Çok aksi çok çok nadir yaşadığımız bir şeydir. Hani onun dışında hiçbir sıkıntı yaşamıyoruz, yani genelde onlar da hani pandemi döneminde sürekli bize enfeksiyon içiçe olduğumuz için sürekli bizim görüşlerimizle yol aldık hani...” (25-ÖH-Hemşire).*

*“...Çok da güzel uygulamalar yapılıyor aslında onların farkına varmış oluyoruz ve bazı yeni mesela talepleri oluyor. İşte yönetime bunu iletelim diyorlar, şunu şunu alabilir miyiz işte şu şunu gördüm, şunu şunu dahil edebilir miyiz kliniğe. Biz de bu vesileyle yönetimi haberdar ediyoruz ve inanın birçok şey alınıyor, yapılıyor, sağ olsun dediğim gibi yönetim her zaman yanımızda. Yönetimin destek olmadığı bir kalite zaten düşünülemez, asla başarılı olamaz kalite yönetim birimi. O nedenle yönetimimizin desteği bize çok şükür var...” (31-ÜH-Hekim).*

*“...öyle şeyler vardır ki özveriyle olacak şeyler, özveriyle olacak şeylerin yapılabildiğini kalite sistemleri kurulduğu zaman gördük. Bunu en üstteki hocamızdan en alttaki personelimize kadar farkına varıyoruz. Zaman zaman motivasyonumuz bozulabilir. İşte burada yöneticilere rol düşüyor. Motivasyonu sağlayacak fonksiyonlara da sahip olması gerekiyor. Bu şekilde mükemmel değiliz ama bir şeyler yapmaya çalışıyoruz...” (35-ÜH-Müdür Yardımcısı).*

*“...Burada üniversite hastanelerinde çok başlı bir sistem var. Sağlık Bakanlığı'nda hastanenin yönetimi tamamen başhekimliğe bağlıdır ve tek bir yerden karar çıkar. Bizde öyle değil hastane müdürlüğünün vermiş olduğu karar başhekimlik bilmiyor, başhekimliğin vermiş olduğu kararı dekanlık onaylamıyor, dekanlığın verdiği kararı anabilim dalları karşı çıkıyor. Bizdeki en büyük sıkıntı bu hâlbuki herkes tek bir yerden karar çıkıp bunu uygulamaya aldığı anda, tüm hastanede herkes yapması gereken her işi bilir, üzerine düşeni yapar. Ve kime ne şekil soru soracağımızı, sıkıntıyı nereden çözebileceğimizi, kalitede aksayan işler nedir, ne değildir, bunu nasıl çözeriz, bu konu ile kim ilgilenir, bu şekilde ekipler kurulmalı. Ama hastane müdürlüğü de bu konuda çok yetersiz kalıyor, yönetimde bu konuda yetersiz kalıyor...” (43-ÜH-Hemşire).*

#### **4. Eşgüdüm (Koordinasyon)**

Yöneticilerin kalite uygulamalarına ilişkin yönetim süreçlerinde eşgüdüm (koordinasyon) faaliyetlerini gerçekleştirdiği, sağlık çalışanları yöneticilerin bu faaliyetleri yürütürken koordine etmenin gerekli olduğu, ayrıca yöneticilerin habersiz denetim yapmalarının önemi

üzerinde görüşler bulunmaktadır. Her üç hastane grubunda da yöneticilerin kalite koordinasyon faaliyetlerine önem verdiklerine yönelik söylemler bulunmaktadır. Katılımcıların konuya ilişkin görüşlerinden yapılan alıntılar aşağıda gösterilmiştir.

*“...Ya bir kere takip dediğim gibi yine takip edilmeli, takip edilmiyorsa gerekirse bir yaptırım uygulanacaksa bir yaptırım uygulanmalı. Bir bakıyorsun bunu istedin, bu olması gereken bir şeyse, bu benim işimin bir parçasıysa, ben sorumlu hemşireyim, diyor ki sana senin işin bu, şimdi benden göstergeler için benden formlar istiyor. E ben bu göstergeyi göndermeyip, buna vakit bulamıyorum, çok yoğun çalışıyorum demek benim hakkım değil dimi, bir uyarı gelir, yani bir şekilde o bana yaptırabiliyor hale gelmesi lazım. Bir takip sistemi ve bir yaptırımı da olmuyorsa, şu an dosyaları bir karıştırırım, yani çoğunun yoktur yani hasta imzası, hekim imzası, barkod hepsi altı üstü topladığımızda hepsi bir dakikamızı alacak işler değil gerçekten değil, ama angarya olarak gördüğümüz için yapılmıyor sadece...” (03-SBH-Hemşire).*

*“...mesela ben şeyden yanayım, ne derler spontan alan vizitlerinden, rastgele randomize, diyecek ki işte ben hadi 3. katı bir vizite gideyim. Eskiden yapılırdı bu mesela. Bir anda başhemşire başhekim derdi ki bir bunların vizitine gidelim, yemeğe çıkardı, yemek dönüşü kliniklere uğrardı. Öyle rastgele vizitler yapacak, oradaki çalışan de diyecek ki, en azından şu korkuyu taşıyacak. Her an bu benim karşıma çıkabilir, ben bununla ilgili sürekli temkinli olmak zorundayım, o davranışı sürekli tekrarlayarak zaten artık alışkanlığa dönecek. Ama biz bunu yapamıyoruz. Sıkıntının burada olduğunu düşünüyorum...” (09-SBH-Hemşire).*

*“...Yöneticiler bunların önünü açmamış olsa, mesela hasta polikliniğe geldi. 50 hasta var 2 hasta arasında bekleme süresi ne kadar? Yönetici bunun her gün raporunu ister. Eğer ki çok uzun sürelerle hasta beklemekten dolayı hastaneden kaçıyor ise bu yönetici bunu takip eder. Kalitenin kalite kültürünün en tepeden aşağıya doğru gitmesi lazımdır. Aynı zamanda da en aşağıdan yukarıya doğru, yani bir otoban gibi geliş gidişli olması lazım. Yani tamamen tepeden baskıcı da olamaz, tamamen aşağıdan yukarıya talep eden de olamaz. Aşağıdakini yukarıdaki dinleyecek, yukarının talimatlarını aşağısı uygulayacak...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).*

*“...Hani kalite standartlarımızı hep daha da iyileştirme, yani şöyle söyleyeyim iyiyse standardımız tamsa bile nasıl daha iyi olabiliriz ya da başka nasıl ilerleyebiliriz? Bizim yöneticilerimiz hep bu yönde bakıyor diyebilirim. Hani iyidir aman burası böyle iyi diyip kimse geçmiyor. Ya da başka şekilde nasıl yapabiliriz? Nasıl yapsak daha çok iyi olur gibi. Hep böyle bir araştırma arayış hep böyle bir adım yukarı atlama diyebilirim...” (16-ÖH-ATT).*

*“...Ben hep şunu söylerim: Yönetici ne kadar sahiplenirse o kadar işlevsel olur. Bence en büyük rolü bu ve çalışanları da bunu aşlamak diye düşünüyorum ve şimdi gerçekten bazı*

*şeyler sadece komitede toplandım, tutanak altına aldım, kayıt altına aldım da kalmamalı ki kalmıyor da burada. Gerçekten biz çok bireysel de çalışıyoruz işte bir hata tespit edildi, işte o bölüme değil sadece kişiye kadar inip, kişiyi kadar analiz edip, kişiyle bireysel görüşmeler ve gerçekten kişiye bireysel eğitimlerle ilerletmeye çalışıyoruz. Yeter ki bir şey aksatmayalım...” (18-ÖH-Müdür Yardımcısı).*

*“...alan turları bütün ilgili bölüm sorumluları ile yapılıyor. Eksikler aksaklıklar belirleniyor, raporlanıyor. Düzeltmesi gereken alanlara iletiliyor, ama şöyle oluyor, yaptırım olması için hemen yapılması için bir yetkili tarafından denetleniyor olması gerekiyor. Yoksa hani standart da evet çok iyi ilerliyoruz, öz değerlendirme sonuçlarına göre güzel aksiyonlar alınıyor denemez bence. Benim gözlemim o ama denetim olacak işte bunların tamamlanması gerekiyor dendiğinde, hani normalde 10 günde yapılacak işi 1 saatte tamamlandığı oluyor. Ona göre hareket ediliyor, üstten bir yaptırım olması gerekiyor...” (20-ÖH-Hemşire).*

*“...Mesela sağlıkta kalite standartlarında eczanede ilaçların hasta bazlı olarak çıkmamasından dolayı biz karşılanmıyor aldık o standartı ve hemen bunun üzerine başhekimliğimiz çalıştı ve ilaç paketleme cihazını temin ettiler. Temmuz ayında başlamış olması lazım, şimdi daha alana çıkmadım, gelecek demişlerdi başlamış olması lazım. Kişiye özel olarak oradan çıkıyor, yani bu gerçekten benim için çok önemli bir şey. Yani çabalamaları bile çok önemli, hemen söyledim karşılanamıyor alınca hemen toplantıda söyledim, hemen satın alma sürecini başlattılar. Onlarında elinde olan şey yok, mümkün olduğunca yapmağa çalışıyorlar...” (31-ÜH-Hekim).*

*“...Benim hep inandığım şey şudur yönetici kim olursa olsun, ister hemşire yönetici, ister diğer yöneticiler, bir işe sahip çıkıyorsa sahipleniyorsa, kendi altında çalışanları da bir şekilde motive edip ya da sürekli sorgulayıp, sürekli denetleyip onların da sahip çıkmasını sağlayabilir diye düşünüyorum. Buna inanıyorum. Bu sadece kalite içinde değil yani...” (37-ÜH-Hemşire).*

*“...bence hastanelerin işletmeciliğini ya da yönetimlerine tamamen başhekimliğe bırakıp ve bunların denetimleri tamamen Sağlık Bakanlığı'nda olmalı. Eğitim işleri üniversite hastanelerinde evet dekanlık kalmalı, akademik personel ve öğrenci işleri tamamen dekanlığa, dekanlık ayrı tutulmalı. Ama tüm hastanelerin yönetiminde bakanlık söz sahibi olmalı. Böyle çift başlılık hem çalışanı çok zorluyor, hem hastayı, hem de tayin olaylarını mesela üniversite hastanelerini giriş var çıkış yoktur. Her konuda çok sıkıntı yaşıyoruz. Sağlık Bakanlığı'nda tanınan haklarından da yararlanamıyoruz aynı hizmeti sunuyoruz...” (43-ÜH-Hemşire).*



## 5. Kontrol

Yöneticilerin kalite uygulamalarına ilişkin yönetim süreçlerinde kontrol faaliyetlerini kullanmaktadır. Sağlık çalışanları yöneticilerinin bu faaliyetlerini yürütürken yaptırım uygulanmasının gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Her üç hastane grubunda da yöneticilerin kontrol faaliyetlerine yönelik söylemler bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının yöneticilerinin kontrol fonksiyonu görüşlerine yönelik atıflar aşağıda sunulmuştur.

*“...Kalitenin bir de yaptırımı yok, bu hani şey etki etmiyordu uzun bir süre puanı etkilemiyordu. Şimdi herhalde etkiliyormuş. Ama bu da tabii çok göze çarpan şeyler değil yani ek ödeme zaten uzun süredir mesela biz almıyoruz. Hani ha olmuş ha olmamış şimdi çalışan da diyor ki yani ne yapayım ben 60 da alsak aynı 80-100 de alsak da aynı bana bir şey değişmez diyor. Mesela bu da mesela değiştirilebilir yani çünkü biz sonuçta bir puan alıyoruz. Çalışanlara bir şey bu ek ödemenin daha fazla olması onları da gayretlendirir güçlendirir yani...” (02-SBH-Hemşire).*

*“...Ben bebek dostu komitesinde görevliyim. Yönetim tarafından sağ olsun eğer bir şey gerekiyorsa hemen yapalım derler, hiçbir zaman yardımlarını eksik etmezler. Özel hastanelerde herkes sorumludur. Ve eğer o kişi o sorumlu olduğu şeyden hata yaparsa tekrar eğitim verilir. İkinci eğitim üçüncüye artık derler ki, sana bir yaptırım yapacağız. Mesela ben özel hastaneden geldim. Mesela bir doktor üçüncü kez hata yaptığı zaman kalite standartları gereği, maaşında eksiltme yapılırdı, dikkat etsin diye...” (04-SBH-Hemşire).*

*“...mesela güvenlik cerrahi kontrol formlarında bir ara sıkıntı yaşamıştık. Mesela anesteziistler doldurmuyordu. Mesela boş bırakıyorlardı, bana ne, ben mi dolduracağım kim dolduracak falan diye. Tabii o eksik olunca bir iki kere konuyu ilettik tabii baştabipliğe mesela. Daha sonra baştabiplik müdahale etti. Hani o zaman şey yapmayı elimizde böyle somut veri olunca aslında yönetim katkı sağlıyor...” (07-SBH-Hemşire).*

*“...Dışarıdan gelen yöneticilerin bununla ilgili bir yaptırım ya da öneri boyutundaki bir şeyi şu an kabul edilemeyecek durumda. Belki pandemi diyebilirsiniz, normal sürece geçtiğinizde bu hastanede ne zaman ki eğitim klinikleri kurulur? Ne zaman ki bütün yöneticilere kalite ile ilgili eğitim verilir? Bütün yöneticilere derken herkese böyle herkes bilmiyor anlamında söylemiyorum bunu, ukalalık da olsun demiyorum ama hani belki sürecin başından beri içinde olduğum ve farklı farklı konumlarda olduğum için söylüyorum. Kalite her zaman bir böyle sırtımızda yük gibi görünüyor...” (11-SBH-Müdür).*

*“...Şimdi puanlama sistemi kaldırıldıktan sonra birçok hastane açıkçası nasıl olsa yaptırım yok. Bir puanlama yok biz katkı payımızı nasıl alıyoruz vesaire gibi şeylerle biraz şey*

yapabiliyor, çalışmalarını geciktirebilir açıkçası. Bence bir yaptırımın tekrar geri gelmesi iyi olurdu. Yani ek ödemeyi etkilemesi? Yani nasıl bir yaptırım olur bilmiyorum. Belki ceza, para cezası olur başka ceza olur bilmiyorum...” (17-ÖH-Müdür Yardımcısı).

“...Yani onlarda yapabileceğini söylüyor, yapamayacağını söylüyor. Mesela yani bu beni aşar, bu merkeze taşınır diyor. Oradan onay gelmesi lazım ya da merkez asla onay vermiyor diyor. Başka çözüm bulun diyor, bunu da net söylüyor. Başka çözümler oturup düşünüp hep birlikte çözdüğümüz oluyor yani şeffaf. Çok şeffaflar, yani genel müdür, genel müdür öyle olmaz. Daha gizli arkalarda olur aslında bence. Genel müdür ama karşınızda konuşabiliyorsunuz bu kadar şeffaflar. Sıkıntı yok yani...” (23-ÖH-Hemşire).

“...hedef hep daha üstü. Ama malumunuz bir tamirat da demeyeyim ama yapılanma sürecindeyiz. Bu biraz bizi tabii sekteye uğrattıyor ama yine de üst yönetimimiz, çalışan ekibimiz canla başla hizmet veriyor...” (41-ÜH-Tıbbi Sekreter).

“...Dekanlık eğitim boyutuyla çok fazla ilgileniyor, onların da akreditasyonları var. Yani onlar da farklı boyuttan kalitenin içine girmiş bulunuyorlar, eğitimin kalitesini arttırmak için yani. Ama hani başhekimlik bir tık daha uyumlu, çünkü hastanenin genel işleyişi onlardan sorumlu. Hastane müdürlüğü de şu şekilde, işlevlerini yerine getirmek için onlara ihtiyacımız var, destek hizmetler de, onlarda adapteler. Ben iyi görüyorum evet onlar daha koordineli gidiyorlar...” (44-ÜH-Hemşire).

#### 4.1.2.3. Çalışan Yaklaşımı Temasına İlişkin Bulgular

Sağlık çalışanlarının çalışan yaklaşımı ana temasına ilişkin görüşleri; görev, yetki ve sorumluluk, hataları önleme ve diğer çalışanlarla iş birliği olmak üzere üç alt temada incelenmiştir. Katılımcıların, kalite çalışmalarına yönelik görüşlerinin dağılımı Şekil 4.12’de ayrıntılı olarak verilirken çalışan yaklaşımı boyutuna ait sözcük bulutu Şekil 4.13’de gösterilmiştir.

Kod Sistemi	ÜH	SBH	ÖH	TOPLAM
Çalışan Yaklaşımı				0
Görev, Yetki ve Sorumluluk	●	●	●	33
Hataların Önlenmesi	●	●	●	24
Diğer Çalışanlarla İşbirliği	●	●	●	29
Σ TOPLAM	28	29	29	86

Şekil 4.12: Sağlık çalışanlarının çalışan yaklaşımı temasına ilişkin görüşlerinin dağılımı



“...Şimdi en çok etkilenen grup tabii burada hemşireler oluyor. Çünkü biz kalite olarak zaten hani kendi yapımıza da baktığımızda işin içinde daha çok hemşireler oluyor. Ha elimizden geldiği kadar doktor kanalıyla da görüşüyoruz. Onları da işin içine katıyoruz. Şu anda en çok etkilenen grup hemşireler, sorumlular özellikle birim sorumluları, idari sorumlular yani bunlar kalitenin içine mecbur giriyorlar. Özellikle idari sorumlu hekimler aslında çoğu zaman girmek istemiyorlar, ama idari sorumlu oldukları için mecburen girmek zorundalar. Çünkü biz DÖF olduğunda ya da bir toplantı olduğunda ilk kişimiz idari sorumlulardır, ondan sonra sorumlu hemşirelerdir...” (05-SBH-Hemşire).

“...mesleki açıdan en öncelik veren grubun her zaman hemşire grubu olduğunu düşünüyorum. Hatta diğer meslek gruplarınınkini de takip eden hemşire grubu, hani şu formu doldurmadınız yani şunu mutlaka yazmanız gerekir vesaire yani temizlik personelinin temizlik formlarını işte çetelesini tutarken bile yine bir hemşirenin gözetiminde ve takibinde oluyor. Yine hekimin mesela onamı alıp almadığı vesaire yani bu kalite evrak doküman işlerinde hemşirenin çok bir toparlayıcı rol üstlendiğini düşünüyorum...” (12-SBH-Hemşire).

“...Bizim burada mesela yöneticimizin ve hizmetli personelimize kadar herkes yaptığı işin sorumluluğunda olduğu zaman bir de işin kutsallığı vardır. Yani işi ben iyi yapıyorum ama öteki pek öyle değil. Kişiler bazında zaten kalite sorgulandığı zaman olmuyor. Sistem ile birlikte kişiye entegre etmek lazım. Her kim gelirse gelsin o entegrasyona girecek. Ya da ayıplı mal, özürlü mal, üretmemek için gayret sarf edilecek...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).

“...genel olarak kalite formları vesaire her şeyden hep hemşirelik üzerinde. Hani her şeyi daha çok hemşirelik yapıyor bu konuda da. Mesela formları hemşirelik tam dolduruyor bütün her şeyin üzerinden kontrol için bile hemşirelik geçiyor. Hemşireliğin üzerine düşen rol daha fazla, diğer bölümlere göre. Doktorlar yoğunluktan oluyor, başka bir sıkıntı oluyor, bir şey oluyor, hani unutsalar bile işte hocam unuttunuz dolduralım ya da birlikte dolduralım vesaire hemen hemşirelik rol üstleniyor...” (16-ÖH-ATT).

“...şöyle sahaya baktığımda, çalışma prensiplerine baktığımda, ya hemşirelerin bu işi daha özveriyle daha benimseyerek yaptığını bu kalite çalışmalarını, daha içinde olduğunu, daha benimsediklerini, davranışa geçirdiklerini görüyorum ama hekimlerin bu konuda birazcık daha işte bizim söylemleriniz ihtiyaç olduklarını ya da işte yaptırmanız gerektiğini hani başhekimlik ayağında bunu gözlemliyoruz. İşte order yazılmasında, işte onamların, taraf işaretlemelemlerin, o yüzden kendimizce tedbirler alıyoruz. O kısımlarda birazcık sıkıntılı ilerlediğimiz doğru, hekimlik ayağında...” (23-ÖH-Hemşire).

“...Ben mesela işte göğüs cerrahı olduğumu var sayalım. Bakıyorum işte whats cerrahilerinde kanama oranı diğer arkadaşlarımdan yüksek, buna uygun belki bir ekstra eğitim almamı sağlıyor. Kendimi geliştirmeme o alana daha çok dikkat etmemi sağlıyor. Bu beni daha iyi bir cerrah yapar. Keza hemşire arkadaşlarımızda da aynı, işte venipuncture hematoma bakıyorum diğer arkadaşlarımdan daha yüksek benim, gidip konuşma imkanı sağlar ya demiş işte hani sen daha iyi yapıyorsun, sen neye dikkat ediyorsun da, ben neyi atlıyorum. Bunlar çok medeni şeyler yani ve gerçekten insanın mesleki olarak da ileriye götüren şeyler artı kendi eksikliklerini fark eden kişi dışarıdan sertifikalandırılabilir eğitimler aldığı zaman kendi mesleki ilerlemesi için de yani özgeçmişinde içinde çok güzel adımlar atmasının sağlayan şeyler...” (26-ÖH-Hekim).

“...Bizde her anabilim dalında farklı hocalar işte bir sürü hoca, bir sürü ekip, hani nasıl söyleyeyim, dikte ederek hiçbir şey yaptırılmazsınız insanlara. Yani o çok aslında doğru da değil dikte etmek ama, ben dün başladım bugün devam ediyorum hala bu kalite sistemini en iyi yürüten grubun hemşireler olduğunu düşünüyorum. Kesinlikle hemşireler üzerinden gidiyor, tabii ki kendi gönlünü vermiş uğraşan hocalarımız parmakla sayarız var ama hemşire ekibi olmasa kalite malite yürümez düşüncesindeyim...” (37-ÜH-Hemşire).

“...Rollere gelirse hemşirelerin çok daha kalite yani kalitenin paydaşları var, hizmet verenler kalitenin artırılmasına dair aktif rol alma açısından hemşirelerimizin çok daha aktif olduğunu biliyorum. Bu şu anlamda çok iyi, sahayı birebir bilen sahadaki eksikleri ve sıkıntıları yansıtan, anlayan, önemli bir paydaş hemşireler. Hekimlerimiz olsa onların belki başka olacaktı, ama öyle ki hemşirelikte şunu görüyoruz. Hem hekimin sıkıntılarını ve gereksinimlerine ortaya koyabiliyor, hem kendi mesleki tabii ki o ayrı, hem de hastaninkini koyabiliyor. Aktif görev alan hemşireler, hekimler yok...” (40-ÜH-Hekim).

“...Yani kurumumuzda şöyle bir algı vardı baştan. Sanki kalite işi hemşirelerin işi gibi ama son zamanlarda bu şeyde algıda yıkılmaya başladı. Herkes sahip çıkıyor. Onam formlarını çalışıyoruz, standarda uygun, mesela bunu hekimler yapıyor. Artık tüm anabilim dallarında başhemşire, hekim, teknik hizmetlerden birisi herkes ortak rol alıyor ve herkesin katılımı ile gerçekleşiyor. Temizlik yapan personelden teknisyen, hekim, diyetisyen hepsi aktif olarak rol alıyor süreçten etkileniyor ve etkiliyor...” (45-ÜH-Hemşire).

## 2. Hataların Önlenmesi

Kalite süreçlerinde yer alan tüm uygulamalarda kontrol etme ile hataların önlenmesi önemli bir basamaktır. Oda sıcaklıklarının kontrolü, ilaçların kontrolü, enfeksiyonların kontrolü, hasta güvenliği kontrolü, çalışan güvenliği kontrolü, temizlik kontrolü gibi faaliyetler

hataların önlenmesine verilen örneklerdendir. Her üç hastane grubunda da hataların önlenmesine yönelik ve kalite süreçlerinde yapılan tüm işlemlerin kayıt altına alınmasına yönelik görüşler bulunmaktadır. Yasal süreçte kayıtların çok önemli olduğu, kanıt niteliği taşıdığı katılımcılar tarafından söylenmiştir. Her üç hastane grubunda da hataları önlemeye ilişkin uygulamaların olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların konuyla ilgili alıntılarına aşağıda yer verilmiştir.

*“...en son öz değerlendirmemizde hekim grubu arkadaşlara söyledim işte, onamlarınıza dedim kaşe basın dedim, işte orderların altına dedim kaşe basın dedim. Çünkü ben hemşire dosyasıyla hekim dosyasını ayırdım. Kimse kimsenin açığını kapatmasın diye. Onun açığı onun açığıdır, hemşire dosyalarıyla hekim dosyalarını ayırdım, yani hiçbir şekilde de hemşirenin, doktorun eksikliğini de hemşireye tamamlamıyorum. Sonra öz değerlendirme de de söyledim. Bakın denetime gelecekle dedim, geçen dosyalarınızda eksiklikler oldu yani işte orderlarınıza kaşe basın işte şey yapın diye. Almış dosyayı basıyor diyor ki dönerlerin artsın diye uğraşıyorum diyor. Döner yani bu bakış açısı var maalesef...” (03-SBH-Hemşire).*

*“...mesela kalite birimlerinde hemşireler çalışıyor, ya hekim olmalı yani, ya da ne bileyim kalite direktörü hekim olmalı ya da baştabip yardımcısı olmalı askeriyedeyken öyleydi baştabip yardımcısı kalite direktörüydü. Birebir katılıyordu, kontrol ediyordu, çünkü öyle olduğu zaman yönetimden birisi de bu işi yaptığı zaman hem çalışanlar bunu daha çok yapıyorlar hem de biraz hani bakınca sanki bu hemşirenin işiymiş gibi gözüküyor. Bu bir hemşire işi değil aslında, bunda yani her meslek grubundan bir işi olabilir...” (07-SBH-Hemşire).*

*“...onam formları açıkcası benim açımdan çok mantıklı bir sistem. Çünkü hem hastayı koruma altına almış oluyoruz, hem yasal olarak da hem de kendimizi koruma altına almış oluyoruz, hem de hastane yönetimini koruma altına almış oluyoruz ki onam süreci mesela biz de girişimsel radyoloji ve anjiyo var. Anjiyoda biz hastaların hepsine bilgilendirmiş rıza belgesi, onam formu alıyoruz hastalardan. Asistan hekimimiz hasta yakını ve hastaya tek tek bilgisini verir, onam formunu doldurtur, imzalatır ondan sonra hasta işlemi kabul ediyorsa alınır. Ya bence çok mantıklı kalite içinde tamam bizim için çok uzun bir süreç oluyor, bizi yoruyor, çoğunlukla ekstra bir külfet oluyor, ama bence mantıklı...” (15-SBH-Radyoloji Teknikeri).*

*“...onam konusunda sıkıntı yok ama hani kalite çalışmaları kapsamında hekimlerin yeri nedir diye sorarsanız tabii ki içine dahil etmeye çalışıyoruz. Hekimler yoğun tempo çalıştıkları için hani çok detaylı bir şey olmuyor anca işte birebir yanına giderek hocam işte böyle bir uygulama var bilgisayarınızda kontrol edebilir miyiz? İşte gibi şeylerle yapmasını sağlamaya*

*çalışıyorum kendi adıma açıkçası. Hani birebir iletişimle katılmalarını sağlayama çalışıyorum ve kesinlikle destek veriyorlar...” (17-ÖH-Müdür Yardımcısı).*

*“...kalite süreci ya da belgelendirme süreci bu SKS olsun JCI olsun. Bu sürece girdiğinizde faydayı bütün meslek grupları görüyor esasında. Çünkü nihayetinde evet ben iyi iş yapıyorum ve güvenli hizmet veriyorumla ilişkiliniyor. Bu biraz sistemin o işi canlı tutmasıyla da alakalı. Eğer bunu 3 yılda bir JCI için alevlenen bir halde tutuyorsanız önce hekimler vazgeçiyor zaten bu işten. Yorma beni çünkü zaten hastam çok. Senin dediğin gibi işte hasta ön değerlendirme, son değerlendirme, bu kağıt, yazı, çizi işini yapmam deyiveriyor. Aralarda onu canlı tutmak için hani ufak ufak şeyleri hekimlerle destekliyor olmanız lazım...” (24-ÖH-Hekim).*

*“...Hekimlerimiz, sürece hakikaten yönetimde olan hekimlerimiz dahil, hocalarımız da dahil oluyor artık çok büyük bir grup kaliteyi benimsemiş durumda. Asistan arkadaşlarımızı biraz eğitmek gerekiyor ve kalitenin önemini anlatmaya çalışıyorum. Bugün burada asistansın ama yarın öbür gün başka bir yere gideceksiniz, karşınıza SKS çıkacak. Onun için lütfen yaptığımız SKS eğitimlerine de dahil olun, yaptığımız bu öz değerlendirmelere dikkat edin, işte geldiğimde bir hasta dosyasında onam formuna bakıyorum, imza arıyorum, kaşe arıyorum, saat arıyorum. Bunlar diyorum hep sizler için birer eğitim. Tabi bunları çok alan arkadaş da var. İşin yoğunluğundan dinleyip giden arkadaş da...” (31-ÜH-Hekim).*

*“...SKS zaten ortak bir dil oluşturmak, bu ÖH dahil, üniversitesi hastanesi dahil, devlet hastanesi, herkes aynı standartı yaptığı zaman gerçekten çok önemli. Sağlık bakanlığının yaptığı gerçekten çok önemli SKS'yle beraber, bu çünkü tıbbi hataları da, hasta güvenliğini de, tıbbi hataları azaltıp hasta güvenliğini arttırmış oluyor. Yani oluşturduğu standartlar bence çok yeterli ama tabii ki hani kontrolünü zaten yapıyor denetimlerde...” (32-ÜH-Hemşire).*

*“...İşte farklı kamu kurumları da kendilerine ait kalite standartlarını belirlemişler. Mesela cenaze işlerini risk analizini gördüm. Hani bir ölünün karışmasından tutun, farklı memlekete gönderilmesi, onlar bile risk analizi yapmışlar. Bir cenazeyi gömen kişi bile bu işleri biliyorsa bizim başhekimiz, başhekim yardımcılarımız en az bir on beş gün, bir ay artık ne kadar süre ise yöneticilik eğitime mutlaka gitmeli. Sağlık bakanlığı tüm hastaneleri denetlediği gibi üniversiteleri daha sık denetlemeli bence...” (33-ÜH-Başhemşire).*

*“...hekimlerle işimiz biraz zor. Diğer sağlık profesyonelleri ile daha kolay yani daha açıklar onlar, işbirliğine, eğitime, öğrenmeye, ama hekimlerle biraz savaşımız var. Benim görüşüm bu, içinde olsalar ya mükemmel olur yani. Zaten şey kalite verdiğin işin güvenli olması, zarar vermemesi, kaliteli olması, sağlık hizmeti sunumunda hepimiz bunu istemiyor*

*muyuz? Eşit sağlık hizmeti alma hakkımız var, güvenli sağlık bakımı alma hakkımız var. E bana bunu kaliteli hizmet sunarak vereceksiniz...” (36-ÜH-Hemşire).*

### **3. Diğer Çalışanlarla İşbirliği**

Kalite uygulamalarından sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanları etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının kullandıkları örneğin defibilatörler, monitörler, tansiyon aletleri, pulse oksimetre gibi tüm cihazların belirli zaman aralıklarında iç-dış kalite ölçümleri, kalibrasyonları yapılmalıdır. Ayrıca asansörler, elektrik sistemi, medikal gaz sistemleri, tesisat gibi sistemlerin güvenli kullanımı için kontrollerinin yapılması gereklidir. Tüm bu teknik hizmetlerinde alanında uzman kişilerce kontrol edilmektedir. Dolayısıyla kalite uygulamaları içerisinde teknik hizmetler, temizlik hizmetleri ve güvenlik hizmetleri gibi çalışmalar da önemli bir yere sahip olmaktadır. Her üç hastane grubunda da teknik hizmetlerle ilgili süreçlerde sorunlar yaşandığını ancak iyileştirmelerin beraberinde olduğuna yönelik söylemler bulunmaktadır. Katılımcıların konuyla ilgili atıfları aşağıda sunulmuştur.

*“...kalite hepsini etkiliyor. Temizliğinden, güvenliğinden ondan sonra yemek mutfağından, aşçısından her şeyi etkiliyor. Çünkü bir şikayet olduğunda yemeklerle ilgili bize geliyor. Biz mutfağa gidiyoruz, mutfak aşçıya gidiyor ya da temizlikle ilgili bir sıkıntı olduğunda temizlik kontrol formunu imzalamadıysa biz oranın sorumlusuna gidiyoruz, sorumlusu temizlikle ilgili görevliye gidiyor. Yani aslında kalite burada bütün çalışanları etkiliyor. Hiçbir çalışan diyemez ki burada kalite bana ne diyemez, öyle bir şey yok...” (05-SBH-Hemşire).*

*“...Eğitim düzeylerimiz şöyle hemşirelik için konuşursak, işte 2 yıllık hemşirelik var, 4 yıllık hemşirelik var, lise mezunu hemşirelik var, hemşirelerde eğitim birliği sağlayamamışken biz, bu çalışma birliğini sağlamak çok zor oluyor. İşte hekim geliyor, a üniversitesi çok iyi ama b'si düşük ama 6 yıl okuyor geliyor. Biz öyle olmuyoruz 2 yıl okuyoruz, 4 yıl okuyoruz, liseyi bitiriyoruz. Eğitimde dil birliği sağlanmayınca zaten alanda da birlik sağlanmıyor kendi aramızda. O yüzden de kalite süreçlerinin oturması hemşirelik anlamında zor. Tabii hekimler ne kadar yapıyor kalite süreçlerini, tamam aynı eğitimde ama ne kadar yapıyor? Onlar genelde şöyle diyor, ben işte hasta bakarım, hastayı muayene ederim, süreci söylerim, benim bir sekreterim olur, bir asistanım olur, o yapar tamam yapılsın da ama biri yapsın ben yapmayayım. O kısım o yüzden ilerlemiyor...” (13-SBH-Hemşire).*

*“...Vallahi ben bütün olarak bakıyorum. Bütünün birer tamamlayıcı unsurlarıdır, öyle kategorileştirdiğiniz zaman kalitesizleştiğiniz ortaya çıkar. Ekip yani ben tek olarak ben patoloji bütün olarak görüyorum. Hizmetli personelde kalite bende yoksa bendeki kalite bir*



üstümde emsalimde yoksa zaten benim kaliteli olmamın bir anlamı yok. Kalite meslek statüleri arasında yani bir çimento, bir tutkal yani bunun hekimi öyle bir şey yok. Çünkü herkesin sorumluluğu farklı, sonuçta insan, ama aldığı eğitim, bilgi, donanımı onun statüsünü belirliyor. Kalite prensibi hepimizi bağlıyor...” (14-SBH-Laboratuvar Teknikeri).

“...teknik servis ne güzel böyle insanlarla ilgilenmiyor, cihazlarla ilgileniyor. Ama sonra yıllardır artık bu kurumdayım ya bakıyorum bir teknik servisin bile benimle çok alakasının olduğuna inanıyorum. Hani bir hastanın odasındaki elektrik fişinin bozuk olması ve onu teknik servis yapmamışsa ya, ya çocuk hasta var odada oraya bir şey sokar elektrik çarpar, ya yangın çıkar, ya ne bileyim hep birçok şeye gidebiliyor yani. Biz hep kombineli birbirimize bağlantılı birbirimizden ayrı işler yapmış olsak da bile, bir bütünün parçasıyız gibi olmalıyız. Kalite aslında bunu sağlıyor, standartlar bunu sağlıyor...” (22-ÖH-Hemşire).

“...Teknik ekibimiz çok duyarlı ve çok çalışkan yani, hızlı hızlı çözmeye çalışıyor. Biyomedikal deseniz keza öyle. Onlardan eğitim destekleri de alabiliyoruz biz. Biyomedikalden cihaz eğitimleri alıyoruz, kendileri yetemedikleri durumda firmalardan eğitim alıyorlar. Bunlarda hep SKS nin içinde bulundurduğu standartların, şey o yüzden onları söylüyorum, destekçiler yani çok sıkıntı yaşamıyoruz...” (23-ÖH-Hemşire).

“...mesela temizlik hizmetleri veren arkadaşlarımız uyulması gereken kalite prosedür var. Ya işte şunu yapman lazım, bunu yapman lazım, o ben bununla mı uğraşacağım, işte onu yaparken o eldiveni çıkar, onu tak, ama bir noktada aslında, biz o çalışan arkadaşımızı kimyasal maruziyetten korumuş oluyoruz. Veya mesela işte iğne ucu yaralanmasından korumuş oluyoruz mesela, orada evet belki kolay olan mesela büyük bir çöp torbasını alacağınız zaman şöyle kucaklayıp almak olabilir ama biz ne diyoruz kucaklayıp almayın. Zor bir şey yaptırıyoruz belki zor gibi geliyor ama o çöp torbasının içinde kazara bulunan bir iğne yani o arkadaşımıza da belki çok büyük zararlar verebilir. O yüzden aslında bu bakımdan sadece bu bakımdan bile oldukça koruyucu bir yapısı var...” (26-ÖH-Hekim).

“...Diğer bizim çalışanlar açısından da çok fazla aktif değil. Onlarda da sürekli eğitimlerle yerleştirilmeye çalışılıyor. Sadece hemşire bazında yerleşmiş durumda. İSO belgesinden dolayı yıllarca zaten dediğim gibi hastaneye şeyleri hep hemşirelik üzerinden gidilmiş. Denetimlerden geçmesi, hemşirelerin o dikkatinden dokümanlara çok fazla dikkat ettikleri için, bakıma çok fazla dikkat ettikleri için, yani açıkçası burada hekim bazında bir şey yapılmamış yani hiç doğru dürüst. Bir şey katkıları olmamış, yavaş yavaş başladı...” (32-ÜH-Hemşire).

“...Kalite standartlarının diğer meslek grupları ile ilgili hazırladığı formlar var. Dün kuvöz temizlik formu hazırladım. Mesela gelip 24 saat içerisinde yapılması gereken tüm işler yazılı check-list yapıldı. Karşılığında imzasını mutlaka atmak zorundalar. Hem yaptığı işi hatırlatmış oluyoruz formu okuyarak, hem de denetlendiğinin farkında, onu da mutlaka klinik sorumlu hemşiresi denetliyor. Onun dışında asansörler, ameliyathaneler belirli aralıklarla denetleniyor. Çevre yönetimde mühendis arkadaşımız var. Hepa filtreleri o denetliyor. Belli ölçümler oluyor. Bazen su depolarının mesela denetlenmesi yapılıyor. Belediyeden ilgili kişiler geliyor, belli ölçümler yapılıyor. Yine kayıtlar mutlaka tutuluyor. Kalite denetimlerinde işte depo, su deposu temizlik tutanakları, hepa filtrelerin değerlendirmeleri onlarda mutlaka kayıt altına alınıyor...” (33-ÜH-Başhemşire).

“...Yine teknikerlere gelince örneğin ameliyathane içerisinde tabii ki olmaz personel olmak zorunda, tekniker olmak zorunda, bir odada bilen arızalandı mı hemen oraya yetişmek zorunda, burada böyle bir şansımız yok, teknik hizmetleri arayacağız, bir 15-20 dakika bir yarım saat sonra ancak gelebilecek. Ama orada öyle değil, onlar da şunu istiyor, onların da kalite evrakları var, işimiz arasında biz geliyoruz hemen sistemden isteğini yapıyoruz. Bu da bir kalite göstergesidir. O orada yapıldığını onaylıyor hem yazılı hem sistemden gösteriyor. Formunu da çıkarıp kendi dosyasına kaldırıyor...” (34-ÜH-Hemşire).

“...herkes taşın altına elini koyarsa hekimi, hemşiresi, hasta bakıcısı, idari personeli olması gereken bu. Yani hastayla daha çok ilgilenebilmemiz için, çünkü hasta olmaz ise hiçbirimiz olmayız. Herkes ekip anlayışını benimsemeli, kalitede bunu gerektiriyor. Herkes zincirin bir halkası, fakat biz de öyle olmuyor. Herkes birbirini aşağı görüp bir altındakini ezmeye çalışıyor. Dolayısıyla kalite işini hemşire bazında çok inanmayan sadece evrak doldurma gözüyle bakan kısım var. Hekim hiç inanmıyor, diğer idari personel de zaten kalite anlayışı yok, onu açık ve net söyleyeyim. Dolayısıyla herkesin bir olup aynı kültüre sahip olması gerekiyor ve bu işe inanması gerekiyor...” (43-ÜH-Hemşire).

## 4.2. ARAŞTIRMANIN NİCEL AŞAMASI BULGULARI

### 4.2.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özellikleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kişisel (cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi) özellikleri Tablo 4.3’de, mesleki (meslek, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, kurumda ve meslekte çalışma yılı, kalite eğitimi durumu) özelliklerine ilişkin bulguları ise Tablo 4.4’de yer verilmiştir.

**Tablo 4.2: Sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri**

	Değişkenler	Sayı (F)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Min-Max
Cinsiyet	Kadın	721	71,2		
	Erkek	292	28,8		
	<b>Toplam</b>	<b>1013</b>	<b>100,0</b>		
Yaş	26 ve ↓	304	30,0	33,0±8,9	21-60
	27-36	387	38,2		
	37-46	218	21,5		
	47 ve ↑	104	10,3		
	<b>Toplam</b>	<b>1013</b>	<b>100,0</b>		
Medeni Durum	Evli	449	44,3		
	Bekâr	564	55,7		
	<b>Toplam</b>	<b>1013</b>	<b>100,0</b>		
Eğitim Düzeyi	Ön lisans	182	18,0		
	Lisans	476	47,0		
	Lisansüstü	203	20,0		
	Tıpta Uzmanlık	152	15,00		
	<b>Total</b>	<b>1013</b>	<b>100,00</b>		

*Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, Min-Max: Minimum-Maksimum*

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %71,2’si kadın, %38,2’sinin 27-36 yaş aralığında, ortalama yaş 33 olduğu, %55,7’sinin bekar ve %47,0’sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Sağlık çalışanlarının mesleki özellikleri

	Değişkenler	Sayı (f)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Min-Max
Çalışılan Kurum	Kamu	536	52,9		
	Özel	253	25,0		
	Üniversite	224	22,1		
	<b>Total</b>	<b>1013</b>	<b>100,0</b>		
Meslek	Doktor	228	22,5		
	Hemşire	579	57,2		
	Diğer Sağlık Meslek Üyeleri*	74	7,3		
	Tekniker	132	13,0		
	<b>Toplam</b>	<b>1013</b>	<b>100,0</b>		
Meslekte Çalışma Yılı	5 yıl ve ↓	447	44,1	10,1±8,7	1-40
	6-10 yıl	191	18,9		
	11-15 yıl	137	13,5		
	16-20 yıl	89	8,8		
	20 yıl ve ↑	149	14,7		
	<b>Toplam</b>	<b>1013</b>	<b>100,0</b>		
Kurumda Çalışma Yılı	5 yıl ve ↓	614	60,6	7,0±7,2	1-40
	6-10 yıl	160	15,8		
	11-15 yıl	124	12,2		
	16-20 yıl	49	4,8		
	20 yıl ve ↑	66	6,5		
	<b>Toplam</b>	<b>1013</b>	<b>100,0</b>		
Çalışılan Birim	Özellikli hizmetler	387	38,2		
	Klinikler	271	26,8		
	Poliklinikler	144	14,2		
	Görüntüleme-laboratuvar	86	8,5		
	Diğer	125	12,3		
	<b>Toplam</b>	<b>1013</b>	<b>100,0</b>		
Kalite Eğitimi	Evet	757	74,9		
	Hayır	253	25,1		
	<b>Toplam</b>	<b>1010</b>	<b>100,0</b>		
Evet ise	Hizmet içi eğitim	602	79,5		
	Uzaktan eğitim	107	14,2		
	Diğer	48	6,3		
	<b>Toplam</b>	<b>757</b>	<b>100,0</b>		

Ort ± SS:Ortalama ± Standart Sapma, Min-Max:Minimum-Maksimum, \*Diğer Sağlık Meslek Üyeleri:Psikolog, Diyetisyen, Eczacı, Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı vb.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %52,9'unun kamuda görevli, %57,2'sinin hemşire, %38,2'sinin özellikli hizmetlerde (ameliyathane, acil, hemodiyaliz, yoğun bakım vs.) görevli, %74,9'unun kalite eğitimi aldığı, eğitim alanların %79,5'inin hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yılı değişkenine baktığımızda, %44,1'inin 5 yıl ve altında hizmeti olduğu (ortalama 10 yıl), kurumda çalışma yılı değişkeni ise %60,6'sının 5 yıl ve altında (ortalama 7 yıl) görev yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

#### **4.2.2. Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü Geçerliliği**

Araştırmanın nitel aşamasından elde edilen bulgularla geliştirilen “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü”nün kapsam geçerliliği, pilot uygulama, ve yapı geçerliliğine yönelik bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

##### **4.2.2.1. Kapsam Geçerliliği**

Araştırmada sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla geliştirilmesi hedeflenen “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü”nün madde havuzunda yer alan maddelerin amaca uygunluğu ve anlaşılabilirliği açısından değerlendirmek üzere kalite akreditasyon değerlendirici, kalite değerlendiricisi, yönetici ve akademisyenlerden oluşan 18 uzmandan Davis tekniği ile görüşleri alınmıştır. Davis tekniği uzman görüşlerini;

- (a) “uygun”
- (b) “madde hafifçe gözden geçirilmeli”
- (c) “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli”
- (d) “madde uygun değil” şeklinde dörtlü derecelendirmektedir.

Ölçekte yer alan her madde için tüm uzman formlarındaki (a) ve (b)'lerin toplamı, toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam Geçerliliği Oranı (KGO) elde edilir. Eğer KGO 0,80 ve 0,80'den büyük ise madde kapsam geçerliliği açısından yeterlidir. Düşük KGO'na sahip maddeler çalışmadan çıkartılır. Davis tekniğinde, en az 3 (üç) en fazla 20 uzman önerilmektedir.

Davis Tekniği kapsamında araştırmada 18 uzmandan oluşturulan 61 maddelik madde havuzu için görüşleri talep edilmiş ve KGO ait veriler aşağıda yer alan Tablo 4.4'de verilmiştir.

**Tablo 4.4: Taslak ölçek madde havuzuna ait KGO**

Madde	Uzman Görüşleri				KGO	Madde	Uzman Görüşleri				KGO
	(a)	(b)	(c)	(d)			(a)	(b)	(c)	(d)	
1	16	2	0	0	1,00	32	12	3	0	3	0,83
2	13	4	0	1	0,94	33	15	3	0	0	1,00
3	16	2	0	0	1,00	34	15	2	0	1	0,94
4	14	4	0	0	1,00	35	9	8	0	1	0,94
5	10	6	0	2	0,88	36	15	3	0	0	1,00
6	14	4	0	0	1,00	37	13	2	2	1	0,83
7	14	4	0	0	1,00	38	16	2	0	0	1,00
8	17	1	0	0	1,00	39	11	7	0	0	1,00
9	18	0	0	0	1,00	40	15	3	0	0	1,00
10	16	2	0	0	1,00	41	13	3	2	0	0,88
11	17	1	0	0	1,00	42	11	5	2	0	0,88
12	14	2	2	0	0,88	43	14	3	0	1	0,94
13	16	2	0	0	1,00	44	15	3	0	0	1,00
14	16	1	0	1	0,94	45	16	2	0	0	1,00
15	16	2	0	0	1,00	46	18	0	0	0	1,00
16	12	6	0	0	1,00	47	17	1	0	0	1,00
17	10	7	1	0	0,94	48	18	0	0	0	1,00
18	11	6	1	0	0,94	49	17	1	0	0	1,00
19	17	1	0	0	1,00	50	18	0	0	0	1,00
20	15	3	0	0	1,00	51	18	0	0	0	1,00
21	13	5	0	0	1,00	52	17	1	0	0	1,00
22	17	1	0	0	1,00	53	18	0	0	0	1,00
23	7	10	0	1	0,94	54	18	0	0	0	1,00
24	17	0	0	1	0,94	55	15	2	1	0	0,94
25	10	7	0	1	0,94	56	18	0	0	0	1,00
26	17	1	0	0	1,00	57	18	0	0	0	1,00
27	14	3	0	1	0,94	58	18	0	0	0	1,00
28	13	3	1	1	0,88	59	18	0	0	0	1,00
29	17	1	0	0	1,00	60	16	1	1	0	0,94
30	14	4	0	0	1,00	61	17	0	0	1	0,94
31	10	7	1	0	0,94						

**KGO:0,97***KGO: Kapsam Geçerliliği Oranı*

Tablo 4.4’de görüldüğü üzere Davis Tekniği kapsamında KGO 0,97 olarak tespit edilmiş ayrıca 0,80’den düşük madde bulunmamıştır. Dolayısıyla taslak ölçek madde havuzundan hiçbir madde çıkarılmamıştır. Uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda ölçek madde havuzuna 3 madde daha eklenerek 64 madde ile pilot uygulamaya geçilmiştir.

#### **4.2.2.2. Pilot Uygulama**

Örneklem grubuyla aynı özelliği taşıyan 30 sağlık çalışanı ile test tekrar test edilerek ölçek maddeleri yeniden gözden geçirilmiştir. Taslak ölçek, 5’li Likert olarak hazırlanmış, “1” Kesinlikle Katılmıyorum, “2” Katılmıyorum, “3” Kararsızım, “4” Katılıyorum, “5” Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. 64 maddelik taslak ölçeğin 2 maddesi (48,49) olumsuz anlam içerdiğinden ters puanlanmıştır. Taslak ölçeğin puan ortalaması yükseldikçe olumlu tutum, düşmesi ise olumsuz tutum olarak değerlendirilmiştir.

#### **4.2.2.3. Madde Analizi**

Her maddenin performansını değerlendirmek amacıyla taslak ölçek uygun bir örnekleme uygulanmıştır. Kaliteli maddelere ulaşmak amacıyla madde toplam korelasyonları, ortalamaları ve varyansları incelenmiştir.

Öncelikle maddelerin toplam korelasyonu ile madde silindiğinde Cronbach Alpha katsayıları incelenmiştir. Cronbach Alpha değerinde herhangi bir düşüşe neden olmadan toplam korelasyonu düşük olan maddeler “elemeye aday madde” olarak değerlendirilmiştir. En düşük değere sahip aday madde sırasıyla çıkarılarak analizler yinelenmiştir.

Kalite çalışmalarına yönelik tutum ölçeğinin güvenilirlik çalışması için 64 maddenin madde toplam puan korelasyonlarına bakıldığında; korelasyon katsayılarının  $r = -0.069$  ile  $0,778$  arasında olduğu saptanmış ve öncelikle negatif yönde korelasyon güvenilirlik katsayısı olan 1 maddenin (m48) ve daha sonra  $r = .25$ ’in altında olan 1 maddenin (madde 49) daha ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Kalan 62 maddenin toplam korelasyonları  $r = ,302$  ve  $r = ,778$  arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5: Madde toplam korelasyon ve madde silindiğindeki Cronbach alpha değerleri**

Madde	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğindeki Cronbach Alpha	Madde	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğindeki Cronbach Alpha	Madde	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğindeki Cronbach Alpha
m1	,657	,976	m23	,717	,976	m45	,724	,976
m2	,669	,976	m24	,705	,976	m46	,518	,976
m3	,730	,976	m25	,732	,976	m47	,720	,976
m4	,701	,976	m26	,706	,976	m48	-,069	,978
m5	,677	,976	m27	,765	,976	m49	,002	,978
m6	,700	,976	m28	,653	,976	m50	,501	,976
m7	,737	,976	m29	,686	,976	m51	,471	,976
m8	,733	,976	m30	,681	,976	m52	,537	,976
m9	,761	,976	m31	,720	,976	m53	,522	,976
m10	,733	,976	m32	,744	,976	m54	,479	,976
m11	,729	,976	m33	,745	,976	m55	,488	,976
m12	,723	,976	m34	,769	,976	m56	,601	,976
m13	,712	,976	m35	,728	,976	m57	,503	,976
m14	,684	,976	m36	,720	,976	m58	,302	,977
m15	,689	,976	m37	,667	,976	m59	,539	,976
m16	,694	,976	m38	,706	,976	m60	,610	,976
m17	,420	,977	m39	,741	,976	m61	,563	,976
m18	,711	,976	m40	,717	,976	m62	,627	,976
m19	,727	,976	m41	,778	,976	m63	,616	,976
m20	,719	,976	m42	,742	,976	m64	,573	,976
m21	,724	,976	m43	,709	,976			
m22	,720	,976	m44	,710	,976			

**4.2.2.4. Verilerin Normallik Sınaması**

Tablo 4.6’da tekli ve çoklu normallik testi sonuçlarına yer verilmiştir. Bu sonuçlara göre, modelde bulunan tüm değişkenlerin hepsi Shapiro-Wilk normallik testi ile analiz edilmiş olup, Henze-Zirkler çoklu normallik testi ile veri setinin normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir ( $p < 0,001$ ). Ayrıca literatürde normal dağılmayan veriler üzerinden Robust Maximum Likelihood kullanılabilirliği önerilmektedir.



**Tablo 4.6: Normallik testi bulguları**

Değişkenler	Shapiro-Wilk	p value	Değişkenler	Shapiro-Wilk	p value
m1	0,8179	<0,001	m33	0,8245	<0,001
m2	0,7845	<0,001	m34	0,8373	<0,001
m3	0,8043	<0,001	m35	0,8404	<0,001
m4	0,8405	<0,001	m36	0,8216	<0,001
m5	0,8539	<0,001	m37	0,8222	<0,001
m6	0,8123	<0,001	m38	0,8437	<0,001
m7	0,8310	<0,001	m39	0,8306	<0,001
m8	0,8114	<0,001	m40	0,8196	<0,001
m9	0,8327	<0,001	m41	0,8239	<0,001
m10	0,8413	<0,001	m42	0,8176	<0,001
m11	0,8231	<0,001	m43	0,7981	<0,001
m12	0,8311	<0,001	m44	0,8281	<0,001
m13	0,8276	<0,001	m45	0,8022	<0,001
m14	0,8363	<0,001	m46	0,6130	<0,001
m15	0,8134	<0,001	m47	0,8078	<0,001
m16	0,8037	<0,001	m48	0,8688	<0,001
m17	0,3780	<0,001	m49	0,8923	<0,001
m18	0,8477	<0,001	m50	0,7959	<0,001
m19	0,8530	<0,001	m51	0,7897	<0,001
m20	0,8275	<0,001	m52	0,7826	<0,001
m21	0,7982	<0,001	m53	0,7574	<0,001
m22	0,8207	<0,001	m54	0,7540	<0,001
m23	0,8196	<0,001	m55	0,7534	<0,001
m24	0,8182	<0,001	m56	0,8026	<0,001
m25	0,8347	<0,001	m57	0,7708	<0,001
m26	0,8255	<0,001	m58	0,4630	<0,001
m27	0,8323	<0,001	m59	0,8380	<0,001
m28	0,8652	<0,001	m60	0,8104	<0,001
m29	0,8694	<0,001	m61	0,7959	<0,001
m30	0,8671	<0,001	m62	0,8012	<0,001
m31	0,8402	<0,001	m63	0,8218	<0,001
m32	0,8223	<0,001	m64	0,8285	<0,001
<b>Henze Zirkler</b>				5,3531	<0,001

*Shapiro-Wilk ve Henze Zirkler: Normallik Testi*

#### 4.2.2.5. Yapı Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliği ve kaç faktörde toplandığını belirlemek amacıyla açımlayıcı faktör analizi sonrasında oluşan yapıyı test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

##### Açımlayıcı Faktör Analizi

Yapı geçerliliğinin testi için uygulanan en sık yöntem faktör analizidir. Elde edilen verinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığı açısından uygunluğuna Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile Bartlett testi yapılmaktadır. Taslak ölçeğin yapılan analizlerinde KMO değeri 0,976 ve Bartlett küresellik testi  $\chi^2$ : 20624,814; sd:861 ve  $p < 0,001$  olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Bu değerlere göre, değişkenlerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.7: KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi**

<b>Kaiser-Meyer-Olkin Ölçek Geçerliliği</b>	0,976
<b>Bartlett Küresellik Testi Ki kare</b>	20624,814
<b>sd</b>	861
<b>p değeri</b>	0,000

*sd: Serbestlik derecesi,  $p < 0,01$*

Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeğine ilişkin 64 madde bulunmaktadır. Bu maddeler üzerinden faktör analizi uygulaması yapılarak üç faktörlü yapı sergilediği belirlenmiştir. Faktörlerin birbiri ile ilişkili olmasından dolayı “PROMAX” eğik döndürme yöntemi kullanılarak uygulama gerçekleştirilmiştir. Açımlayıcı faktör analizine ait bulgular Tablo 4.8’de verilmiştir.

**Tablo 4.8: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin açımlayıcı faktör analizi bulguları**

Madde	Faktör			Maddelerin Yeni Numaraları
	1	2	3	
m1	0,64			1
m4	0,81			2
m5	0,66			3
m7	0,68			4
m8	0,74			5
m9	0,71			6
m10	0,71			7
m11	0,84			8
m12	0,80			9
m13	0,79			10
m14	0,70			11
m15	0,70			12
m16	0,68			13
m18	0,73			14
m19	0,78			15
m20	0,70			16
m21	0,58			17
m22	0,61			18
m27		0,54		19
m28		0,67		20
m29		0,79		21
m32		0,64		22
m33		0,66		23
m34		0,69		24
m35		0,79		25
m36		0,78		26
m37		0,74		27
m38		0,78		28
m39		0,79		29
m40		0,74		30
m41		0,82		31
m42		0,66		32
m43		0,68		33
m44		0,73		34
m45		0,59		35
m46		0,74		36
m50			0,45	37
m53			0,86	38
m54			0,85	39
m55			0,84	40
m56			0,62	41
m57			0,71	42

*1, 2, 3: Faktör yükleri*

Tablo 4.8’de görüldüğü üzere maddelere ilişkin ifadeler üzerinden 2 kez faktör analizi yapılmıştır. İlk faktör analizi sonucunda faktör ağırlığı 0,40’nin altında olan 22 maddenin (Madde 2, 3, 6, 17, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 47, 48, 49, 51, 52, 58, 59, 60, 61, 62, 63 ve 64. Madde) ölçekten çıkarılması kararlaştırılmıştır.

Açımlayıcı faktör analizine göre 42 maddeli ve üç boyutlu yapıya sahip “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” (KÇYTÖ:SÇS) elde edilmiştir (Ek 3). Üç boyutlu yapıda olan ölçeğin faktör yükleri 0,45 ile 0,86 arasında olduğu belirlenmiş ve kalan 42 madde yeniden numaralandırılmıştır.

Ölçeğin toplam varyansı açıklama oranı %62,10 oranında elde edilerek, analizde belirlenen 3 faktörün birlikte maddelerdeki toplam varyansın ve kalite çalışmalarına yönelik tutuma ilişkin algının önemli bir kısmını açıkladığı belirlenmiştir. Ayrıca faktör analizinde başlangıç öz değerlerin 1’in üzerinde olması anlamlı kabul edilir. Her faktör üzerinden elde edilen öz değerlerin 1’in üzerinde olduğu görülmektedir, bu değerlerin ölçeğin 3 faktör üzerinden geçerliliği sağladığı tespit edilmiştir (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9: Ölçek alt boyutlarının özdeğer ve açıklanma oranı**

Faktör	Boyut	Özdeğer	Açıklanan Varyans%	Açıklanan Toplam Varyans%
1	Kurumsal Yaklaşım	21,389	50,93	50,93
2	Yönetici Yaklaşımı	2,420	5,76	56,69
3	Çalışan Yaklaşımı	2,270	5,41	<b>62,10</b>

Ölçeğin alt boyutlarında bulunan maddeler değerlendirilerek sırasıyla “kurumsal yaklaşım”, “yönetici yaklaşımı” ve “çalışan yaklaşımı” olarak isimlendirilmiştir. Ölçek boyutları ile madde sayıları Tablo 4.10’da verilmiştir.

**Tablo 4.10: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü alt boyutları ve maddeleri**

Faktör	Alt Boyut	Madde Sayısı	Maddeler
1	Kurumsal Yaklaşım	18	1,4,5,7,8,9,10,11,12, 13,14,15,16,18,19,20,21,22
2	Yönetici Yaklaşımı	18	27,28,29,32,33,34,35,36,37, 38,39,40,41,42,43,44,45,46
3	Çalışan Yaklaşımı	6	50,53,54,55,56,57

### Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açımlayıcı faktör analiziyle elde edilen üç boyutlu 42 maddeden oluşan ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi Tablo 4.11’de verilmiştir.

**Tablo 4.11: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü’ne ilişkin doğrulayıcı faktör analizi bulguları**

Alt boyutlar	Maddeler	B	Standardize B	Standart Hata	t	p	R <sup>2</sup>
Kurumsal Yaklaşım	m1	1,02	0,73	0,043	23,99	0,000**	0,53
	m4	1,03	0,80	0,039	26,59	0,000**	0,63
	m5	0,95	0,76	0,042	22,46	0,000**	0,58
	m7	1,06	0,83	0,032	32,86	0,000**	0,70
	m8	1,16	0,83	0,040	29,33	0,000**	0,69
	m9	1,08	0,86	0,028	38,71	0,000**	0,74
	m10	1,40	0,82	0,040	34,96	0,000**	0,68
	m11	1,18	0,81	0,035	33,81	0,000**	0,66
	m12	1,20	0,84	0,033	36,49	0,000**	0,71
	m13	1,15	0,88	0,022	51,65	0,000**	0,78
	m14	1,31	0,78	0,049	26,47	0,000**	0,61
	m15	1,34	0,82	0,050	26,68	0,000**	0,67
	m16	1,25	0,82	0,037	33,40	0,000**	0,67
	m18	1,32	0,80	0,050	26,35	0,000**	0,63
m19	1,15	0,81	0,037	31,63	0,000**	0,66	
m20	1,17	0,85	0,028	40,96	0,000**	0,72	
m21	1,48	0,84	0,039	38,08	0,000**	0,71	
m22	1,24	0,83	0,042	29,56	0,000**	0,68	
Yönetici Yaklaşımı	m27	1,27	0,83	0,035	35,72	0,000**	0,69
	m28	1,83	0,76	0,072	25,50	0,000**	0,57
	m29	1,35	0,78	0,050	26,92	0,000**	0,61
	m32	1,66	0,84	0,047	34,98	0,000**	0,70
	m33	2,03	0,82	0,064	31,59	0,000**	0,68
	m34	1,56	0,88	0,030	52,37	0,000**	0,78
	m35	1,52	0,82	0,052	29,32	0,000**	0,68
	m36	1,70	0,82	0,053	32,33	0,000**	0,68
	m37	1,59	0,73	0,076	20,92	0,000**	0,54
	m38	1,90	0,81	0,064	29,53	0,000**	0,65
	m39	1,98	0,84	0,056	35,07	0,000**	0,71
	m40	2,61	0,83	0,083	31,45	0,000**	0,69
	m41	1,65	0,90	0,028	58,65	0,000**	0,81
	m42	1,90	0,83	0,059	32,15	0,000**	0,69
m43	1,80	0,80	0,066	27,24	0,000**	0,65	
m44	1,43	0,82	0,053	27,09	0,000**	0,66	
m45	1,32	0,79	0,055	23,97	0,000**	0,62	
m46	2,47	0,82	0,088	28,18	0,000**	0,67	
Çalışan Yaklaşımı	m50	2,37	0,50	0,025	9,50	0,000**	0,25
	m53	1,02	0,69	0,074	13,91	0,000**	0,42
	m54	1,20	0,69	0,081	14,84	0,000**	0,48
	m55	0,81	0,86	0,030	27,26	0,000**	0,73
	m56	1,12	0,90	0,042	26,84	0,000**	0,81
m57	1,19	0,87	0,043	28,04	0,000**	0,76	

\*\*p<0,01, \*p<0,05, t:t testi, R<sup>2</sup>: Belirlilik Katsayısı

Ölçekte yer alan maddelerinin normal dağılıma uygun olmadığı Henze Zİrkler çoklu normallik testi ile tespit edilmiştir ( $p < 0,001$ ), (Tablo 4-11). Bundan dolayı, doğrulayıcı faktör analizinde tahmin yöntemi olarak “*Robust Maximum Likelihood*” tahmin yöntemi kullanılarak regresyon katsayıları hesaplanmıştır. Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği standardize katsayı değerleri (0,50-0,90) değerleri arasında yer aldığı ve tüm maddelerin anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,01$ ).

Açımlayıcı faktör analiziyle elde edilen üç boyutlu 42 maddeden oluşan ölçeğin Açıklanan ortalama varyans (AVE), birleşik güvenirlik analizleri ve iç tutarlılık analizleri Tablo 4.12’de verilmiştir.

**Tablo 4.12: Açıklanan ortalama varyans (AVE), birleşik güvenirlik analizleri (CR) ve iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s Alpha)**

Faktör	Boyut	AVE	CR	Cronbach’s Alpha	Toplam Cronbach’s Alpha
1	Kurumsal Yaklaşım	0,669	0,973	0,962	0,976
2	Yönetici Yaklaşımı	0,670	0,973	0,963	
3	Çalışan Yaklaşımı	0,584	0,890	0,823	

Kurumsal Yaklaşım alt boyutu AVE ( $0,669$ )  $\geq 0,50$  olmasından dolayı modelin yeterli biçimde benzeşme geçerliliğini sağladığı ve güvenirlik sonuçlarına göre CR ( $0,973$ )  $\geq 0,70$  ve Cronbach’s Alpha ( $0,962$ )  $\geq 0,80$  olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Yönetici Yaklaşımı alt boyutu AVE ( $0,670$ )  $\geq 0,50$  olmasından dolayı modelin yeterli biçimde benzeşme geçerliliğini sağladığı ve güvenirlik sonuçlarına göre CR ( $0,973$ )  $\geq 0,70$  ve Cronbach’s Alpha ( $0,963$ )  $\geq 0,80$  olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Çalışan Yaklaşımı alt boyutu AVE ( $0,584$ )  $\geq 0,50$  olmasından dolayı modelin yeterli biçimde benzeşme geçerliliğini sağladığı ve güvenirlik sonuçlarına göre CR ( $0,890$ )  $\geq 0,70$  ve Cronbach’s Alpha ( $0,823$ )  $\geq 0,80$  olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu bulunmuştur. Bütün ölçeğin Cronbach’s alpha değeri 0,976 olarak elde edilmiş olup, bu durumda genel olarak Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeğine verilen cevapların tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

#### 4.2.2.6. DFA Modeli Uyum İndexleri

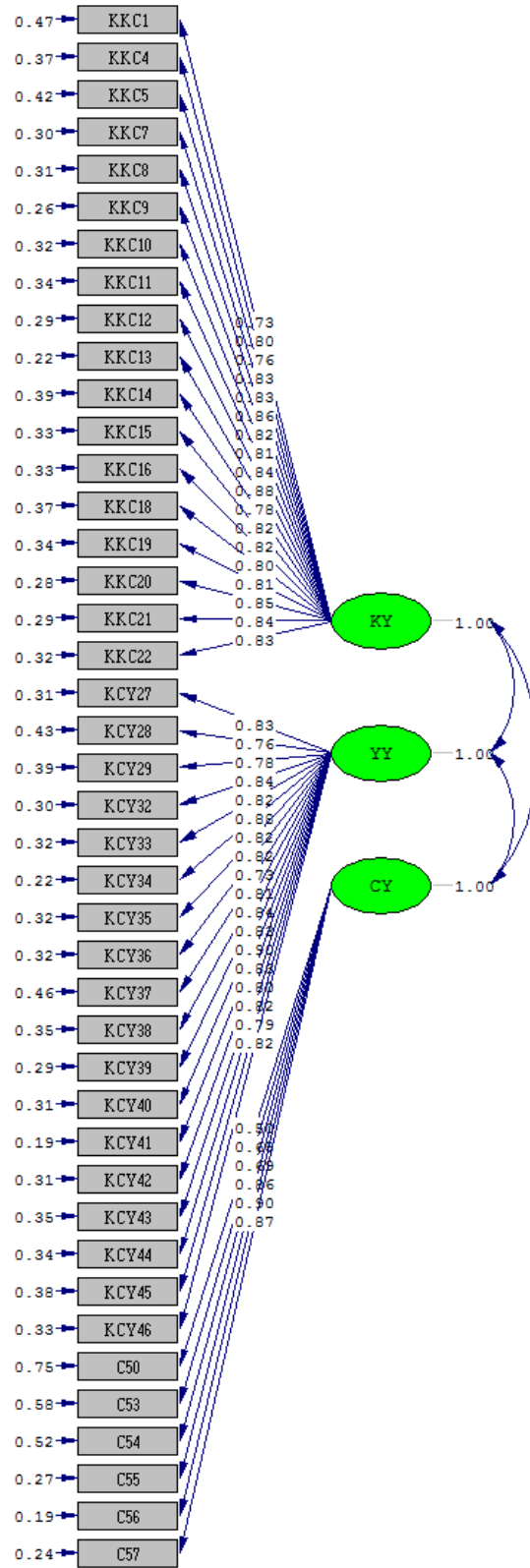
KÇYTÖ:SÇS ilişkin DFA Modeli Uyum İndexleri Tablo 4.13’de verilmiştir.

**Tablo 4.13: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü’ne ilişkin DFA modeli uyum indeksi bulguları**

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum*	Kabul edilebilir Uyum**	Model
$\chi^2/df$	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 5$	1,82*
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,67
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,99*
NNFI	$0,97 \leq NNFI \leq 1$	$0,95 \leq NNFI \leq 0,97$	0,99*
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	0,99*
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$	0,098
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,045*

( $\chi^2 / df$ : Ki Kare/ Serbestlik Derecesi; GFI: Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi); CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi); NNFI: (Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi); NFI: (Biçimlendirilmiş Uyum İndeksi); SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (Standart Temel Ortalama Düzeltmesi Sonucu); RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Tahminin Ortalama Karekök Hatası); \* $p < ,05$ ).

Tablo 4.14’de ölçeğin DFA modeli uyum indeksi sonuçlarına göre; DFA’da Modelin uyum indeks değerleri; *Chi-square/df*(*cmin/df*)(1,82), *GFI*(0,67), *CFI*(0,99), *NNFI*(0,99), *NFI*(0,99), *SRMR*(0,098), *RMSEA*(0,045) olduğu belirlenmiştir. KÇYTÖ:SÇS ilişkin DFA modeli yol diyagramı Şekil 4.14’de verilmiştir.



Chi-Square=1491.99, df=816, P-value=0.00000, RMSEA=0.045

**Şekil 4.14: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin DFA modeli yol diyagramı**



Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin maddeler silindikten sonra korelasyonları ve Cronbach alpha değerleri Tablo 4.14'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.14: Madde silindikten sonra madde toplam korelasyonu ve Cronbach alpha değerleri**

Madde	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğindeki Cronbach Alpha	Madde	Düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğindeki Cronbach Alpha
m1	,654	,975	m22	,740	,974
m2	,706	,975	m23	,745	,974
m3	,685	,975	m24	,772	,974
m4	,748	,974	m25	,731	,974
m5	,742	,974	m26	,723	,974
m6	,769	,974	m27	,669	,975
m7	,743	,974	m28	,712	,975
m8	,732	,974	m29	,748	,974
m9	,731	,974	m30	,730	,974
m10	,725	,974	m31	,784	,974
m11	,692	,975	m32	,749	,974
m12	,703	,975	m33	,715	,975
m13	,702	,975	m34	,716	,975
m14	,723	,974	m35	,733	,974
m15	,738	,974	m36	,519	,975
m16	,734	,974	m37	,471	,975
m17	,740	,974	m38	,498	,975
m18	,727	,974	m39	,453	,975
m19	,759	,974	m40	,466	,975
m20	,643	,975	m41	,575	,975
m21	,682	,975	m42	,473	,975

Ölçeğin son haline ait madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,453 – 0,772 arasında değiştiği saptanmıştır.

#### 4.2.2.7. Test Tekrar Test

Kalite çalışmalarına yönelik tutum ölçeğine ilişkin test-retest analizi sonuçları Tablo 4.15'de verilmiştir.

**Tablo 4.15: Test-tekrar test analizi uygulaması**

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Zaman 1 Ort. ± S.S (Cronbach's Alpha)	Zaman 2 Ort. ± S.S (Cronbach's Alpha)	Z	p	İki Hafta Arasındaki Korelasyon (n=51)
Kurumsal Yaklaşım	18	4,29 ± 0,63 (0,968)	4,30 ± 0,61 (0,963)	-0,731	0,451	0,997
Yönetici Yaklaşımı	18	4,21 ± 0,64 (0,967)	4,22 ± 0,62 (0,962)	-1,244	0,213	0,998
Çalışan Yaklaşımı	6	4,51 ± 0,52 (0,893)	4,51 ± 0,51 (0,884)	-0,849	0,396	0,995
Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum	42	4,29 ± 0,58 (0,982)	4,30 ± 0,57 (0,980)	-0,782	0,434	0,999

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ ; Z: Wilcoxon testi, Ort. ± S.S: Ortalama ± Standart Sapma

Tablo 4.15’de 51 kişi ile yapılan test-retest sonuçları verilmiştir. Bu değerlere göre kurumsal yaklaşım, yönetici yaklaşımı, çalışan yaklaşımı alt boyutlarının ölçek toplamının **Zaman 1** ve **Zaman 2** ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlara göre kurumsal yaklaşım, yönetici yaklaşımı, çalışan yaklaşımı alt boyutlarının ve ölçek toplamının **Zaman 1** ve **Zaman 2** arasındaki ilişkinin çok yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ( $r = 0.995-0,999$ ). Ayrıca iç tutarlılık için Cronbach’s alpha değerleri incelenmiştir. Kurumsal yaklaşım, yönetici yaklaşımı, çalışan yaklaşımı alt boyutlarının ve Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutumun **Zaman 1** ve **Zaman 2** için elde edilen Cronbach’s alpha değerlerinin 0,893-0,982 arasında olmasından dolayı, bu değerlerin yüksek derecede güvenilir olduğu bulunmuştur. Böylece test-retest yöntemi ile ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği sağlanmıştır.

#### 4.2.2.8. Ölçek ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Yapılan çalışmada kullanılan KÇYTÖ:SCŞ’nda “1- Kesinlikle Katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde ifade edilmiştir. Bu ifadeler doğrultusunda ortalama tutum düzeylerinin 3’ün üzerinde yer alması tutumun yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. 3’ün altında olması tutumun düşük düzeyde ifade ettiğini göstermektedir. Bu doğrultuda maddelere ilişkin ortalama tutum düzeyleri Tablo 4.16’de verilmiştir.

**Tablo 4.16: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'ne ilişkin maddelere ile ilgili tanımlayıcı bulgular**

Alt Boyutlar	Maddeler	Ort. ± S.s.	Med. (Min-Max)	Ort. ± SS Med. (Min-Max)
Kurumsal Yaklaşım	1	4,02 ± 0,91	4,00 (1,00 -5,00 )	<b>3,97 ± 0,72</b> <b>4,00 (1,00-5,00)</b>
	2	3,92 ± 0,98	4,00 (1,00 - 5,00)	
	3	3,90 ± 0,96	4,00 (1,00 -5,00 )	
	4	4,00 ± 0,90	4,00 (1,00 -5,00 )	
	5	4,02 ± 0,89	4,00 (1,00 -5,00 )	
	6	3,97 ± 0,92	4,00 (1,00 -5,00 )	
	7	3,91 ± 0,98	4,00 ( 1,00 -5,00 )	
	8	4,00 ± 0,95	4,00 (1,00 -5,00 )	
	9	3,99 ± 0,88	4,00 (1,00 -5,00 )	
	10	3,95 ± 0,91	4,00 (1,00 -5,00 )	
	11	3,94 ± 0,92	4,00 (1,00 -5,00 )	
	12	4,01 ± 0,90	4,00 (1,00 -5,00 )	
	13	4,07 ± 0,88	4,00 (1,00 -5,00 )	
	14	3,85 ± 1,01	4,00 (1,00 - 5,00)	
	15	3,84 ± 1,00	4,00 (1,00 -5,00 )	
	16	3,99 ± 0,92	4,00 (1,00 - 5,00)	
	17	4,04 ± 0,88	4,00 (1,00 - 5,00)	
	18	4,03 ± 0,91	4,00 (1,00 -5,00 )	
Yönetici Yaklaşımı	19	3,95 ± 0,88	4,00 (1,00 -5,00 )	<b>3,92 ± 0,73</b> <b>4,00 (1,00 -5,00)</b>
	20	3,67 ± 1,12	4,00 (1,00 -5,00 )	
	21	3,75 ± 1,03	4,00 (1,00 -5,00 )	
	22	3,94 ± 0,93	4,00 (1,00 -5,00 )	
	23	3,92 ± 0,92	4,00 ( 1,00 -5,00 )	
	24	3,93 ± 0,90	4,00 ( 1,00 -5,00 )	
	25	3,87 ± 0,97	4,00 (1,00 -5,00 )	
	26	3,94 ± 0,94	4,00 (1,00 -5,00 )	
	27	3,85 ± 1,01	4,00 (1,00 -5,00 )	
	28	3,90 ± 0,95	4,00 (1,00 -5,00 )	
	29	3,95 ± 0,91	4,00 (1,00 -5,00 )	
	30	3,88 ± 0,99	4,00 (1,00 -5,00 )	
	31	3,94 ± 0,92	4,00 (1,00 -5,00 )	
	32	4,00 ± 0,91	4,00 (1,00 -5,00 )	
	33	4,04 ± 0,86	4,00 (1,00 -5,00 )	
	34	3,98 ± 0,88	4,00 (1,00 -5,00 )	
	35	4,05 ± 0,86	4,00 (1,00 -5,00 )	
	36	4,02 ± 1,05	4,00 (1,00 -5,00 )	
Çalışan Yaklaşımı	37	4,05 ± 0,90	4,00 (1,00 -5,00 )	<b>4,17 ± 0,60</b> <b>4,17 (1,17-5,00)</b>
	38	4,12 ± 0,80	4,00 (1,00 -5,00 )	
	39	4,08 ± 0,83	4,00 (1,00 -5,00 )	
	40	4,20 ± 0,75	4,00 (1,00 -5,00 )	
	41	4,27 ± 0,72	4,00 (1,00 -5,00 )	
	42	4,29 ± 0,76	4,00 (1,00 -5,00 )	
<b>Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum</b>		<b>3,98 ± 0,65</b>	<b>4,00 (1,40 - 5,00)</b>	

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, Min-Max: Minimum-Maksimum, Med: Median, Ortanca

Tablo 4.16’da sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yönelik tutum ölçeğine verdikleri cevaplar incelendiğinde, ölçeğin yüksek düzeyde ( $\bar{x} = 3,98$ ) olduğu belirlenmiştir. Kalite çalışmalarına yönelik tutum ölçeği algısına sahip en yüksek maddenin “m42” ( $\bar{x} = 4,29$ ) maddesinin olduğu, en düşük maddenin “m20” ( $\bar{x} = 3,67$ ) maddesi olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların kalite çalışmalarına yönelik tutum ölçeği alt boyutları incelendiğinde, kurumsal yaklaşım alt boyutunun yüksek ( $\bar{x} = 3,98$ ) bir algıya sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca kurumsal yaklaşım alt boyutunda en yüksek maddenin “m13” ( $\bar{x} = 4,07$ ) maddesinin olduğu, en düşük maddenin “m15” ( $\bar{x} = 3,84$ ) maddesi olduğu belirlenmiştir. Yönetici yaklaşım alt boyutunun yüksek ( $\bar{x} = 3,92$ ) bir algıya sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca yönetici yaklaşım alt boyutunda en yüksek maddenin “m35” ( $\bar{x} = 4,05$ ) maddesinin olduğu, en düşük maddenin “m20” ( $\bar{x} = 3,67$ ) maddesi olduğu belirlenmiştir. Çalışan yaklaşım alt boyutunun yüksek ( $\bar{x} = 4,17$ ) bir algıya sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışan yaklaşım alt boyutunda en yüksek maddenin “m42” ( $\bar{x} = 4,29$ ) maddesinin olduğu, en düşük maddenin “m37” ( $\bar{x} = 4,05$ ) maddesi olduğu belirlenmiştir.

#### 4.2.2.9. Korelasyon Analizleri

KÇYTÖ:SÇS’ne İlişkin Alt Boyutları arasındaki Korelasyon analizleri Tablo 4-17’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.17: Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü’ne ilişkin alt boyutları arasındaki korelasyon analizi bulguları**

Spearman's rho		Kurumsal Yaklaşım	Yönetici Yaklaşımı	Çalışan Yaklaşımı	Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum
Kurumsal Yaklaşım	r	1,000	0,812	0,615	0,945
	p		0,000**	0,000**	0,000**
	N	1013	1013	1013	1013
Yönetici Yaklaşımı	r		1,000	0,638	0,932
	p			0,000**	0,000**
	N			1013	1013
Çalışan Yaklaşımı	r			1,000	0,713
	p				0,000**
	N			1013	1013
Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum	r				1,000
	p				
	N				1013

\*\* $p < 0,01$ , \* $p < 0,05$ ,  $r$ :Korelasyon Katsayısı,  $N$ :Örneklem Sayısı

Kalite çalışmalarına yönelik tutum ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizi Tablo 4.17’de incelenmiştir. Bu değerlere göre; kurumsal yaklaşım ile yönetici yaklaşım

arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,01$ ) ve iki değişken arasında pozitif yönlü çok yüksek şiddetli bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $0,80<r<1,00$ ) ( $r= 0,812$  ). Kurumsal yaklaşım ile çalışan yaklaşım arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,01$ ) ve ki değişken arasında pozitif yönlü yüksek şiddetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $0,60<r<0,79$ ) ( $r= 0,615$ ). Yönetici yaklaşım ile çalışan yaklaşım arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,01$ ) ve iki değişken arasında pozitif yönlü yüksek şiddetli bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ( $0,60<r<0,79$ ) ( $r= 0,638$ ).

### **Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü**

Ölçek alt boyutları ortalamaları ve ölçek toplam puanı üzerinden değerlendirilebilmektedir. Sonuç olarak;

- Ölçek toplamı, kalite çalışmalarına yönelik sağlık çalışanlarının genel tutumunu değerlendirmektedir.
- Kurumsal Yaklaşım alt boyutu, kalite çalışmalarına yönelik kurumsal yapıya ilişkin tutumu değerlendirmektedir.
- Yönetici Yaklaşımı alt boyutu, kalite çalışmalarına yönelik yönetsel yapıya ilişkin tutumu değerlendirmektedir.
- Çalışan Yaklaşımı alt boyutu, kalite çalışmalarına yönelik çalışanlara ilişkin tutumu değerlendirmektedir.

Sonuç olarak; “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” ve alt boyutlardan oluşan ortalama puanın 5’e yaklaşması kalite çalışmalarına ilişkin olumlu bir tutum, 1’e yaklaşmış olması ise kalite çalışmalarına ilişkin olumsuz bir tutumu yansıtmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

İki aşamadan oluşan araştırmanın nitel aşamasında sağlık çalışanlarının kalite uygulamalarına yönelik tutumlar ele alınmıştır. Nitel aşamadan üretilen verilerin analizi sonucunda, “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” geliştirme çalışmasının yapıldığı ikinci aşama olan nicel aşamanın temelini oluşturmuştur. Tartışma bölümünde, araştırmanın her iki aşamasından elde edilen veriler ayrı ayrı başlıklar olarak tartışılmıştır.

### 5.1. ARAŞTIRMANIN NİTEL AŞAMASI BULGULARININ TARTIŞILMASI

Araştırmanın nitel aşamasında, sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yönelik görüşleri ve tutumları keşfedilmeye çalışılmış; “kurumsal yaklaşım”, “yönetici yaklaşımı” ve “çalışan yaklaşımı” olmak üzere 3 (üç) ana tema belirlenmiştir. Bu 3 (üç) ana tema doğrultusunda nitel aşama bulguları ayrı başlıklar halinde tartışılmıştır.

#### 5.1.1. Kurumsal Yaklaşım Temasının Tartışılması

Sağlık çalışanlarının kurumsal yaklaşım temasına göre kalite çalışmalarına ilişkin görüşleri dört alt boyutta (doküman, eğitim, ölçme değerlendirme ve kalite yansımaları) incelenmiştir.

**Doküman yönetimi;** araştırmada doküman yönetimi ile ilgili çalışanların görüşleri incelendiğinde; prosedürler, talimatlar, planlar ve formlar gibi birçok doküman oluşturulduğu, ilgili dokümanı kullanacak birimin talebi veya standartlar üzerinde güncelleme yapıldığında hazırlandığı, hazırlanan dokümanın kalite birimlerince değerlendirilerek düzenlendiği tespit edilmiştir. Ayrıca yeni hazırlanan ya da revize edilen dokümanların kurumlarda intranet sistemleri üzerinden yayımlandığı belirlenmiştir.

Sağlıkta kalite standartları içinde doküman yönetimi önemli bir yere sahiptir. Türkiye’de kalite standartları 2003 yılından bu yana zaman içinde gelişerek ve güncellemeler yapılarak Sağlık Bakanlığı tarafından versiyonlar halinde güncellenerek yayınlanmaktadır. 2003 yılında standartların teorik altyapısı, 2005 yılında 100 kriterden oluşan soru seti sonra geliştirilerek 158 standart, 2009’da 358 kriterden oluşan SKS ve daha sonra 621 standart ile özel, üniversite ve kamu ayırmadan tüm kurumlara yönelik SKS seti oluşturulmuştur (Demirel ve diğ. 2013).

Sağlık hizmeti kalite standartları giderek artmakta ve sağlık politikalarında daha çok yer almaktadır (Aleksijević ve diğ. 2016).

Almanya’da kalite hizmetlerinin güvence altına alınması ve kontrol edilmesinin sağlandığı elektronik belge yönetim sisteminin değerlendirildiği nitel bir çalışmada, doküman yönetimi uygulamalarının entegrasyonunun kullanım kolaylığı sağladığı, hasta güvenliği ve tıbbi bakım kalitesi üzerinde olumlu bir etki sağladığı belirlenmiştir (Holderried ve diğ. 2018). Görüldüğü üzere SKS zaman içinde güncellenerek, yeni kriterler eklenerek sürekli gelişim sağlamaktadır. Tüm bu değişimler yaşanırken her güncellenen kriter sağlık kurum ve kuruluşlarında da her bir standart üzerinde revizyonlara veya yeni doküman hazırlama sürecine gidilmesine neden olmuştur. Her değişen veya yeni hazırlanan dokümanlar kurumların intranet sistemlerinde yayınlanarak çalışan sağlık profesyonellerinin bilgileri de sürekli güncellenmektedir.

**Eğitim yönetimi** ile ilgili görüşmelerde uyum eğitimi, kalite eğitimi, eğitici seçimi, talep edilen eğitim ve uzaktan eğitim konularına değinilmiştir. Üç hastane grubunda da işe yeni başlayan personele kurumun kültürünü tanımaya yönelik uyum eğitimleri yapıldığı, hizmet içi eğitimlerin ise kalite standartları içinde yer alan, alınması zorunlu olan ve yıllık hazırlanan bir plan dahilinde gerçekleşen eğitimler olup, düzenli olarak yapıldığı belirlenmiştir. Kalite eğitimlerinde eğitici seçimi, üç hastane grubunda da yetkin kişilerden seçildiği ve ayrıca yıllık eğitim planı dışında birimde çalışan personelin talebi doğrultusunda eğitimler düzenlendiği belirlenmiştir. Ayrıca tüm hastanelerde uzaktan eğitimlerin düzenlendiği tespit edilmiştir.

Uyum eğitiminin değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelerin çoğunun (%88) uyum eğitimi aldığını, göreve başlamadan önce (%69) aldığını, aldığı eğitimin yeterli (%80) olduğunu, uyum eğitiminin verilmesinin (%91) gerektiği belirlenmiştir (Pınar ve diğ. 2010). TKY’nin hastanede uygulanabilirliğinin değerlendirildiği diğer çalışmada, hastane çalışanlarının kalite uygulamalarına yönelik eğitimlerin düzenlenmesiyle TKY konusunda yeterli hissedecekleri bulunmuştur (Şan ve diğ. 2018). 917 sağlık çalışanı ile hizmet içi eğitimlerin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise, hemşirelerin yaklaşık %87’si ve hekimlerin %73’ü son altı ay içerisinde sürekli eğitimlere katıldığı, bu eğitimlerin hemşirelerin %71’i ile hekimlerin %64’ünün mesleki eğitim olduğu, hekimlerin %31’inin ise uyum eğitimi olduğu belirlenmiştir (Özpulat 2010). Bu sonuçlara göre, bu araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde benzer sonuçlara ulaşıldığı söylenebilir.

**Kalite ölçme ve değerlendirme süreçleri** ile ilgili görüşmelerde iç ve dış değerlendirme, göstergeler ve ölçme araçları konularına değinilmiştir. İç değerlendirme yani öz değerlendirme

üç hastane grubunda da düzenli olarak yapıldığı, belirlenen tüm uygunsuzluklara DÖF açıldığı belirlenmiştir. Öz değerlendirme süreçlerine ilişkin yapılan bir çalışmada, 1. değerlendirmeye göre toplam 10 kriterin 4'ü kısmen 3 karşılanmış ve 3'ü karşılanmamış olarak, 2. değerlendirmede 3 kriterin kısmen, 6 kriter karşılanmış ve 1 kriterin karşılanmamış, son değerlendirmede ise sadece 1 kriterin karşılanmadığı diğer kriterlerin karşılandığı belirlenmiştir. Tüm değerlendirmelerden sonra DÖF başlatılarak iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir. Puan bazında bakıldığında; 47, 72 ve 94 puanlar alındığı belirlenmiş, iyileştirmelerin iyi yönde ilerlediği sonucuna ulaşılmıştır (Esen ve Çalışkan 2021). Örnekleme alınan kurumlarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Sonuç olarak iç değerlendirmeler kurumları daha iyi yönde iyileştirdiği söylenebilir.

Ölçme ve değerlendirme süreçlerinden dış değerlendirme ise (SKS) her üç hastane grubunda da yapıldığı, ayrıca özel sağlık kurumlarında JCI, üniversite hastanesinde de İSO değerlendirmeleri gerçekleştiği belirlenmiştir. İsveç'te sağlık profesyonelleriyle kalite iyileştirme üzerine odak grup görüşmesi yapılan bir çalışmada, düzenli gerçekleşen dört farklı denetim olduğu, bu denetimlerin daha çok dış merkezli olduğu, gelir-kaynak-üretim hacmi gibi konular üzerine yani klinik olmayan önlemlere daha fazla odaklanıldığı, makro düzeyde kalite iyileştirme girişimlerinin olmadığı belirlenmiştir (Arvidsson ve diğ. 2021). Türkiye'de 2017-2018 yıllarında TÜSKA programı kabulü bulunan 5 sağlık tesisinin öz değerlendirme ve denetim değerlendirmelerinin karşılaştırıldığı diğer bir çalışmada, bir hastanenin puanı öz değerlendirme puanıyla aynı, bir hastanenin puanı öz değerlendirmeden %5 oranında yüksek, diğer üç hastanenin ise öz değerlendirmeden %7,6 oranında düşük puan aldığı belirlenmiştir (Cengiz ve diğ. 2019). Sağlık hizmeti sunumunda amaçlar ile hedeflere uygun iş ve işlemlerin yürütülmesi, alınan önlemlerin değerlendirilmesi ve uygulanması için değerlendirme, denetim veya kontrol fonksiyonunun etkin olarak uygulanmalıdır. Her işlem ve işlemin kontrol edilmesi büyük öneme sahiptir. Yönetimin fonksiyonlarından biri olan kontrol aşaması sağlık hizmetinde etkin yürütülmezse ölümlere kadar giden istenmeyen sonuçlara neden olabilir (Arslan Kurtuluş 2021). Bu nedenlerle ölçme ve değerlendirme süreçleri içinde denetim aşaması tüm sağlık kurumlarında uygulanan yoğun süreçler olup, sürekli gelişim için bir fırsat oluşturduğu söylenebilir.

Kalite göstergeleri, ölçme ve değerlendirme süreçleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. SKS kriterleri içerisinde yer alan tüm göstergelere yönelik ölçümlerin her üç hastane grubunda da değerlendirildiği belirlenmiştir. Kurumlardaki göstergelere ait veriler ölçme kültürünün oluşmasına neden olmuş ve hedefin üstünde veya altında olma durumuna göre DÖF



düzenlendiği ve gerekli iyileştirmelerin yapıldığı tespit edilmiştir. Stan'e göre yapılacak iyileştirmeler sistematik olmalıdır, sezgisel olmamalıdır. Örneğin kontrol listeleri iyileştirmeler için değerli araçlardır. Tıpta hayat kurtarmak ve hataları önlemek için kullanılmaktadır. Riskleri azaltmanın ve sağlık hizmetinin iyileştirmenin en verimli yollarından biridir (Stan 2018). Romanya'da temel kalite araçları sağlık sisteminde oldukça yardımcı araçlardır. Bu araçlar, tıbbi süreçleri analiz ederek, değişkenler arasındaki bağlantıları açığa çıkarmanın yanı sıra sürecin kontrollü olarak ilerlemesini destekler. Yöneticilere raporlar sunularak pratik ve spesifik sonuçlardan eksiklikler kolayca tespit edilebilir. Sonuç olarak iyileştirmeler için bilinçli olarak somut çözümler üretilebilir (Dobrin ve diğ. 2017).

Hollanda'da 14 hastanede 72 sağlık uzmanı ve yöneticilerle yapılan nitel bir çalışmada, çeşitli performans göstergeleri bulunduğu, Hollanda Sağlık Bakım Müfettişliği tarafından kalite standartlarını ile performans göstergeleri belirleyerek izlem yaptığı, ayrıca her sağlık sigortalarının kendi performans göstergeleri bulunduğu bildirilmiştir. Diz, kalça protezi, cerrahi ve meme kanseri cerrahisi gibi performans göstergeleri kapsamında yapılan görüşmelerde, hastanelerin bu verileri farklı şekillerde topladığı, kalite yönetimini desteklemek için bu verileri kullanmaları gerekirken kullanmadıkları belirlenmiştir. Kapsamlı bir hastane veri altyapısı ve elektronik hasta kayıtları ile güvenilir veri toplama yazılımı olması gerektiği önerilmiştir (Botje ve diğ. 2016). Sivas'ta bulunan hastanelerde görevli kalite çalışanları ve bölüm kalite sorumluları ile "Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği(KİYÖ)" kullanılarak indikatör yönetiminin araştırıldığı bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %8'inin kalite değerlendirici olduğu, %4'ünün akreditasyon değerlendiricisi olduğu, %61'inin kalite konusunda herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir. Kalite biriminde çalışanların ortalaması 4,27 iken bölüm kalite sorumlularının ortalaması 3,83 olarak tespit edilmiştir. Özel sağlık kurumunda görevlilerin KİYÖ puanı üniversitede görevlilerden anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Kaya ve Ulusoy 2022). Yapılan çalışmalara baktığımızda gösterge yönetiminin kalite iyileştirme süreçlerinde çok önemli bir yere sahip olduğu ve ölçme kültürünün kurumlarda yerleştiği görülmektedir. Hasta bakım süreçlerine ilişkin elektronik kayıtların güvenli kaynaklardan temin edilmesi gerektiği görülmektedir. Ölçülebilen kriterleri yönetmek yöneticiler ve çalışanlar açısından daha kolay olacağı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının kalite kültürüne ilişkin görüşleri kuruma, hastaya ve çalışana yansımaları olarak incelenmiştir. **Kuruma yansması**, kalite çalışmalarının her üç hastane grubunda da aktif olarak yürütüldüğü, standartların uygulandığı belirlenmiştir. Standartlar üzerinde yapılan güncellemelere kurumların uyum sağlamaya çalıştıkları tespit edilmiştir.

ABD’de 61 hastanede 7.000’den fazla kişinin katıldığı sürekli kalite iyileştirme/TKY etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada (Shortell ve diğ. 1995) katılımcı, esnek, risk alan bir örgüt kültürünün kalite iyileştirme uygulamasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Heidari Gorji ve arkadaşlarının (2011) Hindistan ve İran’daki sağlık sistemini TKY üzerinden karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada; Amerikan Hastaneler Birliği tarafından önerilen mükemmel performans ölçütleriyle değerlendirme yapılmış ancak Hindistan ve İran hastanelerinin kıyaslama ölçütüne yakın puan almadıkları belirlenmiştir. Pakistan’daki kamu hastanelerinde yapılan bir başka çalışmada ise TKY uygulamalarının gelişmiş hizmet kalitesi sunduğu, hizmet süresinde azalmaya yol açtığı, etkili tanı ve tedaviye neden olduğu yani operasyonel performans üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Irfan ve diğ. 2012). Sürekli iyileştirmenin incelendiği bir diğer çalışmada, Türkiye’de hizmet veren hastanelerde sürekli iyileştirme süreçlerinin başarılı olarak uygulandığı ve kalitenin yükselerek olumlu sonuçlara ulaşıldığı saptanmıştır (Uyurdağ ve diğ. 2022). Yapılan çalışmalara baktığımızda kalite iyileştirme süreçlerinin iyi yönde kuruma yansıdığı, kriterlere yakın olabilmek için çalışmalar yapıldığı belirlenmiştir. Bu araştırma örneğinde yer alan hastanelerde de kalite yönetim süreçlerinin kuruma olumlu yansıdığı standartların uygulanmaya çalışıldığı sonuç olarak tüm sağlık kurumlarının kalite çalışmalarının yoğun bir şekilde uyguladığı söylenebilir.

**Hastaya yansması**, üç hastane grubunda kalite uygulamalarının hastaya yansmalarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Kimlik doğrulamanın önemi, ilaç güvenliği uygulamaları, güvenli cerrahi, enfeksiyonların kontrolü gibi konuların hastaya çok olumlu yansıdığı tespit edilmiştir. Kalite yönetimi uygulamaları, hastaların şikayetlerini azaltır, hizmet kalitesinin yanı sıra hasta memnuniyetini de artırmaktadır. Toplumsal sağlık düzeyini artırır. Sağlık sisteminde kalite yönetim sisteminin uygulanması önerilmektedir (Kanellopoulos 2012). İstanbul’da bir hastanede 2001-2006 yıllarında hasta memnuniyetinin araştırıldığı bir çalışmada; kalite sisteminde uygulanan iyileştirmelerle memnuniyetin arttığı, genel memnuniyetin yıllar içinde giderek yükseldiği %80’den %93’lere ulaştığı belirlenmiştir (Çetin ve diğ. 2012). Hırvatistan Zagreb’de birinci basamak hizmetlerinin kalitesi için SERVQUAL ölçeği kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada, “güvenlik”, “güvenirlik” ve “sorumluluk” boyutlarının düşük puan aldığı tespit edilmiş, gerekli iyileştirmeleri yapmak için bu boyutlara özen gösterilmesi gerektiği belirlenmiştir. Ankete katılan hastaların hizmet kalitesini değerlendirirken yüksek beklentileri olduğu belirtilmiştir (Dosen ve diğ. 2010).

Kalite yönetim sisteminin hasta güvenliği kültürü üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada, hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sisteminin arasında güçlü ilişkiler

olduğu ( $p < 0.05$ ;  $r = 0.66$ ) ve birbirlerini olumlu yönde etkiledikleri ayrıca yapılan regresyon analizinde 0,43'lük bir katsayı ile birbirlerini etkilediği belirlenmiştir (Taş ve diğ. 2016). Litvanya Çocuk Hastanesinde hizmet kalitesinin SERVQUAL ölçeği kullanılan bir diğer çalışmada ise erişilebilir, güvenli, etkili, verimli, hasta merkezli, adil, uygun, kanıta dayalı, zamanında ve hastanın tedavi sürecine katılım gibi boyutları olduğu ve bu boyutlar arasında güçlü ilişkiler olduğu, ayrıca regresyon analizine göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet dağılımının %51,5'ini açıkladığı belirlenmiştir (Bucke ve diğ. 2020). Hırvatistan'da 1590 hastanın sağlıkta kalite yönetiminden memnuniyetin araştırıldığı başka bir çalışmada, muayene olan hastaların % 98,87'si (1.572) tedavi eden doktorların tutumunun son derece nazik ve doğru olduğu, %99,43'ünün (1.581) hemşirelerin ve teknisyenlerin tutumlarının nazik ve doğru olduğu tespit edilmiştir (Nedeljko ve Denis 2013). Yapılan çalışmalara baktığımızda kalite çalışmalarının hastaya olumlu yansıdığı görülmüş, bu araştırma sonuçlarına benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir.

**Çalışana yansması,** kalite uygulamaları ile çalışan güvenliğini uygulamalarının olumlu olduğu ancak iş yükünü arttırdığı belirlenmiştir. Bulgaristan'da yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin %6'sının yıllık grip aşısı olduğu, %65'inin Hepatit B aşısı olduğu, %88'inin kesici delici yaralanmalarda standart prosedürlerin farkında olduğu, sağlık personelin sadece %8'inin düzenli sağlık taramalarından geçtiği belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının COVID19 pandemisinde %52 organizasyonel %14 finansal sorunlar yaşadığı, %47'sinin tükenmişlik yaşadığı bulunmuştur. Ayrıca çalışanların %30'unun yaşam koşullarının uygun olmadığı, %29'unun işyerinde güvende olmadığını düşündükleri belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre risk yönetimi ve güvenli çalışma koşulları oluşturulması önerilmiştir (Mirazchiyski ve diğ. 2021). Uganda'da toplam kalite yönetiminin personel motivasyonu ile hasta memnuniyeti üzerine etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada, sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin uygulamalarla personel motivasyonu, hastaların bekleme süresi ve hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Take ve diğ. 2015). Yapılan çalışmaları değerlendirdiğimizde benzer sonuçlara ulaşıldığı söylenebilir.

### 5.1.2. Yönetici Yaklaşım Temasının Tartışılması

Sağlık çalışanlarının yönetici yaklaşımı temasına ilişkin görüşleri planlama ve organize etme, yürütme, kontrol ve koordinasyon, komite olarak incelenmiştir.

Planlama; yöneticilerin aktif olarak kullandığı süreçlerdir. Yöneticilerin her üç hastane grubunda da kalite süreçlerine hakim olmaları gerektiği ile ilgili söylemler bulunmaktadır.

Kamuda yöneticilerin sık değişimi, üniversite hastanelerinde çok başlı yönetimin olumsuz yanlarından söz edilmiştir. Özel sektörün ise yöneticilerinin kaliteye destek olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak hastane gruplarında yöneticilerin kalite çalışmaları süreçlerine ilişkin farklı görüşler olduğu belirlenmiştir. Literatürde, sağlık sisteminin işleyişi söz konusu olduğunda kalite en çok tartişılan konulardan biridir. Kaliteli tıbbi bakımın ne olduğu ve nasıl ölçüldüğü konusu belirsiz ve geleneksel kalite yönetim modeli yeterli değildir. Sağlık hizmetinin kalitesi için, hizmet süreçleri ve altyapı (ekipman, materyal, bilgi, personel, iş organizasyonu vb), kurumsal değerler ve kalite kültürü, öncelikli kalite kriterleri (güvenilirlik, zamanlılık, empati, güvenlik vb.) üç yönetim perspektifinde bütünleyicidir. Davranışsal perspetiften bakıldığında sağlık hizmetlerinin kalitesi, iyileştirme sürecinin kilit aktörü yöneticiler yani liderlerdir (Valkov ve Stancheva 2021). Kamu sağlık tesislerinde görevli 204 yöneticinin kalite algısının araştırıldığı bir çalışmada, ünvana göre farklılık belirlenmiş, en düşük puanın idari ve mali hizmetler müdür ve yardımcılarında, en yüksek puan ise kalite direktörlerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kalite eğitimi alanların almayanlara göre kalite prensipleri algısının yüksek olduğu belirlenmiştir (Akar ve diğ. 2015).

Organize etme, yöneticilerin kalite çalışmalarında verimliliğin ve etkinliğin sağlanabilmesi için organize etme sürecinde, birçok komite, kurul ve ekipler görevlendirme yapması gerekmektedir. Örneğin hasta ve çalışan güvenliği komitesi, eğitim komitesi gibi. Her üç hastane grubunda da ilgili komitelerin kurulduğu, belirli aralıklarla toplandığı, iyileştirme işlemlerinin yürütüldüğü belirlenmiştir. Ekurhuleni'de (Güney Afrika) yapılan nitel bir çalışmada, 82 kliniğin yöneticileriyle toplantı yapıldığı, beş yıl ve daha fazla deneyime sahip olanlar arasından çalışmaya katılmaya istekli olan 18 yöneticinin uygun olduğu belirlenmiş ancak 12 yönetici ile görüşme yapılıp veri doğunluğuna ulaşarak görüşmeler sonlandırılmıştır. Yönetim uygulamalarıyla ilgili zorluklar ile gerekli kaynaklarla ilgili zorluklar olarak iki tema belirlenmiştir. Yapılan görüşmelerde yöneticiler kalite standartlarını sağlayabilmek için sağlık çalışanı sayısının azlığından ve daha fazla personele ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Kalite standartlarına uygunluk ve hasta güvenliği uygulamaları açasından temizlik personelinin sayısının da arttırılması gerekliliğinden bahsedilmiştir. Aynı şekilde eczacı destek personeli sayısının da arttırılması görüşmelerde belirlenmiştir. Kalite standartlarına uyulmamasının bir nedeni olarak sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerinin az olduğudur. Eğitimler, seminerler ve çalıştaylar düzenlenerek sağlık çalışanlarının yeniden eğitilmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması önerilmiştir (Mogakwe ve diğ. 2020). Yapılan çalışmaları değerlendirdiğimizde yöneticilerin kalite yönetim çalışmalarına yönelik yani hasta güvenliği,

çalışan güvenliği uygulamalarına yönelik farkındalıklarının olduğu, çalışanlarını destekledikleri gibi sonuçlara ulaşılmış ve sonuç olarak bu araştırma sonuçlarına benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir.

Yürütme, yöneticilerin kalite uygulamalarına ilişkin tüm süreçlerde yoğun kullandığı faaliyettir. Katılımcılar yöneticilerinin yürütme faaliyetlerini genel olarak destekledikleri belirlenmiştir. Genel olarak her üç hastane grubunda da yöneticilerin kalite süreçlerine hakim olmaları gerektiği, kaliteye destek olurlarsa kalite birimlerinin işlerini yürütmesinin daha kolay olacağı tespit edilmiştir. Genel olarak her üç hastane grubunda da yöneticilerin kalite uygulamalarına önem verdikleri belirlenmiştir. Bulgaristan'da 6 (altı) hastanede görevli 120 başhemşire ve kıdemli hemşire üzerinde hizmet kalitesinin yönetim modeli üzerine yapılan bir çalışmada, insan gücü ve çevre kaynaklarının etkili kullanımı ile sağlık yönetimi, sağlık hizmetlerinin kalitesini büyük ölçüde etkilediği belirlenmiştir. Modern koşullar altında sağlık tesisinin sürdürülebilir gelişimi için hizmet kalitesi önemli bir faktördür. Bu nedenle sağlık yönetimi için kanıta dayalı modeller geliştirme ihtiyacı oluşmaktadır. Başarılı bir şekilde gelişmek için kaliteli bir yazılım ürününün sağlanması gereklidir. Yöneticilerin ve sağlık profesyonellerinin niteliklerinin sürekli olarak yükseltilmesini gerektirir. Başhemşirelerin veya kıdemli hemşirelerin önemli bir kısmı gelişimi olumlu algılar ve sağlık bakım yönetimi modelinin gelişimini sağlamaktadır (Bogdanova 2019).

Kalite yönetiminin temel ilkelerinden biri olan sistem yaklaşımının kullanılması, amaçlanan hedeflere etkili ve verimli bir şekilde ulaşılması için bir garantidir. Yöneticiler organizasyonun hedefleri ve yönetimi konusunda birlik oluşturmalıdır. Sağlık yöneticisinin yönetimi liderlikle birleşmelidir. Bir organizasyonun her seviyesindeki yöneticiler sürece dahil edilmeli, yeteneklerini ve becerilerini başarı için kullanılmalıdır. Risk temelli düşünerek, sistemler, süreçler ve fonksiyonlar tanımlanmalı, değerlendirilmeli ve kontrol edilmelidir (Toneva ve diğ. 2019).

Bu çalışmada, yöneticilerin kalite uygulamalarına ilişkin yönetim süreçlerinde koordinasyon ve kontrol süreçlerini sıkça kullandığı ve her üç hastane grubunda da yöneticilerin kalite koordinasyon ve kontrol faaliyetlerine önem verdikleri belirlenmiştir. Kuzeybatı Makedonya'da bulunan 3 hastanede hizmet alan 800 hastanın hizmet kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, hizmet kalitesinin artmasında en önemli etkenin yönetim olduğu ardından ekipman ve teknoloji, güvenlik, güvenilirlik ve hesap verilebilirlik boyutlarının takip ettiği belirlenmiştir (Seferi ve Seferi 2020). Yeni Zelanda'da kalite iyileştirme üzerine 56 katılımcı ile görüşme yapılan nitel bir çalışmada ise, kalite geliştirme

uzmanlığı, liderlik yetkinlikleri ve kişilerarası yeterlilikler konusunda üç tema belirlendiği, yöneticilerin etkili olarak kaliteyi iyileştirebilmesi için deneyim ve uzmanlık gerektirdiği, uzun vadeli bakış açısı ile sistem düşüncesine sahip olması gerektiği, ayrıca ulaşılabilirlik, güvenilirlik ve kişilerarası yetkinlik konularının gerekliliği gibi sonuçlara ulaşılmıştır (Akmal ve diğ. 2022). Litvanya’da beş hastanede sağlıkta hizmet kalitesinin ölçümü üzerine yapılan diğer bir çalışmada, hastalar (n:225), sağlık çalışanları (n:318) ve yöneticilerle (n:75) karşılaştırmalı bir çalışma yapıldığı, sağlık hizmeti kalitesi konusunda en bilgili olan grubun yöneticiler olduğu belirlenmiştir (Pilgrimienė 2012). Yönetici değişikliğinin sağlık çalışanlarına etkisinin incelendiği bir diğer çalışmada ise, “devir teslimin iyi yapılması” boyutunun yüksek puan aldığı (3.3), çalışanların bu durumun devir teslim süreçlerinin en doğru şekilde yapılması gerektiği düşüncesini benimsedikleri belirlenmiştir (Ağırkaya ve Erdem 2018). Bu çalışmalar incelendiğinde yöneticilerin hizmet kalitesine odaklandığı, kendilerini bu konuda geliştirdikleri, hizmet kalitesinin artmasına yönelik iş ve işlemlerde buldukları saptanmış, bu araştırma sonuçlarına benzer sonuçlara ulaşıldığı belirlenmiştir.

### 5.1.3. Çalışan Yaklaşımı Temasının Tartışılması

Literatürde insanın önemi gösterilmiş ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin gelişimi içinde motivasyonun önemli olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının çalışan yaklaşımı temasına ilişkin görüşleri görev, yetki ve sorumluluk, hataları önleme, diğer çalışanlarla işbirliği olarak incelenmiştir. Kalite uygulamaları sağlık kurumlarında tam katılım ile sağlanmalıdır. Kalite uygulamaları hastanelerde görevli tüm mesleklerin sorumluluğunda yürütülen faaliyetlerdir. Yapılan görüşmelerde kalite uygulamaları her üç hastane grubunda da daha çok hemşirelerle yürütüldüğü belirlenmiştir. Toplam kalite yönetiminin hemşireler arasında kalite kültürü, iş değerleri, çalışan memnuniyeti ve hasta güvenliği kültürünün incelendiği bir çalışmada, çalışan memnuniyeti ile iş değerlerinin hasta güvenliği kültürünü doğrudan etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca toplam kalite yönetimi faydalı bir çalışma ortamı yarattığı ve hasta güvenliği kültürünü geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır (Wang ve diğ. 2017). Çin’de TKY uygulamalarının yaralanmalar üzerine yapılan diğer çalışmada, çalışanların sağlığını ve güvenliğini sağlamak için, kesici delici yaralanmalarını önleme amacıyla yürütülen TKY uygulamaları ile yaralanmaların %70 azaldığını, metal iğne tercihi ise %0,5'lere gerilediği saptanmıştır (Xin ve diğ. 2021).

Kalite süreçlerinde yer alan tüm uygulamalarda hataları önleme ile kontrol önemli bir basamaktır. Örneğin hasta güvenliği kontrolü, çalışan güvenliği kontrolü, ilaçların kontrolü

gibi. Amaç sıfır hataya ulaşmaktır. Ayrıca tüm süreçlerde tüm uygulamaların kayıt altına alınma zorunluluğu bulunmaktadır. Her üç hastane grubunda da kontrol süreçleri aktif uygulandığı belirlenmiştir. Romanya ve Avustralya’da bulunan hastanelerin insan kaynakları yönetiminin karşılaştırıldığı bir çalışmada, Avustralya’da bulunan hastanenin Romanya’da bulunan hastaneye oranla çok merkezi bir hiyerarşik yapısı bulunduğu, Romanya’da iyi bir motivasyon sistemi olmadığı ve kurumdan ayrılmaların fazla olduğu, her iki ülke hastanesinde de bekleme oranlarının fazla olduğu, acil hizmetlerine erişimin pahalı olduğu, sonuç olarak sağlık personeli eksikliğinin de durumu daha kötüleştirdiği belirlenmiştir (Barcan ve Barcan 2018). Sağlık profesyonellerinin kalite uygulamalarına yönelik görüşlerinin incelendiği başka bir çalışmada, sağlıkçıların %75’inin kalite uygulamalarına isteksiz olduğu, isteksiz olanların %87’sinin hekimler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kalite çalışmalarının %84 oranında etkili olarak uygulandığı, genel kalite algısının yüksek olduğu saptanmıştır (Örtlek ve diğ. 2017).

Kalite uygulamalarından sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanları etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının kullandıkları tüm sistemlerin güvenli kullanımı için kontrolleri yapılmalıdır. Her üç hastane grubundada teknik hizmetlerle ilgili süreçlerde sıkıntılar yaşandığı belirtilmiş iyileştirmelerin yapıldığı tespit edilmiştir.

## **5.2. ARAŞTIRMANIN NİCEL AŞAMASI BULGULARININ TARTIŞILMASI**

Güvenilir ve geçerli bir ölçek, kayıtların bütünlüğünü sağlayabilir ve hasta bakım kalitesini artırabilir (Taı ve diğ. 2022). Sağlık ve sosyal bilim araştırmalarında çok fazla değişken bulunmaktadır. Ayrıca çok fazla test ve değişken aletler kullanılmaktadır. Bu nedenle kalite hizmetlerinde geçerli ve güvenilir araştırmalar yapmak oldukça önemlidir (Kimberlin ve Winterstein 2008).

Bu araştırmanın metodolojik aşamasında sağlık profesyonellerinin kalite çalışmalarına yönelik tutumlarını ölçmek için ölçek geliştirilmiş ve ölçeğin özellikleri değerlendirilmiştir. Araştırmada geliştirilmiş olan KÇYTÖ:SÇS’nün geçerlilik ve güvenilirlik bulguları tartışılacaktır.

### **5.2.1. Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümünün Geçerliliği**

Ölçek geliştirmeye ilgili bilimsel literatür incelendiğinde, nitel araştırma verilerinin nicel araştırmalara rehberlik etmesi için kullanılabilceği ve nitel-nicel araştırmanın birbirini tamamladığı belirtilmektedir (Tezbaşaran 1997; Yıldırım ve Şimşek 2008). Bu araştırmada,

sağlık bakanlığı hastaneleri ile özel ve üniversite hastanesi örnekleme alınarak, farklı birimlerde görevli 45 sağlık çalışanı ile bireysel derinlemesine görüşmeler yapılmış olup, görüşmelerden elde edilen veriler değerlendirilerek 61 madde ile ölçek maddeler havuzu oluşturulmuştur.

Araştırmada geliştirilen KÇYTÖ:SÇS'nün geçerli olduğunun değerlendirilmesinde; kapsam geçerliliği, madde analizleri, normallik sınaması, yapı geçerliliği analizleri ile faktör analizleri uygulanmış ve bu başlıklarla tartışılmıştır.

**Kapsam geçerliliği** için “uzman görüşü” en etkili ve en sık başvurulan yöntemlerden biridir (Gliner ve diğ. 2015; Büyüköztürk 2019). Bu araştırmada oluşturulan madde havuzu (61 madde) kapsam geçerliliğini değerlendirmek için 18 uzmana gönderilerek, maddelerin uygunluğu ve anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Davis Tekniği kapsamında uzmanların maddeleri uygun (4) ile uygun değil (1) arasında puanlamaları (Davis 1992) istenmiştir. Kapsam Geçerlik Oranı 0,97 olarak hesaplanmış ve 0,80'den küçük madde bulunmadığından hiçbir madde çıkarılmamıştır. Uzman görüşlerine göre 3 madde daha eklenmiş olup, danışman ile tez izlem jürisiyle birlikte toplam 64 maddenin kalarak geçerlilik ve güvenilirlik aşamasına geçilmesine karar verilmiştir. Örneklem grubuyla aynı özelliği taşıyan en az 30 sağlık çalışanı ile ön çalışma yapılarak ölçek test edilmiştir. Gelen yorumlar doğrultusunda gerekli düzenleme yapılmıştır. Bu sonuçlara göre taslak ölçeğin ölçülmek istenen yapıyı oluşturduğu ve kapsam geçerliliği yansıttığı söylenebilir.

**Madde analizlerinde**, ölçülmek istenen yapıyı ölçebilen en iyi ve kaliteli maddelere ulaşmak amacıyla madde toplam korelasyonları, ortalamaları ve varyansları incelenmiştir. Ayrıca madde silindiğinde Cronbach Alpha katsayıları incelenmiştir. Cronbach Alpha değerinde herhangi bir düşüğe neden olmadan toplam korelasyonu düşük olan maddeler “elemeye aday madde” olarak değerlendirilmiştir. En düşük değere sahip aday madde sırasıyla çıkarılarak analizler yinelenmiştir. Ölçeğin güvenilirlik çalışması için 64 maddenin korelasyonlarına bakıldığında; korelasyon katsayılarının  $r = -0.069$  ile  $0,778$  arasında olduğu bulunmuş, öncelikle negatif yönde korelasyon güvenilirlik katsayısı olan 1 maddenin ve daha sonra  $r = .25$ 'in altında olan 1 maddenin daha ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 62 maddenin toplam korelasyonları  $r = .302$  ve  $r = .778$  arasında olduğu tespit edilmiştir. Madde analizi sonunda kalan maddelerin istenen yapıyı ölçmek için en kaliteli maddeler olduğu ve birbirleriyle ilişkili bulunduğu söylenebilir.

**Normallik sınaması**, dağılımın nasıl olduğunu belirlemek amacıyla yapılmış, ölçekte bulunan maddelerin her biri Shapiro-Wilk normallik testi ile test edilmiş, Henze-Zirkler çoklu normallik testi ile verinin normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir ( $p < 0,001$ ). Ayrıca



Bandalos (2014)'e göre normal dağılmayan veriler üzerinden Robust Maximum Likelihood kullanılabilirliği önerilmiştir.

**Yapı geçerliliği** için araştırma veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığı KMO katsayısı ile Barlett's testi ile değerlendirilmektedir. KMO katsayı değerinin 0,60 üzeri olması gerekmekte olup, 0.60-0.69 arasında zayıf, 0.70-0.79 arasında orta, 0.80-0.89 arasında iyi, 0.90-1.00 arasında ise mükemmel olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca değişkenlerin birbiriyle ilişkili olup olmadığını belirleyen Barlett analizinin anlamlı olması gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell 2013). Taslak ölçeğin yapılan analizlerinde KMO değeri 0,976 ve Bartlett küresellik testi  $\chi^2$ : 20624,814; sd:861 ve  $p < 0,001$  olarak tespit edilmiştir. Bu değerlere göre örneklemin, mükemmel büyüklükte olduğu ve değişkenler arasında ilişkiler olduğu belirlenmiş değişkenlerin faktör analizine uygun olduğu söylenebilmektedir.

**Açımlayıcı faktör analizi** birçok amaç için kullanılan istatistiksel bir araçtır. Modern sosyal bilimlerde ve ölçklerde bir kişinin psikometrik özelliklerini keşfetmek için kullanılır. Tüm çift yönlü ilişkileri inceler ve bireysel değişkenler arasında gizli faktörleri çıkarmaya çalışır (Costello ve Osborne 2005).

Faktörlerin birbiri ile ilişkili olmasından dolayı "PROMAX" eğik döndürme yöntemi önerilmiş (Costello ve Osborne 2005) ve kullanılmıştır. Daha sonra maddeler üzerinden 2 kez faktör analizi yapılmıştır. İlk faktör analizi sonucunda faktör ağırlığı 0,40'nin altında olan 22 madde ölçekten çıkarılmıştır. Açımlayıcı faktör analizine göre 42 maddeli ve üç boyutlu yapıya sahip "Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü" (KÇYTÖ:SÇS) ölçeği elde edilmiştir. Açımlayıcı faktör analizinde faktör yükünün 0,40'ın üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir (Boateng ve diğ. 2018). Ayrıca literatürde toplam açıklanan varyans oranının %40-60 arasında olması önerilmektedir (Tavşancıl 2019). Bu çalışmada üç boyutlu yapıda olan ölçeğin faktör yükleri 0,45 ile 0,86 arasında, toplam varyansı açıklama oranı %62,10 oranında elde edilerek, analizde belirlenen 3 faktörün birlikte maddelerdeki toplam varyansın ve kalite çalışmalarına yönelik tutuma ilişkin algının önemli bir kısmını açıkladığı belirlenmiştir. Ayrıca faktör analizinde başlangıç öz değerlerin 1'in üzerinde olması anlamlı kabul edilir (Yaşlıoğlu 2017). Her faktör üzerinden elde edilen öz değerlerin 1'in üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda ölçeğin 3 faktör üzerinden yapı geçerliliği sağladığı belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarında bulunan maddeler değerlendirilerek sırasıyla "kurumsal yaklaşım", "yönetici yaklaşımı" ve "çalışan yaklaşımı" olarak isimlendirilmiştir.

**Doğrulayıcı faktör analizi**, ölçek gelirtirme araştırmalarında, faktör yapısının test edilmesi için, maddelerin birbirleriyle ilişkileri, faktör yükleri, ölçek ile alt boyutların birbiriyle

uyumunu belirlemek amacıyla yapılmaktadır (Çapık 2014). Bu araştırmada, doğrulayıcı faktör analizinde tahmin yöntemi olarak “*Robust Maximum Likelihood*” tahmin yöntemi kullanılmış, regresyon katsayıları hesaplanmış ve ölçeğin standardize katsayı değerleri (0,50-0,90) değerleri arasında yer aldığı, bütün maddelerin anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,01$ ). Kurumsal yaklaşım alt boyutu *AVE* (0,669)  $\geq 0,50$  olmasından dolayı, yönetici yaklaşımı alt boyutu *AVE* (0,670)  $\geq 0,50$  olmasından dolayı çalışan yaklaşımı alt boyutu *AVE* (0,584)  $\geq 0,50$  olmasından dolayı modelin yeterli biçimde benzeşme geçerliliğini sağladığı saptanmıştır.

### Şekil 5.1: Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum Ölçütleri	İyi Uyum*	Kabul edilebilir Uyum**
$\chi^2/df$	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 5$
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$
NNFI	$0,97 \leq NNFI \leq 1$	$0,95 \leq NNFI \leq 0,97$
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$

**Kaynak:** Jöreskog ve Sörbom, 1996; Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003; Schumacker ve Lomax, 2004.

Bir ölçeğin geçerli bir ölçek olabilmesi için doğrulayıcı faktör analizi sonunda mutlaka uyum iyiliği indexlerine bakılması ve uygun değere sahip olmaları beklenmektedir. Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum ölçeğine ilişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi modeli test sonuçlarına göre; modelin uyum indeks değerleri; *GFI*(0,67), *SRMR*(0,098) değerleri kötü uyuma sahipken, *Chi-square/df*(*cmin/df*)(1,82)), *CFI*(0,99), *NNFI*(0,99), *NFI*(0,99), *RMSEA*(0,045) değerlerinin iyi uyum sınırları içinde yer aldığı belirlenmiştir (Şekil 5.1). Bu sonuçlar doğrultusunda, modelin doğrulandığı ve ölçeğin iyi uyum sağladığı görülmektedir.

### 5.2.2. Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümünün Güvenilirliği

Güvenirlilik analizlerinden biri olan, tekrar test testi, ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Literatürde tekrar test için en az 30 kişi önerilmektedir. Ayrıca tekrar test uygulamasının, onbeş gün ile bir ay arasında bir süre ile iki

kez uygulanması gerektiği iki ölçümün her birinde elde edilen ortalama puanların istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması gerekmektedir (Tavşancıl 2005; Öner 2006; Şencan 2005).

Bu araştırmada, zamana göre değişmezliğini test etmek ve güvenilirliği belirlemek için test tekrar test uygulanmış, örnekleme aynı özelliklere sahip 51 kişi ile test-retest yapılmıştır. Bu değerlere göre kurumsal yaklaşım, yönetici yaklaşımı, çalışan yaklaşımı alt boyutlarının ölçek toplamının ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Bu sonuçlara göre kurumsal yaklaşım, yönetici yaklaşımı, çalışan yaklaşımı alt boyutlarının ve ölçek toplamının Zaman 1 ve Zaman 2 arasındaki ilişkinin çok yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ( $r = 0.995-0.999$ ). Ayrıca iç tutarlılık için Cronbach's alpha değerleri incelenmiştir. Kurumsal yaklaşım, yönetici yaklaşımı, çalışan yaklaşımı alt boyutlarının ve Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutumun Zaman 1 ve Zaman 2 için elde edilen Cronbach's alpha değerlerinin 0,893-0,982 arasında olmasından dolayı, bu değerlerin yüksek derecede güvenilir olduğu bulunmuştur. Böylece test-retest yöntemi ile ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği sağlanmıştır.

Ölçülmek istenen yapının, tutarlı olarak ölçüldüğünün değerlendirilmesine iç tutarlılık denmektedir. Maddeler arası iç tutarlılığın yüksek olması ile ölçeğin güvenilir olduğu anlamına gelmektedir (Çam ve Baysan Arabacı 2010; Şencan 2005;). Cronbach's alpha değeri, ölçeklerin tutarlılığını değerlendirmede kullanılan en sık yöntemdir (Yurdugül 2006; Kula Kartal ve Mor Dirlik 2016).

Açımlayıcı faktör analiziyle elde edilen üç boyutlu 42 maddeden oluşan ölçeğin güvenilirlik sonuçları; kurumsal yaklaşım alt boyutunda  $CR (0,973) \geq 0,70$  ve  $Cronbach's Alpha (0,962) \geq 0,80$  olmasından dolayı yüksek derecede, yönetici yaklaşımı alt boyutuna göre  $CR (0,973) \geq 0,70$  ve  $Cronbach's Alpha (0,963) \geq 0,80$  olmasından dolayı yüksek derecede, çalışan yaklaşımı alt boyutuna göre ise  $CR (0,890) \geq 0,70$  ve  $Cronbach's Alpha (0,823) \geq 0,80$  olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Tüm ölçeğin Cronbach's alpha değeri 0,976 olarak elde edilmiş olup, bu durumda genel olarak Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeğine verilen cevapların tutarlılığının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, ölçeğin toplamının ve alt boyutlarının yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma; sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına ilişkin görüşlerinin derinlemesine belirlenmesi amacıyla nitel tasarımda ve “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” geliştirmek amacıyla nicel tasarımlardan metodolojik yöntemde gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın nitel aşama bulguları sonucunda;

- Araştırmanın birinci aşamasında, sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yönelik bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen bulgular üç ana tema ile değerlendirilmiştir. Kalite çalışmalarının kurumsal, yönetici ve çalışana yansımaları olduğu saptanmıştır.
- Kurumsal yaklaşım teması incelendiğinde; dokümanların yönetiminin (hazırlanma, yayınlama, güncelleme) prosedürlere uygun işletildiği, eğitim süreçlerinde uyum eğitiminin önemi, eğitimlerin gereksinim halinde yinelenmesi, sürekli eğitimler ve salgın nedeniyle uzaktan eğitimlerin yapıldığı, ayrıca iç ve dış değerlendirmeler, göstergeler ve ölçme araçları gibi ölçme ve değerlendirmede süreçlerinin yürütüldüğü, tüm bu kalite çalışmalarının kuruma, hastaya ve çalışana yansımaları olduğu belirlenmiştir.
- Yönetici yaklaşım temasına göre; kalite çalışmaların yönetim süreci kapsamında değerlendirilerek, planlama, organize etme, yürütme, eşgüdüm sağlama (koordinasyon) ve kontrol basamaklarının yoğun uygulandığı tespit edilmiştir.
- Çalışan yaklaşımı teması değerlendirildiğinde; kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluğu olduğu, hataların önlenmesine yönelik çalışmalar yapıldığı ve sağlık çalışanı dışındaki diğer çalışanlarla işbirliği içinde hizmetlerin yürütüldüğü saptanmıştır.

### Araştırmanın ikinci metodolojik aşaması bulguları sonucunda;

- 61 madde ile madde havuzu oluşturulduğu,
- 18 uzmandan görüş alınarak KGO 0,97 olarak tespit edildiği ve madde çıkarımı yapılmadığı, üç madde daha eklenerek madde havuzunun 64 olduğu,

- Madde toplam puan korelasyonu düşük olan iki madde çıkarılarak, kalan 62 maddenin korelasyonunun  $r=,302$  ve  $r=,778$  arasında olduğu,
- Henze-Zirkler çoklu normallik testi ile verinin normal dağılıma uygun olmadığı,
- Açımlayıcı faktör analizine göre 22 madde elenerek, 42 maddeli ve üç boyutlu yapıya sahip “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü” (KÇYTÖ:SÇS) ölçeğinin elde edildiği,
- Üç boyutlu yapıda olan ölçeğin faktör yüklerinin 0,45 ile 0,86 arasında bulunduğu,
- Ölçeğin toplam varyansı açıklama oranı %62,10 oranında olduğu, başlangıç öz değerlerin 1’in üzerinde olduğu,
- Ölçeğin alt boyutlarında bulunan maddeler sırasıyla “kurumsal yaklaşım”, “yönetici yaklaşımı” ve “çalışan yaklaşımı” olarak isimlendirildiği,
- Doğrulayıcı faktör analizinde tahmin yöntemi olarak “*Robust Maximum Likelihood*” tahmin yöntemi kullanılarak regresyon katsayıları hesaplanarak Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği standardize katsayı değerleri (0,50-0,90) değerleri arasında yer aldığı,
- Kurumsal Yaklaşım alt boyutu *Cronbach’s Alpha* (0,962)  $\geq$  0,80 olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu,
- Yönetici Yaklaşımı alt boyutu *Cronbach’s Alpha* (0,963)  $\geq$  0,80 olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu,
- Çalışan Yaklaşımı alt boyutu *Cronbach’s Alpha* (0,823)  $\geq$  0,80 olmasından dolayı yüksek derecede güvenilir olduğu,
- Bütün ölçeğin *Cronbach’s alpha* değeri 0,976 olarak elde edilmiş olup, bu durumda genel olarak Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeğine verilen cevapların tutarlılığının yüksek olduğu,
- Ölçeğin DFA modeli uyum indeksleri sonuçlarına göre; DFA’da Modelin uyum indeks değerleri; *Chi-square/df(cmin/df)*(1,82), *GFI*(0,67), *CFI*(0,99), *NNFI*(0,99), *NFI*(0,99), *SRMR*(0,098), *RMSEA*(0,045) olduğu,
- Ölçeğin son haline ait madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,453 – 0,772 arasında değiştiği,
- 51 kişi ile test-retest yapıldığı ve ölçek toplamının Zaman 1 ve Zaman 2 ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ve Zaman

1 ve Zaman 2 için elde edilen Cronbach's alpha değerlerinin 0,893-0,982 arasında olmasından dolayı, bu değerlerin yüksek derecede güvenilir olduğu,

- KÇYTÖ:SÇS'nde "1(Kesinlikle Katılmıyorum), 2(Katılmıyorum), 3(Kararsızım), 4(Katılıyorum), 5(Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde ifade edileceği, ifadeler doğrultusunda ortalama tutum düzeylerinin 3'ün üzerinde yer alması tutumun yüksek düzeyde olduğunu, 3'ün altında olması ise tutumun düşük düzeyde olduğunu ifade ettiği,
- Ölçek ile alt boyutları arasındaki pozitif yönlü yüksek ilişkiler olduğu,
- Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü'nün geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir.

Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde;

- Kalite standartlarının sık değişiminin kurumları zorladığından işlemleri kolaylaştıracak sistemler geliştirilmesi,
- Doküman oluşturma, yayınlama ve güncelleme iş ve işlemlerinde sistemler geliştirilerek kolaylaştırılması,
- Eğitim süreçlerinin, yetkin kişilerle farklı eğitim teknikleri kullanılarak düzenlenmesi,
- Eğitim gereksinimlerine göre tekrarlarının yapılması,
- Öz değerlendirmeler, Bakanlık kalite değerlendirmeleri, sağlık müdürlüğü değerlendirmeleri, ilçe sağlık müdürlüğü değerlendirmeleri, mali değerlendirmeler, ayrıca Bakanlık verimlilik değerlendirmelerinin sistematik şekilde gerçekleştirilmesi,
- Kalite göstergelerinin hazırlanması, hedeflerin belirlenmesi, verilerin değerlendirilmesine ilişkin güvenilir bir veri kaynağının oluşturulması gerektiği,
- Çalışan memnuniyet anketine göre gerekli iyileştirmelerin yapılması,
- Yöneticilerin sık değişmeden verimi yüksek yöneticilerin uzun soluklu görev alması,
- Özel sağlık kurumlarında görevli kalite çalışanlarının Bakanlığın kalite eğitim programlarına dahil edilerek katılım sağlayabilmeleri,
- Bu araştırma ile oluşturulan ölçeğin daha büyük örneklemelerde sektörel karşılaştırmaların yapılması,

- Bu ölçek kullanılarak çalışanların kaliteye yönelik tutumu değerlendirilerek iyileştirmelerin yapılması,
- Ölçeğin uygulama sonuçlarının, kalite göstergeleri ile ilişkisini gösteren çalışmaların yapılması önerilir.



## KAYNAKLAR

Aggarwal, A., Aeran, H. and Rathee, M., 2019, Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of oral biology and craniofacial research*, 9, 180-182. <https://doi.org/10.1016/j.jobcr.2018.06.006>.

Ağaç, G. ve Baki, B., 2016, Sağlık alanında çok kriterli karar verme teknikleri kullanımı: literatür incelemesi, *Hacettepe sağlık idaresi dergisi*, 19(3), 343-363.

Ağın, K., 2020, Toplam kalite yönetimi bağlamında kaizen felsefesinin örgütlerin maliyet, verimlilik ve kalite düzeylerine etkileri, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24(3), 1191-1207.

Ağırkaya, K. ve Erdem, R., 2018, Halef selef bağlamında yönetici değişikliğinin hastane personeline etkisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(31), 23-60.

Akar, Y., Gulhan, Y. B. ve Acar, P., 2015, Sağlık sektöründe kalite yönetimi, sağlık yöneticilerinin kalite anlayışı (Ankara İli örneği), *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 2(2), 76-81.

Akmal, A., Podgorodnichenco, N., Stokes, T., Foote, J. Greatbanks, R. and Gauld, R., 2022, What makes an effective Quality Improvement Manager? A qualitative study in the New Zealand Health System, *BMC health services research*, 22(50), 1-11.

Aleksijević, A., Aleksijević, M. and Sebo, D., 2017, The concept of quality in the function of secondary health care, *Ekonomski Vjesnik/Econviews*, 1, 115-128.

Al-Shdaifat, E. A., 2015, Implementation of total quality management in hospitals, *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 10(4), 461-466, ISSN 1658-3612.

Altındış, S. ve Ergin, A., 2018, Kalite bağlamında sağlık personeli eğitimi, *Sakarya Medical Journal*, 8(1), 157-169.

Alzoubi, M. M., Hayati, K. S., Rosliza, A. M., Ahmad, A. A. and Al-Hamdan, Z. M., 2019, Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research, *Risk management and healthcare policy*, 12, 167-177.

Arıcan, Z., 2016, *Katılımcı yönetim modellerinin uygulandığı işletmelerde çalışanların etik anlayışı ve İBB çalışanlarına yönelik bir uygulama*, Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü.



Arısoy, D. Ş., 2017, Sağlık hizmetlerine hizmet kalitesi ve hizmet kalitesinin servqual yöntemi ile ölçülmesine yönelik bir uygulama, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 1079-1102.

Arslan Kurtuluş, S., 2021, Sağlık hizmetlerinde kontrol, *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 40(2), 77-99.

Arvidsson, E., Dahlin, S. and Anell, A., 2021, Conditions and barriers for quality improvement work: a qualitative study of how professionals and health centre managers experience audit and feedback practices in Swedish primary care, *BMC family practice*, 22(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01462-4>.

Aslan, Y., 2020, İlaç kaynaklı tıbbi hata/olay bildirimlerin Dünya Sağlık Örgütü “Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması”na göre değerlendirilmesi, *J Health Sci Med*, 3(1), 20-25.

ASQC Kalite Sözlüğü <https://asq.org/quality-resources/quality-glossary/q> [Ziyaret Tarihi: 14 Haziran 2022]

Avcı, K., 2018, Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme ve Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü, *Sağlıkta kalite ve akreditasyon dergisi*, 1-5.

Aygar, H. ve Önsüz M. F., 2017, Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, *Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2(1),26-32.

Baltacı, A., 2018, Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme, *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231-274.

Bandalos, D. L., 2014, Relative performance of categorical diagonally weighted least squares and robust maximum likelihood estimation, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 21, 102-116.

Barcan, L. and Barcan, M., 2018, Comparative study on human resource management, applied in Public Hospitals in Romania and Australia, *Revista Tinerilor Economisti*, 31, 86-93.

Bayer, N. ve Baykal, Ü., 2018, Sağlık çalışanları kalite algı ölçeğinin geliştirilmesi, *Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi*, 5(2), 86-99.

Bayer, N. ve Parıltı, N., 2016, Kalite Belgelendirme sisteminin hasta bakım kalitesi ve hemşirelerin kalite algılayışına olan etkisinin belirlenmesi, *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 3(1), 31-40. Doi: 10.5455/sad.13-1462812597.

Bhutani, M., Price, D. B., Winders, T. A., Worth, H., Gruffydd-Jones, K., Tal-Singer, R., Correia-de-Sousa, J., Dransfield, M. T., Peché, R., Stolz, D. and Hurst, J. R., 2022, Quality

standard position statements for health system policy changes in diagnosis and management of COPD: A Global Perspective, *Advances in therapy*, 39(6), 2302–2322.

Bıçimli, M., 2013, *Üniversite hastanelerinde kalite yönetim sistemi (Dicle Üniversitesi Hastaneleri Örneği)*, Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R. and Young, S. L., 2018, Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer, *Frontiers in public health*, 6(149), 1-18.

Bogdanova, K., 2019, Methodical model of management as a tool for increase of the healthcare quality, *Knowledge - International Journal*, 34(4), 1133-1139.

Bogdanova, K., 2019, Student satisfaction by quality of training in subject “healthcare management”, *Knowledge-international journal*, 31(4), 1175-1180.

Botje, D., Ten Asbroek, G., Plochg, T., Anema, H., Kringos, D. S., Fischer, C., Wagner, C. and Klazinga, N. S., 2016, Are performance indicators used for hospital quality management: a qualitative interview study amongst health professionals and quality managers in The Netherlands. *BMC health services research*, 16(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1826-3>.

Bucke, V., Ruzevicius, J. and Buckus, R., 2020, service quality management at lithuanian healthcare institutions, *Quality access to success*, 21(174), 49-55.

Büyüköztük, Ş., 2019, *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum*, (26. Baskı), Ankara: Pegem Akademi.

Cengiz, C., 2018, Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Programları ve TÜSKA, *Sağlıkta kalite ve akreditasyon dergisi*, 21-26.

Cengiz, C., Beylik, U., Avcı, K. ve Kayral, İ. H., 2019, Öz değerlendirmeden denetime: hastanelerin akreditasyon yolculuğu, *Sağlıkta kalite ve akreditasyon dergisi*, 1-6.

Costello, A. B. and Osborne, J. W., 2005, Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis, *Practical assessment, research and evaluation*, 10, 1–9.

Çam, M.O. ve Baysan Arabacı, L., 2010, Tutum Ölçeği Hazırlamada Nitel ve Nicel Adımlar, *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi*, 12(2), 59-71.

Çapacıoğlu, E., Özçakar, N. ve Çetin, O., 2018, Kamu kurumlarında toplam kalite yönetimi uygulamalarının deming yönetim metodu ile analizi, *Istanbul management journal*, 29(85), 107-125, <https://doi.org/10.26650/imj.2018.29.85.0008>.

Çapık, C., 2014, Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı, *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 17(3), 196-205.

Çelikçöp, Ç. Ve Yarar, O., 2019, Kalite yönetim direktörlerinin bilgi güvenliği farkındalığı: İstanbul İli örneği, *Sağlıkta performans ve kalite dergisi*, 17(2), 29-48.

Çerçi, S. ve Baykal, Ü., 2022, Sağlıkta toplam kalite yönetiminin kuruma, hastaya ve çalışana yansımaları, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 126-131.

Çetin, C., Akın, B., Erol, V., 2001, *Toplam kalite yönetimi ve kalite güvence sistemi (ISO 9000-2000 Revizyonu) ilke-süreç-uygulama*, Beta Basım Yayım, İstanbul.

Çetin, G., Çelik, G., Kaya, F. Ö., Güneş, M. E. ve Keskin, H., 2012, Toplam kalite uygulamasının yatan hasta memnuniyetine etkisi: Altı yıllık kamu hastanesi deneyimi, *İstanbul tıp derg*, 13 (4):186-190.

Çınaroğlu, S. ve Avcı, K., 2013, Yönetim Biliminde Sistem Yaklaşımı ve Sağlık Alanı Özelinde Bir Değerlendirme, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 17(1), 83-101.

Daştan, E. ve Bozdemir, E., 2021, Hastane işletmelerinde kalite maliyetlerinin paf modeline göre analizi: Düzce Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde bir uygulama, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 12(3), 1038-1049.

Davis, L.L., 1992, "Instrument review: Getting the most from a panel of experts". *Applied nursing research*, 5, 194-197.

Demirbilek, M., 2022, Örgütsel iyileştirme ve örgütsel sağlık, *International journal of management and administration*, 6(11), 61-86, <https://doi.org/10.29064/ijma.993107>.

Demirel H., Murgul K. ve Kaygılı İ., 2013, Sağlıkta kalite değerlendirmeleri, *Sağlık düşüncesi ve tıp kültürü dergisi*, 28, 78-81.

Dikmen, A., 2016, Türkiye’de hemodiyaliz merkezlerinin kalite yönetim sistemleri ve standartları açısından değerlendirilmesi, *Sağlık akademisyeni dergisi*, 3(4), 185-187. <https://doi.org/10.5455/sad.13-1479119368>.

Dobrin, C., Deac, V. and Dinulescu, R., 2017, Quality Management in the Romanian Healthcare System, *Quality access to success*, 18(161), 49-53.

Doğan Merih, Y., Güngör, P., Yaşar Kocabey, M., Samatlı, A., Emuce, Ç., Eksan, H. ve Özdem, Ş., 2015, Sağlık çalışanı gözüyle hizmet kalite standartlarının etkinliğinin değerlendirilmesi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(1), 62.

Doğan, F., Bakan, İ. ve Hayva, S., 2017, Sağlık sektörünün temel aktörleri olan hastanelerde rekabet stratejilerinin kaliteye etkisi, *Elektronik sosyal bilimler dergisi*, 16(62), 817-835.

Donabedian, A., 1980, *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*, Michigan: Healty Administration Press, Ann Arbor, 5.

Dosen, D. O., Skare, V. and Skare, T., 2010, Mjerenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zastite SERVQUAL instrumentom, *Revija za socijalnu politiku*, 17 (1), 27-45.

Durduran, Y., Demir, L. S., Uyar, M., Demirtaş, A., Erdoğan, A. ve Arbağ, H., 2019, Sağlık çalışanlarında iş kazası ve ramak kala olaylara retrospektif bakış, *Kocatepe tıp dergisi*, 20(3), 131-136.

Dursun Temiz, T. N. ve Sivuk, D., 2022, Toplam kalite yönetimi uygulamaları ile hastane çalışanlarının iş tatmini, iş yaşam kalitesi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki, *Verimlilik dergisi*, 1, 120-131.

Eriş, H., Havlioğlu, S. ve Doni, N., 2017, Kalite sistemi ve bilgi güvenliği sistemlerinin hasta güvenliği üzerine etkisi: bir üniversite hastanesi uygulaması, *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 4(3), 207-215.

Ertaş, H. ve Çelik, Ö., 2018, Sağlıkta kalite standartları üzerine nitel bir değerlendirme, *Sağlık yönetimi dergisi*, 2(1), 18-40.

Esen, H. ve Çalışkan, T., 2021, Evde sağlık hizmetleri kalite standartları öz değerlendirme sonuçları: Eğitim ve araştırma hastanesi örneği, *TJFMPC*, 15(2), 294-300.

Gerşil, M. ve Güven, H., 2018, Üniversitelerde hizmet kalitesinin SERVQUAL analizi ile ölçülmesi: Celal Bayar Üniversite'nde bir uygulama, *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), 111-125.

Gliner J.A., Morgan G.A. and Leech, N.L., 2015, *Uygulamada Araştırma Yöntemleri Desen ve Analizi Bütünleştiren Yaklaşım*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık.

Gök, M.Ş. ve Arıcı, T., 2016, Yalın yönetim sistemlerinde alternatif yaklaşım: dinamik kalite yönetim Sistemi, *KOSBED*, 31, 135-143.

Gök, S., 2021, Sağlık yönetiminde çağdaş yaklaşımlar, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Dergisi*, 5(1), 166-194. <https://doi.org/10.31200/makuubd.860953>.

Göktaş, P. ve Al Shubakie, F. I. A., 2017, İnsan kaynakları yönetimi bağlamında sağlık kurumlarında kalite yönetim algısının karşılaştırılması: Irak-Türkiye örneği, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(28), 157-192.

Gürer, A., 2018, Sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği, *Journal of Health Services and Education*, 2(1), 9-14.

Halinski, D., 2022, Quality Improvement: What is it and who is responsible for it?. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 49(2), 157–163.

Heidari Gorji A. M. and Farooque, J.B., 2011, A comparative study of total quality management of health care system in India and Iran, *BMC research note*, 4, 566.

Holderried, M., Bökel, A. C. and Ochsmann, E., 2018, Dokumenten-Management-Systeme zur Unterstützung des Qualitätsmanagements an Universitätskliniken – Eine interviewbasierte Studie [Document management systems to support quality management systems at university hospitals - an interview-based study], *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 133, 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2018.03.005>.

Huseinspahić, N., 2008, Implementacija sistema upravljanja kvalitetom u sektoru zdravstva, *Zbornik Radova Ekonomskog Fakulteta U Sarajevu Br*, 28, 428-450.

Irfan, S. M., Ijaz, A., Kee, D. M. H. and Awan, M., 2021, Improving operational performance of Public Hospital in Pakistan: A TQM Based Approach, *World applied sciences journal*, 19 (6), 904-913.

İnam, Ö. ve Koç Tütüncü, S., 2017, Türkiye’de sağlık alanında toplam kalite yönetimi konusunda yapılmış tez profillerinin incelenmesi (2012-2016), *IGUSABDER*, 2, 109-122.

İpekten, O.B. ve Kutlu, H.A., 2003, Üretim işletmelerinde içsel başarısızlık maaliyetlerinin ağırlığı, *Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(3-4), 367-380.

İper Timlioğlu, S., Kabadayı Arslan, M., Tay, S., Boz Efe, S., Baran, H., Yılmaz, Y., Akkaya, D. ve Tekeşin, K., 2015, Kalite eğitimlerinde eğitim etkinliğini artırma uygulamaları. *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 2(1), 53-60.

Jabbal, J., 2017, Embedding a culture of quality improvement, *Kid's Fund Londra*.

JCI, <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/> [Ziyaret Tarihi: 21 Temmuz 2022].

Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1996). LISREL8: User's reference guide. Mooresville: Scientific Software.

Kalder, [https://www.kalder.org/vizyon\\_misyon\\_degerler](https://www.kalder.org/vizyon_misyon_degerler), [Ziyaret Tarihi: 28 Ağustos 2022].

Kanellopoulos, D., 2012, Quality-Oriented Human Resource Management in the Health Care System, *Quality access to success*, 13(126), 107-109.

Karadeniz, A., Yeşilbağ, Z., Alaşehir, E. A. ve Gürkan, S., 2015, Sağlık personelinde kan ve vücut sıvılarıyla oluşan yaralanmaların değerlendirilmesi, *Maltepe tıp dergisi*, 7(2), 1-4.

Karakaya, C., 2021, Tıbbi sosyal hizmet uygulamasında kalite ve toplam kalite yönetimi, *Türkiye sosyal hizmet araştırmaları dergisi*, 5(1), 32-45.

Karcıoğlu, R., Biçer, E.B., 2013, Toplam kalite yönetiminin işletme maliyetleri üzerine etkisi: kalite belgesi öncesi ve sonrası dönem karşılaştırması, *Muhasebe ve denetime bakış*, 1-26.

Kavuncubaşı, Ş., 2000, *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*, 1.basım, Ankara Siyasal Kitapevi, Ankara.

Kaya, C. ve Ulusoy, H., 2022, Hastanelerin kalite direktörlerinin, kalite birim çalışanlarının ve klinik kalite sorumlularının kalite indikatör yönetimi hakkındaki görüşlerin değerlendirilmesi: Sivas İli örneği, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 24-31.

Kaya, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. ve Yılmaz, A., 2013, *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*, Ed. Sıdıka Kaya, Web-Ofset, 1. Baskı, Eskişehir, ISBN:978-975-06-1530-6.

Kaygın, N., 2021, *Sağlık Hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyeti ve hasta hemşire ilişkileri*, Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kazmierczak, D. and Bogusz-Czerniewicz, M., 2012, Identification of patient's requirements in quality management system in health care institutions, *Reports of practical oncology and radiotherapy*, 17, 50-53.

Keklik, B., 2012, Sağlık hizmetlerinde benimsenen liderlik tiplerinin belirlenmesi:özel bir hastane örneği, *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, 14(1), 73-93.

Kılıç, Ş. ve Aydınli, C., 2015, Sağlık kurumlarında süreç yönetimi uygulamaları, *Journal of Business Research - Turk*, 7(3), 143-143, <https://doi.org/10.20491/isader.2015315717>.

Kılınç, E. ve Paksoy, H. M., 2017, Sağlık çalışanlarında performans algı düzeyinin bazı sosyo-demografik değişkenlere göre incelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 20(2), 151-159.

Kimberlin, C. L. and Winterstein, A. G., 2008, Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 65(23), 2276–2284.

Koçel, T., 2018, *İşletme Yöneticiliği*. 17.Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, ISBN: 978-605-242-100-0.

Kula Kartal, S. ve Mor Dirlik, E., 2016, Geçerlik kavramının tarihsel gelişimi ve güvenilirlikte en çok tercih edilen yöntem: Cronbach alpha katsayısı, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(4), 1865-1879.

Kurt, A., 2020, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve İnovasyon, *Sağlıkta kalite ve akreditasyon dergisi*, 1-6.

Lashgari, M. H., Arefanian, S., Mohammadshahi, A. and Khoshdel, A. R., 2015, Effects of the total quality management implication on patient satisfaction in The Emergency Department of Military Hospitals. *J Arch Mil Med*, 3 (1), e26952.

Liu, L., Dong, J., Wang, D., Zhang, C. and Zhou, Y., 2022, Clinical outcomes and quality of life in elderly patients treated with a newly designed double tube endoscopy for degenerative lumbar spinal stenosis, *Orthopaedic surgery*, 14(7), 1359–1368.

Lüleci, M., İkizler, C. ve Koç AYTEKİN, G., 2019, Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi (TKY) ve personel performansını etkileyen faktörler: bir vakıf üniversite hastanesi örneği, *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 13-41.

Maimaitireyimu, N. ve Arslanoğlu, A., 2019, Kalite direktörlerinin sağlıkta akreditasyon standartlarına bakış açısı üzerine nitel bir araştırma, *Sağlıkta kalite ve akreditasyon dergisi*, 1-14.

MAXQDA, <https://www.maxqda.com/#:~:text=MAXQDA%20is%20a%20world%20leading,survey%20responses%2C%20and%20much%20more.> [Ziyaret Tarihi:29.06.2022].

Mirazchiyski, B., Bakalivanov, L. and Petrova-Geretto, E., 2021, Efficient hospital management based on risk assesment principles, *Knowledge international journal*, 46 (4), 693–702.

Mogakwe, L.J., Ally, H. and Magobe, N. B. D., 2020, Facilitating compliance with quality standards at primary health care clinics through adequate health care resources, *Africa journal of nursing and midwifery*, 22(1), 1-17, <https://doi.org/10.25159/2520-5293/6569>.

Moradi, T., Jafari, M., Maleki, M. R., Naghdi, S. ve Ghiasvand, H., 2015, Quality management systems implementation compared with organizational maturity in hospital, *Global journal of health science*, 8(3), 174–182.

Muzigaba, M., Chitashvili, T., Choudhury, A. et al., 2022, Global core indicators for measuring WHO's paediatric quality-of-care standards in health facilities: development and expert consensus, *BMC health serv res*, 22, 887.



Nedeljko, K. and Denis, K., 2013, quality management in healthcare industry, *Interdisciplinary management research, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics, Croatia*, 9, 227-238.

Noto, H., Tanizawa, Y., Aizawa, T., Sone, H., Yoshioka, N., Terauchi, Y., Inagaki, N. and Noda, M., 2016, Cluster-randomized trial to improve the quality of diabetes management: The study for the efficacy assessment of the standard diabetes manual (SEAS-DM), *Journal of diabetes investigation*, 7(4), 539–543.

Oksay, A., 2016, Sağlık hizmetlerinde kalite tam olarak ne demek? *Mehmet akif ersoy üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü dergisi*, 8(14), 181-192. <https://doi.org/10.20875/sb.86063>.

Öner, N., 2006, *Türkiye 'de kullanılan psikolojik testlerden örnekler*, (Cilt I), İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Örtlek, M., Yanık, A., Kalkan, A. C., Topaloğlu, S., Kalaner, A. ve Baç, A., 2017, Sağlık çalışanlarının hastane kalite çalışmalarına yönelik görüşleri ve kalite algısı, *Uluslararası sağlık yönetimi ve stratejileri araştırma dergisi*, 3(2), 37-51, ISSN:2149-6161.

Özcan Çaklı, İ., 2021, Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi Donabedian kalite özellikleri ve sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi üzerine etkisi, *İş 'te davranış dergisi*, 6(1), 1-15, DOI: <https://doi.org/10.25203/idd>.

Özpuat, F., 2010, Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan sağlık personelinin hizmet içi eğitim programına ilişkin görüşlerinin saptanması, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 283-292.

Öztaş, S., 2014, *Sağlık kurumlarında kalite yönetim sistemleri ve akreditasyon çalışmaları analizi (Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*, Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Öztürk A. O., 2010, Improving performance of public sector hospitals: impacts of quality management systems applications in Turkey, *Journal of social policy conferences*, 0 (50), 1131-1157.

Öztürk, Z., Türkoğlu, A., N. ve Düşüngülü, F., 2018, Toplam kalite yönetiminin örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilişkisi, *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 1727-1744.

Park, J. Y., Chen, J. F., Choi, H., Ho, W., Lesthari, N., Lim, J., Lim, T. S., Lowe, S., Ong-Amoranto, B., Vachiramon, V., Wanitphakdeedecha, R. and Kerscher, M., 2022, Insights



on skin quality and clinical practice trends in Asia Pacific and a practical guide to good skin quality from the inside out, *The Journal of clinical and aesthetic dermatology*, 15(6), 10–21.

Pınar, G., Doğan, A., Kırılancı, Y. ve Özdemir, Ç., 2010, Hemşirelerin hizmet içi uyum eğitimine ilişkin görüşleri, *Klinik ve deneysel araştırmalar dergisi*, 1(3), 199-205.

Piligrimienè, Z., 2012, Measurement issues in health care service quality, *Economics and management*, 17(1), ISSN 2029-9338, ISSN 1822-6515, 289-296.

Resmi Gazete, 26 Kasım 2014, Sayı: 29187, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/11/20141126-3.htm>, [Ziyaret Tarihi: 27 Mayıs 2022].

Resmi Gazete, 31 Aralık 2016, Sayı: 29935, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite Ve Akreditasyon Enstitüsünün Yapılanması Ve Faaliyetlerinin Yürütülmesine Dair Yönetmelik <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161231M3-12.htm>, [Ziyaret Tarihi: 27 Mayıs 2022].

Sağlıkta Dönüşüm Programı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, [Ziyaret Tarihi: 02 Haziran 2022].

Sarıkaya, N. ve Altunışık, R., 2019, Sağlık kurumlarından hizmet alanlar gözünden hasta hakları konusundaki uygulamalara yönelik tutum ve değerlendirmeler, *İşletme bilimi dergisi (JOBS)*, 7(3), 531-551.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. and Müller, H., 2003, Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures, *Methods of psychological research*, 8(2), 23–74.

Schumacker, R. E. and Lomax, R. G., 2004, (2nd ed.), *Lawrence Erlbaum Associates Publishers*.

Seferi, L. and Seferi, Z., 2020, Evolution of dual management in organizing and empowering the quality of services in hospitals in North Macedonia, *Knowledge international journal*, 41(1), 269-279.

Seren İntepeler Ş. ve Değirmenci Öz S., 2022, *Kalite Yönetimi*, Hemşirelikte Yönetim, İçinde: Tatar Baykal Ü. ve Ercan Türkmen E. (ed), 9.Bölüm, Akademi Basın Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul.

Seren İntepeler, Ş., 2011, *Kalite Yönetimi*, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, İçinde: Tatar Baykal, Ü. ve Ercan Türkmen E. (ed), 1.11.Bölüm, Akademi Basın ve Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul, 306-331.

Seren İntepeler, Ş., Samur, M. ve Dirik, H. F., 2014, Kalite geliştirme araçlarının risk yönetiminde kullanımı: İlaç hatası örneği, *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 1(1), 67-73.

SHGM, Doküman Yönetimi Rehberi (Sürüm 3.0), 2020, Ankara, ISBN: 978-975-590-769-7 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1174.

SHGM, Doküman Yönetimi Rehberi, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-66619/dokuman-yonetimi-rehberi-hakkinda.html>, [Ziyaret Tarihi: 22 Temmuz 2022].

SHGM, Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi Kitabı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012, (<https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/3620/0/memankrehpdf.pdf>) [Ziyaret Tarihi: 23 Temmuz 2022].

SHGM, Sağlıkta İndikatör Yönetim Sistemi, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012.

SHGM, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2012, *SKS Işığında Sağlıkta Kalite*, Pozitif Matbaa, Ankara, ISBN: 978-975-590-436-8.

SHGM, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2021, *Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi*, Tam Pozitif Matbaa, Ankara, ISBN: 978-975-590-758-1.

SHGM, Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-8785/turkiye-saglikta-kalite-sistemi.html>, [Ziyaret Tarihi: 22 Temmuz 2022].

Shortell, S. M., O'Brien, J. L., Carman, J. M., Foster, R. W., Hughes, E. F., Boerstler, H. and O'Connor, E. J., 1995, Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation, *Health serv res*, 30 (2), 377-401.

Sipahi, G.A. ve Enginoğlu, D., 2013, Bilgi yönetimi ve kalite yönetim sistemleri arasındaki ilişkinin açıklanmasına yönelik bir araştırma, *Sosyal ve beşeri bilimler dergisi*, 5(1), 290-299, ISSN: 1309-8012.

Soysal, A. N. ve Koçoğlu, D., 2018, Sağlık işletmelerinde müşteri odaklı pazarlama anlayışı ile hizmet kalite algısı arasındaki ilişki; bir hastane örneği, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 21(1), 41-50, <https://doi.org/10.29249/selcuksbmyd.349338>.

Stan, L., 2018, Quality management in healthcare, Performans improvement, *Manager journal*, 27(1), 85-92.

Sweis R. J., Al-Mansour, A., Tarawneh, M. and Al-Dweik, G., 2013, The impact of total quality management practices on employee empowerment in the healthcare sector in Saudi

Arabia: a study of King Khalid Hospital, *International journal productivity and quality management*, 12 (3), 271–286.

Şahin, D., 2020, JCI Akreditasyonu ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonu ile ilgili kuruluşların çalışmalarına ilişkin araştırma, *Sağlıkta kalite ve akreditasyon dergisi*, 16-26.

Şan, E., Uysal, Ş. A. ve Öztürk, N., 2018, Toplam kalite yönetiminin temel ilkeleri ve uygulanabilirliği: Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi örneği, *Organizasyon ve yönetim bilimleri dergisi*, 10(1), ISSN: 1309-8039, 1-13.

Şencan, H., 2005, *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*, Ankara, Seçkin Yayıncılık.

Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S., 2013, *Using Multivariate Statistics*. (6th ed.). New Jersey, USA: Pearson Education.

Tağ, M. N. ve Hıdıroğlu, D., 2013, Mali ufuklar, sağlık kuruluşlarında stratejik tedarik ve performans ilişkisi: uzun vade yönelimi ve tedarikçi ile uyumlu ilişkilerin etkisi, *Mersin serbest muhasebeci mali müşavirler odası*, ISSN:1307-7023.

Tai, J.F., Wang, C., Lin, L.Y. and Tang, P.L., 2022, validity and reliability of a nursing process scale, *Journal of nursing*, 69(3), 31-40. ISSN: 0047-262X

Take, N., Byakika, S., Tasei, H. and Yoshikawa, T., The effect of 5S-Continuous Quality Improvement-Total Quality Management approach on staff motivation, patients’ waiting time and patient satisfaction with services at hospitals in Uganda, *Journal of Public Health in Africa*, 6(486), 29-34.

Tamer, G. ve Çetinkaya, H., 2018, Kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarına etkisi, *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 5(2), 97-101.

Taner, B. ve Özkan, C., 2013, Kalite yönetim sistemi ve yaşanan değişime ilişkin tutumlar: Mersin Üniversitesi örneği, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(1), 213-228.

Tapan, B., Capraz, N. ve Kanar Diner, S., 2012, Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, *Uluslararası sağlıkta bilişim ve iletişim zirvesi*, İstanbul.

Taş, Y., Akpınar, A. T. ve İşçi, E., 2016, The Effects of Quality Management System on Patient Safety Culture in Hospitals, *Research Journal of Politics, Economics and management*, 4(2), 239-254.

Tavaşcıl, E., 2019, *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Tezbaşaran, A.A., 1997, Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu, (2. Baskı), Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Toneva, M., Andonova, A. and Milcheva, H., 2019, Voluntary standards applicable in healthcare activities, *Knowledge - international journal*, 35(4), 1367–1372.

Top, H., 2013, *Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin çalışanlara etkisi (Kırklareli ili sağlık çalışanları örneği)*, Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Torun, N., 2020, Sağlık hizmetlerinde kalite kontrol çemberi teknikleri kullanılma durumları ve nedenleri üzerine nitel bir araştırma, *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 116-128.

Türk Dil Kurumu, 2022. Kalite Nedir? Erişim 21 Mayıs 2022, <https://sozluk.gov.tr/>

Uçak, T. H., 2020, *Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi kapsamında otelcilik hizmetlerinin incelenmesi*, Yüksek Lisans, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Uyumaz, G., M.Dirlik, E. ve Çokluk, Ö., 2016, Açıklayıcı faktör analizinde tekrar edilebilirlik: Kavram ve uygulama, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(2), 659-675.

Uyurdağ, N., Yıldırım, A. ve Uluocak Köse, T., 2022, Sağlık bakım alanında sürekli iyileştirme modelleri, *Hacettepe sağlık idaresi dergisi*, 25(2), 429-444.

Uzun Kocamiş, T., 2016, Toplam kalite yönetimi (TKY) ve iç denetimin TKY'deki rolü, *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 1-21.

Valkov, A. and Stancheva, L., 2021, Health care quality measures: integrated approach, *Knowledge - international journal*, 46(5), 823–834.

Vargün, H. ve Gül, S., 2020, Kalite maliyetlerinin analizi ve raporlanması: Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bir uygulama, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 23(2), 550-564.

Wang, K.Y., Chou, C.C. and Y.Lai, J.C., 2017, A structural model of total quality management, work values, job satisfaction and patient-safety-culture attitude among nurses, *J nurs manag*, 27, 225-232.

Xin, X., Zheng, X., Lu, H., Yang, Q., Sun, Y., Qu, K. ve He, H., 2021, A study on the management of needle-stick and sharps injuries based on total quality management in a tertiary hospital in western China, *The journal of vascular access*, 22(2), 273-279.

Yaşlıoğlu, M. M., 2017, Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85, ISSN: 1303-1732.

Yavan Temizkan, Ö., 2018, Hizmet kalitesi algı ve beklentilerinin analizi: Bir devlet hastanesi örneği, *Uluslararası yönetim iktisat ve işletme dergisi*, CEEİK Özel SAYISI, 147-158, <https://doi.org/10.17130/ijmeh.2019CEEIK201854104>.

Yazıcı, G. ve Elbaş, N., 2017, Hemşirelerin hasta ve hemşire güvenliği açısından acil servislerin çalışma ortamına ilişkin görüşleri, *Sağlık akademisyenleri dergisi*, 4(2), 69-80.

Yıldırım, H. ve Şimşek, A., 2008, Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldız, M. S., 2018, Sağlıkta kalite bilgi ve deneyim düzeyinin değerlendirilmesi: Türkiye ve Suudi Arabistan Hastaneleri kalite çalışanları arasında karşılaştırma, *HSP*, 5(2), 188-200.

Yıldız, M. S., Öztürk, Z., Topal, M. ve Khan, M. M., 2019, Effect of accreditation and certification on the quality management system: Analysis based on Turkish hospitals, *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), 1675-1687, <https://doi.org/10.1002/hpm.2880>.

Yorulmaz, M., Evirgen, H. ve Yıldız, A., (2017), Kesici-delici alet yaralanma oranı değerlendirmesi: Bir kamu hastaneler birliği örneği, *Recep Tayyip Erdogan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 245-254.

Yurdugül, H., 2006, Paralel, eşdeğer ve konjenerik ölçmelerde güvenilirlik katsayılarının karşılaştırılması, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(1), 15-37.

Yurtseven, F.M. ve Afacan Fındıklı, M., 2020, Sağlıkta kalite yönetimi Türkiye'den ve İspanya'dan EFQM modeli uygulama örnekleri ile, Nobel Bilimsel Eserler, 1. Baskı, Ankara.

Yücel, M., 2013, TS EN ISO 9001:2008 Kalite yönetim sisteminin iş yaşam kalitesine katkısı: Sağlık sektöründe bir araştırma, *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 13(26), 124-152, ISSN:1303-8370.

Zafer, İ. ve Ünal, E., 2016, Yatan hastaların hizmet kalitesi algılarının serqual skoruna göre incelenmesi, *Sağ. perf. kal. derg.*, 12, 113-134.

Zaim, H. ve Tarım, M. 2010, Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması, *Sosyal siyaset konferansları*, 59(2), 1-24.

## EKLER

### EK 1. SAĞLIK ÇALIŞANLARI YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Kendinizi kısaca tanıtır mısınız? (Mesleğiniz, yaşıınız, eğitiminiz, çalıştığınız bölüm, meslekte ve bu kurumda çalışma deneyiminiz gibi)
2. Kurumunuzda kalite yönetim süreçleri ile ilgili çalışmalar nasıl yürütülüyor? (Standartlara ait dokümanların hazırlanması ve uygulanması, çalışanlara duyurulması vb. gibi)
3. Kurumunuzda yürütülen kalite çalışmalarına ilişkin çalışanlara yönelik eğitimler nasıl yapılıyor? (eğitim konuları, eğitimlerin yapılma zamanı, katılımcıların belirlenmesi, eğitim içeriğinin planlanması, eğitimcilerin seçimi, eğitimin etkinliği, vb.)
4. Kurumunuzda kalite çalışmalarına ilişkin ölçme ve değerlendirme süreçleri nasıl yürütülüyor? (anketler, öz değerlendirmeler, göstergeler, indikatörler, değerlendirmeler vb.)
5. Kalite çalışmalarında yöneticilerin rolü nasıldır? (kalite çemberleri, komiteler ve ekiplerin oluşturulması, katılımın sağlanması, eğitim ve bilgilendirme vb.) Ayrıca yöneticilerin bu süreci daha etkili yönetebilmeleri için nelerin iyileştirilmesi gerektiğini düşünüyorsunuz?
6. Kurumunuzda kalite çalışmalarının daha etkili yürütülebilmesi için sizce nelerin düzeltilmesi/iyileştirilmesi gerekiyor?
7. Kalite yönetimine ilişkin yapılan çalışmaların mesleki rollerinizi nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?
8. Kalite çalışmalarının kurumunuza sizce neler kazandırıyor ve bu çalışmalar genel olarak sağlık hizmet sunumunuzu nasıl etkiliyor?
9. Size yöneltilen sorularda değinilmediğini düşündüğünüz ve eklemek istediğiniz görüşleriniz ve önerileriniz kısaca açıklayınız?

## EK 2: KALİTE ÇALIŞMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI SÜRÜMÜ TASLAĞI

Bu doktora tez çalışması, “Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği:Sağlık Çalışanları Sürümü” belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler, yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak, kurum ve kişi bilgilerine yer verilmeyecektir. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilebilmesi için, eksiksiz ve içtenlikle doldurmaya özen göstermenizi rica eder, çalışmamıza verdiğiniz katkı için çok teşekkür ederim.

Hemşire Seyhan ÇERÇİ  
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı  
Doktora Öğrencisi

1. Yaşınız: .....
2. Medeni Durumunuz: ( )Evli ( )Bekâr
3. Mesleğiniz:
  - ( ) Doktor (Prof. Dr, Doç. Dr.,Uzm. Dr, Pratisyen Dr., Diş Hekimi. vb)
  - ( ) Hemşire /Ebe
  - ( ) Diğer Sağlık Meslek Üyeleri (Psikolog, Diyetisyen, Eczacı, Fizyoterapist, Odyolog, 4 yıllık okul mezunu vb.)
  - ( ) Sağlık Teknikeri (ATT, Anestezi, Radyoloji, Odiyometri, Tıbbi Sek., vb. 2 yıllık MYO Mezunu vb.)
4. Eğitim Durumuz: ( )Ön lisans ( )Lisans ( )Lisansüstü ( )Tıpta Uzmanlık
5. Meslekte Çalışma Yılıınız: .....
6. Kurumda Çalışma Yılıınız: .....
7. Çalıştığınız Birim:
  - ( )Özellikli hizmetler (ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz, acil servis vb.)
  - ( )Klinikler
  - ( )Poliklinikler
  - ( )Görüntüleme, laboratuvar
  - ( )Diğer (idari, destek hizmetleri vb.)
8. Kalite eğitimi alma durumu: ( )Evet ( )Hayır
9. Evet, ise hangi şekilde belirtiniz:
  - ( )Hizmet içi eğitim
  - ( )Uzaktan eğitim
  - ( )Diğer

<b>Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü Taslağı</b>		<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>Kurumumuzda kalite çalışmaları;</b>					
<b>1</b>	Misyon, vizyon ve kalite politikası doğrultusunda yürütülür					
<b>2</b>	Yeni dokümanların prosedüre uygun şekilde hazırlanmasını sağlar.					
<b>3</b>	Hazırlanan kalite dokümanlarının hizmetin işleyişiyle örtüşmesini sağlar.					
<b>4</b>	Yeni doküman hazırlık sürecinde ilgili birimin görüşünün de alınmasını sağlar.					
<b>5</b>	Doküman güncellemelerinin birimin isteği doğrultusunda yapılmasını destekler.					
<b>6</b>	Yeni ya da güncellenen dokümanlar hakkında ilgili kişilerin bilgi sahibi olmasını sağlar.					
<b>7</b>	Sürekli gelişim ve değişim destekler.					
<b>8</b>	Olası risklerin en aza indirilmesini sağlar.					
<b>9</b>	Öz değerlendirmelerin yetkin kişiler tarafından yapılmasını destekler.					
<b>10</b>	Fiziki yapı ve donanımın iyileştirilmesine olanak sağlar.					
<b>11</b>	İş sağlığı ve güvenliğini artırır.					
<b>12</b>	Yetkin kalite komitesi üyeleri tarafından yürütülür.					
<b>13</b>	Çalışanların mesleki eğitim ve gelişimini destekler.					
<b>14</b>	Eğitimlerin biçimsel/formal yürütülmesini zorunlu kılar.					
<b>15</b>	Kuruma yeni başlayanlara verilen uyum eğitimlerinin etkinliğini artırır.					
<b>16</b>	Tüm işleyişin kayıt altına alınarak belgelenmesini güvenceye alır.					
<b>17</b>	İyileştirmelerde hasta doyum/memnuniyet sonuçlarından yararlanılmasını sağlar.					
<b>18</b>	İyileştirmelerde çalışan geri bildirim anketiyle sonuçlardan yararlanılmasını sağlar.					
<b>19</b>	Dilek ve öneri kutularından çıkan sonuçlara uygun iyileştirmeler yapılmasını sağlar.					
<b>20</b>	Kalite göstergelerinin (indikatörlerin) birim düzeyinde izlenmesini sağlar.					
<b>21</b>	Kalite göstergelerindeki uygunsuzluğun DÖF (düzeltici önleyici faaliyet) şeklinde ele alınmasını sağlar.					
<b>22</b>	Hasta sonuçlarına olumlu etki eder.					



<b>Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü Taslağı Devamı 1</b>		<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Kalite çalışmaları yöneticilerin;</b>						
23	Kalite yönetim süreçlerine olumlu yaklaşım sergilemesini sağlar.					
24	Kalite süreçlerine etkin katılımını zorunlu kılar.					
25	Tüm süreçlerde öncü ve itici güç olmasını sağlar.					
26	Çalışanlarını kalite çalışmalarına katmasını zorunlu kılar.					
27	Katılımcı yönetim yaklaşımını benimsemelerini kolaylaştırır.					
28	Kuruma katkı sağlayan çalışanları ödüllendirmesini destekler.					
29	Sürecin uygulanması için gerekli mali kaynağı sağlamasını zorunlu kılar.					
30	Birimin özelliklerine uygun insan gücü dağılımı yapmasını sağlar.					
31	Gereken malzeme ve donanımı sağlamasını gerektirir.					
32	Eğitici seçiminde alanında yetkin kişiler olmasını gerektirir.					
33	Eğitim içeriklerini hazırlanmasında katılımcıların bilgi düzeylerinin dikkate alınmasını sağlar.					
34	Uyum eğitimlerini adayın gereksinimine uygun süre ve içerikte planlamasını sağlar.					
35	Sürekli eğitimleri çalışan istek ve gereksinimlerine göre çeşitlendirilmesine olanak verir.					
36	Eğitimleri çalışan gereksinimlerine göre tekrarlanmasını gerektirir.					
37	Çalışanlar için mesleki gelişimini destekleyen eğitimler yapılmasını sağlar.					
38	Geribildirim almaya yönelik anket çalışmaları yapmalarını zorunlu kılar.					
39	Hasta ve yakınları geri bildirimlerine değer verilmesini sağlar.					
40	Çalışan geri bildirimlerine değer verilmesini sağlar.					
41	Öz değerlendirme sonucuna göre iyileştirmeler yapmasını sağlar.					
42	Kendi birimiyle ilgili kalite göstergelerini (indikatörleri) izlemesini zorunlu kılar.					
43	Uygunsuzlukları DÖF (düzeltici önleyici faaliyet) şeklinde ele almasını gerektirir.					
44	Dış değerlendiricilerin saptadığı uygunsuzluklara olumlu yaklaşım sergilemesini gerektirir.					
45	Kalite birimiyle iş birliği yapmasını gerektirir.					
46	Dış değerlendirme raporlarından yararlanmasına ortam hazırlar.					
47	Kalite kültürü oluşturmasını destekler.					

<b>Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü Taslağı Devamı 2</b>		<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>48</b>	Kalite çalışmalarını iş yükü olarak görürüm.					
<b>49</b>	Birime yapılan ani/habersiz değerlendirmelerden hoşlanmam.					
<b>50</b>	Öz değerlendirme sonucunda ortaya çıkan uygunsuzlukları önlemeye ilişkin çalışmalara destek veririm.					
<b>51</b>	Karşılaştığım ramak kala olayları prosedüre uygun şekilde bildiririm.					
<b>52</b>	Hasta ve yakınlarının geri bildirimlerine değer veririm.					
<b>53</b>	Çalışma arkadaşlarımın geri bildirimlerine değer veririm.					
<b>54</b>	Hasta tedavi ve bakım süreçlerinde prosedürlere uygun davranırım.					
<b>55</b>	Hastaya yapacağım tüm işlemlerin öncesinde bilgilendirmeye önem veririm.					
<b>56</b>	İşe yeni başladığımda verilen uyum eğitimlerinden yararlandım.					
<b>57</b>	Hasta ve yakınlarının eğitimini prosedürler doğrultusunda yaparım.					
<b>58</b>	Kalite çalışmaları görev tanımım dışında işlerin verilmemesini destekler.					
<b>59</b>	Çalışma arkadaşlarım kalite çalışmalarına gönülden destek verir.					
<b>60</b>	Kalite çalışmalarını işimi doğru yapabilmenin bir aracı olarak görürüm.					
<b>61</b>	Sürekli eğitimler mesleki ve bireysel gelişimimi destekler.					
<b>62</b>	Kurumumuzda hizmet kalitesine odaklanan bir kurum kültürü vardır.					
<b>63</b>	Kalite çalışmalarının, hasta ve çalışan güvenliğini sağladığını düşünürüm.					
<b>64</b>	Kalite çalışmaları işimi daha etkin ve yüksek performansta yapmamı sağlar.					

**EK 3: KALİTE ÇALIŞMALARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ: SAĞLIK  
ÇALIŞANLARI SÜRÜMÜ**

	<b>Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü</b>	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
	Kurumumuzda kalite çalışmaları; misyon, vizyon ve kalite politikası doğrultusunda yürütülür					
2	Kurumumuzda kalite çalışmaları; yeni doküman hazırlık sürecinde ilgili birimin görüşünün de alınmasını sağlar.					
3	Kurumumuzda kalite çalışmaları; doküman güncellemelerinin birimin isteği doğrultusunda yapılmasını destekler.					
4	Kurumumuzda kalite çalışmaları; sürekli gelişim ve değişimi destekler.					
5	Kurumumuzda kalite çalışmaları; olası risklerin en aza indirilmesini sağlar.					
6	Kurumumuzda kalite çalışmaları; öz değerlendirmelerin yetkin kişiler tarafından yapılmasını destekler.					
7	Kurumumuzda kalite çalışmaları; fiziki yapı ve donanımın iyileştirilmesine olanak sağlar.					
8	Kurumumuzda kalite çalışmaları; iş sağlığı ve güvenliğini artırır.					
9	Kurumumuzda kalite çalışmaları; yetkin kalite komitesi üyeleri tarafından yürütülür.					
10	Kurumumuzda kalite çalışmaları; çalışanların mesleki eğitim ve gelişimini destekler.					
11	Kurumumuzda kalite çalışmaları; eğitimlerin biçimsel/formal yürütülmesini zorunlu kılar.					
12	Kurumumuzda kalite çalışmaları; kuruma yeni başlayanlara verilen uyum eğitimlerinin etkinliğini artırır.					
13	Kurumumuzda kalite çalışmaları; tüm işleğin kayıt altına alınarak belgelenmesini güvenceye alır.					
14	Kurumumuzda kalite çalışmaları; çalışan geri bildirim anket sonuçlarından iyileştirmelerde yararlanır.					
15	Kurumumuzda kalite çalışmaları; dilek ve öneri kutularından çıkan sonuçlara uygun iyileştirmeler yapılmasını sağlar.					
16	Kurumumuzda kalite çalışmaları; kalite göstergelerinin (indikatörlerin) birim düzeyinde izlenmesini sağlar.					
17	Kurumumuzda kalite çalışmaları; kalite göstergelerindeki uygunsuzluğun DÖF (düzeltici önleyici faaliyet) şeklinde ele alınmasını sağlar.					
18	Kurumumuzda kalite çalışmaları; hasta sonuçlarına olumlu etki eder.					
19	Kalite çalışmaları yöneticilerin; katılımcı yönetim yaklaşımını benimsemelerini kolaylaştırır.					
20	Kalite çalışmaları yöneticilerin; kuruma katkı sağlayan çalışanları ödüllendirmesini destekler.					

<b>Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutum Ölçeği: Sağlık Çalışanları Sürümü Devamı 1</b>		<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
21	Kalite çalışmaları yöneticilerin; sürecin uygulanması için gerekli mali kaynağı sağlamasını zorunlu kılar.					
22	Kalite çalışmaları yöneticilerin; alanında yetkin kişileri eğitici olarak seçmesini gerektirir.					
23	Kalite çalışmaları yöneticilerin; eğitim içeriklerinin katılımcıların bilgi düzeylerine göre hazırlanmasını sağlar.					
24	Kalite çalışmaları yöneticilerin; uyum eğitimlerinin adayın gereksinimine uygun şekilde planlanmasını sağlar.					
25	Kalite çalışmaları yöneticilerin; sürekli eğitimlerin çalışan istek ve gereksinimlerine göre düzenlenmesini sağlar.					
26	Kalite çalışmaları yöneticilerin; çalışan gereksinimlerine göre eğitimlerin tekrarlanmasını gerektirir.					
27	Kalite çalışmaları yöneticilerin; çalışanlarının kariyer gelişimini desteklemesini sağlar.					
28	Kalite çalışmaları yöneticilerin; geribildirim almaya yönelik anket çalışmaları yapmalarını zorunlu kılar.					
29	Kalite çalışmaları yöneticilerin; hastaların/yakınlarının geri bildirimine önem verilmesini sağlar.					
30	Kalite çalışmaları yöneticilerin; çalışan geri bildirimine önem verilmesini sağlar.					
31	Kalite çalışmaları yöneticilerin; öz değerlendirme sonucuna göre iyileştirmeler yapmasını sağlar.					
32	Kalite çalışmaları yöneticilerin; kendi birimiyle ilgili kalite göstergelerini (indikatörleri) izlemesini zorunlu kılar.					
33	Kalite çalışmaları yöneticilerin; uygunsuzlukları DÖF (düzeltici önleyici faaliyet) şeklinde ele almasını gerektirir.					
34	Kalite çalışmaları yöneticilerin; dış değerlendiricilerin saptadığı uygunsuzluklara olumlu yaklaşım sergilemesini gerektirir.					
35	Kalite çalışmaları yöneticilerin; kalite birimiyle iş birliği yapmasını gerektirir.					
36	Kalite çalışmaları yöneticilerin; dış değerlendirme raporlarından yararlanmasına ortam hazırlar.					
37	Öz değerlendirme sonucunda ortaya çıkan uygunsuzlukları önlemeye ilişkin çalışmalara destek veririm.					
38	Çalışma arkadaşlarımdan geri bildirimlerine önem veririm.					
39	Hasta tedavi ve bakım süreçlerinde prosedürlere uygun davranırım.					
40	Hastaya yapacağım tüm işlemlerin öncesinde bilgilendirmeye önem veririm.					
41	İşe yeni başlayanlar verilen uyum eğitiminden yararlanır.					
42	Hasta ve yakınlarının eğitimini prosedürler doğrultusunda yaparım.					

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KALİTE YÖNETİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENEREK TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

%9	%8	%2	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	<a href="http://toad.halileksi.net">toad.halileksi.net</a> İnternet Kaynağı	%2
2	<a href="http://dergipark.org.tr">dergipark.org.tr</a> İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
4	<a href="http://sosbilder.igdir.edu.tr">sosbilder.igdir.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	%1
5	<a href="http://acikbilim.yok.gov.tr">acikbilim.yok.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	%1
6	<a href="http://nek.istanbul.edu.tr:4444">nek.istanbul.edu.tr:4444</a> İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Ataturk Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	<%1

## ETİK KURUL İZİN YAZISI

**Uyarı:** Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- Etik Kurul izni gerekmektedir.**
- Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Seyhan ÇERÇİ





## KURUM İZİNİ YAZILARI

**Uyarı:** Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- Kurum izni gerekmektedir.
- Kurum izni gerekmemektedir.

Seyhan ÇERÇİ











## ÖZGEÇMİŞ

