T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE BİRİM SORUMLULARININ SAĞLIKTA ULUSAL KALİTE VE İNDİKATÖR SİSTEMİNE BAKIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (KONYA ÖRNEĞİ)

Ramazan KIRAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK

KONYA-2015

ÖNSÖZ

Ülkemizde sağlık hizmetleri sunumunda kalite konusu son yıllarda en çok konuşulan konulardan biri haline gelmiştir. Bu bağlamda hem özel sektör hemde kamu sektörü, sağlık hizmeti sunumunda kaliteli hizmet verme anlayışını ön plana çıkarmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı, hastanelerde kalite odaklı hizmet sunulması için sağlıkta ulusal kalite sistemi yapılanmasına geçmiştir. Bu yapılanma sonucunda Bakanlık; hem özel hem de devlet hastanelerini kapsayacak "*Hastane Kalite Standartları"nı* geliştirmiştir. Kalite standarlarına bağlı olarak hastanelerin hizmetleri takip altına alınmıştır. Bu çalışma, hastanelerde bu standarların işleyişini takip eden hastane birim sorumlularına uygulanmıştır. Hastane birim sorumlularının sağlık hizmetlerindeki ulusal kalite sistemi yapılanmasının işleyişi hakkındaki görüşleri alınmıştır. Ayrıca birim sorumlularının hastane kalite standartlarının bir parçası olan indikatör yönetimi işleyişi hakkındaki değerlendirmelerine yer verilmiştir.

Yüksek lisans öğrenimim başında bu yana bilgisini ve emeğini benimle paylaşan, kendisiyle çalışmaktan onur duyduğum Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK başta olmak üzere değerli bölüm başkanım Doç. Dr. Musa ÖZATA'ya ve tüm bölüm hocalarıma teşekkür ederim.

Araştırma boyunca bana yardımcı olan ve araştırma verilerini toplamamda ve düzeltmede emeği geçen başta Sosyal Hizmet Bölümünde araştırma görevlisi olan Mehmet KIRLIOĞLU'na Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden Yavuz Kaan ÇELİK, Adem BİLGİN, Merve YURDAKUL, Mehmet Hanif KURUL, Sümeyye ASLAN ve Şeyma YILDIZ'a teşekkür ederim.

Ve son olarak bana her anlamda destek olan bilgisini ve sevgisini benimle paylaşan hayat arkadaşım Araştırma Görevlisi Fatma ÇİFTÇİ'ye çok teşekkür ederim.

Bu araştırmanın bundan sonra yapılacak kalite temalı çalışmalara referans olmasını dilerim.

Ramazan KIRAÇ

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **iv**

ÖZET ..... **v**

SUMMARY ..... **vi**

1. GİRİŞ **1**

1.1.Sağlık 3

1.2.Sağlık Hizmetleri 4

1.3.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 5

1.4.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 6

1.4.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri 6

1.4.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 7

1.4.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri 8

1.4.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 9

1.5.Sağlık Hizmetleri Sunan Kuruluşlar 9

1.5.1.Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Kuruluşlar 11

1.5.2.Ayakta Tedavi Hizmeti Veren Kuruluşlar 11

1.6.Sağlık Hizmetlerinde Kalite 11

1.6.1.Kalitenin Tanımı 11

1.6.2.Kalitenin Tarihçesi 13

1.6.3.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı 15

1.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi 17

1.6.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri 20

1.6.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetiminin Önemi 21

1.6.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İlkeleri 22

1.7.Sağlık Hizmetlerinde Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması 22

1.8.Sağlıkta Kalite Standartları (SKS-Hastane).....25
1.8.1.Kurumsal Hizmetler Boyutu 29
1.8.2.Hastane ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu 31
1.8.3.Sağlık Hizmetleri Boyutu 33
1.8.4.Destek Hizmetleri Boyutu.....37
1.8.5.Gösterge (İndikatör) Yönetimi Boyutu.....38
2. YÖNTEM.....41
2.1.Araştırmanın Amacı 41
2.2.Araştırmanın Önemi 41
2.3.Araştırmanın Tipi 41
2.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 41
2.5.Araştırmanın Sınırlılıkları.....42
2.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları 43
2.7.Araştırma Verilerinin Toplanması 47
2.8.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....47
2.9.Araştırma Etiği.....48
2.10.Araştırma Çalışma Takvimi.....48
2.11.Araştırma Hipotezleri 48
3. BULGULAR.....51
3.1. Araştırma Kapsamındaki Hastane Birim Sorumlularının Sosyo-Demorafik Özelliklerine Ait Bulgular 51
3.2. Hastane Birim Sorumlularının Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği ve İndikatör Yönetimi Ölçeğinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendiren Bulgular 65
4. TARTIŞMA.....103
4.1.Araştırma Grubuna Ait Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi.....103

4.2.Araştırmaya Kapsamındaki Hastane Birim Sorumlularının Ulusal Kalite Yönetimine Bakışına Ait Bulgular: 106

4.3. Araştırmaya Kapsamındaki Hastane Birim Sorumlularının, İndikatör Yönetimi Hakkında Görüşlerine Ait Bulgular 109

5. SONUÇ ve ÖNERİLER 111

5.1.Sonuçlar 111

5.2.Öneriler 115

6. KAYNAKÇA 118

7. EKLER 124

EK-A: Anket Formu 124

EK-B: Etik Kurul Onayı 128

EK-C: Araştırma İzni 129

8. ÖZGEÇMİŞ 131

SİMGELER VE KISALTMALAR

DUQuE Quality in Hospitals in Europe

KHK Kanun Hükmünde Kararname

KalDer Türkiye Kalite Derneği

SKS Sağlıkta Kalite Standartları

SHKS Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları

SKİD Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği

JCI Joint Commission International

ISO International Organization for Standardization

ESQH European Society for Quality in Healthcare

JCAHO Joint Comission for Accreditation of Healthcare

ÖZET

T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi Yapılanmasının Çalışmalara Yansıması ve Uyum Süreci (Konya Örneği)

Ramazan KIRAÇ
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2015

Amaç: Konya merkez ilçelerde bulunan hastanelerin birim sorumlularının ulusal kalite ve indikatör yönetim sistemlerinin işleyişi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesidir.
Gereç ve Yöntem: Araştırma Konya merkez hastanelerde çalışmakta olan hastane birim sorumlularına uygulanmıştır. Araştırma Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Konya Numune Hastanesi, Necmetin Erbakan Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Selçuk Üniveristesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Özel Konya Farabi Hastanesi, Özel Konya Medicana Hastanesi, Konya Özel Akademi Hastanesi ve Konya Kızılay Hastanelerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemi 186 kişiden oluşmaktadır. Araştırmada Baştürk'ün 2013 yılında uyguladığı sağlıkta ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeeği ile Atasoyun'un 2014 de uyguladığı indikatöe yönetimi ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada tanımlayıcı nitelikte olup nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırmada yüz yüze anket yöntemi kullanılarak elde edilen veriler SPSS programında analiz edilmiş ve yorumlanmıştır.
Bulgular: Araştırmaya katılan birim sorumlularının %25,8'i 20-29 yaş arasında %38,7'si 30-29 yaş arası ve 35,5'i 40 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katın birim sorumlularının %49,5'i erkek %50,5'i ise kadındır. Araştırmaya katılan birim sorumlularının %10,8'i lise mezunu %31,2'si yüksekokul mezunu %45,2'si fakülte mezunu %12,9'u ise yüksek lisans ve doktora mezunudur. Araştırmaya katılan birim sorumlularının %71,5'i evli %28,5'i ise bekârdır. Araştırmaya katılan birim sorumlularının %12,9'u Beyhekim Devlet hastanesinde %10,8'i Numune Devlet hastanesinde %11,3'ü Meram Tıp'ta %15,1'i Selçuk Tıp'ta %21'i Konya Eğitim ve Araştırma hastanesinde %9,7'si Farabi hastanesinde %9,1'i Medicana hastanesinde %6,5'i akademi hastanesinde %3,8'i ise Kızılay hastanesinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan birim sorumlularının %58,1'i kalite eğitimi almış %41,9'u ise kalite eğitimi almamıştır. Araştırmaya katılan birim sorumlularının %19,9'u özel eğitimde %24,7'si kongre ve sempozyumda %13,4'ü HKS okulunda %41,9'u diğer yerlerde kalite eğitimi almışlardır.
Sonuç: Araştırma sonucunda ulusal kalite sisteminde hastane kalite standartları daha da yükselebilmesi için kalite eğitimlerinin daha fazla verilmesi gerektiği, ulusal kalite sisteminin de hastane kalite standartlarının hastane çalışmalarına daha iyi uygulanabilmesi için HKS okulu bilgilendirilmesi ve kongre ve sempozyum aracılığı ile tanıtılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastane kalite standartlarını uygulamada birim sorumluları sıkıntı yaşadıklarını ve bunda kurumunda etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Anahtar Sözcükler: Hastane Kalite Standartları, İndikatör yönetimi, Sağlıkta ulusal kalite

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Evaluation The Viewpoints Of Hospital Unit Supervisor To The National Quality In Health And Indicator Systems: Konya Example

Ramazan KIRAÇ
Department of Health Management

MASTER THESIS /KONYA-2015

Objective: Determinating the opinions of the hospital unit supervisor in Konya central district about the national quality in health and functioning of indicator management systems.
Materials and methods: That research has been implemented to the unit supervisor of hospital who is now working hospital in Konya city centre. That research has been done in Beyhekim Public Hospital, Konya Numune Hospital, Necmetin Erbakan Meram Medical Faculty Hospital, Selcuk University Medical Faculty Hospital, Konya Education and Research Hospital, Konya Private Farabi Hospital, Konya Private Medicana Hospital, Konya Private Academy Hospital and Konya Kızılay Hospital. The sample consists of 186 person. The scale of the national quality system structuring in health that Baştürk implemented in 2013 and the scale of indicator management that Atasoy implemented in 2014 is implemented in that research. That is a descriptive research and quantitative research design is used in it. Face to face survey method is used in that research and the data were analyzed and interpreted in the SPSS program.
Findings: The %25,8 of unit supervisor participants for this study are between 20-29 years old %38,7 are between 30-39 and %35,5 are 40 and 40+. The %10,8 of participants are graduated from high school %31,2 are graduated from academy, %45,2 are graduated from faculty, and %12,9 are post graduated. The %71,5 of research participants are married %28,5 are single. The %12,9 of participant unit supervisors working at Beyhekim Hospital, %10,8 at Numune Public Hospital, %11,3 at Meram Medical Faculty's Hospital, %15,1 at Selçuk Medical Faculty Hospital, %21 at Konya Education and Research Hospital, %9,7 at Farabi Hospital, %9,1 at Medicana Hospital, %6,5 at Academy Hospital, and %3,8 Kızılay Hospital. The %58 of unit supervisor participants taked quality education but %42,9 are not. The %19,9 of research participants have education from private education, %24,7 from congress and symposium, %13,4 from HKS School, and %41,9 from other places.
Result: Result of this study demonstrated that for improving the quality of the hospital according to national quality standards organizing more education program is necessary, for application of the hospital quality standards which are demonstrated in national quality standards to workers at hospital in a better way there is need for giving information about HKS school and it can bring in over congress and symposiums. Unit Supervisors pointed out that in the process of application of hospital quality standards have experiencing problems and the institution is one of the effective factor.

Keywords: Hospital quality standards, Indicator management, National quality at health

1. GİRİŞ

Birey ve toplumun sağlığı ve bunun sürdürülebilirliği için toplumun gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinin istenilen nitelikte sunulması kritik bir önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliği aynı zamanda toplumların gelişmişlik düzeyleriyle paralellik göstermekte; güçlü değişim dalgaları karşısında kendini yenileyip geliştiremeyen sağlık hizmet modellerinin değişen ortama fayda üretemedikleri görülmektedir. Sağlık ve sağlıklı insan, sağlık hizmetleri sisteminin en önemli çıktılarıdır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sunumu, bireyin yaşam kalitesini artıran ve sürdürülebilirliğini destekleyen önemli bir faktör olması yanında; aynı zamanda toplumun üretkenliği ve devamlılığını da sağlayan stratejik bir kaynaktır. Bu kapsamda özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık politika ve stratejilerinin; küresel bir perspektifte ve özellikle ulusüstü kuruluşların belirlediği vizyona uygun olarak hazırlanması gerekmektedir.

Küreselleşen ve hızlı bir şekilde gelişen teknoloji ve bilgiye bağlı olarak tanı ve tedavi aşamalarındaki gelişmeler, bilgi ve kültür düzeynin artması, bireylerin sağlıkları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmak isteme durumu, sağlık hizmetlerine bakış açısını değiştirmiştir. Dolayısıyla bu durum bireylerin sağlık hizmet çıktılarına yönelik beklenti düzeylerini artırırken; hizmet çıktılarının kalite düzeylerini de stratejik bir zorunluluk haline dönüştürmüştür (Çoruh 1994).

Bu kapsamda son yıllarda sağlık hizmetlerinde kalite kavramı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük önem kazanmıştır. Ülkemizde son yıllarda; gerek özel gerekse kamu sektöründe sunulan hizmetlerin kalite düzeylerinin takibi ve geliştirilmesi ile ilgili ciddi çalışmalar yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerde toplam kalite anlayışıyla kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla "Yataklı Tedavi Kurumları ve Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" hazırlamış ve 30 ekim 2001 tarihinde yürürlülüğe koymuştur.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında ilan edilen *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması, hasta haklarının geliştirilmesi, yeniden yapılanma, sağlık hizmeti sunumunda kalitenin geliştirilmesi

ve daha birçok düzenlemeyi beraberinde getirmiştir (Sağlık Bakanlığı 2009). Buna bağlı olarak 2005 yılında *Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi* yürülüğe girmiştir. Bu yönerge ile birlikte ulusal akreditasyon standartları oluşturulması için çalışmalar başlamış bulunmaktadır.

Ülkemizde hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım ortamın oluşturulması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla kalite sistemi geliştirilmiştir. Bu kapsamda gerçekleştirilen çalışmalar bünyesinde Sağlıkta Kalite Standartları oluşturulmuştur. Sağlıkta Kalite Standartlarının geliştirimesinde, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri esas alınmaktadır. Sağlık alanında ülke genelinde kalite kültürünün geliştirilmesi açısından büyük önem arz eden bu çalışmalar sırasında, çeşitli yöntemlerle kullanıcıların görüş ve önerileri alınmakta, böylelikle saha uygulayıcılarının kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dahil edilmesi sağlanmaktadır. Benzer prensiplerle gerçekleştirilen yoğun çalışmalar sonucunda, SKS Hastane Seti (Versiyon-4) revize edilerek, SKS-Hastane (Versiyon-5) hazırlanmıştır (Sağlık Bakım Hizmetleri 2015). Sağlık Bakanlığıda Ulusal Kalite Sisteminde, SKS 5.versiyonunu uygulamaktadır ve hastaneler bu versiyona göre değerlendirmektedir. SKS'ye baktığımızda 5 boyuttan oluşmaktadır. Kalite standardı olarak 557 standart belirlenmiş olup bu boyutlar 1100 farklı değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015).

Bu araştırmada, hastane birim sorumlularının ulusal kalite sistemi standartları yönetiminin işleyişi ve bu standartların alt boyutundan biri olan *indikatör yönetimi* işleyişi hakkındaki görüşleri incelenmiştir. Araştırmanın literatür kısmında sağlık hizmetinin özellikleri, sınıflandırılması ve sağlık hizmeti sununan kuruluşlar yer almıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetlerinde kalitenin tarihçesi ve sağlık hizmetlerinde kalitenin özelliklerine değinilmiştir. Son olarak da Sağlık Ulusal Kalite Yapılanması'na ve sağlık hizmetlerinde kalite standartlarına yer verilmiştir.

1.1. Sağlık

Sağlık durumunun algılaması kişiden kişiye, toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılık gösteren bir olgudur. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır (Tengilimoğlu 2009). Bu tanımda hastalık kavramı ön plana çıkarılmış, kişilerin toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Akdur 1998). Robinson ve Elkan'a (1996) göre sağlığın pozitif bir biçimde tanımlanmasından ziyade genellikle hastalığın yokluğu biçiminde negatif yönden tanımlanması ilgili olarak ortaya çıkan en önemli problem evrensel olarak nitelendirilecek ve bireyin hasta olarak kabul edilip edilmemesinde bir ölçüt olarak başvurulacak normların her zaman bulunmamasıdır.

Hastalık ve sağlık arasında kesin bir sınırın çizilememesi, kavramların göreceliği çeşitli kurumları bu bağlamda yasa koyucuları, "sağlık" kavramını tanımlama, kapsamını belirleme çabası içine sokmuştur (Dağlı 2006). Bu tanımlardan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanım sağlığın günümüzde en yaygın tanımıdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık tanımını; "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" şeklinde yapmıştır (WHO 1948). "Tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık, birbirine bağlı fiziksel, ruhsal, kültürel ve toplumsal yönleri olan çok boyutlu bir olgudur. Kişinin sağlıklı olması durumunda gerek bedensel ve ruhsal gerekse sosyal yönden, kısacası günlük yaşamında her yönüyle iyi olması durumunda, sağlıklı olduğundan söz etmek mümkündür" (Günal 2007). Sağlığın bu birden çok boyutları genellikle birbirini etkiler ve sağlıklı olmaya dair en güçlü duygu, bu boyutlar yeterince dengelendiği ve bütünleştiği zaman ortaya çıkar (Kızılçelik 1996).

Bazı bilim adamları, sağlık kavramının bir takım boyutları olduğunu ve kavramın son derece geniş olan anlamının bu boyutlardan faydalanarak ortaya koyulabileceğini öne sürmüşlerdir. Sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir. Psikososyal (duygusal ve zihinsel) ve bedensel sağlık veya iyilik

halinin girdileri olarak çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetleri sağlığı doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir (Tengilimoğlu 2009). Bu dört girdinin her biri ekolojik denge, doğal kaynaklar, nüfus karakteristikleri, kültürel sistem ve akıl sağlığı yolu ile diğerlerinin etkiler ve bu girdiler birbirleri ile ilişkilidir (Schultz ve Johnson 2003). Sağlık durumunu etkileyen bu dört faktörün etki düzeyleri birbirlerine göre farklılık göstermektedir. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör çevre olup, bu faktörü sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir.

1.2.Sağlık Hizmetleri

Sağlıklı bir toplumun sağlıklı bireylerle başladığının bilincine varan ve insana değer veren bütün uygar ülkelerde, en büyük yatırım sağlığı korumak ve iyileştirmekle görevli sağlık sektörüne yapılır (Sarvan 1994). Dünyada yaşanan hızlı değişim ve küreselleşme süreçleri ile birlikte ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri sağlık hizmetleri olmuştur.

5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde "*Sağlık Hizmetleri*" şöyle tanımlanmaktadır:

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir (Karabulut ve Yaprak 2001). DSÖ ise sağlık hizmetlerini, "Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir." şeklinde tanımlanmaktadır (Yalkın 2010). Sağlık hizmetleri "Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavi etmek, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanları başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilite etmek ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek amacıyla yapılan planlı çalışmalar, hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu ile birlikte yeni hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler

bütünüdür" (Eggleston 2004, Kavuncubaşı ve Yıldırım 2000). Sağlık hizmetlerinin temel amacı; kişilerin yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürmelerini sağlamak ve insanların yaşam sürelerini uzatmaktır. Bu nedenle sağlık hizmetleri, insanların yaşamlarını iyileştirici refah ve mutluluklarını arttırıcı her türlü çalışmayı kapsar (Öztek ve Kubilay 2008).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için söylenebilecek tüm özellikleri taşımakla birlikte, birtakım kendine özgü özellikleri de bünyesinde barındırmaktadır. Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Tengilimoğlu vd 2009; Atabey 2012; Mutlu ve Işık 2005; Ateş 2013; Ak ve Sevin 2000; Sözen ve Özdevecioğlu 2002; Shortell ve Kaluzny 1983):

Sağlık hizmetlerinde talep belirsizdir ne zaman ihtiyaç duyulacağı önceden bilinemez. Sağlık piyasasına konu olacak olaylar tesadüfi olarak meydana gelmektedir. Ayrıca bireyin sağlık hizmeti talep ettiği anda ne kadar ihtiyacı olduğunu bilmemesi de ayrı bir belirsizlik konusudur. Bu durum da sağlık hizmetinin bir diğer özelliği olan doktor ile hasta arasındaki asimetrik bilgi mevcudiyetinden kaynaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ileri derecede uzmanlık bilgisi gerektirmesi bu konuda taraflar arasında bilgide eşitsizlik yaratmakta ve hizmet alıcısını sunucuya bağımlı hale getirmektedir. Hizmeti alan (müşteri/hasta) hizmetin niteliği ve niceliği hakkında bilgi sahibi değildir. Alacağı sağlık hizmetinin maliyeti ve kalitesi hakkında da bilgisi olmayan ya da çok az bilgisi olan hasta belirsizlik altında bir tercih yapmak zorundadır. Çünkü sağlık hizmetleri ertelenemez, hizmet üretildiği anda tüketilir ve başka bir hizmet ile ikame edilemez niteliktedir. İhtiyaç olduğunda (hastalık) hemen giderilmesi gerekir. Özellikle akut ve kişiye acı veren ya da sağlığını tehlikeye düşürüp kalıcı bir hastalık ya da sakatlık yaratabilecek bir durum oluşmaması için hemen müdahale edilmesi gerekir. Araştırılma ya da bekletme şansı yoktur. Sağlık hizmeti sunumunda hata yapmaya karşı tolerans gösterilemez. Hata ve yanlışta çoğunlukla geri dönüş yoktur. Zaman çok önemlidir. Bu nedenle hiç hatasız hizmet sunulması gerekir.

Genel olarak ürünlerin ya da hizmetlerin satın alınması sürecinde tüketicilerden rasyonel (akılcı) seçimler yapıp harcadığı para ile en yüksek düzeyde

yarar alacağı tercihler yapması beklenir. Fakat sağlık hizmetlerinde tüketicilerin davranışları irrasyoneldir. Tüketicinin sağlık hizmeti hakkında bilgisinin sınırlı olması, alacağı hizmetin kalitesini ölçememesi ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansı çoğu zaman yoktur. Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi de önceden belirlemek çok zordur. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin marjinal sosyal faydası, marjinal öznel faydasından büyük olduğu için bu hizmetin üretiminin salt piyasaya bırakılmadan kamu tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Çünkü bu hizmetlerin hem kişilere sağladığı öznel faydası hem de topluma sağladığı dışşal faydası vardır. Sağlık hizmetlerinin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar.

Sağlık hizmeti sunan kurumlardan hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır. Yapısı gereği bu tür bir organizasyonda ikili otorite söz konusudur ve bu durum eş güdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açar. Hizmetlerin sunumunda da işlevsel bağımlılık çok yüksektir ve hizmetin her bir aşamasında eşgüdüm gereklidir. Bir hastanın tedavisi ile birden çok kişi ilgilenir. Personel birden çok üste karşı sorumludur ve birim üretimin esas olması, teknolojinin yoğun kullanılması sebebiyle uzmanlaşma üst düzeydedir.

1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri, Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri şeklinde dört temel başlıktan oluşan bir sınıflandırma yapılmaktadır (Somunoğlu 2012);

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık yapan etkenleri ortadan kaldırmaya ve vücudumuzu bu etkenlere karşı bağışıklık kazandırmaya, kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetlerine koruyucu sağlık hizmetleri denir (Somunoğlu 2012, MEB 2011). Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı; toplumu hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya

hastalık etkenlerinin yok edilmesine yönelik hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010). Koruyucu sağlık hizmetleri;

- Tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha ucuzdur.
- Daha etkindir ve önceliklidir.
- Büyük yatırımlara, araç ve gerece gerek yoktur.
- Tedavi edici sağlık hizmetlerinin yükünü azaltır.
- Birey ve topluma sağlıklı olma bilincini kazandırır.
- Sunumu ve uygulanması daha kolaydır (MEB 2011).

Koruyucu sağlık hizmetleri toplum temellidir, bu yönüyle dışşal faydası yüksektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010). Bu hizmetlerin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketenin dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolaysıyla sosyal faydası özel faydasından yüksektir (Aktan ve Işık 2008). Koruyucu sağlık hizmetlerinde marjinal maliyeti düşük iken, marjinal fayda yüksektir. Koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta incelenmektedir (Hayran ve Sur 1998).

a- Kişiye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Bağışıklama, kişisel hijyen, beslenmeyi düzenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ilaçla koruma, kişisel temizlik ve bakım, yeterli ve dengeli beslenme, aşırı doğurganlığın kontrolü, sağlık eğitimi, ana çocuk sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerdir (Erdem 2007).

b- Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Bu hizmetlerin amacı çevremizdeki zararlı fiziksel ve kimyasal etkenleri yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemeleri önleyerek kişilerin sağlığını koruyabilmektir (Yerebakan 2000). Bu önlemler;

- Besin sanitasyonu
- Yeterli ve temiz su sağlanması
- Radyolojik zararlıların denetimi
- Endüstri sağlığı
- Hava kirliliğinin kontrolü
- Katı atıkların denetimi,
- Konut sağlığı
- Gürültü kirliliğinin denetimi

- İş sağlığı şeklinde sayılabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2010; Tengilimoğlu vd 2009).

1.4.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ya da sakatlık durumunun ortaya çıkması halinde verilen sağlık hizmetleridir (İpek 2010). Bu sağlık hizmeti, temel olarak hekim sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleştirilir (Öztek ve Kubilay 2008). Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda daha ön plandadır (Yıldırım 1994). Bu hizmetlerde marjinal maliyet yüksek iken marjinal fayda düşüktür.

"Tedavi edici sağlık hizmetlerinin serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşu nedeniyle, özel sektör tarafından üretilmesi tercih edilen sağlık hizmeti türü olduğu da belirtilmelidir. Çünkü hasta olan bir kişinin sağlığına kavuşmak için harcama yapmaktan kaçınmayacağı bilinir" (Oral 2002).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır (Somunoğlu 2012).

a- ***Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri***: Toplum içindeki bireylere ve ailelere bir bütün olarak ulaşabilen, toplumun sağlık sorunlarını çözebilen, sağlığı koruyan, hastalara evde ve ayakta tedavi hizmeti veren sistemidir (Eren ve Öztek 1993). Birinci basamak tedavi hizmeti sunan kurumlara; sağlık evleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri ve bazı laboratuvarlar örnek olarak verilebilir (Yalkın 2010).

b- ***İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri***: Birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşlara örnek gösterilebilir (Yerebakan 2000, Öztürk 2000,Hayran ve Sur 1998).

c- ***Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri***: Farklı uzmanlık seviyelerine sahip personelin ileri teknolojiye sahip sağlık kuruluşlarında verdiği hizmetleri kapsamaktadır (Somunoğlu 2012). Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite

hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir (Hayran ve Sur 1998).

1.4.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici hizmetler; doğum anomalileri, yaşlılık, hastalık ve kazalara bağlı olarak ortaya çıkan sakatlıkların etkisini en aza indirerek, kişinin kimseye muhtaç olmadan yaşantısını sürdürebilmesini amaç edinir (Güleş ve Özata 2005). Tedavi hizmetlerinin son basamağını oluşturan bu hizmet, sakatlanan ve çalışma gücünü yitirenleri tüketici durumundan üretici durumuna getirmeyi hedeflemektedir (Turan 2004). Bu hizmetler tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılır.

a- Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yasam kalitesinin arttırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozuklukların düzeltilmesi, ekstremide protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örneklerdir (Hayran ve Sur 1998, Tengilimoğlu vd 2009).

b- Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık ya da özrü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yasayabilmesi amacıyla yapılan ise uyum sağlama, yeni is bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar (Hayran ve Sur 1998).

1.4.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını geliştirmek için sunulan ve temel sorumluluğun bireylerde olduğu hizmetlerdir. Bu hizmetlerin amacı yaşam kalitesini ve süresini uzatmaktır (Ataklı ve Dikmetaş 2001). Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk defa büyük tıp tarihçisi Henry E.Sigerist'in sağlığın temel dört görevini tanımlaması sırasında kullanılmıştır (Tengilimoğlu vd, 2009). Bu görevler sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastanın iyileştirilmesi ve rehabilitasyondur (Tengilimoğlu vd 2009). "Sağlığın geliştirilmesi sağlık statüsünün yükseltilmesine yönelik olarak yürütülen sağlığın korunması, sağlık eğitimi, hastalıkların ortaya çıkmasının önlenmesi ve yan etkilerinin azaltılması, stresin yönetimi, sağlıklı bir yaşam sürdürülebilmesi

bireyde davranış değişikliğinin yaratılması faaliyetlerini kapsamaktadır" (Somunoğlu 2012).

1.5. Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar

1923 yılından bu yana sağlık hizmetleri yönetimindeki taşradaki yapılanmada en üst kurumu Sağlık il müdürlükleridir. İllerdeki Sağlık Bakanının temsilcisi İl Sağlık Müdürlük'leridir. Sağlık Bakanlığı'nın 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Kamu Hastaneler Birliği ve Halk Sağlığı Müdürlükleri eklenince bu güç üçe ayrılmış ve birimler arası koordinasyon yetkisi Sağlık Müdürlüğüne verilmiştir. İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup Başkanlıkları, Bakanlığın taşra teşkilatıdır ve taşra hizmet birimleri şunlardır; *Şube müdürlükleri, Acil Sağlık Hizmetleri, Uluslararası Tıp ve Kongre Merkezleri, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Birimleri, 112 İstasyonları'*dır. Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatıdır ve taşra hizmet birimleri; *Hastaneler (diş hastaneleri dâhil), Ağız ve diş sağlığı merkezleri, Diş tedavi ve protez merkezleri, Semt poliklinikleri, Amatem, Endotem, Otizm Mükemmeliyet Merkezi gibi özel tanı ve ileri tedavi merkezleri'*dir. Halk Sağlığı Müdürlükleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatıdır ve birimleri şunlardır; *Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlükleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları, Toplum Sağlığı Merkezleri, AÇSAP Merkezleri (gençlik danışma, evlilik danışma merkezleri gibi üniteleriyle birlikte), Verem Savaş Dispanserleri, Sıtma Savaş Dispanserleri, Ruh Sağlığı Dispanserleri, Deri ve Zührevi Hastalıklar Dispanserleri, Trahom Savaş Merkezleri/Dispanserleri, Sıtma ve Tropikal Hastalıklar Eğitim ve Araştırma Merkezleri, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri, Kanser Kayıt Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri, Aile Hekimliği Birimleri'*dir (Tabiler Odası 2012).

1.5.1.Yataklı Tedavi Hizmeti Veren Kuruluşlar

Yatakta sunulan sağlık hizmetleri, muayene tanı ve tedavi faaliyetlerinden oluşur. Ayakta tedavi hizmeti sunan kurumlarda tedavi olanakları bulunmayan hastaların, yataklı sağlık kuruluşları olan hastanelerde sağlık hizmetlerinden yararlanmasıdır (Tugu 1997).

Yataklı tedavi hizmetleri hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar ikinci basamağa örnektir. Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Hastanelerde poliklinik hizmetleri esas hizmetlerinden değildir. İkinci basamak sağlık hizmetleri dışında üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren özel dal merkezleri de bulunmaktadır. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojinin uygulandığı, gelişmiş tedavi merkezleridir. Genellikle belli bir hastalığın tedavisiyle ilgilenir. Fizik tedavi rehabilitasyon merkezleri, kadın doğum hastaneleri, diş hastaneleri gibi hastaneler üçüncü basamak dal hastaneleridir (Üstün Işık 2014).

1.5.2.Ayakta Tedavi Hizmeti Veren Kuruluşlar

Yataksız sağlık kurumları (sağlık ocakları, dispanser vb.) hastanın ilk başvurduğu, sağlık personeli tarafından birinci basamak tedavinin uygulandığı ve ayakta tedavi edilen kurumlar olarak nitelendirilmektedir. Bunlara örnek olarak aile sağlığı merkezleri, dispanserler ve benzeri kuruluşlar hastanın ilk başvurduğu kuruluşlar olarak örnek verilebilir. Hastalar evde ya da sağlık kurumunda ayakta tedavi edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri genelde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini içeren entegre bir hizmet olarak verilmektedir. Kişilerin yaşadıkları yere yakın kuruluşlar olarak bulunmaktadır. Hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Birinci basamak sağlık kurumlarında ayakta tedavi gerektiren durumlar, pansuman, aşılama, aile planlaması gebelerin takibi, bebek takibi gibi uygulamalara ve poliklinik hizmetlerine yer verilmektedir. Birinci basamak kuruluşlarındaki hekimlere burada büyük görev düşmektedir. Hekimler burada tedavisini yapıp uzmanlık gerektirecek durum olursa bir üst kuruma sevk etmesi gerekmektedir (Üstün Işık 2014).

1.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili aşağıda; kalitenin tanımına ve tarihçesine, sağlık hizmetlerinde kalitenin tanımna, tarihçesine, özelliklerine, önemine ve ilkelerine değinilmiştir.

1.6.1.Kalitenin Tanımı

Kalite, Latince kökenli olup, bir şeyin nasıl oluştuğu anlamına gelen "qualitas" sözcüğünden türemiştir. Kelime anlamı ile 'kalite' ne için kullanılıyorsa o şeyin gerçekte ne olduğu belirlemek amacını taşır. Bu anlamda bir şeyin kalitesi ile o şeyin sahip olduğu özellik kastedilir. Bu özelliklere kalitatif ve kantitatif özellik denir. Kantitatif özellikler ürünün sayılabilen ve ölçülebilen özellikleridir. Örneğin; sigara paketindeki sigara çöpünün sayısı, küp şeker paketinin ağırlığı, araba aküsünün dayanma süresi gibi ölçülebilen ve sayılabilen şeyler kantitatif özellikleri gösterir. Kalitatif özellikler ise sayılamayan şeylerden oluşur. Bunlar rakamlarla ifade edilemediklerinden kusurlu ve kusursuz olarak ikiye ayrılırlar. Örneğin çalışmayan bir televizyon veya yanmayan bir gece lambası kusurlu olarak tanımlanır (Özkan 2005). Bu şekilde kaliteli olup olmadığı değerlendirilir.

Mal satabilmek için müşteriyi tanımamız gerekir ve müşteriye göre mal üretmemiz gerekir yani kalite eşittir müşteridir *(Edwin S 1992)*. Kalite, müşteri beklenti ve algılayışı ile doğrudan ilgilidir. Önceleri "pahalı olan şey kalitelidir" şeklindeki hâkim görüş günümüzde önemini kaybetmiştir. Birçok tanımı bulunmasına rağmen kaliteyi, ürün veya hizmetin; müşteri ihtiyaçlarını karşılaması ve müşterilerin istedikleri özelliklere uygunluk derecesidir (Efil 2003, Çakmak 2007, Düzen 2008, Yatkın 2014, **K**avrakoğlu 1993, Diken 2009, Özkan 2005). Çağdaş kalite kavramı ise "Bir mal veya hizmetin gereksinim ve beklentileri karşılayabilme" yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Kalite kavramının temel özelliği bir malın veya hizmetin müşteri tatminine yönelik bazı önemli özellikleri kendisinde toplamasıdır. Bu özellikler; tasarımda, kullanımda, fiyatta, teslim ve satış sürecinde kusursuzluk şeklinde sıralanabilir (Şimşek 2000).

Kalite kavramı ile günlük yaşamın her noktasında sıklıkla karşılaşırız. Bu kadar çok sık kalite kavramı ile karşılaşmamıza rağmen kalite konusunda bir kavram birliği yoktur. Küreselleşen dünya ekonomisinde, teknolojinin gelişmesi, toplumsal değer yargılarının farklılığı gibi nedenler kalitenin değişik şekilde tanımlanmasına neden olmuştur. Kalite kavramı kullanım amacına göre değişik anlamlar taşımaktadır. Bu da kalitenin çok boyutlu olduğunu göstermektedir. Bazı kişilere göre kalite pahalı, lüks, ender bulunan, üstün nitelikli gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Tekin 2004). Kalite bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özellikleridir

(Türk Standartları Enstitüsü 1991, Barbara 1994, Gökmen 2010). Kalitenin bazı yönleri kolayca teşhis edilebilir. Bir şeyin ne kadar iyi çalıştığı, güvenilirliği ve bozulmadan kullanılması o şeyin kalitesini ifade eder; fakat diğer yönleri kolayca teşhis edilemez veya ölçülemez (Aguayo 1994).

Kalite olgusu eskiden beri bilinmesine ve konuda çok araştırma yapılmasına rağmen, kalitenin tanımlanması karşılaşılan güçlükler, işletmelerin kaliteli mal ya da hizmet üretmedeki başarısızlıklarının ya da nasıl başarılı olacaklarını bilmemelerinin nedeni sayılmaktadır (Uyguç 1998). Kalite felsefe, ekonomi, pazarlama ve üretim yönetimi gibi başlıca dört tip mensuba araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Felsefe tanımlar üzerine dururken; ekonomi, kaliteyi kar maksimizasyonu ve pazar dengesi; pazarlama, satın alama davranışının belirleyicileri ve müşteri doyumu; üretim yönetimi ise mühendislik uygulamaları ve üretim kontrolü açısından incelemiştir. Sonuçta her disiplinin kalite olgusunu, kendi terminolojilerini kullanarak, farklı bir analitik çerçevede ele almıştır (Garvin 1988).

1.6.2.Kalitenin Tarihçesi

Kalite olgusu çok eskiden beri bilinmekte üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. Mimar Sinan'ın eserlerinde, eski sağlık müesseselerinde, Topkapı Sarayı'nda kalite olgusu kendini belli etmektedir (Raad 1995).

M.Ö. 3000 yıllarında, Babil'de Hammurabi kanunlarında kalitenin yer alığı şuradan anlaşılmaktadır; "Eğer bir adam ev yaparsa ve bu ev çökerse ve o evde ölen olursa yapanda öldürülmelidir." (Roos 1994). Bu dönemde muayene görevlileri ürünleri, yönetimin belirlemiş olduğu özelleklere uygunluğu açısından kontrol ederek kabul ya da red kararı veriyorlardı. Amaç ürünlerle ilgili şikâyetin karşılanması ve ticari ahlakın kazandırılmasıdır (Garvin 1988). Orta çağ Avrupa'sında kalite anlayışını, matbaanın bulunuşu ile değiştirilebilen standart parça üretimine önem verilmesinden anlaşılmaktadır. Yine 16. Yüzyılda Venedik donanmasında silah ve mühimmat ihtiyacını temin etmek amacıyla silah fabrikaları kurulmuş ve bu fabrikalar, ordu ihtiyaçları için ok ve yay üreterek, her çeşit yaya uyumlu standart ok imal etmek zorunda kalmışlardır (Peşkiricioğlu 1997).

Kalitenin tarihsel gelişimini biz dört başlık altında toplayabiliriz;

Birinci Aşama: Muayene Aşaması;

Muayenecilik mesleği ilk olarak sanayi devriminde ortaya çıkmıştır. Bu dönemde yapılan işler kontrol edilip hatalı olan ürünleri tespit etmek amaç olmuştur (Gözlü 1990). Bu dönemde ürünlerin tüketiciye ulaşırken hatasız bir şekilde ulaşmasını sağlamaktır. Bu yaklaşımın tabi tek taraflı bir fayda sağlamış tüketiciyi korumuş üreticiyi ise zorda bırakmıştır. Üreticiler bu şekilde çok fazla zarara uğramışlardır. Bundan dolayı üreticinin faydasına da olacak bir sisteme ihtiyaç duyulmuştur. Daha sonra kalite kontrol aşamasına geçilmiştir (Efil 1995).

İkinci Aşama: İstatistiki Kalite Konrol Aşaması;

Dünya Savaşı döneminde seri imalata geçilmesi ile birlikte endüstriyel denetimin gerekliliği iyice ön plana çıkmıştır. Böylece 1919 yılında İngiltere'de Teknik Muayene Kurumu kurulmuş, daha sonra da kalitenin ekonomik olarak sağlanabilmesi için etkin bir yöntem olan İstatistiksel Kalite Kontrol (İKK) kavramı gündeme gelmiştir. 1930'lu yıllarda ilk defa kalite kontrol kitabı ve kalite kontrol standartları yayınlanmıştır (TSE 1997). Kalite kontrol fonksiyonunun aşamaları aşağıda belirtilmiştir (Kobu 1987):

- Standartların kurulması: Tepe yönetim politikaları, tüketici istek ve teknolojinin imkânları göz önüne alınarak, ürün kalitesini ilgilendiren maliyet, güvenilirlik ve performans standartları saptanır.
- Uygunluğun sağlanması: Üretilen ürünlerin kalite özelliklerinin önceden saptanan standartlara uygunluğunun sağlanması.
- Düzeltici kararlar alınması: standartlardan tolerans limitleri dışına taşan sapmalar olduğunda düzeltici kararlar alınması.
- Geliştirme çalışmaları**:** Kalite ile ilgili maliyet, güvenilirlik ve performans standartlarının geliştirilmesi, yeni yöntem ve teknolojik olanaklarının araştırılması.

Üçüncü Aşama: Kalite Güvenliği Aşaması;

ISO 8402 Kalite Sözlüğünde kalite güvenliği şöyle tanımlanmaktadır: "Ürün ya da hizmetin kalite için belirlenmiş gereklilikleri karşılamasında yeterli güveni sağlayacak planlı ve sistematik çalışmaların toplamıdır." Kalite güvencesinde ilk ve en önemli adım müşterib ihtiyaçlarının eksiksiz ve doğru olarak tespit edilmesidir (Kıngır 2010). Bu sistem sadece ürün ve hizmetin

doğruluğu konusunda güven sağlayan bir faaliyet olarak algılanmamalı aynı zamanda üretici ve tüketici arasındaki ilişkilerde ve iletişimde de güven sağlayan bir sistem olarak düşünülmelidir. Diğer yandan yönetim ve çalışanlar arasında ahenkli ilişkiler kurulmasını ve işletmenin gelecekte de başarılı olmasını temel hedef olarak kabul eden bir sistemdir (Erkan Ark 2008).

Dördüncü Aşama: Toplam Kalite Aşaması;

Toplam Kalite Yönetimi müşteri ihtiyaçlarını karşılamanın beraberinde maliyetleri de azaltmaktadır. Toplam kalitenin amacı mükemmele ulaşmak ve beraberinde amaca yönelik iş gücünü sağlamaya da çalışır. Kalite sisteminde aksaklığa neden olan uygulamaları çıkartarak sistemin sürekli gelişmesini sağlamak odaklı çalışmaktadır. Böylece kalitenin oluşturulması, yaşatılması ve geliştirilmesi yolundaki bütün çabaları birleştirecek bir yönetim oluşturulmaktır (Öztürk 214).

Toplam Kalite Yönetimi Sistemi, sürekli olarak geliştirerek en mükemmele ulaşmaya ve bu amaca yönelmiş iş gücü sağlamaya çalışır. Kalite yönetim felsefesinde; soruna neden olan unsur ve şartların kalite sisteminden çıkarılarak sistemin daha da geliştirilmesi yatar. Burada amaç kalitenin oluşturulması, yaşatılması ve genişletilmesi yolundaki çabaları birleştirecek sistemi ortaya çıkarmaktır (Naktıyok 1996).

1.6.3.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı

Sağlık hizmetinde kalite kavramı üzerine birçok tanım yapılmış olup bu tanımı yapan kişilerin hizmete bakış açıları ve yaklaşımları açısından farklılıklar göstermektedir (Kibar 2014). Sağlık hizmetlerinde kalite genel olarak, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanımda; sağlıkta kaliteli hizmet, kabul edilen standartlarda bakım vermek, hastaların ve sağlık personelinin hizmet değerlendirilmesi ve planlaması yetkisinde ve karar aşamasında eşit olanaklara sahip olmaları, hastaların can ve sağlık güvenliğine çok önem ve öncelik vermek, şeklinde yapılmıştır (Benli 2007).

Sağlık hizmeti kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından ele alan bir tanıma göre kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık

durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (Caldwell 1998, Sarvan ve Berk 1995). Overtveit, sağlık hizmetlerinde kaliteyi "hizmete en çok ihtiyacı olanların ihtiyaçlarını, örgüte maliyeti en az olacak şekilde ve daha yüksek otoriteler ve satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde, tamamen karşılamak" olarak tanımlamaktadır (Kaya 2005).

Kalite denince hep ürün gibi elle tutulan, gözle görülebilen somut maddeler akla gelmektedir. Ama bunun soyut tarafını teşkil eden hizmette kalite gözden kaçırılmaktadır (Bakan 2014). Sağlıkta hizmet kalitesi, doğru şeyi, doğru zamanda, doğru bir şekilde, doğru kişiye uygulayıp; mümkün olan en iyi sonuçlara ulaşma sanatıdır. Sağlıkta hizmet kalitesi, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir hedef olarak değerlendirilmektedir (Zineldin 2006).

Sağlık hizmetlerinde kalite; uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasıdır (Zorlutuna 1997).

Donebedian sağlık hizmeti kalitesini "Sağlık hizmeti sunumu sürecinde yarar ve zarar dengelerinin yargısı sonucunda oluşan maksimum bir iyileşme beklentisi olarak tanımlamıştır." (Çoruh 1995). Yine Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi 1980 yılında tanımladığı üç temel direk üzerine kurmuştur. Bunlar (Akalın 2000);

- Sağlık Kuruluşun Yapısı (Structure): Sağlık kuruluşun yapısı; kurum içindeki çalışanların bilgi, yetenek, profesyonel karakterleri, yönetim felsefesi, hizmet sunduğu toplumun demografik özellikleri, kurumun fiziksel, teknolojik ve mekanik dokusu tarafından etkilenmektedir.
- Sağlık Kuruluşunda Olagelen İşlemler (Processes): Tanı ve tedavi sürecinde izlenilen yolun, karar verme işlevinin günün şartlarına uygun bilimsel ve teknolojik doğrulara uygunluğu, bu teknik öğelerin uygulanmasında hasta ile olan iletişim ve etkileşmeler hizmetin kalitesini etkileyen bir faktör olmaktadır.
- Sağlık Hizmetlerinde Elde Edilen Sonuçlar (Outcomes): Alınan sonuçların klinik, ekonomik ve insan odaklı bir açıdan değerlendirilmesi ve

iyileştirilmesi, hizmet sonucu elde edilen kalitenin ölçülmesi ile mümkün olabilir.

Sağlık hizmetlerinde hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması ve kaynakları en verimli kullanma çağdaş hizmet sunumunu yakalayabilmek için bir gerekliliktir. Kalite, ürün veya hizmetin, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Kalite tanımının, sağlık hizmetlerine uygulanabilmesi ile "Öncelikle zarar vermeyiniz!" ilkesine paralel olarak sağlık hizmetlerinde en iyi şekilde yararlanmak amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki kalite, teşhis ve tedavinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını ayrıca verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir (Yıldırım 2009).

Sağlıkta Kalite Standartları'nın ana hedefleri; hasta ve çalışan memnuniyeti ve güvenliğinin sağlanması, etkinlik ve etkililiğin geliştirilmesi olarak ifade edilebilir. Bu hedeflerin tümünün gerçekleşmesi durumunda sağlık tesisinin başarısından söz edilebilir. Sağlık tesisi etkin ve güvenilir şekilde çalışıyor, bu çalışmalar sırasında hasta ve çalışan memnuniyeti sağlanıyorsa kuruluşun etkinliği ve verimliliği artar. SKS kapsamında yapılan çalışmalar üst yönetim tarafından benimsenmiş ve desteklenmişse gerçek başarıdan söz etmemiz mümkün olacaktır.

Sağlık hizmetleri kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu etkilemektedir. Bunda dolayı sağlık hizmetleri ülkelerin gelişmişlik düzeylerini etkiler (Küçük 2010). Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de bireylerin istek ve beklentilerini karşılayacak düzeyde verilmesi anlamına gelir (Kavuncubaşı 2010).

1.6.4.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ile ilk çalışmaların 19. yy da Florans Nightingale İngiltere'de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapması ile başladığı söylenebilir (Kaya 2005). ABD de sağlık alanında iyileştirme çalışmaları da 1900'lü yıllarda başlamıştır. Bu çalışmaların devamında, ABD de kalite konusunda, kar amacı gütmeyen önemli bir kuruluş, Joint Comission for Accreditation of Healthcare (JCAHO) kurulmuştur. Ayrıca, 1950 li yıllarda Avedis Donebedian'ın sağlık alanında kalite çalışmaları önemlidir (Casalou 1991; McLaughin 1990; Kaya 2005).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi anlayışı 1970'lerde Amerika Birleşik Devletleri ilk ortaya çıkmıştır. Burada hatalı tedavilerin sonucunda şikâyetlerin artması ve davaların açılması Sağlık hizmetlerindeki kalite yönetiminde sürekli iyileştirme anlayışının yerleşmesine yol açmıştır (Press 1997).

Ülkemizde sağlıkta kalite kavramının hayatımıza girişi yıllar bazında şu şekilde özetlenmiştir (Kuş 2012 Akt. Çavuş ve Gemici 2013):

- 1999 yılında ABD'de yılda 44.000-98.000 hastanın önlenebilir hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğini ortaya koyan bir raporla birlikte hasta güvenliği kavramı hayatımıza girdi. SSK hastanelerinde ISO 9001 sertifikasyonu için bir seferberlik başlatıldı. İstanbul'da gönüllülerden oluşan bir grup, "Sağlıkta Kalite Çalışma Gurubu'nu kurdu.
- 2002 yılında Memorial Hastanesi Türkiye'de JCI akreditasyonu alan ilk sağlık kuruluşu oldu, diğer hastanelerdeki çalışmalar yoğunlaştı. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) performansa dayalı ek ödeme sistemini uygulamaya koydu.
- 2003 yılında Kamu ve özel sektörden 50'yi aşkın hastanenin kalite sistemi ISO 9001 sertifikası aldı. Türkiye'de Kalite Derneği (KalDer) tarafından verilen Mükemmellikte Kararlılık belgesini alan ilk sağlık kuruluşu Acıbadem Sağlık Grubu oldu.
- 2005 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar yardımcısının başkanlığında Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi (USAS) Yürütme Kurulu oluşturuldu. Sağlık Bakanlığı, Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasıyla performans sistemine "kalite" boyutunu ekledi. ABD'deki Institute for Healtcare Improvement (IHI) hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek ve önerileri hayata geçirmek üzere Saving 100.000 lives (100.000 hayatı kurtarmak) kampanyası başlattı.
- 2006 yılında Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği (SKİD) kuruldu ve aynı yıl European Society for Quality in Healthcare'e (ESQH) tam üye olarak kabul edildi. USAS yürütme Kurulu, bir yıllık çalışmasının ürünü olan kapsamlı raporunu ve yasa tasarısı önerisini Sağlık Bakanlığı ve sonrasında düzenlenen bir çalıştay aracılığıyla sağlık sektörüyle paylaştı. JCI uluslararası hasta güvenliği hedeflerini duyurdu. Sağlık Bakanlığı

Eskişehir Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, KalDer tarafından verilen 'Ulusal Kalite Ödülü'nü kazandı.

- 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturuldu. SKİD tarafından düzenlenen Sağlıkta Performans Ölçümü Sempozyumu'na dünyanın en büyük sağlık akreditasyon kuruluşu olan The Joint Commission'ın kıdemli başkan yardımcısı Jerod Loeb'in yanında, ESQH eski başkanı ve Danimarka Gösterge Projesi'nin kurucu Prof.Dr. Jan Mainz konuşmacı olarak katıldı. Uluslararası bir akreditasyon programı daha Türkiye ile tanıştı. European Society of Medical Oncology (ESMO) Anadolu Sağlık Merkezi'nin onkoloji hizmetini akredite etti. JCI, bünyesine Türkiye'den tetkikçi kattı.
- 2008 yılında Sağlık Bakanlığı kalite standartlarında önemli bir yenileme yaparak Hizmet Kalite Standartlarını (HKS) adını verdiği, 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set oluşturdu. Sağlık Bakanlığı, HKS'yi baz alarak hastane tetkiklerine başladı.
- 2009 yılında "Önce Kalite" dergisinin Eylül-Ekim 2009 sayısında SKİD tarafından "Sağlık Hizmetlerinde Kalite" başlıklı özel dosya hazırlandı. Avrupa Birliği tarafından fonlanan ve dört klinik durumu (doğum, inme, kalça kırığı ve akut miyokard enfarktüsü) inceleyen DUQuE projesi başladı. SKİD'in ülke koordinatörlüğünde, projenin uygulanacağı sekiz ülkeden biri Türkiye oldu. Kadıköy Şifa Hastanesi Ulusal Kalite Ödülü'nü kazandı. Sağlık Bakanlığı tarafından Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi düzenlenmeye başlandı.
- 2010 yılında bugüne dek Ulusal Kalite Kongresi için sağlık alanında yedi panel, üç çalıştay düzenleyen SKİD ile KalDer arasında stratejik işbirliği anlaşması imzalandı. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlıkta Kalite ve Güvenlik Ödülleri vermeye başladı. Sağlık Bakanlığı, Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumlarını başlattı. SKİD tarafından düzenlenen Sağlıkta Kalite Haftası kapsamında; Sağlıkta Altı Sigma Çalıştayı, Sağlıkta Performans Ölçümü Sempozyumu ve ESQH Bahar Çalıştayı birbirini takip eden üç gün içerisinde düzenlendi.

- 2012 yılında DUQuE projesi'nin veri toplama kısmı tamamlandı. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının desteğiyle 30 hastanede anketler ve 12 hastanede klinik verilerin toplanması sağlandı. Proje sürecine uyum sağlamak konusunda en başarılı ülkelerden biri Türkiye oldu. 663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona erdi ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı kuruldu.

1.6.5.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Donabedian'a göre sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetleri bilimi ve teknolojisi ile bu bilim veteknolojinin uygulanmasının ürünü olarak düşünülebilir. Avedis Donabedian sağlık hizmetlerinde kalitenin özelliklerini yedi başlıkta belirmiştir (Donabedian 1990);

- Etkenlik (Efficacy); amaçlara ulaşma derecesidir. Sağlık kurumlarında etkenlik teknoloji kullanarak yapılabileceğin en iyisini yapmaktır.
- Etkililik (effectiveness); etkenliğin bakış açısının tam tersi bir durum mevcuttur. Sağlığı iyileştirme adına ne kadar teknoloji kullanılırsa kullanılsın sonuca bakılır. Hastanın sağlığında somut bir iyileşme varsa bu etkililiği gösterir.
- Verimlilik (Efficiency); sağlık hizmeti sunumunda en iyi hizmetin en az maliyetle sunulmasıdır. Burada şuna dikkat etmek gerekir maliyetin azalması verimliliği göstermez. Sağlıkta iyileşmeden ödün vermeden daha az maliyetle bu iyileştirme yapılmasıdır.
- Optimallik (Optimality); sağlık hizmetlerinde kullanılan hizmete bakarak maliyet fayda arasındaki optimum noktanın bulunmasıdır. Sağlıkta iyileşme noktasını dikkate alarak maliyeti bu noktada sabitlemektir. Daha fazla harcama yapılarak daha fazla hizmet alma düşüncesine kapılmamak gerekir. Çünkü sağlık hizmetlerinde iyileşmenin sınırı vardır o sınırı ne kadar harcama yaparsak yapalım geçemeyiz.

- Kabul edilebilirlik (Acceptability); sağlık hizmetlerinde kabul edilebilirlik hastanın veya hasta yakınlarının değerlerine, arzularına, istek ve beklentilerine uygun hizmetin verilmesidir. Burada sağlık hizmeti alacak kişilerin hizmete kolayca ulaşması gerekir. Hastayla hizmeti sunan arasındaki ilişkinin iyi olması gerekir yani doktorun hastasını rahatlatması ve hastanın da doktorun tedaviyi daha kısa sürede sonuca ulaşması için hastalığına ait bilgileri doktoruna doğru bir şekilde iletmesi gerekir. Hastanenin konfor yönden rahat olması gerekir. Hastanın hastalığına ait risk ve tehlikeleri ve maliyeti bilmesi gerekir. Son olarak da hastanın adil ve hakkaniyetli bir şekilde hizmet verilmesi gerekmektedir. Bu saydığım özelliklerin hepsi sağlık hizmetinin kabul edilebilirliğini gösterir.
- Yasallık (Legitimacy); sağlık hizmetlerinde verilen hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar o topluma ait değerlerini sosyal ilgi ve beklentilerini karşılamıyorsa kabul edilmez.
- Eşitlik(Equality); tüm bireylere eşit bir şekilde hizmet verilmesi ve verilen hizmetin tüm bireylere bunun hissettirilmesidir.

1.6.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimin Önemi

İnsan yaşamını sürdürmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasında ve yaşamını korumasında sağlığın önemi hiç kuşkusuz tartışılamaz. Sağlık hizmetinin sunumu da sağlığı etkileyen en önemli unsurlardan biridir. Sağlık hizmetinin veriliş şekli ve kalitesi ülkelerin gelişmişlik düzeylerini belirlemektedir.

Sağlık hizmetlerinde 1980 yıllarında sonra yeniden yapılanma düşüncesi doğmuş ve bununla beraber ülkeler sağlığa ayrılan kaynakları ne olursa olsun yeniden arayışlara yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır (Çiçek ve ark 2006).

Sağlık hizmetlerinde talep belirsizliği, hizmet yoğun işletmeler olması, bilgi asimetrisi olması, ikamesinin olmaması, depolanamaması, ertelenememesi, soyut bir işletme olması bakımından diğer sektörlere göre daha zor ve karmaşıktır. Bu karmaşıklıklar içerisinde kaliteli hizmet sunmanın zor olması, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayırmaktadır.

Sağlık sistemine etkisi olan tüm unsurların sağlık hizmeti talep eden tarafların ihtiyacını karşılama noktasında eksiksiz olarak hizmet etmesi gerekmektedir. Sağlıkta kalite için sağlık sistemi ile ilişkisi olan sektörler yüksek kaliteyi en düşük ve en kısa sürede sunarak gerekli desteği sağlamalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda diğer bir önemli nokta I. Basamak Sağlık Hizmetleridir. Bu kademede sunulan hizmetin ulaşılabilir, etkili ve kaliteli olması, sağlık hizmeti talep eden tarafların memnuniyetini arttıracak önemli bir konudur. Ayrıca sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bir kesim de evde bakıma muhtaç kişilerdir ve bu hizmetin de profesyonel olarak kaliteli biçimde sunulması sağlıkta kalite açısından büyük önem taşımaktadır (Karaca Burcuoğlu 2014). Sağlık açısından değerlendirildiğinde, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin ölçümlenmesi oldukça güç ve karmaşık bir süreçtir. İyilik haline erişim, iyilik sonucunu doğuran hizmetlerin kalitesine bağlıdır. "Esasta kalite sözcüğü hangi ürün ve hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek amacını taşımaktadır" (URL1 2012).

1.6.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İlkeleri

Sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme faaliyetlerinin başarıya ulaşması için kalite kültürü oluşturulması ve onun ilkelerinin çok iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu ilkeler şu şekilde sıralanabilir (URL2 2012);

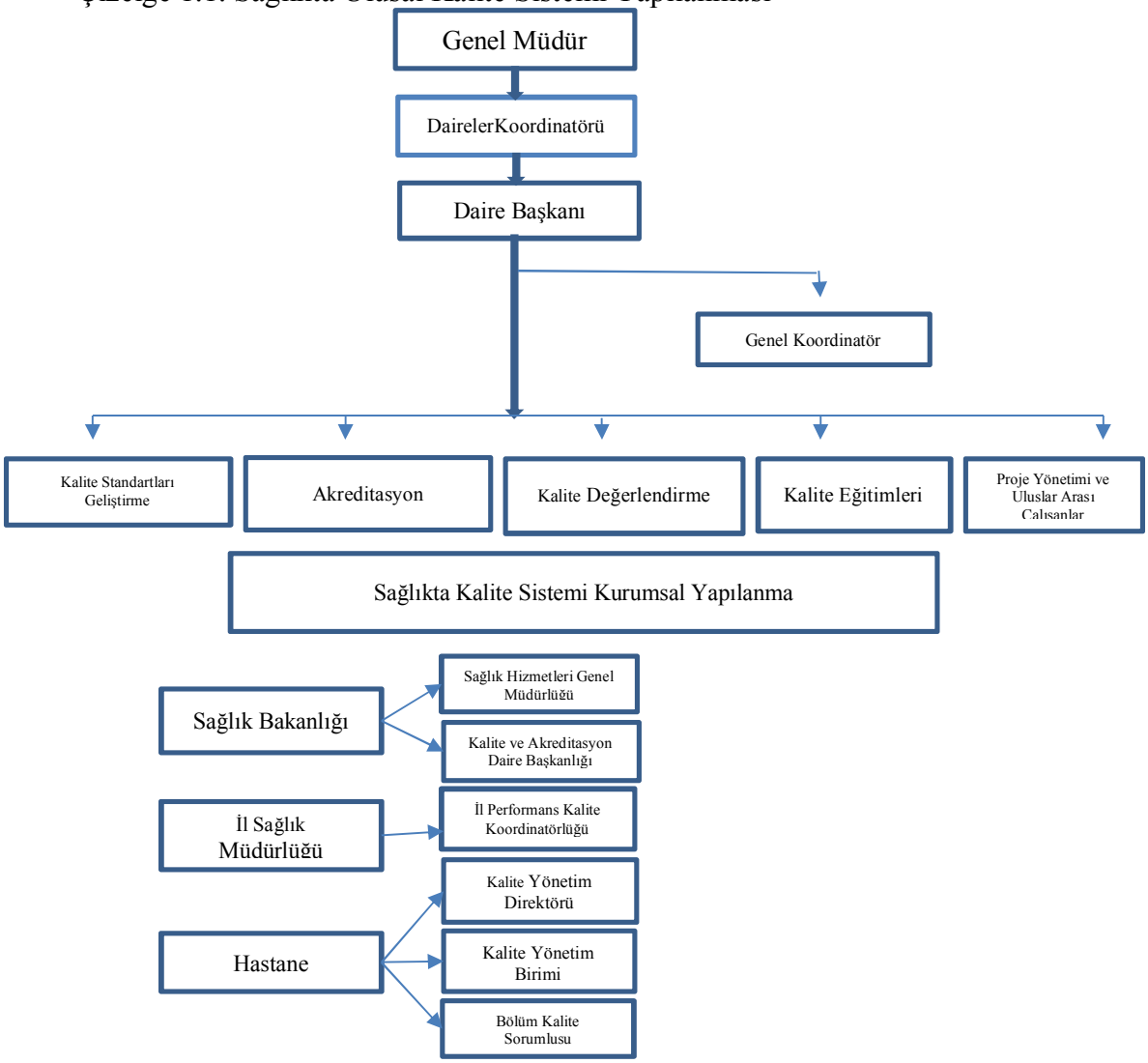
- *Talep karşılanması;* hastane çalışanlarının ve hastaların ihtiyaçlarının istenildiği şekilde karşılanması,
- *Önleme;* sorunları ortadan kaldırmada anlık çözümler yerine tekrarı önleyici kalıcı çözümlerin aranması,
- *İlk seferde doğru yapmak*; hataların tespit edilip sıfırlanması,
- *Katılım;* çalışanların yetenek ve kapasitelerini en üst sınıra kadar kullanmalarını sağlanması,

- *Sürekli gelişme;* belli bir standardı tutturmanın ötesinde sürekli ve hızlı bir tempoda gelişmenin devam etmesi,
- *Ekip çalışması;* bireysel çabaların yerini ekip çalışmalarına bırakması, Ölçümleme; hizmetlerin ölçülebilmesi olarak sıralanabilir.

1.7. Sağlık Hizmetlerinde Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması

Dünyada uygulanan kalite sistemleri araştırıldığında her ülkenin kendine özgü bir kalite sistemi yapılanması vardır. Bunun nedeni her ülkenin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yüklerin olmasıdır. Örneğin İngiltere, Kanada, Avustralya, Fransa, Tayland, Malezya, Dubai, Danimarka, Hollanda, Hindistan, Mısır, Polonya, Japonya gibi pek çok ülke tamamen ya da kısmen devlet tarafından geliştirilen programları kullanmaktadır. Ülkemizde uygulan kalite sistemi bakanlık tarafından geliştirilen ve uygulanan bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde sağlıkta ulusal kalite sistemi yapılanmasının yönetim süreci aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı 2014).

Çizelge 1.1. Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması



Kurumsal yapılanmaya baktığımızda Kalite Yönetim Direktörü hastanelerdeki kalite uygulamalarında kilit role sahiptir. Kurumlarda üst yönetimin belirlediği bir çalışan, valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir. Kalite Yönetim biriminden ve kurumlardaki tüm süreçlerden sorumludur. Kalite Yönetim Birimi bölüm kalite sorumlularının çalışmalarının koordinasyonu, anket sonuçlarının değerlendirilmsesi, hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgilerin değerlendirilmesi, öz değerlendirme süreci yönetimi takip eder. (Sağlık Bakanlığı 2013).

Sağlık Bakanlığı ulusal kalite sistemi yapılanmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir ayağı da ulusal kalite sistemini arttırmak ve kaliteyi geliştirmektir. Sağlık Bakanlığı kaliteyi arttırabilmek için 2003 yılında hizmet kalite standartları

geliştirmiştir. Hizmet kalite standartları 2003 yılından itibaren uygulanmaktadır. Standartlara günümüze gelene kadar kaliteyi arttırmaya yönelik eklemeler olmuştur.

Sağlık Bakanlığı kaliteli sağlık hizmetlerini hedef*leyen "sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon"* çalışmalarını 2005 yılında hayata geçirmiştir. Bu dönemde hastanelerde hayata geçirilen, Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli ayağını *Hizmet Kalite Standartları* oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan standartlar, 2007 yılında revizyonla bir set halini almıştır. 2007 yılında kalite sisteminin daha da geliştirilmesi, iller arası deneyimlerin paylaşılması amacıyla il kalite kordinatörlükleri kurulmuştur. 2008 yılında kalite standartlar yapısal, dizayn ve metodolojik açıdan tekrardan revize edilmiştir. 2008 yılında toplam 354 standart ve 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılında özel hastanelerde kalite süreçlerine dâhil edilmiştir. 2010 yılında özel hastaneler bakanlıkça belirlenen merkezi değerlendirme sistemi ile değerlendirilmeye alınmıştır. Yine bu dönemde 81 ilde tüm hastaneler 'HKS Merkezi Değerlendirme' ile kurumsallaşmıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015).

Kalite alanında oluşturulan bu standartlar belli aralıklarla gözden geçirilmesi, gelişmelere ayak uydurması bakımından revize edilmiştir. SKS hastane seti 2005, 2007, 2008 ve en son 2011 yılında bu standartlara eklemeler yapılmış ve daha da geliştirilmiştir. Bakanlık 2015 yılında hizmet kalite standartlarının 5. versiyonunu oluşturmuştur.

Sağlık Bakanlığının Ulusal Kalite Sistemi oluşturması ve buna bağlı olarak Hastane Kalite Standartlarını oluşturması, kalite anlamında olumlu değişmelere neden olmuştur. Literaratürde kalite standartları ile ilgili olarak; Baştürk ve ark (2013) yılında Yozgat ilinde kalite birim sorumlularından oluşan 180 kişilik çalışmada, ulusal kalite sisteminde uygulanan HKS uygulamalarının kalite standartlarını yükseltdiği sonucuna ulaşılmıştır. Yine aynı çalışmada, hizmet sunum şartlarında olumlu değişiklikler olduğu belirtilmiştir. Atik ve ark (2011) yılında Kayseri ilinde Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık çalışanlarına yönelik yapılan 231 kişilik araştırmada HKS uygulamalarının bölüm işlerini kolaylaştırdığı belirtilmektedir. Kibar (2014) yılında HKS uygulamaları ile ilgili Koceli ilinde

yapılan 123 kişilik çalışmada kalite uygulamalarının çalışanlara aktarımının anlaşılır olduğu ve çalışanlarında bu uygulamaları benimsediğini belirtmişlerdir.

1.8. Sağlık Kalite Standartları (SKS-Hastane)

Sağlıkta Kalite Standardı; kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi olmak üzere beş boyutan oluşmaktadır. Kalite standardı olarak 557 standart belirlenmiştir ve bu standartlar 1100 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır. 2015 yılında son şekli verilen SKS- hastane setinin *Kurumsal Hizmetler Boyutunda;* kurumsal yapı, kalite yönetimi, doküman yönetimi, risk yönetimi, güvenlik raporlama sistemi, acil durum ve afet yönetimi, eğitim yönetimi ve sosyal sorumluluk bölümleri bulunmaktadır. *Hasta ve Çalışan Odaklı Boyutunda;* hasta deneyimi, hizmete erişim, yaşam sonu hizmetler, sağlıklı çalışma yaşamı bölümü bulunmaktadır. *Sağlık Hizmetleri Boyutunda;* hasta bakımı, ilaç yönetimi, enfeksiyonların önlenmesi, sterilizasyon hizmetleri, tranfüzyon hizmetleri, radyasyon güvenliği, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi, yeni doğan yoğun bakım ünitesi, doğum hizmetleri diyaliz ünitesi, psikiyatri hizmetleri, biyokimya laboratuvarı, mikrobbiyoloji raboratuvarı, patoloji raboratuvarı ve doku tipleme raboratuvarı bulunmaktadır. *Destek Hizmetleri Boyutunda;* tesis yönetimi, otelcilik hizmetleri, bilgi yönetimi sistemi, malzeme ve cihaz yönetimi tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri, atık yönetimi, dış kaynak yönetimi bulunmaktadır. Gösterge (İndikatör) Yönetimi Boyutunda; göstergelerin izlenmesi, bölüm bazlı göstergeler ve klinik göstergeler bulunmaktadır (Çizelge 1.2).

Çizelge 1. 2. SKS- Hastane Boyut ve Bölümler Tablosu

KURUMSAL HIZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HIZMETLERI	DESTEK HIZMETLER	GÖSTERGE YÖNETIMI
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	Bölüm Bazlı Göstergeler
Doküman Yönetimi	Yaşam Sonu Hizmetler	Enfeksiyonların Önlenmesi	Bilgi Yönetim Sistemi	Klinik Göstergeler
Risk Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Güvenlik Raporlama Sistemi		Transfüzyon Hizmetleri	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Acil Durum ve Afet		Radyasyon Güvenliği	Atık Yönetimi	
Eğitim Yönetimi		Acil Servis	Dış Kaynak Kullanımı	
Sosyal Sorumluluk		Ameliyathane		
		Yoğun Bakım Ünitesi		
		Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
		Doğum Hizmetleri		
		Diyaliz Ünitesi		
		Psikiyatri Hizmetleri		
		Biyokimya Laboratuvarı		
		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
		Patoloji Laboratuvarı		
		Doku Tipleme Laboratuvarı		

Kaynak (Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Standartların her bir boyutu ve boyuta ait bölümler için kodlama sistematiği geliştirilmiştir. Kodlama sistematiği iki kısımdan oluşmakatadır. İlk kısım harflerden ikinci kısım ise rakamlardan oluşmaktadır. Harflerden oluşan kısımda üç harf bulunmaktadır. İlk harf boyut adının ilk harfidir. İkinci ve üçüncü harfler ise boyutlara ait bölümlerin kısaltmasından oluşmaktadır. Rakamlardan oluşan kısımda standartlar için iki basmaklı sayı, değerlendirme ölçütleri dört basamaklı bir sayıdan oluşmaktadır. Değerlendirme ölçütündeki ilk iki rakam değerlendirme ölçütüne ait standardı, son iki rakam ise değerlendirme ölçütünün sıra numarasını ifade eder. Hem standart koda hemde değerlendirme ölçütü koduna örnek verecek olursak:

KSY02 kodu "Kurumsal Hizmetler" boyutunun 'Risk Yönetimi' bölümünde yer alan 2 numaralı standardı ifade eder.

KSY02.02 kodu "Kurumsal Hizmetler" boyutunun 'Risk Yönetimi' bölümünde yer alan 2 numaralı standardın 2'nci değerlendirme ölçütünü ifade etmektedir.

SKS-Hastane "Gösterge (İndikatör) Yönetimi Boyutunda" yer alan Bölüm Bazlı İndikatörler ve Klinik İndikatörler için, kendi içinde ayrı bir kodlama sistematiği oluşturulmuştur.

Örneğin;

GBEY01 kodu "Personellerin Eğitime Katılma Oranları" ifade eder.

GKKA02 kodu "Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Koroner Arter Hastası Oranı" ifade eder.

Kodlama için birinci kısımdaki dört harften oluşmaktadır. İlk harf "G" gösterge boyutunun ilk harfidir. İkinci harf, *bölüm bazlı göstergeyi* ya da *klinik göstergeyi* ifade etmektedir. Üçüncü ve dördüncü harf göstergenin ilişkili olduğu bölümü ifade etmektedir. İkinci kısımdaki rakamlar iki basamaktan oluşup, göstergenin sıra numarasını belirtmektedir.

SKS-Hastane standartlarının puanlaması, beş farklı katagoride değerlendirilmiştir. *İlk katagoride* sağlık hizmetleri sunumunu doğrudan etkileyen ve hasta ve çalışan güvenliği açısından kritik öneme sahip standartlar 50 puan üzerinden değerlendirilmiştir. *İkinci katagorideki* her bölümün kendine özgü süreçlerini doğrudan etkileyen standartlar 30 puan üzerinden değerlendirilmiştir. *Üçüncü katagoride* sağlık hizmetleri sunum süreçleri ile hasta ve çalışan

güvenliğini esas alan bölüm bazlı göstergeler ve klinik göstergeler 20 puan üzerinden değerlendirilmiştir. *Dördüncü katagoride* ilgili bölümü ait süreçleri dolaylı olarak etkileyen standartlar 10 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Son olarak uygulanması zorunlu olmayan standartlar ve bu standartların uygulanması halinde hastanelerin kalite puanlarına olumlu etki sağlayacak standartlardır. SKS-Hastane standarlarının her birinin karşılanması durumunda o standarda tam puan verilir ve "K" şeklinde sonuç yazılır. Kısmen karrşılanıyorsa yarım puan verilir ve "KK" şeklinde sonuç yazılır. Karşılanmıyorsa sıfır puan verilir ve "KM" şeklinde sonuç yazılır (Çizelge 1.3)

Çizelge 1.3. SKS-Hastane standarları değerlendirme sistematiği örneği

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Sonuç	Puan
SEN01 Çekirdek	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.	SEN01.01	Enfeksiyon Kontrol Komitesi (EKK)'nde görev alacak sorumlular belirlenmelidir.	50	K KK	50 25
		SEN01.02	EKK'nın görev yetki ve sorumlulukları ilgili mevzuat çerçevesinde tanımlanmalıdır.		KM	0

Kaynak (Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Sağlıkta kalite standartları sonucunda hastaneler 0 ile 100 puan arası puan verilmektedir. Elde edilen kalite puan değerleri ile hastanelerin gelişimleri takip edilmekte, diğer hastaneler ile karşılaştırılma yapılmakta ve Sağlık Bakanlığının politikalarının uyum süreci takip edilmektedir. Bu puanlama ile hastaneler

derecelendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı kalite puan hesaplamada aşağıdaki formülü kullanmaktadır.

Kalite puanı: "*[SKS'de değerlendirilen bölümlerden elde edlen puan toplamı / (SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartların puan toplamı - SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartlardan değerlendirme dışı bırakılanlar)] +/- Kalite puanını etklileyen unsurlar"* (Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015). Burada kaliteyi etkileyen unsurlar puanlama için önemli etkiye sahiptir. Karşılanmayan her bir çekirdek standart için puanlar için 5 puan düşürülür. Karşılanmayan çekirdek standart sayısı altıyı geçmesi durumunda 30 puan düşürülür. Hastane kalite puanı 80 ve üzerini geçerse karşılanan her biri opsiyonel standart için 0,5 puan, her bir gösterge için 0,25 puan eklenir. Opsiyonel standartlardan alınacak puanların tolamı 5 olması durumunda 5 puan, göstergelerden alınacak toplam puanın 2 olması durumunda 2 puan daha hastane puanına eklenir.

1.8.1 Kurumsal Hizmetler Boyutu

Hastane çalışanlarının tümünü kapsayan ve etkili bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşmaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015). Sağlık kurumlarında; karmaşık bir yapının olması, iş gücü sayısının ve çeşitliliğinin fazla olması, çok farklı bölümlerin ve uzmanlık alanlarının olması, sağlık hizmetlerinde hizmet ölçümlerinin zor olması hastanenin yönetimini zorlaştırmaktadır.

Çizelge 1.4 Kurumsal hizmetlere bağlı bölümler ve yapılması gereken çekirdek hizmetler

Bölümler	Çekirdek Hizmetler
Kurumsal yapı	• Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır. • Hastanenin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir. • Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir • Hastanenin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.
Kalite yönetimi	• Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır. • Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır. • SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir. • SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır. • Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır. • Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır. • Eğitim Komitesi bulunmalıdır. • Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.
Risk Yönetimi	• Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklartanımlanmalıdır. • Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. • Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir. • Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
Güvenlik Raporlama Sistemi	• Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmalıdır. • Güvenlik Raporlama Sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir. • Güvenlik Raporlama Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
Acil Durum ve Afet Yönetimi	• Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.
Eğitim Yönetimi	• Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir. • Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kaynak (Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Hastanenin kurumsal yapısını oluşturuken hastane organizasyon yapısının hastaneyi kapsayacak şekilde oluşturulmasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Kurumsal yapı olarak hastaneler misyon ve vizyonlarını açık bir şekilde belirtmelidir. Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır. Kurumlar hastanede kalite yönetim birimi bulundurmalıdır. Hastanelerde bölüm kalite sorumluları belirleyerek hastane öz değerlendimesi yapmalıdır. Kurumlar hasta ve çalışan güvenliğine yönelik komiteler belirlenerek, komitelerin görevleri açıkça belirtilmelidir. Hastane içi eğitimleri verecek eğitim komitesi oluşturması gereklidir. Kurumlar doküman yönetimi bölümüne bağlı olarak, SKS'de yer alan dökümanlara yönelik düzenleme

yapmalıdır. Kurumlar risk yönetimine bağlı olarak, hastaneler risk yönetimine ilişkin görev yetkilerini belirlemlidir. Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelir. Güvenlik raporuna ilişkin raporlama sistemi kurularak sisteme ilişkin bildirimler analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyilşetirmeler yapılmalıdır. Kurmlar acil durum ve afet yönetimi ekibi oluşturulmalı ve acil durumlara ilişkin risk değerlendirmesini yapmalıdır. Acil durum ve afet yönetimine ilişkin eğitim verilmeli ve depreme yönelik düzenlemeler yapılması gereklidir. Eğitim yönetimine ilişkin hastaneler çalışanlara yönelik hizmet içi eğitim vermelidir. Hasta ve hasta yakınlarının eğitimlerine yönelik düzenleme yapılması gereklidir.

Hastanelerin SKS standartlarından yüksek puan almaları için yukarda sayılan kurumsal yapıya ilişkin standarları yerine getirmesi gereklidir. Yukardaki standartlar kurumsal yapının çekirdek standartlarıdır ve bu standartların yerine getirilmesi halide hastanelere tam puan verilir.

1.8.2. Hastane ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu

Hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Çizelge 1.5 Hasata ve çalışan odaklı hizmetlere bağlı bölümler ve yapılması gereken çekirdek hizmetler

Bölümler	Çekirdek Hizmetler
Hasta Deneyimi	• Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir. • Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.
Yaşam Sonu Hizmetler	• Cenaze, hasta yakınlarına, kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilmelidir.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	• Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik düzenleme bulunmalıdır. • Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

Kaynak (Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Kurumlar hasta haklarına önem vermeli, hasta ve hasta yakınlarının görüşleri ve şikâyetleri alınmalı, hasta ve yakınlarına anket memnuniyet anketleri uygulanmalıdır. Tüm sağlık hizmetleri süreçlerinde hasta mahremiyeti

sağlanmalıdır. Hastaların hizmete erişimlerini kolaylaştırmak üzere danışma ve yönlendirme hizmetlerini yerine getirmelidir. Yaşlı ve engelliler için sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıracak düzenlemeler yapmalıdır. Kurumlar çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik düzenlemeler yapılarak ve kişisel koruyucu kullanmalarına yönelik çalışmalar yapmalıdır. Kurumlar enfeksiyon önlenmsine yönelik enfeksiyon komitesi oluşturmalıdır.

Hastanelerin SKS standartlarından yüksek puan almaları için, yukarda sayılan hasta ve çalışan odaklı hizmetlere yönelik standarları yerine getirmesi gereklidir. Yukardaki standartlar hasta ve çalışan odaklı hizmetlerin çekirdek standartlarıdır ve bu standartların yerine getirilmesi halide hastanelere tam puan verilir.

1.8.3. Sağlık Hizmetleri Boyutu

Hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS-Hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Çizelge 1.6 Sağlık hizmetlerine bağlı bölümler ve yapılması gereken çekirdek hizmetler

Bölümler	Çekirdek Hizmetler
Hasta Bakımı	• Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçlarım doğrultusunda düzenlenmelidir. • Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır. • Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır. • Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. • Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. • Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.
İlaç Yönetimi	• İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. • İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir. • İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
Enfeksiyonların Önlenmesi	• Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır. • Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir. • El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır. • Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir. • İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.
Sterilizasyon Hizmetleri	• Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır. • Sterilizasyon işleminin etkinliği kontrol edilmelidir. • Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrollerinyapılmalıdır. • Lümenli aletlerin; yıkama, paketleme ve sterilizasyon süreçleri ile bu süreçlerin kontrolüne yönelik kurallar belirlenmelidir. • Etilen oksite yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır. • Hastanede kullanılan endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyon süreci kontrol altına alınmalıdır.
Transfüzyon Hizmetleri	• Kan ve kan ürünlerinin güvenli bir şekilde hazırlanması sağlanmalıdır. • Kan ve kan ürünleri uygun şekilde muhafaza edilmelidir. • Transfüzyon uygulaması sırasında hasta güvenliği sağlanmalıdır.
Radyasyon Güvenliği	• Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. • Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler • Radyoloji ünitesi dışında yapılan çekimlerde (acil servis, klinikler, • yoğun bakım gibi) diğer hastaların ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. • Nükleer tıp uygulamalarına özgü fiziki koşullar sağlanmalıdır. • Radyoaktif madde alan hastaların ve yakınlarının korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
Acil Servis	• Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır. • Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır. • Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.
Ameliyathane	• Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır. • Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.

Kaynak (Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Çizelge 1.6 (Devam) Sağlık hizmetlerine bağlı bölümler ve yapılması gereken çekirdek hizmetler

Bölümler	Çekirdek Hizmetler
Yoğun Bakım Ünitesi	• Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir. • Bası ülserinin önlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. • Hastaların güvenli transferi sağlanmalıdır.
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	• Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir. • Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır. • Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Bebeklerin güvenli transferi sağlanmalıdır. • Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
Diyaliz Ünitesi	• Diyaliz ünitesinde görev yapan sağlık çalışanları sertifikalı eğitim almış olmalıdır. • Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır. • Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır. • Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibi sağlanmalıdır. • Diyaliz ünitesinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır. • Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.
Psikiyatri Hizmetleri	• Hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır. • Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmelidir. • Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. • Öngörülemez durumlar için hazırlanmış bir eylem planı olmalıdır. • Hastaların taburculuk sonrası sosyal hayata uyumlarının sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
Biyokimya Laboratuvarı	• Biyokimya laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. • Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir. • Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır. • Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. • Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.
Mikrobiyoloji ve Pataoji Laboratuvarı	• Mikrobiyoloji laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. • Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir. • Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır. • Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır • Antibiyotik duyarlılık test sonuçlarının kısıtlı bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır. Patoloji laboratuvarı ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. • Örneklerin laboratuvara kabulüne yönelik kurallar belirlenmelidir. • Doku Tipleme Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. • Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır. • Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır • Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirmeçalışmaları yapılmalıdır.

Kaynak (Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Kurumlar hasta bakımı ile ilgili olarak yatan hastalara yönelik bakım planı yapmalı ve hastaların ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Hastaların düşmelrini önleyecek düzenlemeler yapılmalı ve düşme riski belirlenerek risk analizleri yapılmalıdır. Kurumlar ilaç yönetimine ait sorumluluk tanımlanmalı, ilaçların korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalı, ilaç istemlerine yönelik düzenlemer

yapılmalı, ilaçların düvenli uygulanmasına yönelik düzenlemelr yapılmalı ve son tarihi geçmiş ilaçların imhasını ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Kurumlar enfeksiyon önlenmsine yönelik enfeksiyon komitesi oluşturmalıdır. Hastane çalışanları el hijyeni konusunda bilgilendirilmelidir. El hijyenine yönelik malzemeleri bulundurmalı ve çalışanların el hijyenine uyumunu değerlendirmelidir. Kurumlar çalışanların mesleki mesleki enfeksiyonlarından korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık kurumları sterilizasyonla ilgili olarak sterilizasyon ünitesinde, yıkama, dezenfeksiyon ve paketleme süreçlerini kontrol etmelidir. Sterilizasyon cihazlarının program döngülerini izleyerek bunları kaydetmelidir. Yine burada lümenli aletlerin yıkama, paketleme ve sterilizasyon süreçleri ile bu süreçlerin kontrolüne yönelik kurallar belirlemelidir. Hastanede kullanılan endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyon sürecini kontrol altına almalıdır. Hastane yönetimi tranfizyon hizmetlerine yönelik kan ve kan ürünlerini hazırlamalı ve bu ürünlerin uygun şekilde korunmasına yönelik düzenleme yapmalıdır. Tranfizyon uygulanması sırasında hasta güvenliği sağlanmalıdır. Hastanın, yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmalarını sağlamalıdır. Kurumlar acil servis bölümünde; kritik vakalara yönelik algoritma oluşturmalı, gözlem altına alınan hastanın güvenli bir şekilde tedavisi yapılmalıdır. Acil serviste hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır. Ameliyathane ile ilgili bölümde kurumlar; elektrik enerjisinin kesilmesini önlemek için düzenleme yapmalıdır. Cerrahi uygulamalrın güvenliğini sağlamalıdır. Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamalıdır. Tanı amaçlı gelen dokuların güvenliğine yönelik düzenleme yapmalıdır. Yoğun bakım ünitesi ile ilgili olarak kurumlar; gürültü kontrolünü sağlamalıdır. Hastalar mortalite riski açısından değerlendirmelidir. Hastaların güvenli bir şekilde transferi sağlanmalıdır. Yoğun bakım ünitesine ilişkin kabul ve sevk kriterleri belirlenmelidir. Yeni doğan bakım ünitesi bölümünde kurumlar; Bebeklerin mortalite açısından değerlendirilmesine yapmalıdır. Yenidoğanın tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemleri alınmalıdır. Bebeklerin besin takibi yapılmalı ve dengeli bir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapmalıdır. Bebeklerin trnsferini güvenli bir şekilde gerçekleştirmelidir. Doğum ünitesi bölümünde anne bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik çalışmalar yapmalıdır. Diyaliz ünitesinde kurumlar; diyaliz

ünitesinde çalışanların sertifikalı olmasına dikkat etmelidir. Diyaliz öncesi ve sonrası kontrol çalışmaları yapılmalıdır. Diyaliz hastalarının tıbbi takibi yapılmalıdır. Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonunu kontrol etmelidir. Dializ ünitesindeki saf su kontrolü yapılmalıdır. Psikiyatri hizmetlerine yönelik kurumlar; hastaların güvenliğine yönelik fiziki düzenlemeler yapmalıdır. Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlemelidir. Adli vakalar ve mahkûm klinikler için düzenleme yapılmalıdır. Öngörülmez durumlar için eylem planları oluşturmalıdır. Hasta taburcu olduktan sonra sosyal hayata tutunması için takibi yapılmalıdır. Biyokimya, mikrobiyoloji, pataloji ve doku tipleme labaratuvar bölümlerinde kurumlar; labaratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçleri kontrol etmelidir. Numunelerin labaratuara kayıtını ve sürecini takip etmelidir. Testler için kalte kontrol yaparak bunları değerlendirmelidir. Panik değerlerin zamanında ve etkin bir şekilde bildirimleri sağlanmalıdır.

Hastanelerin SKS standartlarından yüksek puan almaları için, yukarda sayılan sağlık hizmetlerine yönelik standarları yerine getirmesi gereklidir. Yukardaki standartlar sağlık hizmetlerinde yerine getirilmesi gereken çekirdek standartlarıdır ve bu standartların yerine getirilmesi halide hastanelere tam puan verilir.

1.8.4. Destek Hizmetleri Boyutu

Destek hizmetleri tıbbi hizmetlerin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamak için oluşturulmuştur.

Çizelge 1.7 Destek hizmetlerine bağlı bölümler ve yapılması gereken çekirdek hizmetler

Destek Hizmetleri	Çekirdek Hizmetler
Tesis Yönetimi	• Hastanede su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.
Otelcilik Hizmetleri	• Hastanenin temizliği sağlanmalıdır. • Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanmas sağlanmalıdır. • Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.
Bilgi Yönetimi	• BYS üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. • HBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. • Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır. • Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır. • Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. • Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	• Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve • kalibrasyonları yapılmalıdır. • Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. • Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	• Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır. • Hasta dosyalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
Atık Yönetimi	• Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.

Kaynak (Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015)

Sağlık kurumları tesis yönetimi ile ilgili olarak, hastane su, elektrik ve medikal gaz hizmetlerini kesintisiz bir şekilde düzenli olarak vermelidir. Otelcilik hizmeti ile ilgili olarak, hastane temizliğine önem göstermelidir. Hastanede bulunan yiyecek ve içeceklerin depolanmasını ve tedariğini sağlamalıdır. Yemeklerin hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapması gerekmektedir. Hasta ve çslışsnların mal ve can güvenliğine yönelik düzenlemeler yapmalıdır. Bilgi yönetimi olarak, Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli alt yapıyı oluşturmalıdır. Sunucu oadalarını güvenliğine yönelik çalışma yapmalıdır. Verilerin yedeklenmesi yönünde düzenleme yapmalıdır. Dış ortamla iç ortam arasındaki bil alış verişlerinin

güvenliğini sağlamalıdır. Malzeme ve cihaz yönetimi bölümüne bağlı olarak, tıbbi cihazların düzenli olarak bakım ve kalibrasyonları yapılmalıdır. Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin düzenleme yaparak kontrol edilmelidir. Hasta başı test cihazlarının kontrollerini düzenli olarak yapmalıdır. Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri bölümüne yönelik, bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalı ve hasta dosyalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Atık yönetimi bölümünde; Atıkların kaynağında ayrıştırmalı ve bu konuda çalışanlara yönelik eğitimler verilmelidir.

Hastanelerin SKS standartlarından yüksek puan almaları için, yukarda sayılan destek hizmetlerine yönelik standarları yerine getirmesi gereklidir. Yukardaki standartlar destek hizmetlerinde yerine getirilmesi gereken çekirdek standartlarıdır ve bu standartların yerine getirilmesi halide hastanelere tam puan verilir.

1.7.5. Gösterge (İndikatör) Yönetimi Boyutu

İndikatör gösterici, belirtici, haber verici, kılavuz ve gösterge anlamlarını taşıyan Fransızca kökenli bir kelimedir (turkcebilgi.com 2012). İndikatör bir konuyu sayısallaştırmak ve ölçülebilir hale getirmektir. İndikatör yönetimi; Konuyla ilgili yönetimsel başarıyı ortaya koyar, çalışma yapılan konu ile ilgili olumlu veya olumsuz sonuçları ortaya koyar, bölümlerin birbiri ile olan ilgisini kıyaslar ve bölümlerin buna yönelik planlama yapmasını sağlar. Kurumların nerelerde iyileştirme yapması gerektiği yönünde bilgi verir (Orman ve ark 2013).

Sağlık kurumları indikatör yönetimi kapsamında, indikatörlerin izlenmesine yönelik bölümde; indikatörler aracılığı ile ölçme ve değerlendirme işlemleri gerçekleştirmelidir. Hastanede izlenecek indikatörler için süreçler tanımlamalıdır. Bu standartlar çekirdek standartlardır ve standarların yerine getirilmesi durumunda kurumlar tam puan alır.

Sağlık hizmetlerinde iyi ve kaliteli hizmet sunabilmek için indikatör yönetimi bir araç olarak kullanılır. İndikatör yönetiminin araçları ise kart ve formlardır. Bu kart ve formlar ölçme ve değerlendirme işlemi için bir araç niteliği taşır ve sağlık kurumlarına yardımcı olur.

İndikatörlerin izlenmesi ve yönetiminde yapılacak çalışmalara baktığımızda; ilk olarak indikatör kartlarının hazırlanması gerekir daha sonra kaynaklar belirlenir, veriler toplanır ve toplanan veriler analiz edilir. Analiz sonucu değerlendirlir ve nerelerde iyileştirme yapılması gerektiği belirlenir (Kaya ve ark 2013). Aşağıdaki çizelgede ameliyathane masasına ait indikatör kartı örneği yer almaktadır (Çizelge1.8).

Çizelge 1.8 Ameliyat masası kullanım oranı (%) indikatör kartı örneği

Kısa Tanım	Ameliyat masalarının etkin ve verimli kullanımını değerlendirmeye yönelik oluşturulmuş ölçüm aracıdır.
Gerekçe	Hasta bekleme sürelerinin azaltılması, hastane kaynaklarının, zaman, emek, maliyet açısından en uygun ve verimli şekilde kullanılmasının sağlanması amaçlanmaktadır.
Hesaplama Yöntemi	İlgili ayda her bir ameliyat masası için; (İlgili masada gerçekleştirilen ameliyatların toplam süresi/ Toplam mesai saati(nöbet hariç)) X 100
Alt İndikatörler	1. Masa bazında iki vaka arasında geçen ortalama süre
	2...
Hedef Değer	…
Veri Kaynağı	HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) veya yazılı kayıtlar
Veri Toplama Periyodu	Kurumlar kendi uygulamalarına göre elektronik ortamda veya yazılı form oluşturabilirler.
Veri Analiz Periyodu	Aylık
Sorumlular	Kurum, uygulamalarına göre sorumlu ya da sorumlular belirler.
Çıkış Noktası	Verimlilik, etkinlik
Dikkat Edilecek Hususlar	-Ameliyat süresi: Hastanın ameliyat odasına girdiği ve odadan çıktığı saatler arasında geçen süredir. Sağlıklı veri toplanabilmesi için hastanın ameliyat salonuna giriş ve çıkışında hasta barkodunun barkod okuyucuya okutulması önerilir. -Kurum tarafından hasta potansiyeline göre veri analiz periyodu ayrıca belirlenebilir. Ancak en geç 3 ayda bir analiz yapılmalıdır.yapılmalıdır.

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı 2012)

İndikatörlerin takibinde kart ve formların ölçme ve değerlendirme işlemi için birer araç kullanılınılır. Kurumlar bu kartlar sayesinde eksiklikleri görerek nerede iyileştirme yapacağını belirler.

Sağlık kurumlarında indikatör yönetimi uygulamasının önemli olduğunu vuguladık. Hem kurum yöneticileri hemde kurum çalışanları İndikatör yönetimini uygulamasını eksiksiz bir şekilde yapması gerekir. Literatürde indikatör yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda Yılmaz ve Kaptanoğlunun (2013) tarafından Karamürsel Devlet Hastanesinde sağlık çalışanlarına uyguladığı araştırmada; Araştırmaya katılanların %90'nı indikatörlerin bir ölçme aracı olduğunu belirtmiş, %71 oranında indikatör yönetiminin hastanede etkin bir şekilde uygulandığını belirtmiş ve %88 oranında bulunduğu birimde indikatörlerin takibi için gerekli hassasiyeti gösterdiğini belirtmişitr. İndikatör yönetimi konusu güncel bir konu olduğu için bu alanda yapılmış çalışmalar sınırlıdır.

2.YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Konya merkez ilçelerde bulunan hastanelerin birim sorumlularının ulusal kalite ve indikatör yönetim sistemlerinin işleyişi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesini amaçlamaktadır.

2.2.Araştırmanın Önemi

İlgili literatür incelendiğinde "ulusal kalite" ve "indikatör yönetim" sistemlerini birlikte ele alan herhangi bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Dolayısıyla araştırma konusu, ilgili literatürde önemli bir boşluğu kapatmaktadır. Ayrıca bu araştırma; gelecekte yapılacak araştırmalara yön vermesi; tartışma ortaya koyabilmesi ve farklı örneklemlerde kıyas imkanı sağlaması açısından da önemlidir.

2.3.Araştırmanın Tipi

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup; tanımlayıcı nitelikte bulgular ortaya konulmuştur. Nicel araştırma en basit anlamıyla nicel verilerin toplanmasını ve analizini gerektiren çalışmalardır. Tanımlayıcı araştırmaların en belirleyici özelliği ise araştırma sonuçlarının bir durumu tanımlaması, ancak bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmıyor olmasıdır. (Büyüköztürk ve ark 2013).

2.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma Konya merkez hastanelerde çalışmakta olan hastane birim sorumlularına uygulanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastane birim sorumluları *"hasta hizmetleri, acil servis, dâhiliye, çocuk kliniği, kadın doğum, kardiyoloji, genel cerrahi, göğüs servisi, yoğun bakım, yeni doğan, koroner yoğun bakım, çocuk cerrahi, çocuk servisi, ameliyathane, ortopedi, transfüzyon tıbbi hizmet, radyoloji, labaratuvar, atık yönetimi, fizik tedavi, hemşirelik hizmetleri, sağlık bakım hizmetleri, hasta hakları, teknik hizmetler, destek hizmetleri, tıbbi malzeme ve stok konrol, kurumsal iletişim, pazarlama, bilgi işlem, eczane, medya iletişim, insan kaynakları, satın alma, ihale, ambar, demirbaş, eczane, kalite, muhasebe, eğitim, depo, idari işler, ayniyat, faturalandırma, tahakkuk, doğrudan temin, hasta iletişim, hukuk bürosu, istatistik ve arşiv sorumlusu"*ndan oluşmaktadır. Araştırma

Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Konya Numune Hastanesi, Necmetin Erbakan Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Selçuk Üniveristesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Özel Konya Farabi Hastanesi, Özel Konya Medicana Hastanesi, Konya Özel Akademi Hastanesi ve Konya Kızılay Hastanelerinde yapılmıştır.

Araştırmanın evreni 350 kişiden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla aşağıdaki tablodan faydalanılmıştır (Altunışık ve ark 2012).

Çizelge 2.1. Belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri.

N	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**	**N**	**S**
10	10	190	127	1100	285	5000	357
20	19	200	132	1200	291	6000	361
30	28	250	152	1300	297	7000	364
40	36	300	169	1400	302	8000	367
50	44	**350**	**185**	1500	306	9000	368
60	52	400	196	1600	310	10000	370
70	59	450	212	1700	313	15000	375
80	66	500	217	1800	317	20000	377
90	73	550	226	1900	320	30000	379
100	80	*600*	*234*	2000	322	40000	380
110	86	650	241	2200	327	50000	381
120	92	700	248	2400	331	75000	382
130	97	750	254	2600	335	100000	384
140	103	800	260	2800	338	1000000	384
150	108	850	265	3000	341	10000000	384
160	113	900	269	3500	346		
170	118	950	274	4000	351		
180	123	1000	278	4500	354		

Kaynak: Altunışık ve ark 2012 (N=Evren büyüklüğü, S= Gerekli Örnek Büyüklüğü)

Çizelgeye 2.1'e göre 350 kişilik evrene karşılık 185 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüş ve 186 kişi çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmada basit rastgele örneklem yöntemi uygulanmıştır.

2.5.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma; Konya ili Merkez ilçeleri Karatay, Meram ve Selçuklu'da gerçekleştirilmesi, kullanılan veri toplama aracı, araştırmada kullanılan hipotezler ve örneklemin evrenin bütününü içine almaması açılarından sınırlılıklar içermektedir. Bu nedenle bütün hastane birim sorumlularına genellenemez.

2.6.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma veri toplama tekniklerine göre görgül (ampirik, gözleme dayalı) araştırma tekniği kullanılmıştır. Görgül araştırmalar, araştırma sorularını cevaplamada ihtiyaç duyulan verilerin, anket, gözlem, görüşme gibi çeşitli araçlarla toplandığı çalışmalardır (Büyüköztürk ve ark 2013). Veriler, görgül araştırma tekniğine uygun olarak anket yöntemiyle (EK-A) toplanmıştır.

Anket uygulaması üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. İkinci bölümde; Baştürk ve arkadaşları tarafından 2013 yılında "*Ulusal Kalite Sistemi Yapılanmasına"* ait gelişmeleri ölçmek için geliştirilen ölçek yer almaktadır. Söz konusu ölçek, ulusal kalite sistemindeki yapılanma sürecini değerlendiren likert tarzda oluşturularak altı boyuta ayrılmıştır. Araştırmada kullanılan 6 boyut ve bu boyutlarla ilgili madde sayıları şöyledir: Birinci boyut olan "ulusal kalite sistemini yeniden yapılanma süreci" ile ilgili 9 madde, ikinci boyutu olan "kaliteli hizmet sunumu" ile ilgili 7 madde, üçüncü boyutu olan "sistemin objektifliği ile ilgili 4 madde, dördüncü boyutu olan "uygulama sürecindeki sorunlarla" ilgili 2 madde, beşinci boyut olan "HKS faktörü" ile ilgili 2 madde, altıncı boyut olan "kurum faktörü" ile ilgili 1 madde içermektedir. Ölçek toplamda 26 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin güvenilirliliğini belirlemek amacıyla güvenilirlik analizi (Çizelge 2.2), ölçeğin boyutlarının ölçek ile ilişkisini belirlemek için korelasyon analizi (Çizelge 2.3) ve ölçeğin boyutlarının ölçeğe katkısını incelemek için ise regarasyon analizi (Çizelge 2.4) yapılmıştır.

Çizelge 2.2 Ulusal kalite sistemi yapılanmasına ait ölçeğin güvenilirlik analizi.

	Ortalama	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Varyans	Madde	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items
Madde ortalamaları	3,600	3,242	4,102	,860	1,265	,048	26		
Madde varyansları	,904	,676	1,104	,428	1,633	,014	26	0,920	0,921
Maddeler arası kovaryanslar	,276	-,071	,666	,737	-9,372	,017	26		
Maddeler arası korelasyonlar	,311	-,074	,685	,759	-9,252	,021	26		

Çizelge 2.2'de görüldüğü üzere *Ulusal Kalite Yapılanması Ölçeği* güvenilirlik analizi uygulanmış olup ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,920 bulunmuştur.

Çizelge 2.3 Ulusal kalite sistemi yönetimi ölçeğinin alt boyutları ile ölçek arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi.

		1	2	3	4	5	6	7
1-Ulusal kalite yönetimi ölçeği								
2-Yeni yapılanma süreci	r	,912						
	p	,000						
3-Kaliteli hizmet sunumu	r	,886	,710					
	p	,000	,000					
4-Sistem objektifliği	r	,843	,714	,688				
	p	,000	,000	,000				
5-Uygulama sürecindeki sorunlar	r	,265	,098	,118	,205			
	p	,000	,183	,108	,005			
6-HKS uygulama faktörü	r	,639	,430	,605	,473	,200		
	p	,000	,000	,000	,000	,006		
7-Kurum faktörü	r	,474	,326	,428	,383	,060	,386	
	p	,000	,000	,000	,000	,415	,000	
Ortalama	3,60		3,42	3,73	3,63	3,52	3,77	3,10
SS		0,54	0,68	0,62	0,66	0,83	0,77	0,92

N=186 P<0,05

Çizelge 2.3'de görüldüğü üzere *Ulusal Kalite Yönetimi Sistemi Ölçeği* boyutlarının, ölçekle ilişkisini tespit edebilmek içinkorelasyon anlizi yapılmıştır. *Ulusal Kalite Sistemi* ile yeni yapılanma süreci (r=0,912), kalitel hizmet sunumu (r=0,886), Sistemin objektifliği (r=0,843) ve HKS uygulama faktörü (r=0,639) arasında ileri derecede ilişki olduğu tespit edilmiştir. Uygulama sürecindeki sorunlar (r=0,265) ile Kurum faktörü (r=0,474) arasında düşük ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 2.4.Ulusal kalite sistemi yönetimi ölçeğinin alt boyutlarının, ölçeğe katkısını incelemek için yapılan regresyon analizi.

	B	SH	β	t	p
Yeni yapılanma süreci	,383	,005	,478	70,799	,000
Kaliteli hizmet sunumu	,282	,006	,323	45,194	,000
Sistemin objektifliği	,163	,005	,198	29,762	,000
Uygulama sürecindeki sorunlar	,075	,003	,115	26,055	,000
HKS uygulama faktörü	,086	,004	,121	22,244	,000
Kurum faktörü	,071	,039	,074	7,301	,000

R^2 =0,997 P<0,05 N=186

Çizelge2.4'e baktığımızda *Ulusal Kalite Yönetimi Sistemi Ölçeği* alt boyutları arasında regresyon analiz yapılmıştır. Boyutların *Ulusal Kalite Sistemine* katkısına baktığımızda yeni yapılanma sürecinin katkısının en fazla olduğunu görmekteyiz (0,478). Daha sonra sırasıyla; kaliteli hizmet sunumu (0,323), sistemin objektifliği(0,198), HKS uygulama faktörü (0,121), uygulama sürecindeki sorunlar (0,115) gelmekte ve en az katkıyı kurum faktörü (0,74) sağlamaktadır.

Üçüncü bölümde ise; Ulusal Kalite Sisteminin bir parçası olan Atasoy ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilen *"İndikatör Yönetimi Ölçeği"* kullanılmıştır. Ölçek, likert tarzda hazırlanmış olup altı boyuta ayrılmıştır. İlk boyut ölçme ve değerlendirme kültürü ile ilgili 16, ikinci boyut verimlilik ile ilgili 4, üçüncü boyut güvenlikle ilgili 5, dördüncü boyut yararlılıkla ilgili 5, beşinci boyut personel uyumu ile ilgili 2, altıncı boyut bildirim ve kayıt kültürü ile ilgili 5 madde içermekte olup ölçek toplamda 37 maddeden oluşmaktadır.

Aşağıda ölçeğin güvenilirliliğini belirlemek amacıyla güvenilirlik analizi, ölçeğin boyutlarının ölçek ile ilişkisini belirlemek için korelasyon analizi ve ölçeğin boyutlarının ölçeğe katkısını incelemek için ise regarasyon analizi yapılmıştır.

Çizelge 2.5. İndikatör yönetimi ölçeğinin güvenilirlik analizi.

	Ortalama	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Varyans	Madde	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on
Madde ortalamaları	3,747	2,995	3,973	,978	1,327	,029	37		
Madde varyansları	,838	,622	1,400	,777	2,249	,019	37	,965	,966
Maddeler arası kovaryanslar	,355	-,039	,665	,704	-16,972	,010	37		
Maddeler arası korelasyonlar	,434	-,036	,775	,811	-21,395	,016	37		

Çizelge 2.5'de görüldüğü üzere *İndikatör Yönetimi Ölçeği'*nin güvenilirlik analizi yapılmıştır olup ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,965 bulunmuştur.

Çizelge 2.6. İndikatör yönetimi ölçeğinin alt boyutları ile ölçek arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi.

		1	2	3	4	5	6	7
1-İndikatör yönetimi genel								
2-ölçme	r	,956						
değerlendirme	p	,000						
3-verimlilik	r	,865	,817					
	p	,000	,000					
4-güvenlik	r	,840	,744	,737				
	p	,000	,000	,000				
5-yarar	r	,830	,743	,616	,653			
	p	,000	,000	,000	,000			
6-personel	r	,721	,619	,525	,554	,676		
uyumu	p	,000	,000	,000	,000	,000		
7-Bildirim	r	,732	,615	,561	,530	,540	,595	
kültürü	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
Ortalama		3,74	3,54	3,70	3,79	3,86	3,79	3,50
SS		0,60	0,61	0,74	0,74	0,72	0,73	0,69

N=186 P<0,05

Çizelge 2.6'da görüldüğü üzere *İndikatör Yönetimi Ölçeği'*nin alt boyutlarının ölçek arasındaki ilişkisine baktığımızda; İndikatör yönetimi ile ölçme ve değerlendirme boyutu (r=0,956),verimlilik boyutu (r=0,865), Güvenlik boyutu

(r=0,840), Yarar boyutu (r=0,830), Personel boyutu (r=0,721), Bildirim kültürü boyutu (r=0,732) arasında ileri derecede ilşki olduğu görmektedir.

Çizelge 2.7. İndikatör yönetimi ölçeğinin boyutlarınınölçeğe katkısını incelemek için yapılan regresyon analizi.

	B	SH	β	t	p
Ölçmedeğerlendirme	,443	,004	,451	102,100	,000
Verimlilik	,122	,003	,151	39,332	,000
Güvenlik	,136	,003	,167	49,239	,000
Yarar	,138	,003	,165	47,998	,000
Personeluyumu	,057	,003	,069	22,587	,000
Bildirimkültürü	,131	,002	,151	53,425	,000

R^2 =0,999 P<0,05 N=186

Çizelge 2.7'de görüldüğü üzere *İndikatör Yönetimi Ölçeği'*nin alt boyutlarının ölçeğe katkısı yer almaktadır. En çok ölçeğe katkısı ölçme değerlendirme (0,451) boyutu olup daha sonra sırasıyla; güvenlik(0,167), yarar(0,165), verimlilik ve bildirim kültürü (0,151) ve en az katkı sağlayan personel uyumu (0,069) boyutu gelmektedir.

2.7.Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmalar, verilerin toplanma zamanına göre anlık, kesitsel ve boylamsal olmak üzere üçe ayrılırlar (Büyüköztürk ve ark 2013). Buna göre araştırma için ihtiyaç duyulan veriler belirlenen bir aralıkta anlık olarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, hastane birim sorumluları ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

2.8.Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak ilk etapta veri kontrolü yapılmış ve hatalı veriler düzenlenmiştir. İstatistiksel analizler bilgisayar ortamında yapılmıştır. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t testleri ile korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır.

2.9.Araştırma Etiği

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurul Kararı (Ek-B) 26.02.2015 tarih 2015/14 karar sayısı ile alınmıştır. Ayrıca araştırma kapsamındaki hastaneler için Konya Kamu Hastaneler BirliğiGenel Sekreterliği'nden 20.04.2015 tarih ve 10425 evrak no ile izin alınmıştır (Ek-C).

2.10.Araştırmada Çalışma Takvimi

Araştırma süreci aşağıdaki takvim aşaması kapsamında gerçekleştirilmiştir.

- Konu seçimi ve literatür değerlendirmesi (kaynak taraması, konunun seçimi; konunun sınırlarının belirlenmesi): 4 ay (Temmuz-Kasım 2014)
  Bu tarih sonrası;
- Tez önerisi verilmesi (konunun belirlenmesi): 1 ay (Aralık 2014)
- Literatür değerlendirmesi ve veri toplama formu (literatür özetinin yazılması): 3 ay (Ocak-Mart 2015)
- Gerekli izinlerin alınması, verilerin toplanması ve verilerin analizi (araştırma yerinde örneklem üzerinde veri toplama araçlarının uygulanması, verilerin istatistik analizinin yapılması): 2 ay (Nisan-Mayıs 2015)
- Araştırma raporunun yazılması (bulgular; Tartışma; Özet; Sonuç ve Önerilerin yazımı): 7 ay (Mayıs-Kasım 2015)
- Araştırma raponun sunulması: 1 ay (Aralık 20115)

2.11.Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın bulgularına ait hipotezler aşağıda sıralanmaktadır:

Hipotez 1: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının ulusal kalite sistemi yapılanmasına bakışı ile indikatör yönetimi bakışı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Hipotez 2: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının yaşları ilesağlıkta ulusalkalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 3: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının yaşıile indikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 4: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının cinsiyetiile sağlıkta ulusal kalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 5: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının cinsiyeti ileindikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 6: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının öğrenim durumu ile sağlıkta ulusal kalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur

Hipotez 7: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının öğrenim durumu ile indikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 8: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının medeni durum ile sağlıkta ulusal kalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur

Hipotez 9: Ho=Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının medeni durum ile ile indikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 10: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile sağlıkta ulusal kalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur

Hipotez 11: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile indikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 12: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının kalite eğitimi alma durumu ile sağlıkta ulusal kalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 13: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının kalite eğitimi alma durumu ile indikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 14: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının çalışma yılı ile sağlıkta ulusal kalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 15: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının çalışma yılı ile indikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 16: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının kalite eğitimi alma yeri ile sağlıkta ulusal kalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 17: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının kalite eğitimi alma yeri ileindikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 18: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının çalıştıkları kurumlar ilesağlıkta ulusal kalite yapılanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Hipotez 19: Ho= Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının çalıştıkları kurumları ile indikatör yönetimin uygulanması ölçeği puan ortalamaları arasında fark yoktur.

3. BULGULAR

Hastanelerin birim sorumlularının ulusal kalite ve indikatör yönetim sistemlerinin işleyişi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi üzerine yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular iki bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde araştırma kapsamındaki hastane birim sorumlularının sosyo-demorafik özelliklerine ait bulgulara değinilmiş, ikinci bölümde ise hastane birim sorumlularının *"Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği"* ve "*İndikatör Yönetimi Ölçeği*"nin sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendiren bulgulara değinilmiştir.

3.1. Araştırma Kapsamındaki Hastane Birim Sorumlularının Sosyo-Demorafik Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırma kapsamındaki birim sorumlularının sosyo-demografik özellikleri ve araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin birim sorumlularının tutumlarını inceleyen tanımlayıcı istatistik bulguları şu şekildedir:

Çizelge 3. 1. Araştırmaya katılanlara ait demografik veriler.

Yaş	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
20-29	48	25,8
30-39	72	38,7
40-üstü	66	35,5
Toplam	186	100,0
Cinsiyet	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
Erkek	92	49,5
Kadın	94	50,5
Toplam	186	100
Öğrenim durumu	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
Lise	20	10,8
Yüksekokul	58	31,2
Fakülte	84	45,2
Yüksek lisans +DR	24	12,9
Toplam	186	100
Medeni durum	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
Evli	133	71,5
Bekar	53	28,5
Toplam	186	100
Çalıştığı kurum	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
Beyhekim Devlet Hastanesi	24	12,9
Numune Devlet Hastanesi	20	10,8
Meram Tıp	21	11,3
Selçuk Tıp	28	15,1
Konya Eğitim Araştırma Hastanesi	39	21,0
Farabi Hastanesi	18	9,7
Medicana Hastanesi	17	9,1
Akademi Hastanesi	12	6,5
Kızılay Hastanesi	7	3,8
Toplam	186	100

Çizelge 3. 1. (Devam)Araştırmaya katılanlara ait demografik veriler.

Kalite ile ilgili görev	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
Yönetici	14	7,5
Koordinatörlük çalışanı	14	7,5
Kalite yönetim direktörü	13	7,0
Kalite birim çalışanı	**17**	**9,1**
Komite üyesi	15	8,1
Kalite birim sorumlusu	30	16,1
Diğer görevler	83	44,6
Toplam	186	100
Kalite eğitimi alma	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
Evet	108	58,1
Hayır	78	41,9
Toplam	186	100
Birimde çalışma yılı	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
1-4 yıl	97	52,2
5-10 yıl	60	32,3
11 ve üzeri yıl	29	15,6
Toplam	186	100
Alınan kalite eğitimi yeri	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
Özel eğitim	37	19,9
Kongre-sempozyum	46	24,7
HKS okulu	25	13,4
Diğer	78	41.9
Toplam	108	100
Çalıştığı kurum	**Sayı(n)**	**Yüzde (%)**
Devlet	132	71,0
Özel	54	29,0
Toplam	186	100

Çizelge 3. 1'de görüldüğü üzere Araştırmaya katılan birim sorumlularının; %25,8'i 20-29 yaş arasında %38,7'si 30-29 yaş arası ve %35,5'i 40 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılan birim sorumlularının %49,5'i erkek olup %71,5'i evlidir. Eğitim durumu açısından bakıldığında; %10,8'i lise mezunu %31,2'si yüksekokul mezunu %45,2'si fakülte mezunu ve %12,9'u ise yüksek lisans ve doktora mezunudur. Hastane birim sorumlularının %29'u özel hastanede %71'i ise devlet

hastanesinde çalışmaktadır olup; %12,9'u Beyhekim Devlet Hastanesinde %10,8'i Numune Devlet Hastanesinde %11,3'ü Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde , %15,1'i Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesinde, %21'i Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde %9,7'si Farabi Hastanesinde %9,1'i Medicana Hastanesinde %6,5'i Akademi Hastanesinde %3,8'i ise Kızılay Hastanesinde görev yapmaktadır. Çalıştıkları görevlerle ilgili olarak %7,5'i yönetici %7,5'i koordinatörlük çalışanı %7'si kalite yönetim direktörü %9,1'i kalite birim çalışanı %8,1'i komite üyesi '16,1'i kalite birim sorumlusu %44,6'sı ise diğer görevlerde çalışmaktadır. Birim sorumlularının; %52,2'si 1-4 yıl arası, %32,3'ü 5-10 yıl arası, %15,62'si ise 11 ve üzeri yıl arasında birimlerinde çalışmışlardır. Araştırma kapsamındaki birim sorumlularının %58,1'i kalite eğitimi almış olup kalite eğitimi alanların %19,9'u özel eğitimde %24,7'si kongre ve sempozyumda %13,4'ü HKS okulunda %41,9'u diğer yerlerde kalite eğitimi almışlardır.

Çizelge 3.2 Birim sorumlularının ulusal kalite sistemi yapılanmasının ait görüşlerin incelenmesine yönelik bulgular

Yeni yapılanma süreci	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Kalite eğitimleri yeterli düzeydedir.	186	1	5	3,51	1,020
Sağlık kurumları HKS' yi (SHKS) karşılayabilmektedir.	186	1	5	3,58	,911
Yeni yapılanmada liyakatli kişilerin görevlendirilmesi için düzenleme yapılmıştır.	186	1	5	3,40	1,005
Yeni yapılanma için hazırlıklar yeterli düzeydedir.	186	1	9	3,31	1,034
Yeni sistemden etkilenecek kişilerin görüşlerine yer verilmiştir.	186	1	5	3,24	1,030
Ortaya çıkan aksaklıklar etkin bir şekilde yönetilebilmektedir.	186	1	5	3,33	,957
Değişim sosyal, kültürel vb. çeşitli boyutlarda ele alınmıştır.	186	1	5	3,34	,893
Sürecin geliştirilmesi için eksikliklerin tespiti ve iyileştirme çalışmaları yapılıyor.	186	1	5	3,58	,836
Kalite biriminin ihtiyaç duyduğu gereksinimler sağlanmaktadır.	186	1	5	3,59	1,011
Kaliteli hizmet sunumu	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Sağlık hizmetleri kalite standartları yükselmiştir.	186	1	5	3,96	0,999
Kaliteli sağlık hizmeti sunmada gelinen nokta korunabilecek.	186	1	5	3,82	0,886
HKS kaliteli hizmeti sunumunu ölçebilen gerekli bir değerlendirme aracıdır.	186	1	5	3,69	1,033
Kalite çalışmaları ihtiyaç ve beklentileri karşılayacak düzeydedir.	186	1	5	3,48	0,914
Hizmet sunum şartlarında olumlu yönde değişiklikler olmuştur.	186	1	5	3,84	,928
Hizmet sunanların kalite çalışmalarına yaklaşımları olumludur.	186	1	5	3,62	,917
Hizmet alanların kalite çalışmalarına yaklaşımları olumludur.	186	1	5	3,65	,902

Çizelge 3.2 (Devam) Birim sorumlularının ulusal kalite sistemi yapılanmasının ait görüşlerin incelenmesine yönelik bulgular.

Sistemin objektifliği	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Hizmet sunanların görüşleri sisteme yansıtılabilmektedir.	186	1	5	3,55	,941
Hizmet alanların görüşleri sisteme yansıtılabilmektedir.	186	1	5	3,58	,904
Yeni yapılanmada kalite çalışmalarını sağlık bakanlığı organize etmelidir.	186	1	5	3,89	,983
Öz değerlendirme ve merkezi değerlendirme sonuçları örtüşmektedir.	186	1	5	3,53	,937
Uygulama sürecindeki sorunlar	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Değişim sürecinde iş ortamında kargaşa ve belirsizlik hâkimdir.	186	1	5	3,46	1,051
Bir faaliyet oturmadan tekrar değişmesi durumu sıklıkla olur.	186	1	5	3,59	1,006
HKS uygulamam faktörü	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Kalite standartları hastane türü vb. özelliklere göre değişiklik göstermelidir.	186	1	5	3,69	1,033
Yöneticilerin kalite çalışmalarına yaklaşımları olumlu yöndedir.	186	1	5	3,85	,886
Kurum faktörü	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Her kurumun bünyesinde kalite çalışmalarını organize edecek bir alt birim olmalıdır.	186	1	5	4,10	,921

Çizelge 3.2'de ulusal kalite yönetimi sürecindeki sorulara ait bulgular yer almakta olup her boyut kendi içinde değerlendirilmektedir.

Yeniden yapılanma sürecinde en yüksek ortalama, *"Kalite biriminin ihtiyaç duyduğu gereksinimler sağlanmaktadır."* ($\bar{x}$:3,59) sorusu olurken, en düşük ortalama ise "*Yeni yapılanma için hazırlıklar yeterli düzeydedir.*" ($\bar{x}$:3,31) sorusuna verilen cevap olmuştur.

Kaliteli hizmet sunumunda en yüksek ortalama, *"Sağlık hizmetleri kalite standartları yükselmiştir."* ($\bar{x}$:3,96) sorusu olurken, en düşük ortalama ise, *"Kalite çalışmaları ihtiyaç ve beklentileri karşılayacak düzeydedir."* ($\bar{x}$:3,48) sorusuna verilen cevap olmuştur.

Sistemin objektifliğinde en yüksek ortalama, *"Yeni yapılanmada kalite çalışmalarını sağlık bakanlığı organize etmelidir."* ($\bar{x}$:3,89) sorusu olurken, en düşük ortalama *"Öz değerlendirme ve merkezi değerlendirme sonuçları örtüşmektedir."* ($\bar{x}$:3,53) sorusuna verilen cevap olmuştur.

Uygulama sürecindeki sorunlara bakıldığında, *"Bir faaliyet oturmadan tekrar değişmesi durumu sıklıkla olur."* ($\bar{x}$:3,59) diyenlerin ortalaması, değişim sürecinde *"İş ortamında kargaşa ve belirsizlikler hâkimdir."* ($\bar{x}$:3,46) diyenlerin ortalamasından daha yüksektir.

HKS uygulama faktörüne bakıldığında, *"Yöneticilerin kalite çalışmalarına yaklaşımları olumlu yöndedir."* ($\bar{x}$:3,85) diyenlerin ortalaması, *"Kalite standartları hastane türü vb. özelliklere göre değişiklik göstermelidir."* ($\bar{x}$:3,69) diyenlerin ortalamasından daha yüksektir.

Kurum faktörüne bakıldığında, "*Her kurumun bünyesinde kalite çalışmalarını organize edecek bir alt birim olmalıdır."* diyenlerin ortalaması ($\bar{x}$:4,10) çıkmıştır.

Çizelge 3.3 Birim sorumlularının kalite indikatörleri yönetimine ait görüşlerin incelenmesine yönelik bulgular.

Ölçme ve değerlendirme boyutu	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
İndikatörlerle hasta bakım süreçlerinin uygunluğu değerlendirilir.	186	1	5	3,76	,930
Hastanemizde güvenilir ölçüm araçları kullanılır.	186	1	5	3,86	,877
Hastanemizde Kalite ölçümünde araştırma yapılmasını destekleyen bir ortam vardır.	186	1	5	3,89	,900
Hastanemizde ölçümlere yönelik yazılı düzenlemeler bulunur.	186	1	5	3,81	,902
Kalite iyileştirme çalışmalarında doğru yaptık mı? Sorusuna cevap bulunmaya çalışılır.	186	1	5	3,83	,865
Hastanemizde kalite ölçümleri bir ekip tarafından yapılır.	186	1	5	3,97	,873
Hastanemizde kalite iyileştirme çalışmaları kalite hedefleri dikkate alınarak uygulanır.	186	1	5	3,94	,839
Çalışanlarımız hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığını kontrol etmede işbirliği yaparlar.	186	1	5	3,75	,938
Belli aralıklarla belirlenen indikatörlerin kullanabilirliği değerlendirilir.	186	1	5	3,77	,896
Bakım ve hizmet verilerimizi diğer hastanelerin verileri ile karşılaştırılır	186	1	5	3,49	1,056
Hastanemizde hasta bakım hizmetlerini iyileştirmede kalite ölçüm listeleri oluşturulur.	186	1	5	3,67	,944
Olumsuz giden çalışmaların ölçümlerle düzeleceğini inanırım.	186	1	5	3,75	,949
Hastanemizin topluma rapor edilebilen temel ölçümleri vardır.	186	1	5	3,61	,953
Yöneticilerimiz kalite değerlendirilmesinde görüşlerimizi alırlar.	186	1	5	3,67	,978
Ölçmenin kalite iyileştirmenin temeli olduğunun inanırım.	186	1	5	3,88	1,019
Hastanemizde İndikatörlerle hasta bakım sonuçları incelenir.	186	1	5	3,75	,914

Çizelge 3.3 (Devam) Birim sorumlularının kalite indikatörleri yönetimiait görüşlerin incelenmesine yönelik bulgular.

Verimlilik boyutu	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Hastanemizde kaynakların erişim düzeyinin izlemesi İndikatörlerle yapılır.	186	1	5	3,68	,920
Hastanemizde hasta bakım çıktılarına ilişkin girdiler değerlendirilir.	186	1	5	3,73	,884
Hastanemizde olabilecek en iyi bakım için teknolojiler kullanılır.	186	1	5	3,76	,875
Hastanemiz kaynaklarının hazır bulunuşluğu indikatörlerle takip edilir.	186	1	5	3,66	,888
Güvenlik boyutu	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Kalite indikatör yönetiminde tıbbi cihaz güvenliği değerlendirilir.	186	1	5	3,79	,903
Kalite indikatör yönetiminde çalışan güvenliği değerlendirilir.	186	1	5	3,85	,850
Kalite indikatör yönetiminde çevre güvenliği değerlendirilir.	186	1	5	3,67	,957
Kalite indikatör yönetiminde tesis güvenliğini değerlendirilir.	186	1	5	3,79	,897
Kalite indikatör yönetiminde hasta güvenliği değerlendirilir.	186	1	5	3,87	,841
Yarar boyutu	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
İndikatörler hedeflere ulaşma düzeyinin değerlendirilmesinde bir araçtır.	186	1	5	3,83	,894
Hizmet planlamasına yönelik kararlar alabilmeyi kolaylaştırır.	186	1	5	3,81	,833
Kalite hedeflerine uygun ölçme araçlarının geliştirilmesini sağlar.	186	1	5	3,90	,852
Hizmetin kalitesini farklı açılardan yorumlayabilmeyi sağlar.	186	1	5	3,91	,881
Hizmetin yürütülmesindeki sorunların çözümünde yöntem geliştirmeye yardımcı olur.	186	1	5	3,87	,831

Çizelge 3.3 (Devam) Birim sorumlularının kalite indikatörleri yönetimiait görüşlerin incelenmesine yönelik bulgular.

Personel uyumu boyutu	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Çalışanlarımızın veri toplamasında gerekli kaynakları hazır halde bulundurulur.	186	1	5	3,84	,789
Çalışanlarımız kalite indikatör yönetimi konularında eğitilirler.	186	1	5	3,75	,861
Bildirim kültürü boyutu	**n**	**Min**	**Max**	**Ort.**	**SS**
Hastanemizde her çalışanın yaptığını yazması anlayışı hakimdir.	186	1	5	3,54	,965
Olay bildirimi için yeterli zamanım yoktur.	186	1	5	2,99	1,18
Hastanemizde beklenen sonuçlardan sapmalar uygun şekilde kaydedilir.	186	1	5	3,55	,930
Olay bildiriminde yöneticilerimiz tarafından desteklenirim.	186	1	5	3,65	,955
Kayıtların hasta bakım sürekliliğini sağladığını inanırım.	186	1	5	3,78	,947

Çizelge 3.3'de Kalite indikatörleri yönetimi ölçeğine ait bulgular yer almakta olup her boyut kendi içerisinde değerlendirilmiştir.

Ölçme ve değerlendirme boyutuna bakıldığında, en yüksek ortalama *"Hastanemizde kalite ölçümleri bir ekip tarafından yapılmaktadır."* ($\bar{x}$:3,97) çıkarken, en düşük ortalama, *"bakım ve hizmet verilerimizi diğer hastanelerin verileri ile karşılaştırılır"* ($\bar{x}$:3,49) çıkmıştır.

Verimlilik boyutuna bakıldığında, en yüksek ortalama *"Hastanemizde olabilecek en iyi bakım için teknolojiler kullanılır." (*$\bar{x}$:3,76) cevabı verilirken, en düşük ortalama ise *"Hastanemiz kaynaklarının hazır bulunuşluğu indikatörlerle takip edilir."* ($\bar{x}$:3,66) cevabı verilmiştir.

Güvenlik boyutuna bakıldığında, en yüksek *ortalama "Kalite indikatör yönetiminde hasta güvenliği değerlendirilir."* ($\bar{x}$:3,87) cevabı verilirken, en düşük ortalama ise *"Kalite indikatör yönetiminde çevre güvenliği değerlendirilir."* ($\bar{x}$:3,67) cevabı verilmiştir.

Yarar boyutuna bakıldığında, en yüksek ortalama *"Hizmetin kalitesini farklı açılardan yorumlayabilmeyi sağlar."* ($\bar{x}$:3,91) cevabı verilirken, en düşük ortalama ise *"Hizmet planlamasına yönelik kararlar alabilmeyi kolaylaştırır."* ($\bar{x}$:3,81) cevabı verilmiştir.

Personel uyumu boyutuna bakıldığında, en yüksek ortalama *"Çalışanlarımızın veri toplamasında gerekli kaynakları hazır halde bulundurulur."*

($\bar{x}$:3,84) cevabı verilirken, en düşük ortalama ise "*Çalışanlarımız kalite indikatör yönetimi konularında eğitilirler."* ($\bar{x}$:3,75) cevabı verilmiştir.

Birim kültürü boyutuna bakıldığında, en yüksek ortalama *"Kayıtların hasta bakım sürekliliğini sağladığını inanırım."* ($\bar{x}$:3,78) cevabı verilirken, en düşük ortalamayı ise *"Olay bildirimi için yeterli zamanım yoktur."* ($\bar{x}$:2,99) cevabı verilmiştir.

Çizelge 3.4 Araştırmaya katılan birim sorumlularının ulusal kalite sistemi ait sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1. Sağlık hizmetlerinin kalite standartları yükselmiştir.	7	3,8	12	6,5	18	9,7	93	50	56	30,1
2. Kalite eğitimleri yeterli düzeydedir.	5	2,7	31	16,7	41	22	82	44,1	27	14,5
3. Kaliteli sağlık hizmeti sunmada gelinen nokta korunabilecek.	2	1,1	10	5,4	47	25,3	97	52,2	30	16,1
4. HKS kaliteli hizmeti sunumunu ölçebilen gerekli bir değerlendirme aracıdır.	4	2,2	10	5,4	38	20,4	97	52,2	37	19,9
5. Kalite standartları hastane türü vb. özelliklere göre değişiklik göstermelidir.	6	3,2	23	12,4	31	16,7	88	47,3	38	20,4
6. Kalite çalışmaları ihtiyaç ve beklentileri karşılayacak düzeydedir.	4	2,2	23	12,4	58	31,2	82	44,1	19	10,2
7. Sağlık kurumları HKS' yi (SHKS) karşılayabilmektedir	1	0,5	22	11,8	61	32,8	73	39,2	29	15,6
8. Değişim sürecinde iş ortamında kargaşa ve belirsizlik hâkimdir.	7	3,8	33	17,7	38	20,4	83	44,6	25	13,4
9. Hizmet sunum şartlarında olumlu yönde değişiklikler olmuştur.	7	3,8	7	3,8	34	18,3	99	53,2	39	21,0
10. Bir faaliyet oturmadan tekrar değişmesi durumu sıklıkla olur	1	0,5	33	17,7	43	23,1	74	39,8	35	18,8
11. Hizmet sunanların görüşleri sisteme yansıtılabilmektedir	5	2,7	20	10,8	52	28,0	85	45,7	24	12,9
12. Hizmet alanların görüşleri sisteme yansıtılabilmektedir.	4	2,2	18	9,7	53	28,5	88	47,3	23	12,4

Çizelge 3.4 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının ulusal kalite sistemi ait sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**
13. Hizmet sunanların kalite çalışmalarına yaklaşımları olumludur.	4	2,2	22	11,8	36	19,4	102	54,8	22	11,8
14. Hizmet alanların kalite çalışmalarına yaklaşımları olumludur.	4	2,2	16	8,6	48	25,8	92	49,5	26	14,0
15. Yöneticilerin kalite çalışmalarına yaklaşımları olumlu yöndedir.	4	2,2	10	5,4	34	18,3	99	53,2	39	21,0
16. Yeni yapılanmada kalite çalışmalarını sağlık bakanlığı organize etmelidir.	2	1,1	16	8,6	41	22	69	37,1	58	31,2
17. Her kurumun bünyesinde kalite çalışmalarını organize edecek bir alt birim olmalıdır	4	2,2	9	4,8	19	10,2	86	46,2	68	36,6
18. Yeni yapılanmada liyakatli kişilerin görevlendirilmesi için düzenleme yapılmıştır	10	5,4	21	11,3	59	31,7	76	40,9	20	10,8
19. Yeni yapılanma için hazırlıklar yeterli düzeydedir	7	3,8	26	14	77	41,4	58	31,2	18	0,6
20. Yeni yapılanmanın gerekliliği herkes tarafından anlaşılmaktadır	5	2,7	28	15,1	73	39,2	61	32,8	19	10,2
21. Yeni sistemden etkilenecek kişilerin görüşlerine yer verilmiştir	8	4,3	38	20,4	60	32,3	61	32,8	19	10,2
22. Ortaya çıkan aksaklıklar etkin bir şekilde yönetilebilmektedir	6	3,2	30	16,1	62	33,3	72	38,7	16	8,6
23. Değişim sosyal, kültürel vb. çeşitli boyutlarda ele alınmıştır	4	2,2	27	14,5	71	38,2	70	37,4	14	7,5
24. Sürecin geliştirilmesi için eksikliklerin tespiti ve iyileştirme çalışmaları yapılıyor.	4	2,2	11	5,9	63	33,9	89	47,8	19	10,2
25. Öz değerlendirme ve merkezi değerlendirme sonuçları örtüşmektedir.	5	2,7	19	10,2	58	31,2	80	43	24	12,9
26. Kalite biriminin ihtiyaç duyduğu gereksinimler sağlanmaktadır.	7	3,8	21	11,3	43	23,1	85	45,7	30	16,1

Çizelge 3.4'e baktığımızda Araştırmaya katılan birim sorumlularının %80,1'i "Kalite standartlarının" yükseldiğini belirtirken %58,6'sı "*kalite eğitiminin"* yeterli olduğunu savunmaktadır. Araştırmada %58,3'ü "*kaliteli sağlık hizmetinde gelinen nokta* korunabilecektir" görüşünü bildirmiştir. Araştırmada %62,1'i "*HKS kaliteli hizmet sunumunu ölçebilen gerekli bir değerlendirme aracı"* olduğunu düşünmektedir. Araştırmada %67,7'si "*kalite standartlarının* hastane türü ve özelliklerine göre değişiklik gösterdiğini" savunmuştur. %54,3'ü *"Kalite çalışmaları ihtiyaç ve beklentileri karşılayacak düzede"* olduğunu belirtmiştir. %54,8'i *"Sağlık kurumlarının HKS'yi karşılayabildiğini"* savunmuştur. %58'i *"Değişim sürecinde iş ortamında kargaşa belirsizlikler hakim olduğunu"* bildirmişlerdir. %64,2'si *"Hizmet sunum şartlarında olumlu yönde değişiklikler olduğunu"* savunmuşlardır. %58,6'sı *"Bir faaliyet oturmadan tekrar değişmesi sıklıkla olduğunu"* belirtmişlerdir. %58,6'sı *"Hizmet sunanların görüşlerinin sisteme yansıdığını"* belirtmişlerdir. %59,7'si "*hizmet alanların görüşleri sisteme yansıtılabilmektedir."* demişlerdir. %56,6'sı *"Hizmet sunanların kalite çalışmalarına yaklaşımları olumludur"* cevabını vermişlerdir. %63,5'i *"Hizmet alanların kalite çalışmalarına yaklaşımları olumludur"* cevabını vermişlerdir. %74,2'si *"Yöneticilerin kalite çalışmalarına yaklaşımlarının olumlu olduğunu"* belirtmişlerdir. %68,3'ü *"Yeni yapılamada kalite çalışmalarını sağlık bakanlığı organize etmelidir"* görüşünde bulunmuşlardır. %82,8'i "*Her kurumun bünyesinde kalite çalışmalarını organize eden bir alt birimin olması gerektiğini"* düşünmektedirler. %51,7'si "*Yeni yapılanmada liyakatli kişilerin görevlendirilmesi için düzenleme yapıldığını"* savunmaktadır. % 41,8'i *"Yeni yapılanma için hazırlıkların yeterli düzeyde olduğunu"* belirtmişlerdir. %43'ü *"Yeni yapılanmanın gerekliği herkes tarafından anlaşılmakta"* olduğunu belirtmiştir. %43'ü *"Yeni sistemden etkilenecek kişilerin görüşlerine yer verilmiştir."* görüşünü belirtmişlerdir. %47,3'ü *"Ortaya çıkan aksaklıkların etkin bir şekilde yönetilebildiğini"* savunmuşlardır. %44,9'u "*Değişim sosyal, kültürel vb. çeşitli boyutlarda ele alındığını"* belirtmiştir. %58'i *"Sürecin geliştirilmesi için eksikliklerin tespiti ve iyileştirme çalışmaları yapıldığını"* belirtmiştir. %55,9'u *"Öz değerlendirme ve merkezi değerlendirme sonuçlarının örtüştüğünü"* belirtmektedir. %61,8'i *"Kalite biriminin ihtiyaç duyduğu gereksinimlerin sağlandığını"* belirtmişlerdir.

3.2. Hastane Birim Sorumlularının Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği ve İndikatör Yönetimi Ölçeğinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Değerlendiren Bulgular

Araştırmada kullanılan envanterin ikinci bölümünde "Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği ve İndikatör Yönetimi Ölçeği"nin arasındaki ilişki incelenmiş ve araştırma kapsamındaki birim sorumlularının sosyo-demografik verileri ile ölçek boyutlarına ilişkin tutumları analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Çizelge 3.5 Ulusal kalite sistemi ile indikatör yönetimi ölçeği arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi.

	N	**Ort**	**SS**	**r**	**p**
İndikatör yönetimi	186	3,7472	,60687	0,810	0,000
Ulusal kalite yapılanması	186	3,6003	,54819		

P<0,05

Çizelge 3.5'de görüldüğü üzere *Ulusal Kalite Sitemi* Ölçeği ile *İndikatör Yönetimi ölçeği* arasında arasında korelasyon analizi yapılmış ve ilişki olduğu gözlenmiştir (r=0,810). Yani ulusal kalite sisteminin iyi olması indikatör yönetimin de iyi olduğu göstermektedir. Ulusal kalite sisteminin kötü olması indikatör yönetiminde kötü olduğunu göstermektedir. Bu nedenle **Hipotez 1** reddetilmiştir.

Çizelge 3.6 Araştırmaya katılan birim sorumlularının yaşı ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Yeniden yapılanma süreci	Gruplar Arası	1,050	2	,525	1,124	,327
	Gruplar İçi	85,503	183	,467		
	Toplam	86,554	185			
Kaliteli hizmet sunumu	Gruplar Arası	,392	2	,196	,492	,612
	Gruplar İçi	72,840	183	,398		
	Toplam	73,232	185			
Sistemin objektifliği	Gruplar Arası	,045	2	,023	,050	,951
	Gruplar İçi	82,327	183	,450		
	Toplam	82,373	185			
		Yaş	**N**	**Ort**	**SS**	
Yeniden yapılanma süreci		20-29	48	3,5354	,71741	
		30-39	72	3,3444	,66796	
		40-üstü	66	3,4227	,67523	
		Toplam	186	3,4215	,68400	
Kaliteli hizmet sunumu		20-29	48	3,8006	,66468	
		30-39	72	3,6845	,65485	
		40-üstü	66	3,7403	,57685	
		Toplam	186	3,7343	,62916	
Sistemin objektifliği		20-29	48	3,6510	,68171	
		30-39	72	3,6493	,68261	
		40-üstü	66	3,6174	,64929	
		Toplam	186	3,6384	,66728	

Çizelge 3.6 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının yaşı ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Uygulama sürecindeki sorunlar	Gruplar Arası	3,036	2	1,518	2,212	,112
	Gruplar İçi	125,605	183	,686		
	Toplam	128,641	185			
HKS uygulama faktörü	Gruplar Arası	2,816	2	1,408	2,404	,093
	Gruplar İçi	107,200	183	,586		
	Toplam	110,016	185			
Kurum faktörü	Gruplar Arası	,274	2	,137	,160	,852
	Gruplar İçi	156,785	183	,857		
	Toplam	157,059	185			
		Yaş	**N**	**Ort**	**SS**	
Uygulama sürecindeki sorunlar		20-29	48	3,6979	,79050	
		30-39	72	3,5486	,77441	
		40-üstü	66	3,3712	,90855	
		Toplam	186	3,5242	,83388	
HKS uygulama faktörü		20-29	48	3,9583	,77070	
		30-39	72	3,6458	,78470	
		40-üstü	66	3,7803	,73969	
		Toplam	186	3,7742	,77116	
Kurum faktörü		20-29	48	4,0417	,79783	
		30-39	72	4,1389	,98303	
		40-üstü	66	4,1061	,94672	
		Toplam	186	4,1022	,92139	

Çizelge 3.6 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının yaşı ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası	,554	2	,277	,921	,400
	Gruplar İçi	55,041	183	,301		
	Toplam	55,595	185			
		Yaş	**N**	**Ort**	**SS**	
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama		20-29	48	3,6891	,58118	
		30-39	72	3,5524	,55692	
		40-üstü	66	3,5880	,51357	
		Toplam	186	3,6003	,54819	

Çizelge 3.6'da görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının y*aşları ile "Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği"* ortalamaları arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için *tek yönlü varyans analizi* yapılmış olup birim sorumlularının *yaşı ile Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir (p>0,05). Bu nedenle **Hipotez 2** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.7 Araştırmaya katılan birim sorumlularının yaşı ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü tek yönlü varyans analizi.

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Ölçme ve değerlendirme	Gruplar Arası	,307	2	,154	,401	,670
	Gruplar İçi	70,165	183	,383		
	Toplam	70,473	185			
Verimlilik	Gruplar Arası	,010	2	,005	,008	,992
	Gruplar İçi	103,896	183	,568		
	Toplam	103,906	185			
Güvenlik	Gruplar Arası	,140	2	,070	,125	,883
	Gruplar İçi	102,652	183	,561		
	Toplam	102,792	185			
		Yaş	**N**	**Ort**	**SS**	
Ölçme ve değerlendirme		20-29	48	3,5404	,69051	
		30-39	72	3,4974	,62864	
		40-üstü	66	3,5919	,55048	
		Toplam	186	3,5420	,61720	
Verimlilik		20-29	48	3,6979	,89168	
		30-39	72	3,7049	,74627	
		40-üstü	66	3,7159	,64433	
		Toplam	186	3,7070	,74944	
Güvenlik		20-29	48	3,8000	,81789	
		30-39	72	3,7611	,76445	
		40-üstü	66	3,8242	,67620	
		Toplam	186	3,7935	,74541	

Çizelge 3.7 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının yaşı ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Yarar	Gruplar Arası	,414	2	,207	,389	,679
	Gruplar İçi	97,452	183	,533		
	Toplam	97,866	185			
Personel uyumu	Gruplar Arası	,843	2	,421	,768	,466
	Gruplar İçi	100,438	183	,549		
	Toplam	101,281	185			
Bildirim kültürü	Gruplar Arası	2,187	2	1,093	2,288	,104
	Gruplar İçi	87,431	183	,478		
	Toplam	89,618	185			
		Yaş	**N**	**Ort**	**SS**	
Yarar		20-29	48	3,8417	,75169	
		30-39	72	3,8222	,76733	
		40-üstü	66	3,9273	,66899	
		Toplam	186	3,8645	,72733	
Personel uyumu		20-29	48	3,8646	,76311	
		30-39	72	3,8264	,80561	
		40-üstü	66	3,7045	,64437	
		Toplam	186	3,7930	,73991	
Bildirim kültürü		20-29	48	3,6292	,75286	
		30-39	72	3,5472	,69363	
		40-üstü	66	3,3636	,64010	
		Toplam	186	3,5032	,69600	

Çizelge 3.7 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının yaşı ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi .

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası	,059	2	,029	,079	,924
	Gruplar İçi	68,076	183	,372		
	Toplam	68,135	185			
		Yaş	**N**	**Ort**	**SS**	
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama		20-29	48	3,7635	,67459	
		30-39	72	3,7248	,62200	
		40-üstü	66	3,7596	,54376	
		Toplam	186	3,7472	,60687	

Çizelge 3.7'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *yaşları ile "İndikatör Yönetimi Ölçeği*" boyutları ortalamaları arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için *tek yönlü varyans analizi* yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının yaşı ile indikatör yönetiminin; ölçme ve değerlendirme, verimlilik, güvelik, yarar personel uyumu ve bildirim kültürü boyutu ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmaya katılan birim sorumlularının *yaşı ile İndikatör Yönetimi Ölçeği*'nin boyutları ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Bu nedenle **Hipotez 3** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.8 Araştırmaya katılan birim sorumlularının cinsiyeti ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği ve indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi analizi.

Ulusal kalite yapılanması ölçeği	**Cinsiyet**	**N**	**Ort**	**SS.**	**t**	**p**
Yeni yapılanma süreci	Erkek	92	3,4011	,73641	0,402	0,688
	Kadın	94	3,4415	,63184		
Kaliteli hizmet sunumu	Erkek	92	3,7453	,65168	0,237	0,813
	Kadın	94	3,7234	,60963		
Sistemin objektifliği	Erkek	92	3,6467	,65271	0,167	0,867
	Kadın	94	3,6303	,68463		
Uygulama sürecindeki sorunlar	Erkek	92	3,5163	,89704	-0,127	0,899
	Kadın	94	3,5319	,77184		
HKS uygulama faktörü	Erkek	92	3,7826	,80964	-0,147	0,883
	Kadın	94	3,7660	,73581		
Kurum faktörü	Erkek	92	4,0217	1,01611	-1,179	0,240
	Kadın	94	4,1809	,81601		
Genel toplam ortalama	Erkek	92	3,5936	,56740	-0,153	0,871
	Kadın	94	3,6068	,53169		
İndikatör yönetimi ölçeği	**Cinsiyet**	**N**	**Ort**	**SS.**	**t**	**p**
Ölçme değerlendirme	Erkek	92	3,5109	,69174	-0,680	0,498
	Kadın	94	3,5725	,53634		
Verimlilik	Erkek	92	3,6386	,74804	-1,233	0,219
	Kadın	94	3,7739	,74872		
Güvenlik	Erkek	92	3,7696	,81682	-0,433	0,665
	Kadın	94	3,8170	,67180		
Yarar	Erkek	92	3,9022	,82141	0,696	0,488
	Kadın	94	3,8277	,62397		
Personel uyumu	Erkek	92	3,7935	,80912	0,009	0,993
	Kadın	94	3,7926	,66966		
Bildirim kültürü	Erkek	92	3,4935	,77059	-0,188	0,851
	Kadın	94	3,5128	,61840		
Genel toplam ortalama	Erkek	92	3,7256	,67268	-0,478	0,633
	Kadın	94	3,7683	,53755		

Çizelge 3.8'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *cinsiyetleri ile "Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği ve İndikatör Yönetimi Ölçeği"* ortalamaları arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için *bağımsız gruplarda t* testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumluların cinsiyeti ile kalite sistemindeki; yeniden yapılanma süreci, kaliteli hizmet sunumu, sistemin objektifliği, uygulama sürecindeki sorunlar, HKS uygulama faktörü ve kurum faktörü ortalaması arasında fark olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Bu bağlamda araştırma kapsamındaki birim sorumlularının *cinsiyeti ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı

bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir (p>0,05). Bu nedenle **Hipotez 4** kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının cinsiyeti ile indikatör yönetiminin; ölçme ve değerlendirme, verimlilik, güvelik, yarar personel uyumu ve bildirim kültürü boyutu ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiş olup araştırmaya katılan birim sorumlularının *cinsiyeti ile indikatör yönetiminin genel ortalamasına* arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir (p>0,05). Bu nedenle **Hipotez 5** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.9 Araştırmaya katılan birim sorumlularının öğrenim durumu ile ulusal kalite yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Yeniden yapılanma süreci	Gruplar Arası	2,389	3	,796	1,72	,164
	Gruplar İçi	84,165	182	,462		
	Toplam	86,554	185			
Kaliteli hizmet sunumu	Gruplar Arası	2,883	3	,961	2,48	,062
	Gruplar İçi	70,349	182	,387		
	Toplam	73,232	185			
Sistemin objektifliği	Gruplar Arası	4,621	3	1,540	3,60	,015
	Gruplar İçi	77,752	182	,427		Scheffe test sonuçlarına göre;
	Toplam	82,373	185			Yükseklisan- lise grupları arasında fark bulunmuştur ($p<0.05$).
		Öğrenim Durumu	**N**	**Ort**		**SS**
Yeniden yapılanma süreci		Lise	20	3,2800		,43601
		Yüksekokul	58	3,3793		,65848
		Fakülte	84	3,4048		,72276
		Yl +Dr	24	3,7000		,73662
		Toplam	186	3,4215		,68400
Kaliteli hizmet sunumu		Lise	20	3,7714		,51903
		Yüksekokul	58	3,5936		,67209
		Fakülte	84	3,7466		,63631
		Yl +Dr	24	4,0000		,50552
		Toplam	186	3,7343		,62916
Sistemin objektifliği		Lise	20	3,3875		,63076
		Yüksekokul	58	3,5345		,70625
		Fakülte	84	3,6756		,61456
		Yl +Dr	24	3,9688		,67289
		Toplam	186	3,6384		,66728

Çizelge 3.9 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının öğrenim durumu ile ulusal kalite yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Uygulama sürecindeki sorunlar	Gruplar Arası	,703	3	,234	,333	,801
	Gruplar İçi	127,938	182	,703		
	Toplam	128,641	185			
HKS uygulama faktörü	Gruplar Arası	1,202	3	,401	,670	,571
	Gruplar İçi	108,814	182	,598		
	Toplam	110,016	185			
Kurum faktörü	Gruplar Arası	2,667	3	,889	1,048	,373
	Gruplar İçi	154,393	182	,848		
	Toplam	157,059	185			
		Öğrenim Durumu	**N**	**Ort**	**SS**	
Uygulama sürecindeki sorunlar		Lise	20	3,3750	,80908	
		Yüksekokul	58	3,5172	,82699	
		Fakülte	84	3,5357	,86702	
		Yl +Dr	24	3,6250	,78366	
		Toplam	186	3,5242	,83388	
HKS uygulama faktörü		Lise	20	3,8250	,67424	
		Yüksekokul	58	3,6552	,89935	
		Fakülte	84	3,8333	,70853	
		Yl +Dr	24	3,8125	,73444	
		Toplam	186	3,7742	,77116	
Kurum faktörü		Lise	20	3,8000	1,10501	
		Yüksekokul	58	4,1724	,81945	
		Fakülte	84	4,0833	,95952	
		Yl +Dr	24	4,2500	,84699	
		Toplam	186	4,1022	,92139	

Çizelge 3.9 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının öğrenim durumu ile ulusal kalite yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası	2,009	3	,670	2,274	,082
	Gruplar İçi	53,586	182	,294		
	Toplam	55,595	185			
		Öğrenim Durumu	**N**	**Ort**	**SS**	
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama		Lise	20	3,4981	,38431	
		Yüksekokul	58	3,5232	,56356	
		Fakülte	84	3,6076	,55780	
		Yl +Dr	24	3,8462	,54582	
		Toplam	186	3,6003	,54819	

Çizelge 3.9'da görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *öğrenim durumu ile* "*Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği"* ortalaması arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumluların öğrenim durumu ile kalite sistemindeki; yeniden yapılanma süreci, kaliteli hizmet sunumu, uygulama sürecindeki sorunlar, HKS uygulama faktörü ve kurum faktörü ortalaması arasında fark olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Araştırma kapsamında birim sorumlularının öğrenim durumu ile *ulusal kalite sisteminin* objektifliği ortalaması arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını tespit edebilmek için, değişkenlerin homojenliği sağladığı durumda uygulanan *Scheffe testi* uygulanmıştır. Bu testin sonucuna göre yüksek lisans ve doktora mezunlarının lise mezunlarına göre *ulusal kalite sistemi* yapılanmasının daha *objektif olduğunu* belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının, *öğrenim durumu ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında, anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Bu nedenle **hipotez 6** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.10 Araştırmaya katılan birim sorumlularının öğrenim durumu ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Ölçme ve değerlendirme	Gruplar Arası	1,612	3	,537	1,420	,238
	Gruplar İçi	68,860	182	,378		
	Toplam	70,473	185			
Verimlilik	Gruplar Arası	1,764	3	,588	1,047	,373
	Gruplar İçi	102,142	182	,561		
	Toplam	103,906	185			
Güvenlik	Gruplar Arası	1,309	3	,436	,782	,505
	Gruplar İçi	101,483	182	,558		
	Toplam	102,792	185			
		Öğrenim durum	**N**	**Ort**	**SS**	
Ölçme ve değerlendirme		Lise	20	3,4188	,64383	
		Yüksekokul	58	3,4763	,65747	
		Fakülte	84	3,5573	,59374	
		Yl +Dr	24	3,7500	,55505	
		Total	186	3,5420	,61720	
Verimlilik		Lise	20	3,4750	,76906	
		Yüksekokul	58	3,7198	,70412	
		Fakülte	84	3,7054	,75167	
		Yl +Dr	24	3,8750	,82752	
		Total	186	3,7070	,74944	
Güvenlik		Lise	20	3,6300	,69970	
		Yüksekokul	58	3,7414	,74175	
		Fakülte	84	3,8262	,75588	
		Yl +Dr	24	3,9417	,76324	
		Total	186	3,7935	,74541	

Çizelge 3.10 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının öğrenim durumu ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Yarar	Gruplar Arası	1,591	3	,530	1,002	,393
	Gruplar İçi	96,275	182	,529		
	Toplam	97,866	185			
Personel uyumu	Gruplar Arası	1,327	3	,442	,805	,492
	Gruplar İçi	99,954	182	,549		
	Toplam	101,281	185			
Bildirim_kültürü	Gruplar Arası	,631	3	,210	,430	,731
	Gruplar İçi	88,987	182	,489		
	Toplam	89,618	185			
		Öğrenim durumu	**N**	**Ort**	**SS**	
Yarar		Lise	20	3,7100	,46555	
		Yüksekokul	58	3,7966	,82886	
		Fakülte	84	3,8976	,71776	
		Yl +Dr	24	4,0417	,66719	
		Total	186	3,8645	,72733	
Personel uyumu		Lise	20	3,6000	,61985	
		Yüksekokul	58	3,7672	,75053	
		Fakülte	84	3,8155	,75562	
		Yl +Dr	24	3,9375	,75631	
		Total	186	3,7930	,73991	
Bildirim kültürü		Lise	20	3,4800	,55593	
		Yüksekokul	58	3,4621	,71985	
		Fakülte	84	3,4952	,69523	
		Yl +Dr	24	3,6500	,76500	
		Total	186	3,5032	,69600	

Çizelge 3.10 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının öğrenim durumu ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi

	Varyans Analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası	1,419	3	,473	1,291	,279
	Gruplar İçi	66,715	182	,367		
	Toplam	68,135	185			
		Öğrenim durumu	**N**	**Ort**	**SS**	
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama		Lise	20	3,6041	,52957	
		Yüksekokul	58	3,6957	,65297	
		Fakülte	84	3,7635	,58581	
		Yl +Dr	24	3,9336	,61150	
		Total	186	3,7472	,60687	

Çizelge 3.10'da görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının ö*ğrenim durumu ile "İndikatör Yönetimi Ölçeği"* boyutları ortalamaları arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının öğrenim durumu ile indikatör yönetiminin; ölçme ve değerlendirme, verimliği, güvelik, yarar, personel uyumu, birim kültürü, ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiş (p>0,05) olup *öğrenim durumu ile indikatör yönetiminin* genel ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir (p>0,05). Bu nedenle **hipotez 7** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.11 Araştırmaya katılan birim sorumlularının cinsiyeti ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği ve indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında t testi analizi

Ulusal kalite yapılanması ölçeği	**Medeni durum**	**N**	**Ort**	**SS.**	**t**	**p**
Yeni yapılanma süreci	Evli Bekâr	133 53	3,3669 3,5585	,71369 ,58718	-1,734	0,085
Kaliteli hizmet sunumu	Evli Bekâr	133 53	3,7175 3,7763	,61983 ,65616	-0,574	0,567
Sistemin objektifliği	Evli Bekâr	133 53	3,6034 3,7264	,70182 ,56811	-1,243	0,216
Uygulama sürecindeki sorunlar	Evli Bekâr	133 53	3,4549 3,6981	,84266 ,79263	-1,807	0,072
HKS uygulama faktörü	Evli Bekâr	133 53	3,7331 3,8774	,78226 ,73971	-1,153	0,25
Kurum faktörü	Evli Bekâr	133 53	4,0827 4,1509	,96173 ,81798	-0,455	0,65
Genel toplam ortalama	Evli Bekâr	133 53	3,5602 3,7010	,56112 ,50541	-1,588	0,114
İndikatör yönetimi ölçeği	**Medenidurum**	**N**	**Ort**	**SS.**	**t**	**p**
Ölçme değerlendirme	Evli Bekâr	133 53	3,5244 3,5861	,59157 ,68127	-0,614	0,54
Verimlilik	Evli Bekâr	133 53	3,6955 3,7358	,70666 ,85403	-0,331	0,741
Güvenlik	Evli Bekâr	133 53	3,7774 3,8340	,71123 ,83088	-0,466	0,642
Yarar	Evli Bekâr	133 53	3,8782 3,8302	,71259 ,76901	0,405	0,686
Personel uyumu	Evli Bekâr	133 53	3,7744 3,8396	,69486 ,84792	-0,541	0,589
Bildirim kültürü	Evli Bekâr	133 53	3,4481 3,6415	,65743 ,77396	-1,72	0,087
Genel toplam ortalama	Evli Bekâr	133 53	3,7301 3,7899	,57392 ,68670	-0,605	0,546

Çizelge 3.11'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *medeni durum ile "Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması ve İndikatör Yönetimi"* arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için *bağımsız gruplarda t testi* analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumluların medeni durum ile ulusal kalite sistemi; yeniden yapılanma süreci, kaliteli hizmet sunumu, sisteminin objektifliği, uygulama sürecindeki sorunların, HKS uygulama faktörü ve kurum faktörü ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Bu bağlamda birim

sorumluların *medeni durumu ile ulusal kalite sistemi ortalaması* arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0,05). Bu nedenle **hipotez 8** kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının medeni durum ile indikatör yönetiminin; ölçme ve değerlendirme, verimliği, güvelik, yarar, personel uyumu, bildirim kültürü boyutarı ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0,05). Birim sorumlularının *medeni durum ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle **hipotez 9** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.12 Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile ulusal kalite yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Yeniden yapılanma süreci	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	2,191 84,363 86,554	6 179 185	,365 ,471	,775	,591
Kaliteli hizmet sunumu	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	,811 72,421 73,232	6 179 185	,135 ,405	,334	,918
Sistemin objektifliği	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	1,828 80,544 82,373	6 179 185	,305 ,450	,677	,668
	Kalite ile ilgili görev		**N**	**Ort**	**SS**	
Yeniden yapılanma süreci	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam		14 14 13 17 15 30 83 186	3,1143 3,4429 3,5000 3,3941 3,6267 3,3667 3,4458 3,4215	,50817 ,59448 ,62583 ,75620 ,44315 ,64398 ,76338 ,68400	
Kaliteli hizmet sunumu	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam		14 14 13 17 15 30 83 186	3,6122 3,7347 3,8022 3,8319 3,8762 3,7048 3,7091 3,7343	,60978 ,83836 ,38482 ,70573 ,33226 ,53047 ,68963 ,62916	
Sistemin objektifliği	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam		14 14 13 17 15 30 83 186	3,6786 3,6250 3,8846 3,5294 3,6833 3,4833 3,6657 3,6384	,49447 ,64859 ,53634 ,96373 ,49522 ,73383 ,64896 ,66728	

Çizelge 3.12 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile ulusal kalite yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Uygulama sürecindeki sorunlar	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	7,929 120,713 128,641	6 179 185	1,321 ,674	1,959	,074
HKS uygulama faktörü	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	7,727 102,289 110,016	6 179 185	1,288 ,571	2,254	,040 Scheffe test sonuçlarına göre: Kalite yönetim direktörü-yönetici grupları arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
Kurum faktörü	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	7,591 149,468 157,059	6 179 185	1,265 ,835	1,515	,176
	Kalite ile ilgili görev			**N**	**Ort**	**SS**
Uygulama sürecindeki sorunlar	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,2500 3,1786 3,7308 3,7353 3,5667 3,2333 3,6506 3,5242	,77831 ,97285 ,90405 ,84996 ,72866 ,66609 ,84729 ,83388
HKS uygulama faktörü	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,4643 3,4643 4,2692 4,0000 4,0000 3,7333 3,7289 3,7742	,71962 ,98964 ,48371 ,75000 ,46291 ,66609 ,82010 ,77116
Kurum faktörü	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	4,1429 4,0714 4,6154 4,3529 4,0667 4,2333 3,9277 4,1022	1,16732 1,07161 ,65044 ,86177 ,79881 ,72793 ,95997 ,92139

Çizelge 3.12 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile ulusal kalite yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	1,361 54,234 55,595	6 179 185	,227 ,303	,749	,611
	Kalite ile ilgili görev			**N**	**Ort**	**SS**
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,4121 3,5549 3,7604 3,6425 3,7436 3,5269 3,6066 3,6003	,39897 ,60300 ,42166 ,64599 ,28806 ,49925 ,60725 ,54819

Çizelge 3.12'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *kalite ile ilgili görevi* ile "*Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği"* ortalaması arasında farkın olup olmadığı incelemek için *tek yönlü varyans analizi* yapılmıştır.

Araştırma kapsamındaki birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile ulusal kalite sistemi; yeniden yapılanma süreci, kaliteli hizmet sunumu, sisteminin objektifliği, uygulama sürecindeki sorunlar ve kurum faktörü boyutu ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiş ($p>0,05$) olup, *ulusal kalite sistemi yapılanması ile kalite ilgili görev yap*ma arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu nedenle **hipotez 10** kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan birim sorumluların *kalite ile ilgili görev yeri ile HKS uygulama faktörü* ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,005$). Farkın hangi değişkenlerden kaynaklandıını bulmak için *Scheffe testi* yapılmış olup kalite yönetim direktörü ile yöneticiler arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,005$).

Çizelge 3.13 Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
Ölçme ve değerlendirme	Gruplar arası Gruplar içi Toplam	1,649 68,823 70,473	6 179 185	,275 ,384	,715	,638
Verimlilik	Gruplar arası Gruplar içi Toplam	1,863 102,043 103,906	6 179 185	,310 ,570	,545	,774
Güvenlik	Gruplar arası Gruplar içi Toplam	,933 101,859 102,792	6 179 185	,156 ,569	,273	,949
	Kalite ile ilgili görev			**N**	**Ort**	**SS**
Ölçme ve değerlendirme	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,4196 3,4286 3,6923 3,7353 3,6125 3,5813 3,4917 3,5420	,61454 ,83955 ,39894 ,44279 ,30999 ,50965 ,70561 ,61720
Verimlilik	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,5357 3,6786 3,7885 3,9118 3,8333 3,7583 3,6446 3,7070	,80178 ,77477 ,80910 ,67280 ,52327 ,62451 ,82373 ,74944
Güvenlik	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,6571 3,7571 3,8000 3,8353 3,8667 3,9133 3,7566 3,7935	,76230 1,0082 ,70238 ,62943 ,47610 ,73284 ,78152 ,74541

Çizelge 3.13 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Karele r Ort.**	**F**	**p**
Yarar	Gruplar arası Gruplar içi Toplam	1,680 96,185 97,866	6 179 185	,280 ,537	,521	,792
Personel uyumu	Gruplar arası Gruplar içi Toplam	3,109 98,172 101,281	6 179 185	,518 ,548	,945	,464
Bildirim kültürü	Gruplar arası Gruplar içi Toplam	1,212 88,406 89,618	6 179 185	,202 ,494	,409	,872
	Kalite ile ilgili görev			**N**	**Ort**	**SS**
Yarar	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,6714 3,8000 4,0923 3,9412 3,9600 3,9067 3,8241 3,8645	,70430 ,97980 ,38829 ,66244 ,52481 ,62969 ,80450 ,72733
Personel uyumu	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,7143 3,8571 4,0769 3,9412 3,8000 3,5667 3,8012 3,7930	,82542 ,92878 ,34437 ,68196 ,56061 ,66609 ,79610 ,73991
Bildirim kültürü	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,4000 3,4143 3,5538 3,5529 3,6000 3,3667 3,5494 3,5032	,62265 ,80561 ,75786 ,56360 ,55549 ,57556 ,77324 ,69600

Çizelge 3.13 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Toplamı**	**sd**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama	Gruplar arası Gruplar içi Toplam	1,128 67,007 68,135	6 179 185	,188 ,374	,502	,806
	Kalite ile ilgili görev			**N**	**Ort**	**SS**
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama	Yönetici Koordinatörlük Çalışanı Kalite Yönetim Direktörü Kalite Birim Çalışanı Komite Üyesi Kalite Birim Sorumlusu Diğer Toplam			14 14 13 17 15 30 83 186	3,6081 3,6718 3,8753 3,8935 3,8288 3,7613 3,7134 3,7472	,58610 ,84799 ,42441 ,46973 ,35219 ,50439 ,68420 ,60687

Çizelge 3.13'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *kalite ile ilgili görevi ile "İndikatör Yönetimi Ölçeği'nin*" boyutları ortalamaları arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için *tek yönlü varyans analizi* yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite ile ilgili görevi ile indikatör yönetiminin; ölçme ve değerlendirme, verimlik, güvelik, yarar, personel uyumu ve birim kültürü boyutları ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiş ($p>0,05$) olup birim sorumluların *kalite ile ilgili görevleri* ile *indikatör yönetimi* arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu nedenle **hipotez 11** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.14 Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite eğitimi alma durumu ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği ve indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında t testi analizi.

lusal kalite yapılanması ölçeği	**Kalite eğitimi al.**	**N**	**Ort**	**SS.**	**t**	**p**
Yeni yapılanma süreci	Evet Hayır	108 78	3,3991 3,4526	,65503 ,72537	-0,525	0,600
Kaliteli hizmet sunumu	Evet Hayır	108 78	3,7579 3,7015	,63000 ,63060	0,603	0,547
Sistemin objektifliği	Evet Hayır	108 78	3,6759 3,5865	,60301 ,74819	0,901	0,369
Uygulama sürecindeki sorunlar	Evet Hayır	108 78	3,4120 3,6795	,78487 ,87895	-2,180	0,031
HKS uygulama faktörü	Evet Hayır	108 78	3,7917 3,7500	,77978 ,76341	0,363	0,717
Kurum faktörü	Evet Hayır	108 78	4,1389 4,0513	,91159 ,93832	0,639	0,524
Genel toplam ortalama	Evet Hayır	108 78	3,5979 3,6036	,50716 ,60380	-0,69	0,945
İndikatör yönetimi ölçeği	**Kalite eğitimi al.**	**N**	**Ort**	**SS.**	**t**	**p**
Ölçme değerlendirme	Evet Hayır	108 78	3,5631 3,5128	,60490 ,63661	0,547	0,585
Verimlilik	Evet Hayır	108 78	3,7384 3,6635	,73178 ,77588	0,672	0,502
Güvenlik	Evet Hayır	108 78	3,7722 3,8231	,78035 ,69803	-0,458	0,647
Yarar	Evet Hayır	108 78	3,8889 3,8308	,73692 ,71719	,537	,592
Personel uyumu	Evet Hayır	108 78	3,7639 3,8333	,74714 ,73266	-,631	,529
Bildirim kültürü	Evet Hayır	108 78	3,4722 3,5462	,67669 ,72411	-,714	,476
Genel toplam ortalama	Evet Hayır	108 78	3,7560 3,7349	,60258 ,61647	0,223	0,816

Çizelge 3.14'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *kalite eğitimi alma durumu ile "Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması ve İndikatör Yönetimi" ortalamaları* arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için *bağımsız gruplarda t testi* yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumluların kalite eğitimi alma durumu ile ulusal kalite sistemi; yeniden yapılanma süreci, sisteminin objektifliği, HKS uygulama faktörü ve kurum faktörü ortalaması arasında fark olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Fakat *kalite eğitimi alma durumu* ile *uygulama*

sürecindeki sorunların ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmış ($p<0,05$) olup kalite eğitimi alanların ortalaması kalite eğitimi almayanların ortalamasından daha düşük çıktığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite eğitimi alma durumu* ile *ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle **hipotez 12** kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite eğitimi alma durumu ile indikatör yönetiminin; verimlilik, ölçme ve değerlendirme, güvenlik, yarar, personel uyumu ve bildirim kültürü boyutları ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiş ($p>0,05$) olup *kalite eğitimi alma durumu* ile *indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu nedenle **hipotez 13** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.15 Araştırmaya katılan birim sorumlularının çalışma yılı ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutları ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Karele r Ort**	**F**	**p**
Yeniden yapılanma süreci	Gruplar Arası	2,850	2	1,425	3,116	,047 Scheffe test sonuçlarına göre: 1-4 yıl – 11 yıl üstü çalışan gruplar arasında fark vardır (p<0,05).
	Gruplar İçi	83,704	183	,457		
	Toplam	86,554	185			
Kaliteli hizmet sunumu	Gruplar Arası	1,216	2	,608	1,545	,216
	Gruplar İçi	72,016	183	,394		
	Toplam	73,232	185			
Sistemin objektifliği	Gruplar Arası	1,247	2	,624	1,407	,248
	Gruplar İçi	81,126	183	,443		
	Toplam	82,373	185			
		Çalışma yılı	**N**	**Ort**	**SS**	
Yeni yapılanma süreci		1-4	97	3,5155	,70079	
		5-10	60	3,3950	,66827	
		11-üstü	29	3,1621	,60381	
		Toplam	186	3,4215	,68400	
Kaliteli hizmet sunumu		1-4	97	3,7747	,64873	
		5-10	60	3,7595	,62547	
		11-üstü	29	3,5468	,55206	
		Toplam	186	3,7343	,62916	
Sistemin objektifliği		1-4	97	3,6778	,66923	
		5-10	60	3,6667	,72437	
		11-üstü	29	3,4483	,50612	
		Toplam	186	3,6384	,66728	

Çizelge 3.15 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının çalışma yılı ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutları ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
Uygulama sürecindeki sorunlar	Gruplar Arası	3,198	2	1,599	2,333	,100
	Gruplar İçi	125,443	183	,685		
	Toplam	128,641	185			
HKS uygulama faktörü	Gruplar Arası	1,705	2	,853	1,440	,239
	Gruplar İçi	108,311	183	,592		
	Toplam	110,016	185			
Kurum faktörü	Gruplar Arası	,691	2	,346	,404	,668
	Gruplar İçi	156,368	183	,854		
	Toplam	157,059	185			
		Çalışma yılı	**N**	**Ort**	**SS**	
Uygulama sürecindeki sorunlar		1-4	97	3,6186	,87134	
		5-10	60	3,5083	,82077	
		11-üstü	29	3,2414	,67640	
		Toplam	186	3,5242	,83388	
HKS uygulama faktörü		1-4	97	3,8196	,76440	
		5-10	60	3,8083	,77619	
		11-üstü	29	3,5517	,77165	
		Toplam	186	3,7742	,77116	
Kurum faktörü		1-4	97	4,1134	,88831	
		5-10	60	4,1500	,97120	
		11-üstü	29	3,9655	,94426	
		Toplam	186	4,1022	,92139	

Çizelge 3.15 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının çalışma yılı ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası	1,852	2	,926	3,153	,045 Scheffe test sonuçlarına göre: 1-4 yıl - 11 yıl üstü çalışan gruplar arasında fark vardır (p<0,05)
	Gruplar İçi	53,743	183	,294		
	Toplam	55,595	185			
		Çalışma yılı	**N**	**Ort**	**SS**	
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama		1-4	97	3,6646	,55730	
		5-10	60	3,6045	,55561	
		11-üstü	29	3,3767	,45175	
		Toplam	186	3,6003	,54819	

Çizelge 3.15'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *birimde çalışma yılı* ile "*Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması Ölçeği*" ortalaması arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumluların birimde çalışma yılı ile ulusal kalite sistemi; kaliteli hizmet sunumu, sisteminin objektifliği, uygulama sürecindeki sorunlar, HKS uygulama faktörü, kurum faktörü ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktur (p>0,005). Ancak birimde çalışma yılı ile uygulama yeniden yapılama süreci ortalaması arasında fark tespit edilmiş olup farkın hangi değişkenler arasında olduğunu incelemek için *Scheffe testi* yapılmıştır. Yapılan test sonucunda 1-4 yıl çalışanlarla *11 yıl üstü çalışanlar* arasında fark tespit edilmiş olup *1-4 yıl arası çalışanların* yeniden yapılanma sürecini daha olumlu karşıladıkları tespit edilmiştir.

Genel olarak değerlendirdiğimizde ise, araştırmaya katılan birim sorumlularının birimde *çalışma yılı ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlemlenmiştir (p<0,05). Farkın hangi değişkenler arasında olduğunu tespit etmek için *Scheffe testi* yapılmış olup *11 yıl üstü çalışanların* ortalaması *1-4 yıl çalışanların* ortalamasından daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle **hipotez 14** reddetilmiştir.

Çizelge 3.16 Araştırmaya katılan birim sorumlularının çalışma yılı ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamalarının arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
Ölçme ve değerlendirme	Gruplar Arası	,689	2	,344	,903	,407
	Gruplar İçi	69,784	183	,381		
	Toplam	70,473	185			
Verimlilik	Gruplar Arası	1,244	2	,622	1,109	,332
	Gruplar İçi	102,662	183	,561		
	Toplam	103,906	185			
Güvenlik	Gruplar Arası	,212	2	,106	,189	,828
	Gruplar İçi	102,581	183	,561		
	Toplam	102,792	185			
		Çalışma yılı	**N**	**Ort**	**SS**	
Ölçme ve değerlendirme		1-4	97	3,5722	,65092	
		5-10	60	3,5615	,60917	
		11-üstü	29	3,4009	,50762	
		Toplam	186	3,5420	,61720	
Verimlilik		1-4	97	3,7474	,80079	
		5-10	60	3,7333	,71139	
		11-üstü	29	3,5172	,63362	
		Toplam	186	3,7070	,74944	
Güvenlik		1-4	97	3,8144	,76716	
		5-10	60	3,7967	,72392	
		11-üstü	29	3,7172	,73585	
		Toplam	186	3,7696	,7,5796	

Çizelge 3.16 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının çalışma yılı ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Karele r Ort**	**F**	**p**
Yarar	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	2,498 95,368 97,866	2 183 185	1,249 ,521	2,397	,094
Personel uyumu	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	4,899 96,381 101,281	2 183 185	2,450 ,527	4,651	,011 Scheffe test sonuçlarına göre: 1-4 yıl - 11 yıl üstü çalışan gruplar arasında fark vardır (p<0,05)
Bildirim kültürü	Gruplar Arası Gruplar İçi Toplam	5,294 84,324 89,618	2 183 185	2,647 ,461	5,744	,004 Scheffe test sonuçlarına göre: 1-4 yıl - 11 yıl üstü çalışan gruplar arasında fark vardır (p<0,05)
		Çalışma yılı	**N**	**Ort**	**SS**	
Yarar		1-4 5-10 11-üstü Toplam	97 60 29 186	3,9588 3,8233 3,6345 3,8645	,70589 ,77511 ,65698 ,72733	
Personel uyumu		1-4 5-10 11-üstü Toplam	97 60 29 186	3,9227 3,7417 3,4655 3,7930	,71203 ,77291 ,66723 ,73991	
Bildirim kültürü		1-4 5-10 11-üstü Toplam	97 60 29 186	3,6557 3,3933 3,2207 3,5761	,69746 ,66686 ,63773 ,65371	

Çizelge 3.16 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının çalışma yılı ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası	1,328	2	,664	1,819	,165
	Gruplar İçi	66,806	183	,365		
	Toplam	68,135	185			
		Çalışma yılı	**N**	**Ort**	**SS**	
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama		1-4	97	3,8072	,63109	
		5-10	60	3,7387	,59083	
		11-üstü	29	3,5638	,53373	
		Toplam	186	3,7472	,60687	

Çizelge 3.16'da görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *çalışma yılı ile "İndikatör Yönetimi Ölçeğinin"* boyutlarına ait ortalamalar arasında bir farkın olup olmadığını incelemek için *tek yönlü varyans analizi* yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının çalışma yılı ile indikatör yönetiminin; ölçme ve değerlendirme, verimlilik, güvenlik ve yarar boyutları ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiş ($p>0,5$) olup *çalışma yılı ile personel uyumu ve bildirim kültürü* ortalamaları arasında fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farkın hangi değişkenler arasında olduğunu tespit etmek için *Scheffe testi* yapılmış olup *11 yıl üstü çalışanların* ortalamasının *1-4 yıl çalışanların* ortalamasından daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Genel olarak bakıldığında araştırmaya katılan birim sorumlularının *çalışma yılı ile İndikatör Yönetiminin Ölçeği ortalaması* arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$). Bu nedenle **hipotez 15** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.17 Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite eğitimi alma yeri ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
Yeniden yapılanma süreci	Gruplar Arası	1,480	3	,493	1,056	,369
	Gruplar İçi	85,074	182	,467		
	Toplam	86,554	185			
Kaliteli hizmet sunumu	Gruplar Arası	1,050	3	,350	,883	,451
	Gruplar İçi	72,182	182	,397		
	Toplam	73,232	185			
Sistemin objektifliği	Gruplar Arası	,972	3	,324	,724	,539
	Gruplar İçi	81,401	182	,447		
	Toplam	82,373	185			
	Kalite eğitimi alma yeri		**N**	**Ort**	**SS**	
Yeni yapılanma süreci	Özel Eğitim		37	3,3054	,67038	
	Kongre-Sempozyum		46	3,5565	,62313	
	HKS Okulu		25	3,4600	,77352	
	Diğer		78	3,3846	,69377	
	Toplam		186	3,4215	,68400	
Kaliteli hizmet sunumu	Özel Eğitim		37	3,6448	,73279	
	Kongre-Sempozyum		46	3,8199	,54163	
	HKS Okulu		25	3,8400	,67047	
	Diğer		78	3,6923	,61222	
	Toplam		186	3,7343	,62916	
Sistemin objektifliği	Özel Eğitim		37	3,5405	,63332	
	Kongre-Sempozyum		46	3,7500	,61237	
	HKS Okulu		25	3,6500	,90427	
	Diğer		78	3,6154	,62897	
	Toplam		186	3,6384	,66728	

Çizelge 3.17 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite eğitimi alma yeri ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
Uygulama sürecindeki sorunlar	Gruplar Arası	2,336	3	,779	1,122	,342
	Gruplar İçi	126,306	182	,694		
	Toplam	128,641	185			
HKS uygulama faktörü	Gruplar Arası	,723	3	,241	,401	,752
	Gruplar İçi	109,293	182	,601		
	Toplam	110,016	185			
Kurum faktörü	Gruplar Arası	7,298	3	2,433	2,956	,034
	Gruplar İçi	149,761	182	,823		
	Toplam	157,059	185			Scheffe test sonuçlarına göre; tüm gruplar arasında fark tespit edilmiştir (p>0,05).
	Kalite eğitimi alma yeri		**N**	**Ort**	**SS**	
Uygulama sürecindeki sorunlar	Özel Eğitim		37	3,3378	,86646	
	Kongre-Sempozyum		46	3,6739	,77615	
	HKS Okulu		25	3,5000	,86603	
	Diğer		78	3,5321	,83875	
	Toplam		186	3,5242	,83388	
HKS uygulama faktörü	Özel Eğitim		37	3,6757	,70923	
	Kongre-Sempozyum		46	3,7500	,71297	
	HKS Okulu		25	3,8800	,75388	
	Diğer		78	3,8013	,84261	
	Toplam		186	3,7742	,77116	
Kurum faktörü	Özel Eğitim		37	3,9730	,98563	
	Kongre-Sempozyum		46	4,3261	,76170	
	HKS Okulu		25	4,4000	,57735	
	Diğer		78	3,9359	1,02361	
	Toplam		186	4,1022	,92139	

Çizelge 3.17 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite eğitimi alma yeri ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Karele r Ort**	**F**	**p**
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası	1,196	3	,399	1,334	,265
	Gruplar İçi	54,399	182	,299		
	Toplam	55,595	185			
	Kalite eğitimi alma yeri		**N**	**Ort**	**SS**	
Ulusal kalite yapılanması ölçeği genel ortalama	Özel Eğitim		37	3,4896	,52106	
	Kongre-Sempozyum		46	3,7107	,48574	
	HKS Okulu		25	3,6631	,61441	
	Diğer		78	3,5676	,56920	
	Toplam		186	3,6003	,54819	

Çizelge 3.17'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *kalite eğitimi alma yeri ile Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması* Ölçeği ortalaması arasında bir farkın olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite *eğitimi alma yeri ile ulusal kalite sisteminin*; yeniden yapılanma süreci, kaliteli hizmet sunumu, sistemin objektifliği, uygulama sürecindeki sorunlar ve HKS uygulama faktörü boyutları ortalaması arasında fark olmadığı tespit edilmiş ($p>0,05$) olup kurum faktörü ortalaması arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Farklılığın hangi değişkenler arasında olduğunu tespit edebilmek için *Scheffe testi* yapılmış ve test sonucuna göre tüm değişkenler arasında fark olduğu tespit edimiştir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite eğitimi alma yeri ile Ulusal Kalite Sistemi Yapılanma* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle **hipotez 16** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.18 Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite eğitimi alma yeri ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
Ölçme ve değerlendirme	Gruplar Arası	,901	3	,300	,785	,503
	Gruplar İçi	69,572	182	,382		
	Toplam	70,473	185			
Verimlilik	Gruplar Arası	2,329	3	,776	1,391	,247
	Gruplar İçi	101,577	182	,558		
	Toplam	103,906	185			
Güvenlik	Gruplar Arası	1,133	3	,378	,676	,568
	Gruplar İçi	101,659	182	,559		
	Toplam	102,792	185			
	Kalite eğitimi alma yeri		**N**	**Ort**	**SS**	
Ölçme ve değerlendirme	Özel Eğitim		37	3,4882	,63752	
	Kongre-Sempozyum		46	3,6236	,52250	
	HKS Okulu		25	3,6425	,66866	
	Diğer		78	3,4872	,64390	
	Toplama		186	3,5420	,61720	
Verimlilik	Özel Eğitim		37	3,6351	,77861	
	Kongre-Sempozyum		46	3,8587	,64043	
	HKS Okulu		25	3,8300	,88600	
	Diğer		78	3,6122	,74255	
	Toplama		186	3,7070	,74944	
Güvenlik	Özel Eğitim		37	3,7784	,76997	
	Kongre-Sempozyum		46	3,8739	,69584	
	HKS Okulu		25	3,9120	,81666	
	Diğer		78	3,7154	,74312	
	Toplama		186	3,7935	,74541	

Çizelge 3.18 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite eğitimi alma yeri ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans Analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
Yarar	Gruplar Arası	,386	3	,129	,240	,868
	Gruplar İçi	97,480	182	,536		
	Toplam	97,866	185			
Personel uyumu	Gruplar Arası	,673	3	,224	,406	,749
	Gruplar İçi	100,608	182	,553		
	Toplam	101,281	185			
Bildirim kültürü	Gruplar Arası	,792	3	,264	,541	,655
	Gruplar İçi	88,826	182	,488		
	Toplam	89,618	185			
	Kalite eğitimi alma yeri		**N**	**Ort**	**SS**	
Yarar	Özel Eğitim		37	3,8595	,71936	
	Kongre-Sempozyum		46	3,8870	,65408	
	HKS Okulu		25	3,9600	,73030	
	Diğer		78	3,8231	,77960	
	Toplama		186	3,8645	,72733	
Personel uyumu	Özel Eğitim		37	3,7297	,84652	
	Kongre-Sempozyum		46	3,8261	,74697	
	HKS Okulu		25	3,9200	,58949	
	Diğer		78	3,7628	,73292	
	Toplama		186	3,7930	,73991	
Bildirim kültürü	Özel Eğitim		37	3,5297	,72452	
	Kongre-Sempozyum		46	3,5913	,62105	
	HKS Okulu		25	3,3840	,58287	
	Diğer		78	3,4769	,75952	
	Toplama		186	3,5032	,69600	

Çizelge 3.18 (Devam) Araştırmaya katılan birim sorumlularının kalite eğitimi alma yeri ile indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında tek yönlü varyans analizi.

	Varyans analizi	**Kareler Top**	**sd**	**Kareler Ort**	**F**	**p**
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama	Gruplar Arası	,714	3	,238	,642	,589
	Gruplar İçi	67,421	182	,370		
	Toplam	68,135	185			
	Kalite eğitimi alma yeri		**N**	**Ort**	**SS**	
İndikatör yönetimi ölçeği genel ortalama	Özel Eğitim		37	3,7144	,61978	
	Kongre-Sempozyum		46	3,8261	,55332	
	HKS Okulu		25	3,8238	,62597	
	Diğer		78	3,6916	,62845	
	Toplama		186	3,7472	,60687	

Çizelge 3.18'de görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *kalite eğitimi alma yeri ile "İndikatör Yönetimi Ölçeği"* boyutları ortalamaları arasında bir farkın olup olmadığı incelenmiştir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının *öğrenim kalite eğitimi alma yeri ile İndikatör Yönetiminin Ölçme'*nin tüm boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiş ($p>0,05$) olup *kalite eğitimi alma yeri ile İndikatör Yönetiminin Ölçeği'*nin genel ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle **hipotez 17** kabul edilmiştir.

Çizelge 3.19 Araştırmaya katılan birim sorumlularının çalışılan kurum ile ulusal kalite sistemi yapılanması ölçeği ve indikatör yönetimi ölçeği boyutlarının ortalamaları arasında t testi analizi.

Ulusal kalite yapılanması ölçeği	**Çalışılan kurum**	**N**	**Ort**	**SS.**	**t**	**p**
Yeni yapılanma süreci	Özel Devlet	54 132	3,4926 3,3924	,66782 ,69090	0,906	0,366
Kaliteli hizmet sunumu	Özel Devlet	54 132	3,6323 3,7760	,73559 ,57799	-1,418	0,158
Sistemin objektifliği	Özel Devlet	54 132	3,6157 3,6477	,65645 ,67391	-0,296	0,768
Uygulama sürecindeki sorunlar	Özel Devlet	54 132	3,4815 3,5417	,72008 ,87815	-0,484	0,629
HKS uygulama faktörü	Özel Devlet	54 132	3,6481 3,8258	,86127 ,72834	-1,430	0,154
Kurum faktörü	Özel Devlet	54 132	3,8889 4,1894	1,07575 ,83923	-2,036	0,43
Genel toplam ortalama	Özel Devlet	54 132	3,5755 3,6104	,61014 ,52289	-0,394	0,694
İndikatör yönetimi ölçeği	**Çalışılan kurum**	**N**	**Ort**	**SS.**	**t**	**p**
Ölçme değerlendirme	Özel Devlet	54 132	3,5336 3,5455	,68139 ,59167	-1190	0,905
Verimlilik	Özel Devlet	54 132	3,7083 3,7064	,79020 ,73522	0,016	0,988
Güvenlik	Özel Devlet	54 132	3,9444 3,7318	,79186 ,71955	1,776	0,77
Yarar	Özel Devlet	54 132	3,7815 3,8985	,85761 ,66745	-0,897	0,372
Personel uyumu	Özel Devlet	54 132	3,7222 3,8220	,85598 ,68832	-0,761	0,449
Bildirim kültürü	Özel Devlet	54 132	3,4926 3,5076	,72342 ,68725	-0,133	0,894
Genel toplam ortalama	Özel Devlet	54 132	3,7457 3,7477	,68268 ,57581	-0,20	0,984

Çizelge 3.19'da görüldüğü üzere hastane birim sorumlularının *çalışılan kurum ile* "*Ulusal Kalite Sistemi Yapılanması ve İndikatör Yönetimi"* arasında bir farkın olup olmadığı incelemek için bağımsız gruplarda t testi yapılmış olup iki ölçeğinde tüm boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bu nedenle **Hipotez 18** ve **Hipotez 19** kabul edilmiştir.

4.TARTIŞMA

Hastanelerin birim sorumlularının ulusal kalite ve indikatör yönetim sistemlerinin işleyişi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi üzerine yapılan bu araştırma üç başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Araştırma Grubuna Ait Tanımlayıcı Özelliklerin İncelenmesi

Araştırmaya katılan birim sorumlularının %25,8'i 20-29 yaş arasında %38,7'si 30-39 yaş arası ve % 35,5'i 40 yaş ve üzerindedir. Araştırmanın büyük çoğunluğu 30 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Gürcü ve ark (2011) tarafından Yozgat ilinde hastane yöneticileri üzerindeki yapılan 70 kişilik araştırmada %8,5'i 20-29 yaş arasında %35,7'si 30-39 yaş arasında %45,7 40-49 yaş arasında %10,1'i ise 50 yaş ve üzerindedir. Atik ve ark (2011) tarafından kayseri ilinde çalışanlara yönelik yapılan 231 kişilik araştırmada %8,7 si 25 yaş altı %44,2'si 26-35 yaş arası %40,3'ü 36-45 yaş arasında %6,8'i ise 46-55 yaş arasındadır. Doğan ve ark (2013) tarafından Söke'de 56 kişi üzerinde yapılan araştırmada %7,1'i 15-25 yaş arası %39,3'ü 26-35 yaş arası %42,4'ü 36-45 yaş arası %5,4'ü 46-55 yaş arası %3,6'sı ise 55 yıl üstü yaş aralığından oluşmaktadır. Yine indikatör yönetimi üzerinde Yılmaz ve Kaptanoğlu (2013) tarafından Karamürsel Devlet Hastanesinde çalışan 90 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %7,8'i 23-27 yaş arası %30'u 28-32 yaş arası %22'si 33-37 yaş arası %18,9'u 38-42 yaş arası %11,1'i 43-47 yaş arası % 10'u ise 47 yaş üzeri çalışanlardan oluşmaktadır. Koceli Seka Devlet Hastanesinde Kibar (2014) tarafındankalite standartları üzerine 123 kişilik araştırmada %24,39'u 20-30 yaş arası %59,35'i 31-40 yaş arası %12,20'si 41-50 yaş arası %4,07'si 51 ve üstü yaş arasında çalışmaktadır. Literatürdeki çalışmaları incelediğimizde araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu 30 yaş ve üzeri çalışmalardan oluştuğu gözükmektedir.

Araştırmaya katın birim sorumlularının %49,5'i erkek %50,5'i ise kadındır. Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin birbirine yakın bir dağılımda oldukları gözükmektedir. Gürcü ve ark (2011) tarafından hastane yöneticilerine yapılan 70 kişilik araştırmada %24,3 kadın %75,7'si erkektir. Atik ve ark (2011) tarafından çalışanlara yönelik yapılan 231 kişilik araştırmada %68'i kadın %32'si ise erkektir. Doğan ve ark (2013) tarafından 56 kişi üzerinde yapılan araştırmada %55.4'ü erkek %45,6'sı kadındır. Yine indikatör yönetimi üzerinde Yılmaz ve Kaptanoğlu

(2013) tarafından Karamürsel Devlet Hastanesinde çalışan 90 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %73,3'ü kadın %26,7'si erkektir. Kibar (2014) tarafından kalite standartları üzerine 123 kişilik araştırmada %72,36'sı kadın %27,65'i ise erkektir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde sağlık alanında çalışanların çoğunluğu kadınlardan oluştuğu gözükmektedir (Urhan ve Etiler 2011).

Araştırmaya katılan birim sorumlularının %10,8'i lise mezunu %31,2'si yüksekokul mezunu %45,2'si fakülte mezunu %12,9'u ise yüksek lisans ve doktora mezunudur. Araştırmanın büyük bir kısmı lisans mezunlarından oluşmaktadır. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde; Gürcü ve ark (2011) tarafından hastane yöneticilerine yapılan 70 kişilik çalışmada %5,7'si lise mezunu %20'si ön lisans mezunu %44,3'ü lisans mezunu %30'u yüksek lisans ve doktora mezunu olduğu gözükmektedir. Atik ve ark (2011) tarafından çalışanlara yönelik yapılan 231 kişilik araştırmada %11,7'si lise mezunu %39,4'ü ön lisans mezunu %40,7'si lisans mezunu ve %8,2'si ise yüksek lisan ve doktora mezunudur. Doğan ve ark (2013) tarafından 56 kişi üzerinde yapılan araştırmada %7,1'i ilköğretim mezunu %16,1' lise mezunu %35,7'si ön lisans mezunu %35,7' lisans muzunu %5,4'i ise yüksek lisans ve doktora mezunu olarak çalışmaktadır. Yine indikatör yönetimi üzerinde Yılmaz ve Kaptanoğlu (2013) tarafından çalışanlara yönelik yapılan 90 kişilik bir araştırmada katılımcıların %17,8'i lise mezunu %72,2'si ön lisana ve lisans mezunu %10'u ise yüksek lisans ve doktora mezunudur. Koceli Seka Devlet Hastanesinde Kibar (2014) tarafından kalite standartları üzerine 123 kişilik araştırmada %34,1'ilise mezunu %21,1'i ön lisans mezunu %30,1'i lisans mezunu %14,6'sı yüksek lisans ve doktora mezunudur. Literatürdeki araştırmaların çoğunluğu lisans mezunu olduğunu görmekteyiz. Buda şunu gösteriyor ülkemizde lisans mezunları sağlık sektöründe de daha yoğun olarak çalıştığı gözlemlenmektedir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının %7,5'i yönetici %7,5'i koordinatörlük çalışanı %7'si kalite yönetim direktörü %9,1'i kalite birim çalışanı %8,1'i komite üyesi '16,1'i kalite birim sorumlusu %44,6'sı ise diğer görevlerde çalışmaktadır. Baştürk ve ark (2013) tarafından 180 kişilik araştırmada katılıcıların % 23,3'ü yönetici %1,1'i koordinatörlük çalışanı %5,6'sı kalite yönetim direktörü %5'i kalite birim çalışanı %32,2'si komite üyesi %32,8'i kalite birim sorumlusu olarak çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının %58,1'i kalite eğitimi almış %41,9'u ise kalite eğitimi almamıştır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu kalite eğitimi almamıştır. Gürcü ve ark (2011) tarafından yapılan 70 kişilik araştırmada %30'u kalite eğitimi almış %70'i ise kalite eğitimi almamıştır. Baştürk ve ark (2013) tarafından yapılan 180 kişilik araştırmada katılımcıların % 47,2'si kalite eğitimi almış %51,1'i ise kalite eğitimi almamıştır. Literatürde kalite eğitimi almayanların oranı daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının %52,2'si 1-4 yıl arası %32,3'ü 5-10 yıl arası %15,62'si ise 11 ve üzeri yıl arasında birimlerinde çalışmışlardır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu 1-4 yıl arası kısa bir dönemde çalışmışlar. Gürcü ve ark (2011) tarafından yapılan 70 kişilik araştırmada %51,4'ü 0-5 yıl arası %25,7'si 6-11 yıl arası %12,9'u 12-17 yıl arası %5,7'si 18-23 yıl arası %4,3'ü 24 yıl ve üstü yıl çalışmaktadır. Atik ve ark (2011) tarafından yapılan 231 kişilik araştırmada %36,8'i 1-5 yıl arası çalışmakta %18,6'sı 6-10 yıl arası çalışmakta %13,9'u 11-15 yıl arası çalışmakta %16,9'u 16-20 yıl arası çalışmakta %13,8 ise 21 yıl ve üstü yıllarda çalışmaktadır. Doğan ve ark (2013) tarafından 56 kişi üzerinde yapılan araştırmada %26,8'i 1 yıldan az sürede %35,7'si 1-5 yıl arası %12,5'i 6-15 yıl arası %10,7'si 16-20 yıl arası %14,3'ü 20 yıl ve üstü zamanda çalışmışlardır. Yine indikatör yönetimi üzerinde Yılmaz ve Kaptanoğlu (2013) tarafından 90 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %7,8'i 0-5 yıl arasında %24,4'ü 6-10 yıl arası %44,4 'ü 11-20 yıl arası %23,3'ü 20 ve üzeri yıllarda çalışmışlardır. Kibar (2014) tarafından kalite standartları üzerine uygulana 123 kişilik araştırmada %26,8'i1-5 yıl arası %35,8'i 6-10 yıl arası %21,1!i 11-15 yıl arası %16,3'ü ise 16 yıl ve üzeri çalışanlardan oluşmaktadır. Baştürk ve ark (2013) tarafından uygulanan 180 kişilik araştırmada katılımcıların %61,7'si 0-2 yıl arası %16,7'si 3-4 yıl arası %13,3'ü 5-6 yıl arası %2,2'si 9 ve üstü yıl çalışmaktadır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu bulunduğu kurumda 1-5 yıl arası çalıştığı gözlemlenmektedir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının %19,9'u özel eğitimde %24,7'si kongre ve sempozyumda %13,4'ü HKS okulunda %41,9'u ise diğer yerlerde kalite eğitimi almışlardır. Baştürk ve ark (2013) tarafından yapılan 180 kişilik araştırmada katılımcıların % 3,3 HKS okulunda eğitim almış % 2,8'i özel eğitimde eğitim almış %9,4'ü Kongre-Sempozyumda görev almış %31,7'si ise diğer yerlerde kalite ile

eğitim almışlardır. Literatür incelendiğinde kalite eğitimin büyük çoğunluğu diğer birimlerde almışlardır.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının %29'u özel hastanede %71'i ise devlet hastanesinde çalışmaktadır. Araştırmanın büyük çoğunluğu devlet hastanesinde yapılmıştır.

4.2. Araştırmaya Kapsamındaki Hastane Birim Sorumlularının Ulusal Kalite Yönetimine Bakışına Ait Bulgular

Araştırmaya katılan hastane birim sorumlularının büyük çoğunluğu (%80,1) sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının yükseldiğini belirtmektedir. Son yıllarda yapılan sağlık hizmetlerindeki bu anlamda yapılanmanın faydalı olduğunu göstermektedir. Atik ve ark (2011) tarafından yapılan 231 kişilik araştırmada *"Kalite standartlarını yeterli buluyor musunuz?"* sorusuna verilen yanıtta araştırmaya katılanların 69,7'si yeterli olduğunu belirmişlerdir. Atman (2011) tarafından yapılan 420 kişilik araştırmada, *"Hizmet kalite standartları uygulamalarının artırılması gerektiği düşüncesi"* en fazla yüzdelik orana sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastane verimliliği için hizmet kalite standartlarını daha da arttırmak gerekiyor. Bu araştırmada "*Hizmet kalite standartları yükselmiştir" diyenlerin* ortalaması $\bar{x}$:3,96 çıkmıştır. Baştürk ve ark (2013) tarafından uygulanan 180 kişilik araştırmada sağlık hizmetlerinin kalite ortalaması $\bar{x}$:1,67 çıkmıştır bu çalışmada 2 yıl içerisinde bir gelişme gözlemlendiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastane birim sorulularının %58,6'sı kalite eğitimlerinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Literatürü incelediğimizde; Atik ve ark (2011) tarafından yapılan 231 kişilik araştırmada %67,1'i kalite eğitimlerinin yeterli olduğunu düşünmektedir. Doğan ve ark (2013) tarafından 56 kişi üzerinde yapılan ölçek geliştirme çalışmasında faktör ağırlığı en yüksek değişkenin *"Hizmet kalite standardı için düzenli eğitim verilmesi"* olduğu gözlemlenmiştir. Gürcü ve ark (2011) tarafından yapılan araştırmada yöneticiler kalite eğitimleri için bütçe ayrıldığını belirtmişlerdir. Baştürk ve ark (2013) tarafından uygulanan 180 kişilik araştırmada $\bar{x}$:3,00 ortalama ile kısmen yeterli derken bu araştırmada $\bar{x}$:3,58 ortalama ile daha olumlu sonuç çıkmıştır.

"*HKS (SHKS) kaliteli hizmet sunumu ölçebilen kaliteli bir değerlendirme aracıdır"* diyenlerin ortalaması $\bar{x}$:3,69 iken Gürcü ve ark (2011) tarafından yapılan

araştırmada $\bar{x}$:1,69 çıkmıştır. Bu sonuçta araştırmaya katılan biim sorumlularının daha olumlu cevap verdikleri görülmektedir.

"Kalite standartları hastane türü vb. özelliklere göre değişiklik göstermelidir" diyenlerin ortalaması $\bar{x}$:3,69 çıkmıştır dolayısı ile her birim sorumluları hastane şartlarına göre kalite standartlarının kararsız bir tutum sergilediği saptanmıştır. Baştürk ve ark (2013) tarafından uygulanan 180 kişilik araştırmada "*Hastanenin türüne göre kalite standartlarının değişmesi gerektiğini"* düşünenlerin ortalaması $\bar{x}$:1,73 çıkmıştır yani değişmemesi gerektiğini düşünmektedirler.

Araştırmaya katılanların %54,3'ü Kalite çalışmalarının ihtiyacı karşıladığını düşünmektedir. Atik ve ark (2011) tarafından yapılan 231 kişilik araştırmada %54,5 kalite standartlarının uygulamalarını işini kolaylaştırdığını belirtmektedir. Baştürk ve ark (2013) tarafından uygulanan 180 kişilik araştırmada "*kalite standartlarının ihtiyaç ve beklentiyi karşılamaktadır."* $\bar{x}$: 2,39 ortalama ile karşılayacak düzeyde olmadığını belirtirken birim sorumlularına uygulanan bu araştırmada $\bar{x}$: 3,48 ortalama ile kısmen karşılayacak düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada birim sorumluları Sağlık hizmetlerinde son yıllarda yapılan değişim süreçlerinde belirsizliklerin olduğunu belirtmişlerdir (%58), ve bu değişimdeki belirsizliklere rağmen değişim sonucunda kalite anlamında olumlu sonuçların olduğunu belirtmişlerdir (%74,2). Baştürk ve ark (2013) tarafından uygulanan 180 kişilik araştırmada değişim süreci iş ortamında belirsizliklere yol açacağı düşünülmüyor ($\bar{x}$:2,95) fakat hizmet sunum şartlarında olumlu değişiklikler olmadığını savunmaktadırlar.

Araştırmada birim sorumluları % 73,2'si yöneticilerin kalite çalışmalarına yaklaşımları olumlu yönde olduğunu belirtmişlerdir. Atik ve ark (2011) tarafından uygulanan 231 kişilik araştırmada %69,3'ü kalite çalışmalarında yönetimin tutarlığının yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Baştürk ve ark (2013) tarafından uygulanan 180 kişilik araştırmada ise hizmet alanların kalite çalışmalarına yaklaşımları $\bar{x}$:2,21 ortalama ile olumsuz olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada hizmet sunanların görüşleri sisteme yansıtılabilmektedir diyenlerin ortalaması $\bar{x}$:3,55 çıkmıştır. Hizmet sunanların görüşleri kısmen yansıtılabilmektedir. Gürcü ve ark (2011) tarafından yapılan araştırmada çalışanların kalite çalışmaları üzerine öneriler sunma ortalaması $\bar{x}$:2,07 çıkmıştır.

Yozgat ilinde 2011 yılında yapılan bu çalışmada olumsuz sonuç çıkarken aradan geçen 4 yılın ardından yapılan bu çalışmada daha olumlu sonuç çıkmıştır. Araştırmada hizmet alanların görüşleri sisteme yansıtılmaktadır diyenlerin ortalaması $\bar{x}$:3,58 iken, Baştürk ve ark (2013) tarafından uygulanan birim sorumlularından oluşan 180 kişilik araştırmada bu ortalama $\bar{x}$:2,58'dir. Bu sonuca göre Konya ilindeki birim sorumluları görüşlerin sisteme yansıtılması noktasında daha olumlu düşündüğü gözlemlenmektedir.

Araştırmada Hizmet sunanların, hizmet alanların ve yöneticilerin kalite çalışmalarına yaklaşımları olumludur diyenlerin ortalaması sırasıyla $\bar{x}$:3,62, $\bar{x}$:3,65 ve $\bar{x}$:3,85 iken Baştürk ve ark (2013) tarafından ugulanan başka bir araştırmada $\bar{x}$:2.18, $\bar{x}$:2.21 ve $\bar{x}$:1.94 ortalamalar ile daha az çıkmıştır.

Araştırmaya katılanlar yeni yapılanmada k*alite çalışmalarını Sağlık Bakanlığı organize etmelidir* diyenlerin ortalaması $\bar{x}$:3,89 iken Baştürk ve ark (2013) tarafından Yozgat ilinde kalite birim sorumlularından oluşan 180 kişiden oluşan başka bir araştırmada bu ortalama $\bar{x}$:1,96 olarak bulunmuştur. Araştırmada Konya'daki birim sorumluları ile Yozgat ilindeki kalite birim sorumluları kalite çalışmalarının Sağlık Bakanlığı tarafın uygulanmasını uygun görmüşlerdir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının *cinsiyeti ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadı gözlemlenmiştir. Gürcü ve ark (2011) tarafından Yozgat ilinde hastane yöneticileri üzerindeki yapılan araştırmada yöneticilerin *cinsiyeti ile kalite sistemi ortalamaları* arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Kadınlar ve erkekler *ulusal kalite sistemi yapılanması* hakkında birbirine yakın görüşler belirtmiştir.

Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite eğitimi alma durumu ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Gürcü ve ark (2011) tarafından Yozgat ilinde hastane yöneticileri üzerindeki yapılan araştırmada yöneticilerin *kalite eğitimi alanlar ile kalite eğitimi* almayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmişlerdir. Araştırmada kalite eğitimi alma durumu araştırmaya verilen cevapları etkileyeceği düşünülürken cevapların benzer özellikler taşıması *ulusal kalite sisteminin* herkes tarafın benimsediğinin göstergesi olarak düşünülebilir.

4.3. Araştırmaya Kapsamındaki Hastane Birim Sorumlularının, İndikatör Yönetimi Hakkında Görüşlerine Ait Bulgular

Araştırmada indikatör yönetimi ile ilgili bulgulara bakıldığında, hastane birim sorumluları indikatör siteminin; bir ekip tarafından yapıldığını ($\bar{x}$:3,97), kalite iyileştirme çalışmalarının kalite hedefleri dikkate alınarak uygulandığını ($\bar{x}$:3,94), kurumlarında kalite iyileştirmesini destekleyen bir ortam olduğunu ($\bar{x}$: 3,89), ölçmenin kalite iyileştirmenin temeli oluduğunu ve kurumlarında güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu belirtmişitir. Verimlilik açısından kurumlarda olabilecek en iyi teknolojinin kullandığını belirtmiş ($\bar{x}$:3,76) olup hastalara ait girdi ve çıktıların değerlendirildiğini belirtmişlerdir ($\bar{x}$:3,73), Güvenlik açısından indikatör yönetiminde tıbbi cihazların ve tesislerin güvenliğinin değerlendirildiği belirtmişlerdir ($\bar{x}$:3,79). Birim sorumluları indikatörlerin hizmetlerin kalitesini farklı açılardan yorumlanabildiğini ($\bar{x}$:3,91) ve kalite hedeflerine uygun ölçme hedefleri geliştirdiklerini belirtmişlerdir ($\bar{x}$:3,90). Personel uyumu noktasında indikatörlerin çalışanların veri toplama kaynağını hazır halde bulundurdukları ($\bar{x}$:3,84) ve indicator yönetimi noktasında hastane çalışanlarının eğitildiklerini belirtmişleridir ($\bar{x}$:3,75). Birm sorumluları indicator yönetimide kayıtların hasta bakım sürekliliğini sağladığını belirtmiş ($\bar{x}$:3,78) ve olay bildirimlerin yöneticiler tarafından desteklendiğini belirtmiştir ($\bar{x}$:3,65).

İndikatör yönetiminin, ulusal kalite sistemi yapılanması için önemli ve ulusal kalite sistemi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Araştırmaya katılan birim sorumlularının; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu, kalite ile ilgili görevleri, kalite eğitimi alma durumu, çalışma yılı, kalite eğitimi alma yeri ve çalıştıkları kurumuyla anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan birim sorumluların çalışma süreleri ile indikatör yönetimi algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışma süresinin uzun olması indikatör yönetimi hakkında daha fazla bilgi sahibi olma gibi bir düşüncenin yanlış olduğu saptanmıştır. Çalışanların çalışma süreleri ortalamaları genelde $\bar{x}$:3 ile $\bar{x}$:4 arasında çıkmıştır. Dolayısı ile tüm çalışma sürelerinde indikatör algısı orta düzede olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde ise Yılmaz ve Kaptanoğlu (2013) tarafından Karamürsel Devlet Hastanesinde çalışan 90 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların çalışma

süreleri ile indikatör yönetimi algısı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve çalışma süresi arttıkça indikatör yönetimi algısı arttığını ileri sürmüşlerdir.

Araştırmada hastane birim sorumluları indikatör yönetimi ölçme ve değerlendirme aracı olarak gördükleri bildirmişlerdir ($\bar{x}$:3,77). Yılmaz ve Kaptanoğlu (2013) tarafından Karamürsel Devlet Hastanesinde çalışan 90 kişi üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %90'ı indikatörü ölçme değerlendirme aracı olarak görmüşlerdir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan birim sorumlularının ulusal kalite sistemi yapılanması boyutlarına ait görüşleri içeren sonuçlar:

- Araştırmaya katılan birim sorumlularının %58,1'i kalite eğitimi almış %41,9'u ise kalite eğitimi almamıştır.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının %19,9'u özel eğitimde %24,7'si kongre ve sempozyumda %13,4'ü HKS okulunda %41,9'u diğer yerlerde kalite eğitimi almışlardır.
- Yeniden yapılanma sürecinde; en yüksek ortalama, kalite biriminin ihtiyaç duyduğu gereksinimler sağlanmaktadır($\bar{x}$:3,59) sorusu olurken, en düşük ortalama ise, yeni yapılanma için hazırlıklar yeterli düzeydedir($\bar{x}$:3,31) sorusuna verilen cevap olmuştur.
- Kaliteli hizmet sunumunda; en yüksek ortalama, sağlık hizmetleri kalite standartları yükselmiştir($\bar{x}$:3,96) sorusu olurken, en düşük ortalama ise, kalite çalışmaları ihtiyaç ve beklentileri karşılayacak düzeydedir($\bar{x}$:3,48) sorusuna verilen cevap olmuştur.
- Sistemin objektifliğinde; en yüksek ortalama, yeni yapılanmada kalite çalışmalarını sağlık bakanlığı organize etmelidir($\bar{x}$:3,89) sorusu olurken, en düşük ortalama öz değerlendirme ve merkezi değerlendirme sonuçları örtüşmektedir($\bar{x}$:3,53) sorusuna verilen cevap olmuştur.
- Uygulama sürecindeki sorunlara baktığımızda; bir faaliyet oturmadan tekrar değişmesi durumu sıklıkla olur ($\bar{x}$:3,59) diyenlerin ortalaması, değişim sürecinde iş ortamında kargaşa ve belirsizlikler hâkimdir ($\bar{x}$:3,46) diyenlerin ortalamasından daha yüksektir.
- HKS uygulama faktörüne baktığımızda; yöneticilerin kalite çalışmalarına yaklaşımları olumlu yöndedir ($\bar{x}$:3,85) diyenlerin ortalaması, kalite standartları hastane türü vb. özelliklere göre değişiklik göstermelidir ($\bar{x}$:3,69) diyenlerin ortalamasından daha yüksektir.

- Kurum faktörüne baktığımızda; her kurumun bünyesinde kalite çalışmalarını organize edecek bir alt birim olmalıdır ($\bar{x}$:4,10) cevabını almaktayız.

Araştırma kapsamına alınan birim sorumlularının **İndikatör yönetiminin** ***boyutlarına ait görüşleri içeren sonuçlar:***

- Ölçme ve değerlendirme boyutuna baktığımızda; en yüksek ortalama Hastanemizde kalite ölçümleri bir ekip tarafından yapılmaktadır ($\bar{x}$:3,97) çıkarken, en düşük ortalama, bakım ve hizmet verilerimizi diğer hastanelerin verileri ile karşılaştırılır ($\bar{x}$:3,49) cevabını vermişlerdir.
- Verimlilik boyutuna baktığımızda; en yüksek ortalama, hastanemizde olabilecek en iyi bakım için teknolojiler kullanılır ($\bar{x}$:3,76) cevabı verilirken, en düşük ortalama isehastanemiz kaynaklarının hazır bulunuşluğu indikatörlerle takip edilir ($\bar{x}$:3,66) cevabı verilmiştir.
- Güvenlik boyutuna baktığımızda; en yüksek ortalama kalite indikatör yönetiminde hasta güvenliği değerlendirilir ($\bar{x}$:3,87) cevabı verilirken, en düşük ortalama ise kalite indikatör yönetiminde çevre güvenliği değerlendirilir ($\bar{x}$:3,67) cevabı verilmiştir.
- Yarar boyutuna baktığımızda; en yüksek ortalama; Hizmetin kalitesini farklı açılardan yorumlayabilmeyi sağlar ($\bar{x}$:3,91) cevabı verilirken, en düşük ortalama ise Hizmet planlamasına yönelik kararlar alabilmeyi kolaylaştırır ($\bar{x}$:3,81) cevabı verilmiştir.
- Personel uyumu boyutuna baktığımızda; en yüksek ortalama, çalışanlarımızın veri toplamasında gerekli kaynakları hazır halde bulundurulur ($\bar{x}$:3,84) cevabı verilirken, en düşük ortalama ise çalışanlarımız kalite indikatör yönetimi konularında eğitilirler ($\bar{x}$:3,75) cevabı verilmiştir.
- Birim kültürü boyutuna baktığımızda en yüksek ortalama, Kayıtların hasta bakım sürekliliğini sağladığını inanırım ($\bar{x}$:3,78) cevabı verilirken, en düşük ortalamayı ise olay bildirimi için yeterli zamanım yoktur ($\bar{x}$:2,99) cevabı verilmiştir.

Araştırmanın hipotezleri ile ilgili sonuçlar:

- ulusal kalite sitemi ile indikatör yönetimi ölçeği arasında arasın da ilişki olduğu gözlenmektedir. Ulusal kalite sisteminin iyi olması indikatör

yönetimin de iyi olduğu göstermektedir. Ulusal kalite sisteminin kötü olması indikatör yönetiminde kötü olduğunu göstermektedir. Bu nedenle Hipotez 1 reddetilmiştir ($p<0,05$)

- Araştırmaya katılan birim sorumlularının yaşı ile ulusal kalite sistemi ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Birim sorumlularının yaşı arttıkça kalite sistemine bakış açılarının değiştiği düşünülmüş ama yaşın bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 2 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *yaşı ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Birim sorumlularının yaşı arttıkça indikatör yönetimine bakış açılarının değiştiği düşünülmüş ama yaşın bir etkisinin olmadığı saptanmıştır Bu nedenle Hipotez 3 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *cinsiyeti ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadı gözlemlenmiştir. Erkeklerin ve kadınların aynı görüşte olduğu saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 4 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *cinsiyeti ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Erkeklerin ve kadınların aynı görüşte olduğu saptanmıştır Bu nedenle Hipotez 5 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *öğrenim durumu ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadı gözlemlenmiştir. Eğitimin etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 6 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *öğrenim durumu ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Eğitimin etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 7 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *medeni durum ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Evli olmanın etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 8 kabul edilmiştir.

- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *medeni durum ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Evli olmanın etkisinin olmadığı saptanmıştır Bu nedenle Hipotez 9 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite ile ilgili görevi ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Kalite görevinin etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 10 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite ile ilgili görevi ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Kalite görevinin etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 11 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite eğitimi alma durumu ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle Hipotez 12 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite eğitimi alma durumu ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle Hipotez 13 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının birimde *çalışma yılı ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olduğu gözlemlenmiştir. 11 yıl üstü çalışanların ortalaması diğerlerinin ortalamasından daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle Hipotez 14 reddetilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *çalışma yılı ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Çalışma yılının etkilemediği saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 15 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite eğitimi alma yeri ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadı gözlemlenmiştir. Bu nedenle Hipotez 16 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *kalite eğitimi alma yeri ile indikatör yönetiminin* genel ortalamasına baktığımızda anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle Hipotez 17 kabul edilmiştir.

- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *çalışılan kurum ile ulusal kalite sistemi* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Çalışılan kurumun devlet ve ya özel olması ortalamayı etkilemediği saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 18 kabul edilmiştir.
- Araştırmaya katılan birim sorumlularının *çalışılan kurum ile indikatör yönetiminin birim kültürü* ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Çalışılan kurumun devlet ve ya özel olması ortalamayı etkilemediği saptanmıştır. Bu nedenle Hipotez 19 kabul edilmiştir.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Ulusal kalite sisteminde kalite eğitimin yeterli olmaması hastanelerde kalite uygulamalarında sıkıntı yaşanmasına sebep olabilir. Ayrıca ulusal kalite sisteminde hastane kalite standartları daha da yükselebilmesi için kalite eğitimlerinin daha fazla verilmesi,
- Ulusal kalite sisteminin de hastane kalite standartlarının hastane çalışmalarına daha iyi uyabilmesi için HKS okulu ile bunun desteklenmesi ve kongre- sempozyum aracılığı ile kalite standartlarının tanıtılması,
- Hastane kalite standartlarını uygulamada hastane birim sorumluları kalite standartlarını uygulamada sorun yaşadıklarını ve bunda kurumunda etkili olduğunu bildirmişlerdir. Burada bakanlık bu konuda önlem alınması aynı zamanda kurumda da standartların uygulanmasına yardımcı olması,
- Hastane birim sorumluları kalite indikatörleri uygulamasında personel uyumunda sıkıntı yaşanmaktadır. Hastane birim sorumluları indikatör yönetimi konusunda personel uyumu noktasına dikkat etmesi,
- Sağlık Bakanlığı ulusal kalite sistemi yeniden yapılanma süreci hazırlıkları konusunda eksik olduğu ve bunun için kalite hazırlıklar konusunda daha da geliştirmesi,
- Sağlık hizmetleri kalite standartları yükselmiş olsa da kalite çalışmaları yine de ihtiyaç ve beklenti konusunda eksik olduğu düşünülmüş ve bu ihtiyaç ve beklentileri karşılamak için hastanelerin daha da derinden incelenmesi gerektiği,

- Sağlık hizmetleri ulusal kalite sisteminin objektifliği konusunda, öz değerlendirme ile merkezi değerlendirmenin örtüşme konusunda sıkıntı olduğu saptanmış. Bu nokta da Sağlık Bakanlığı denetmenlerinin hastane öz değerlendirmelerinin üzerine odaklanması,
- Hastane kalite sistemi uygulama noktasındaki sorunlara baktığımız da değişim sürecinde kargaşa ve belirsizliklerin önüne geçilmesi için hastanelerin kalite standartlarını iyi kavraması gerektiği,
- Hastane çalışanları hastane kalite standartları uygulama konusunda tüm hastanelerde standart olması gerektiği,
- Hastane kurumunda kalite standartlarını denetleyecek alt birimlere odaklanması gerektiği,
- İndikatör yönetiminde hastane birim sorumluları ölçme ve değerlendirme konusunda diğer kurumlarla karşılaştırmada eksik olduğunu düşünmektedirler. Hastane eksiklerini öğrenebilmesi veya kendisine farklı bir bakış açısı oluşturması için diğer kurumlarla kendisini kıyaslaması gerektiği,
- İndikatör verimliliği noktasında hastanelerin indikatör yönetiminde hastane kaynaklarının hazır bulunması noktasında eksik olduğu ve bu noktada çalışma yapması gerekmesi,
- Hastane güvenliğinde indikatör yönetiminin hastane çevre güvenliğine de daha da geniş yer vermesi gerektiği,
- Hastane indikatör yönetiminin hizmet planlamasına yönelik karar alma konusun da eksik olduğu, Bu noktada Sağlık Bakanlığı iyileştirme yapması gerektiği,
- Hastane çalışanları indikatör yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip değiller. Kurum indikatör yönetiminde eğitimin daha da artırılması gerektiği,
- Hastane birim sorumluları indikatör kartlarını ile ilgili olay bildirimi noktasında zaman sıkıntı yaşadıklarını belirmektedirler. İndikatör kartlarındaki bilgiler kalite standartları için önemli bir unsurdur. Hastane yönetimi bu sorunu önleyebilmek için zaman sıkıntısı neden yaşanıyor bunu araştırması gerektiği,

- Genel olarak baktığımızda indikatör yönetimi ulusal kalite sistemi için önemli olduğu ve kalite gelişimine katkıda bulunduğunu görmekteyiz. Gerek Sağlık Bakanlığı gerekse kurum yöneticilere bu yönetime daha dikkatli şekile yönelmesi gerektiği önerilmektedir.

6. KAYNAKÇA

Aguayo R, 1994. Dr deming japon mucizesi mimarı (Çev. Y.kaan Tunçbilek), İstanbul, Form yayınları, s.47

Ak B, Sevin H.D, 2000. Hizmet sektörünün genel yapısı ve sağlık hizmetlerinin özellikleri, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Kitabı, Minpa Matbaacılık, s. 28-32, Ankara.

Akalın H.E, 2000. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme", Ankem Dergisi, Sayı: 14(3)s. 254-257.

Akdur R, 1998. Çağdaş sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları bu kavramlara etki eden dinamikler. Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara, s. 11 .

Aktan CC, Işık K, 2008. www.canaktan.org, Erişim Tarihi: 09.07.2008.

Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. 2012 Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri spss uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık.

Atabey S, 2012. Sağlık Sistemleri ve sağlık politikası, Ankara, Gazi Kitapevi, s.15-17.

Ataklı A, Dikmetaş E, 2001. Sağlık hizmetlerinde iletişim. Ankara, Doğan Yayıncılık, s. 147.

Atasoy A, 2014. Kalite indikatör yönetimi ölçeğinin geliştirilme çalışması. 5. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bidiri Kitabı, Miki Maatbacılık, clt 2, s.223-240, , Ankara.

Ateş M, 2013. Sağlık sistemleri, İstanbul, Beta Yayıncılık, s.3.

Atik A, Haseken E, Türk M, Oğraş S, Çiftçi G, Öksüzkaya A, Borlu A, 2013. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların hizmet kalite standartları uygulamalarıyla ilgili algısı Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. 4. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiri Kitabı , Pozitif matbaa cilt 2, s. 185-193, 2013, Ankara.

Atman Ü, 2011 Hastanelerdeki hizmet kalite standartları uygulamaları ve verimlilik. 3. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiri Kitabı, Azim matbaacılık cilt 1 , s.123-131, 2011, Ankara.

Bakan İ, Erşahan B, Büyükbeşe T, Sezer B, Taş F, Şirikci F, 2014. Sağlıkta hizmet kalitesi öğrenen örgüt ve iş tatmini ilişkisi: bir alan araştırması, Kahramanmaraş İİBF dergisi, cilt 4 , s. 192.

Baştürk F, Gürcü M, Erdoğan F, Uyanık M, 2013. Sağlıkta ulusal kalite sistemi yapılanmasının çalışmalara yansımaları ve uyum süreci. 4. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiri Kitabı, Pozitif matbaa, cilt 2, s.77-92, Ankara.

Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F, 2013. Bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara, Pegem Akademi,

Benli T, 2007. Hastane süreçleri, Rekmay Ankara Yayıncılık, s.19

Caldwell C, 1998. Sağlık kuruluşlarında stratejik yönetim, Çevirmen: Osman Akınhay. Sistem yayıncılık No:184, İstanbul.

Casalou R, 1991. Total quality management in healthcare, Hospital And Health Services Administration. 36(5), s.134-146.

Çakmak A, 2007. Entegre kalite yönetim sistemleri, ISO 9001:2000, ISO 14001 ve OHSAS 18001. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi FBE.

Çavuş M F, Gemici E, 2013. Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi The Journal of Academic Social Science Yıl: 1, Sayı: 1, Aralık , s. 238-257.

Çiçek R, Kara B,Koyuncu K, 2006. Sağlık hizmet sektöründe kalite algılanımı ve hastanelerde uygulanmasına ilişkin bir araştırma, MPM Verimlilik Dergisi.

Çoruh M, 1995. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi, (Ed. Mithat Çoruh), 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, s.23-28, Ankara.

Çoruh M, 1994. Toplam kalite yönetimi, hastane uygulamaları gerekçeler ve güçlükler, hizmetlerinde değişen anlayış ve politikalar sempozyumu, sağlık sektöründe toplam kalite yönetiminin yeri. Sağlık Yönetimi Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.

Dağlı GH, 2006. Türkiye' de sağlık sektörünün yapısı. Ankara Üniversitesi, YYLT, Ankara, SBE, s. 12.

Diken A, 2009. Toplam kalite yönetimi 2. Baskı Damla ofset A.Ş. s.15.

Doğan Ö, Aslan Dalmış K, Ölçüm H, Altıntop Güleç S, 2013. Sağlık sektöründe teknoloji yönetimi ve hizmet kalitesi ilişkisi 4. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiri Kitabı. Pozitif matbaa cilt 2, s.195-2011,, Ankara.

Donabedian A, 1990. Seven pillars of quality arch. pathol. Lab med. Vol 114 november s. 1115-1119.

Düzen EB, 2008. Hazır giyim sektöründe iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının kalite ile ilişkisi. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi SBE.

Edwin SS, 1992. Managing for wordl- Class Quality' Marcel Dekker ınc, ASQC Quality Press , s.29-33 (www.insankaynakları.com)

Efil İ, 2003. Toplam kalite yönetimi ve toplam kaliteye ulaşmada önemli bir araç ISO 9000 kalite yönetim sitemi, 5. Baskı Alfa basım yayım Dağıtım ltd.Şti s153.

Efil İ, 1995. Toplam kalite yönetimi ve toplam kaliteye ulaşmada önemli bir araç ISO 9000 kalite yönetim sitemi, Uludağ Üniversitesi basım evi, Bursa s.7

Eggleston K, 2004. Competition, altruism and provider payment. Department of Economics Tufts University, Medford, www.asetufts.edu/econ. Erişim Tarihi, 03.04.2015.

Erdem Ş, 2007. Sağlık hizmetleri pazarlaması: hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, s. 63.

Eren, N, Öztek Z, 1993. Sağlık Ocağı yönetimi,. Ankara, s.13.

Fişek N, 1983. Halk sağlığına giriş, Hacettepe Yayınevi Ankara.

Garvin DA, 1988. Managing quality –the strategic and competitive edge, USA, s.19.

Garvin DA, 1988. Managing Quality – the free press, N,Y, s.251.

Güler H, Öztürk A, Tarhan D 2010 Kalitenin yeni adı hizmet kalite satndartları Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü platformu.

Güleş HK, Özata M, 2005. Sağlık bilişim sistemleri, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 4.

Günal M, 2007.Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s. 3.

Gürcü M, Baştürk F, Yıldız Ö, 2011. Yozgat ili hizmet kalite standartlarının etkinliği ve kalite çalışmalarıyla ilgili hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri 3. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiri Kitabı. Azim matbaacılık cilt 1 s.145-161, 2011, Ankara.

Gökmen C, http://www.sabem.saglik.gov.tr /rapor_proje/linkdetail .aspx?id= 5048Erişim Tarihi: (10.12.2014).

Gözlü S, 1990. Endüstriyel kalite kontrolü, İ.T.Ü. Matbaası, İstanbul s.9.

Hayran O, Sur H, 1998. Sağlık hizmetleri el kitabı, İstanbul: Yüce Yayım A.S s.18-19.

İmai M, 1997. Kaizen, Brisa yayınları İstanbul, s.41-42

İncesu E, 2014. Acil servis hizmetlerinde başvuru tekrarı sonucu; seydişehir devlet hastanesi acil servis araştırması. 5. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bidiri Kitabı, Miki Maatbacılık, clt 1, s.27-40, , Ankara.

İncesu E, 2014. Çalışan sağlığı ve güvenliği açısından fine–kinney metodu ile ameliyathane çalışanları üzerine bir risk analizi çalışması. 5. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bidiri Kitabı, Miki Maatbacılık, clt 1, s.159-178, Ankara.

İpek P, 2010. Sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyetinin yeri ve önemi üzerinebir uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, s.15.

İskikawa K, 1995. Toplam kalite kontrol, Kalder Yayınları, İstanbul, s47.

Kanbur A, Kanbur E, 2008. Toplam kalite yönetiminin mavi yakalı iş gören motivasyonu üzerindeki etkisi: mobilya sektöründe ampirik bir araştırma Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 15(1) s.27-8.

Karaca. BŞ, 2014. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve hasta beklentileri konusunda bir uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma). Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı

Karabulut K, Yaprak Ş, 2001. Sağlık hizmetlerinde algılanan kalite düzeyinin belirlenmesi ve erzurum"da bir uygulama. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt.15, Sayı 1-2, s.112-119.

Kavrakoğlu İ, 1993. Kalite güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite, Rekabetçi Yönetim Dizisi 1. İstanbul s.12

Kavuncubaşı, Ş, Yıldırım S, 2000. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara, Siyasal Kitapevi s.34-36

Kavuncubaşı Ş, 2000. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Siyasal Kitapevi Ankara, s.273

(http://iudergi.com/tr/index.php/isletme/article/viewFile/13897/13111, Erişim Tarihi: 01.05.2012).

Kavuncubaşı Ş, 2010. Hastane ve sağlık kurumları yönetimi Ankara Siyasal kitapevi 2. Baskı, s.453.

Kaya S, 2005. Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme. Pelikan Yayınları, Ankara ,1. Baskı, s.3-13

Kaya S, 2005. Sağlık hizmetlerinde sürekli kalite iyileştirme. Pelikan Tıp Ve Teknik. Kitapçılık Ltd. Şti. Ankara. s.18.

Kıngır S, 2010.Toplam kalite yönetimi Nobel yayınları İstanbul, 2. Basım , s. 8.

Kızılçelik S, 1996. Türkiye'nin sağlık sistemi bir medikal sosyoloji denemesi,. İzmir, Saray Kitabevleri s. 80-81.

Kibar E, 2014. Kalite ve sağlık hizmetlerinde kalite standartları uygulamaları (Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Örneği). T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans s.15

Kobu B, 1987. Endüstriyel kalite kontrolü, İşletme fakültesi, İstanbul, Yayın no:182, s. 15.

Kurtuluş K, 2004.Pazarlama araştırmaları. İstanbul, Literatür Yayıncılık,

Kuş H, 2012. Evrensel pencereden türkiye'de sağlıkta kalite. (Ed. Hande Aydemir), Sağlık ve İnsan Dergisi, Sayı: 10, s.28-30.

Küçük F, 2010. Toplam kalite yönetiminde sorunların önemsenme düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma Kamu-iş 11(3), s.29-53.

McLaughlin C, Kaluzny A, 1990. "Total quality management ın health: making ıt work", Health Care Management Review 15(3)

Milli Eğitim Bakanlığı, 2011. Sağlık kurumları ve personel yönetimi, Ankara, s.30.

Mutlu A,Işık K,2005.Sağlık ekonomisine giriş, Bursa, s.54.

Naktıyok A, 1996. Toplam kalite yönetimi, Standart dergisi TSE yayınları sayı 414, s.115.

Nuray E, Üçok Alakavuk D, Yasemin T, 2008. Gıda Sanayinde Kullanılan Kalite Güvence Sistemleri Journal of Fisheries Sciesces.com Revıew Artıcle 2(1): s.88-99

Oral AG, 2002.Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay.No: 1331, Eskişehir s. 401.

Orman H, Erkuş S, Meruşe M, Çimen Mecit S, 2013. 4. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiri Kitabı Pozitif matbaa cilt 2, s.501-503, 2013, Ankara.

Özkan Y, 2005. Toplam kalite. Sakarya Kitapevi, s. 3.

Özkan Y, 2005. Toplam kalite Yönetimi Sakarya kitap evi. İstanbul, 1. Baskı Topkapı s.1-2.

Öztek Z, Kubilay G, 2008. Toplum sağlığı hemşireliği. Palme Yayıncılık, Ankara, 3.Baskı, s. 297-304.

Öztürk M, 2000. Çağdaş hastane yöneticiliği sorunlar ve yaklaşımlar. İstanbul: MTM Yayın No:6 s. 145.

Öztürk C, 2014. Toplam kalite yönetiminin üretim işletmelerine etkisi bir alan araştırması Kahramanmaraş sütçü imam üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü işletme anabilim dalı yüksek lisans tezi s. 12.

Peşkiricioğlu N, 1997. Kalite yönetiminde ISO 9000 uygulamaları. MPM yayınları Ankara s.3

Press I, 1997. The quality movement in us health care: Implications for Anthropolpgy, Human Organization, 56(1),s.1-8.

Robinson J, Elkan R, 1996. Health needs assessment.pearson professional limited. New York.

Roos J, 1994 .Total Quality management 2.B Kapan page London s14.

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire başkanlığı 2014 http://www.skid.org.tr/

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire başkanlığı 2014 http://www.kalite.saglik.gov.tr/

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire başkanlığı 2015http://performans.saglik.gov.tr/

Sağlık Bakanlığı 2012. http://iudergi.com/tr/index.php/isletme/article/viewFile/13897/13111

Sağlık hizmetleri Genel Müdürlüğü 2015. https://kalite.saglik.gov.tr/ content/files/duyurular_2011/

2011/2014/sks_hastane_versiyon_5_08.07.2015.pdf

Sarvan F, 1994. Gelişmiş ülkelerde ve Türkiye'de sağlık hizmetleri yöneticiliği meslek ve eğitimi, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Dergisi , 1(1) s.9-13.

Sarvan F, 1994. Gelişmiş ülkelerde ve Türkiye'de sağlık hizmetleri yöneticiliği. Meslek ve Eğitimi, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi, Cilt.1, Sayı.1, Haziran, s. 210.

Schultz R, A.C J, 2003. Management of hospitals and health services, Beard Books, Washington, D.C, s.18.

Shortell, MS, Kaluzny, DA, 1983. Healt care management: A Text in Organization Theory and Behavior. New York: Jhon Wiley and Sons, s.13-14.

Somunoğlu S, Ağırbaş İ, Tengilimoğlu D, Çelik Y, Erdem R, Akbulut Y, Erigüç G, 2012. Sağlık kurumları yönetimi- I, Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, s.11-13.

Sözen C, Özdevecioğlu M, 2002. Sağlık hizmetlerinde ve sağlık işletmelerinde yönetim, Ankara, s. 44-45.

Spencer BA, 1994. Models of organization and total Quality management: A comparison and critical evalation. Academy of management rewiev, Vol:19 No 3, s.463.

Şimşek M, 2000. Sorularla toplam kalite yönetimi ve kalite güvence sistemleri. İstanbul, Alfa. 1(1).

Tabiler Odası 2012, http://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/teskilatyapisi.pdf

Tekin M, 2004. Toplam kalite yönetimi. Ankara 2 Kişisel Yayınlar 3. Baskı s. 2.

Tengilimoğlu D, 2009. Sağlık işletmeleri yönetimi, Nobel Yayınları, Ankara, s. 35-49.

Tugu A, 1997. Ayaktan tedavi hizmetlerinde ve hasta tatminini etkileyen faktörler ve bir ssk hastanesi polikliniğinin reoorganizasyonu için uygulama önerisi. İÜ, SBE, YYLT, İstanbul, ,s.11.

Turan N, 2004. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve sağlık sektöründe temel sorunlar: çözüm için sağlık kooperatifçiliğinden yararlanma gereği ve olanakları, T.C. Anadolu Üniversitesi Yay. No: 1555, Eskişehir s. 14.

Türk Standartları Enstitüsü (TSE), 1997. TSEN- ISO 9000 Kalite Broşürü, TSE Yayınları, Ankara.

Türk Standartları Enstitüsü, TSE, 1991. ISO 9000 klavuzu Aralık, s.1.

Urhan B, Nilay E, 2011. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum, 29,s.191-215

Uyguç N, 1998. Hizmet sektöründe kalite yönetimi stratejik bir yaklaşım. İzmir, Dokuz eylül yayıncılık 1.baskı; 1: s.1-2.

Üstün IG, 2014. Sağlık hizmetlerinde kalite ve çalışan memnuniyeti (diyarbakır kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi örneği. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilimdalı s.23-24

URL1 http://iudergi.com/tr/index.php/isletme/article/viewFile/13897/13111 01.05.2012

URL2http://www.kalitekontrol.org/forum/saglik-hizmetlerinde-kalite-ve-toplamkalite- yonetimi-tky-t1278.0.html;wap2=,12.07.2012

Yatkın A, 2014. Toplam kalite yönetimi Ankara Nobel yayınları 3. Basım s.1.

Yalkın S, 2010. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi ve kalitenin servqual yöntemi ile ölçülmesine yönelik bir uygulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s.33.

Yerebakan M, 2000. Özel hastaneler araştırması mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerileri. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26 s. 20-21.

Yıldırım A, 2009. Sağlık Bakanlığı hizmet kalite standartlarının hasta hakları yönünden incelenmesi. Kadir Has Üniversitesi, SBE, YYLT, Ankara, s.1

Yıldırım S, 1994.Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Uzmanlık Tezi, Yayın No: 2350 s.13.

Yılmaz C, Kaptanoğlu A,2013.Sağlık kurumlarında kalite ve indikatör yönetimi. 4. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Sözel Bildiri Kitabı Pozitif matbaa cilt 2 s. 547-563, Ankara.

WHO1948. Constitution in basic documents, geneva, switzerland. World Health Organization .

Zineldin M, 2006. The quality of health care and patient satisfaction. International Journal of Health Care Quality Assurance, 19(1):s.60-92.

Zorlutuna Y, 1997. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi, sağlık hizmetlerinde devamlı kalite iyileştirme. Editör Mithat Çoruh Haberal Eğitim Vakfi Ankara s.18 turkcebilgi.com, 2012

7.EKLER

EK-A: Anket Formu

Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi Yapılanmasının Çalışmalara Yansımaları ve Uyum Süreci ve İndikatör yönetimi Ölçeği

1. Yaşınız…...Cinsiyet……
2. Eğitim durumu
   a) Lise b)Önlisans c)Lisans d)Yükseklisans-doktora
3. Kalite ile ilgili göreviniz?
   a)Yönetici b) Koordinatörlük çalışanı c) Kalite yönetim direktörü d)Kalite birim çalışanı e)Komite üyesi f) Kalite bölüm sorumlusu
4. kalite eğitimi aldınızmı? a) Evet b) hayır
5. kalite ile ilgili çalışma süreniz……..
6. Alınan kalite eğitimi? a) Özel Eğitim b) Kobre-Sempozyum c)HKS okulu d) Diğer
7. Çalışılan kurum? a) Devlet b) Özel
8. Yüksek maliyete neden olan gereksiz bir uygulama? a) Var b) Yok

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Sağlık hizmetlerinin kalite standartları yükselmiştir.					
2	Kalite eğitimleri yeterli düzeydedir.					
3	Kaliteli sağlık hizmeti sunmada gelinen nokta korunabilecek.					
4	HKS kaliteli hizmeti sunumunu ölçebilen gerekli bir değerlendirme aracıdır.					
5	Kalite standartları hastane türü vb. özelliklere göre değişiklik göstermelidir.					
6	Kalite çalışmaları ihtiyaç ve beklentileri karşılayacak düzeydedir.					
7	Sağlık kurumları HKS' yi karşılayabilmektedir					
8	Değişim sürecinde iş ortamında kargaşa ve belirsizlik hâkimdir.					
9	Hizmet sunum şartlarında olumlu yönde değişiklikler olmuştur.					
10	Bir faaliyet oturmadan tekrar değişmesi durumu sıklıkla olur					
11	Hizmet sunanların görüşleri sisteme yansıtılabilmektedir					
12	Hizmet alanların görüşleri sisteme yansıtılabilmektedir.					
13	Hizmet sunanların kalite çalışmalarına yaklaşımlarıolumludur.					
14	Hizmet alanların kalite çalışmalarına yaklaşımlarıolumludur.					
15	Yöneticilerin kalite çalışmalarına yaklaşımları olumlu yöndedir.					
16	Yeni yapılanmada kalite çalışmalarını sağlık bakanlığıorganize etmelidir.					
17	Her kurumun bünyesinde kalite çalışmalarını organize edecek bir alt birim olmalıdır.					
18	Yeni yapılanmada liyakatli kişilerin görevlendirilmesi için düzenleme yapılmıştır					
19	Yeni yapılanma için hazırlıklar yeterli düzeydedir					
20	Yeni yapılanmanın gerekliliği herkes tarafından anlaşılmaktadır					
21	Yeni sistemden etkilenecek kişilerin görüşlerine yer verilmiştir					
22	Ortaya çıkan aksaklıklar etkin bir şekilde yönetilebilmektedir					
23	Değişim sosyal, kültürel vb. çeşitli boyutlarda ele alınmıştır					
24	Sürecin geliştirilmesi için eksikliklerin tespiti ve iyileştirme çalışmaları yapılıyor.					
25	Öz değerlendirme ve merkezi değerlendirme sonuçlarıörtüşmektedir.					
26	Kalite biriminin ihtiyaç duyduğu gereksinimler sağlanmaktadır.					

		Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	İndikatörlerle hasta bakım süreçlerinin uygunluğu değerlendirilir	1	2	3	4	5
2	Hastanemizde güvenilir ölçüm araçları kullanılır	1	2	3	4	5
3	Hastanemizde Kalite ölçümünde araştırma yapılmasını destekleyen bir ortam vardır	1	2	3	4	5
4	Hastanemizde ölçümlere yönelik yazılı düzenlemeler bulunur	1	2	3	4	5
5	Kalite iyileştirme çalışmalarında doğru yaptık mı ? sorusuna cevap bulunmaya çalışılır	1	2	3	4	5
6	Hastanemizde kalite ölçümleri bir ekip tarafından yapılır	1	2	3	4	5
7	Hastanemizde kalite iyileştirme çalışmaları kalite hedefleri dikkate alınarak uygulanır	1	2	3	4	5
8	Çalışanlarımız hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığını kontrol etmede işbirliği yaparlar	1	2	3	4	5
9	Belli aralıklarla belirlenen indikatörlerin kullanabilirliği değerlendirilir	1	2	3	4	5
10	Bakım ve hizmet verilerimizi diğer hastanelerin verileri ile karşılaştırılır	1	2	3	4	5
11	Hastanemizde hasta bakım hizmetlerini iyileştirmede kalite ölçüm listeleri oluşturulur	1	2	3	4	5
12	Olumsuz giden çalışmaların ölçümlerle düzeleceğini inanırım	1	2	3	4	5
13	Hastanemizin topluma rapor edilebilen temel ölçümleri vardır	1	2	3	4	5
14	Yöneticilerimiz kalite değerlendirilmesinde görüşlerimizi alırlar	1	2	3	4	5
15	Ölçmenin kalite iyileştirmenin temeli olduğunun inanırım	1	2	3	4	5
16	Hastanemizde İndikatörlerle hasta bakım sonuçları incelenir	1	2	3	4	5
17	Hastanemizde kaynakların erişim düzeyinin izlemesi İndikatörlerle yapılır	1	2	3	4	5
18	Hastanemizde hasta bakım çıktılarına ilişkin girdiler değerlendirilir	1	2	3	4	5
19	Hastanemizde olabilecek en iyi bakım için teknolojiler kullanılır	1	2	3	4	5
20	Hastanemiz kaynaklarının hazır bulunuşluğu indikatörlerle takip edilir	1	2	3	4	5
21	Kalite indikatör yönetiminde tıbbi cihaz güvenliği değerlendirilir	1	2	3	4	5
22	Kalite indikatör yönetiminde çalışan güvenliği değerlendirilir	1	2	3	4	5
23	Kalite indikatör yönetiminde çevre güvenliği değerlendirilir	1	2	3	4	5
24	Kalite indikatör yönetiminde tesis güvenliğini değerlendirilir	1	2	3	4	5
25	Kalite indikatör yönetiminde hasta güvenliği değerlendirilir	1	2	3	4	5
26	İndikatörler hedeflere ulaşma düzeyinin değerlendirilmesinde bir araçtır	1	2	3	4	5
27	Hizmet planlamasına yönelik kararlar alabilmeyi kolaylaştırır	1	2	3	4	5
28	Kalite hedeflerine uygun ölçme araçlarının geliştirilmesini sağlar	1	2	3	4	5
29	Hizmetin kalitesini farklı açılardan yorumlayabilmeyi sağlar	1	2	3	4	5
30	Hizmetin yürütülmesindeki sorunların çözümünde yöntem geliştirmeye yardımcı olur	1	2	3	4	5
31	Çalışanlarımızın veri toplamasında gerekli kaynakları hazır halde bulundurulur	1	2	3	4	5
32	Çalışanlarımız kalite indikatör yönetimi konularında eğitilirler	1	2	3	4	5

33	Hastanemizde her çalışanın yaptığını yazması anlayışı hakimdir	1	2	3	4	5
34	Olay bildirimi için yeterli zamanım yoktur	1	2	3	4	5
35	Hastanemizde beklenen sonuçlardan sapmalar uygun şekilde kaydedilir	1	2	3	4	5
36	Olay bildiriminde yöneticilerimiz tarafından desteklenirim	1	2	3	4	5
37	Kayıtların hasta bakım sürekliliğini sağladığını inanırım	1	2	3	4	5

8.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Ramazan KIRAÇ 1 Aralık 1988 tarihinde Kahramanmaraş Göksun'da dünyaya gelmiştir. İlkokulu Kanlıkavak İlköğretim Okulunda, liseyi Kanlıkavak Musa Ayar Çok Programlı Lisesinde okumuştur. 2008 Yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünü kazanmış ve 2012 yılında mezun olmuştur.

2012 yılında Öğretim Görevlisi Yetiştirme Programı(ÖYP) kapsamında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesini kazanmıştır. Yine aynı yıl içerisinde ÖYP kapsamında yabancı dil eğitimini almak üzere 6 aylığına Marmara Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokuluna görevlendirilmiştir. 2013 Yılında Yılın da ÖYP kapsamında yüksek lisans eğitimini almak üzere Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Anabilim Dalına atanmıştır ve görevine burada devam etmektedir.