



**T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**NEVŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİM VE
HEMŞİRELERİN KALİTE ALGILARININ BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Kamil KOÇ

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN**

**Nevşehir
Temmuz- 2022**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Tezi Hazırlayan

Kamil KOÇ

TEZ YAZIM KILAVUZUNA UYGUNLUK

“Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algılarının Belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu’na uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Danışman

Kamil KOÇ

Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN

KABUL VE ONAY SAYFASI

Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN danışmanlığında Kamil KOÇ tarafından hazırlanan “Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algılarının Belirlenmesi” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

...../...../.....

JÜRİ İMZA

Danışman :

Üye :

Üye :

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun/...../..... tarih ve sayılı Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

.....

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli tez danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN'e, yoğun çalışmalarım sırasında sabır gösterdiği ve bana katlandığı için kıymetli eşim Tansu'ya, sürekli çalışmama izin verdiği için değerli evlatlarım Elif ve Emre'ye, çalışmalarıma desteklerini esirgemeyen müdürüm Dr. Rahim ÜNLÜBAY'a, Hastane Hizmetleri Başkanım Dr. Tarık AKBAŐ'a, Nevşehir Devlet Hastanesi Baőhekimim Uz Dr. Macit YALÇIN'a ve desteklerini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Kamil KOÇ

NEVŞEHİR DEVLET HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİM VE HEMŞİRELERİN KALİTE ALGILARININ BELİRLENMESİ

Kamil KOÇ

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Temmuz 2022

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin kalite algılarının ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Nevşehir Devlet hastanesinde çalışan 125 hekim ve 370 hemşire olmak üzere toplam 495 sağlık çalışanını çalışmaya dahil edildi. Araştırmada kişisel bilgi formu ve Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği kullanılarak veriler toplandı. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının kalite algıları yaş, cinsiyet, unvan, meslek, çalışma süresi gibi demografik faktörlere göre incelendi.

Bulgular: Katılımcıların 106'sı (%29,0) erkek, 259'u (%71,0) kadındı ve yaş ortalaması $34,02 \pm 8,92$ idi. Çalışmaya katılanların toplam ölçek puanı ortancası 240(70-350) idi. Yönetim ve liderlik alt ölçek puanı ortancası 43(12-60), insan kaynakları kullanımı alt ölçek puanı ortancası 45(14-70), kalite eğitimi alt ölçek puanı ortancası 17 (5-25), ölçme ve değerlendirme alt ölçeği puanı ortancası 25(7-35), kurum yararı alt ölçeği puanı ortancası 36(10-50), çalışan yararı alt ölçeği puanı ortancası 50(14-70) ve hasta yararı alt ölçeği puanı ortancası 50(14-70) idi. Kalite algısı ölçeğinin alt ölçeklerinde en yüksek puan çalışan yararı ve kurum yararı alt boyutlarında, en düşük puan ise insan kaynakları yönetimi alt boyutunda saptandı.

Tartışma: Bu çalışmada Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin kalite algısı ve bu algı ile ilişkili faktörler değerlendirilmiştir. Çalışanların kalite algılarının iyi bir düzeyde olduğu söylenebilir. Cinsiyet, meslek, çalışılan birim, mesleğini isteyerek seçme, işinden memnun olma temel olarak toplam kalite algısını etkileyen faktörlerdir. Yaş, medeni durum, hemşirenin görevi, çalışma saatlerinin düzeni ve öncesinde alınan kalite eğitimlerinin toplam kalite algısı üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

Anahtar kelimeler: Kalite, kalite algısı, kalite algı ölçeği, hekim, hemşire

**DETERMINATION OF QUALITY PERCEPTIONS OF PHYSICIANS AND
NURSES WORKING AT NEVSEHIR STATE HOSPITAL**

Kamil KOÇ

**Nevşehir Hacı Bektaş Veli University, Institute of Social Sciences Department of
Health Management M. B. A, July, 2021**

Supervisor: Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the service quality perceptions of physicians and nurses working in Nevşehir State Hospital and the factors affecting them.

Materials and Methods: A total of 495 healthcare professionals, 125 physicians and 370 nurses working in Nevşehir State Hospital, were included in the study. In the study, data were collected by using the personal information form and the Quality Perception Scale of Healthcare Professionals. The quality perceptions of health workers participating in the research were examined according to demographic factors such as age, gender, title, occupation, and working time.

Results: 106 (29.0%) of the participants were male, 259 (71.0%) were female, and the mean age was 34.02 ± 8.92 . The median total scale score of the participants in the study was 240 (70-350). Median management and leadership subscale score is 43(12-60), human resources use subscale score is median 45(14-70), quality education subscale score is median 17 (5-25), measurement and evaluation subscale score is median 25(7-35), the median score of the institution benefit subscale was 36 (10-50), the median score of the employee benefit subscale was 50 (14-70), and the median score of the patient benefit subscale was 50 (14-70). The highest score was found in the employee benefit and corporate benefit sub-dimensions, and the lowest score was found in the human resources management sub-dimension.

Discussion: In this study, the perception of quality of physicians and nurses working in Nevşehir State Hospital and the factors associated with this perception were evaluated. It can be said that the quality perception of the employees is at a good level, but it should be increased even more. Gender, profession, unit of work, choosing the profession voluntarily, being satisfied with the job are basically the factors that affect the total quality perception. Age, marital status, nurse's duty, order of working hours and previous quality trainings do not have a significant effect on total quality perception.

Keywords: Quality, quality perception, quality perception scale, health worker

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	ii
TEZ YAZIM KILAVUZUNA UYGUNLUK.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLOLAR LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1.Sağlıkta Kalite.....	3
1.1.1.Tanım.....	3
1.1.2.Boyutlar.....	4
1.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı.....	5
1.3. Sağlıkta Kalite Algısı.....	7
1.4. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Sistemi.....	8
1.5.Sağlıkta Kalite Standartları.....	8
1.5.1.Kurumsal Hizmetler.....	9
1.5.2.Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler.....	10
1.5.3.Sağlık Hizmetleri.....	11
1.5.4.Destek Hizmetleri.....	11

1.5.5.Gösterge Yönetimi.....	11
1.6.Sağlıkta Kalite Standartlarının Hedefleri	12
1.6.1.Etkililik	12
1.6.2.Etkinlik	13
1.6.3.Verimlilik.....	13
1.6.4.Sağlıklı Çalışma Yaşamı.....	13
1.6.5.Hasta Güvenliği	13
1.6.6.Hakkaniyet.....	14
1.6.7.Hasta Odaklılık	14
1.6.8.Uygunluk	14
1.6.9.Zamanlılık.....	14
1.6.10.Süreklilik.....	14
1.7.Çalışanların Kalite Algılarının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkileri.....	15
1.8.Çalışanların Kalite Algılarını Etkileyen Faktörler	16

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	18
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
2.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	19
2.5.Verilerin Toplanması.....	19
2.6.Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	19
2.7.Araştırmanın Değişkenleri.....	20
2.8.Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
2.9.Araştırmanın Etik İlkeleri.....	20
2.10.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	20

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

SONUÇ.....	42
KAYNAKLAR	43
EKLER.....	47



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	21
Tablo 3.2: Katılımcıların Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı	22
Tablo 3.3: Katılımcıların mesleki memnuniyet özellikleri ve kalite eğitimi alma durumlarına göre dağılımı	23
Tablo 3.4: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği alt boyutları puanlarının dağılımı	24
Tablo 3.5: Katılımcıların Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının alınabilecek toplam puanlara göre dağılımı	25
Tablo 3.6: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı	26
Tablo 3.7: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının cinsiyete göre dağılımı.....	27
Tablo 3.8: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının medeni duruma göre dağılımı	28
Tablo 3.9: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının öğrenim durumuna göre dağılımı	29
Tablo 3.10: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğe göre dağılımı.....	30
Tablo 3.11: Hemşirelerin Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının çalıştığı birime göre dağılımı.....	31
Tablo 3.12: Hemşirelerin Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının göreve göre dağılımı.....	32
Tablo 3.13: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının çalışma saatlerinin düzenine göre dağılımı.....	33
Tablo 3.14: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğini isteyerek seçip seçmeme durumuna göre dağılımı.....	34
Tablo 3.15: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğini yapmaktan memnun olma durumuna göre dağılımı.....	35
Tablo 3.16: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının daha önce kalite ilgili bir eğitim alma durumuna göre dağılımı.....	36

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi 9

Şekil 2: Sağlıkta Kalite Sistemi Hedefleri 12

Şekil 3: Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımları 23



GİRİŞ

Sağlık şüphesiz insan yaşamının vazgeçilmez unsurlarından biridir. Sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde sağlık kurumlarının kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık düzeyine ulaşılmasındaki önemi göz ardı edilemeyecek düzeydedir. Bu nedenle insan hayatında bu kadar önemli bir yere sahip olan sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerin de en üst kalitede olması da bir o kadar önemlidir (Arısoy D, 2017). Sağlık hizmetleri, toplumun ve bireylerin sağlıkla ilgili tüm ihtiyaçlarını karşılayan, yerel, ulusal ve uluslararası tüm sağlık yapılanmasını kapsayan, farklı meslek gruplarının birlikte faaliyet gösterdiği, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri içerisinde bulunduran, sürekli ve sistemli bir şekilde verilen hizmetler bütünüdür (Sağlık Bakanlığı, 2000).

Pek çok alanlarda olduğu gibi sağlık hizmet sunumunda da kalite kavramına olan ilgi gün geçtikçe daha da artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde ilk adım olarak değerlendirilmektedir (Kaya,2013). Sağlık hizmetlerin kalite anlayışı sağlık hizmetinin sunulmasında yer alan tüm paydaşların yani iç müşteri olarak da tanımlanan sağlık çalışanlarının da ihtiyaç ve beklentilerini de gözetmek durumundadır (Yorulmaz ve Piro, 2019). Donabedian'ın yaptığı tanıma göre sağlıkta kaliteli hizmet; hizmet sunumun tüm aşamalarındaki kazanç ve kayıplar dengesi sağlandıktan sonra, hastanın iyilik halinin optimum düzeye ulaşması için gereken hizmettir (Kaya,2013). Kalite kavramı, sağlık sektörünün farklı paydaşları açısından farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme entegre etmenin ve sürdürmenin temelinde hizmet sunumun farklı paydaşlarının beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesi vardır. Sağlık sektöründe malzeme ve iş tedarikçileri, hastalar, ve sağlık çalışanların farklı beklentileri arasında bir denge sağlanmalı ve gereğinde hesap verebilme özelliğine sahip bir sistem oluşturulmalıdır (McGlynn,1997).

Kalite kişiler tarafından oluşturulmuş bir kavram olmasından dolayı kişinin kaliteyi algılama şekli de önem kazanmaktadır. Geçmiş dönemlerde sağlık hizmeti sunucularında müşteri sadece hizmet alan hasta bireyler olarak düşünülürken; günümüzde ise hastalar dışında kalan ve sağlık hizmetinin sunum aşamasında yer alan tüm bireyler yani sağlık çalışanları da bu bağlamda değerlendirilmektedir ve hem sağlık çalışanlarının hem de müşterilerin kalite algısının ne olduğu önem kazanmıştır (Koyuncu,2014).

Özellikle bireyler tarafından algılanan kalite kavramı önem arz etmektedir (Sloot, 2008). Algılanan kalite tüketicinin hizmet veya ürün kullanımı sonrası vardığı kanaatin kişinin algısında oluşum sürecidir (Aktepe ve Baş, 2008). Dolayısıyla kalite algısı hizmete olan talebi de etkileyecektir.

Sağlık hizmetinin sunumunda kalitenin yükseltilmesi için uygun koşullarda hizmet sunulması ve çalışanların koşullarından memnuniyeti vaz geçilmez özelliklerden biridir. Artan çalışan memnuniyeti artmış hizmet kalitesini birlikte getirecektir. Kalite algısı hizmete olan talebi etkileyeceğinden kurumlarda çalışanların kalite algıları değerlendirilmesi; kurumun performansının sürekli olarak güçlendirilmesi ve hizmet sunumu sırasında müşterilerin gereksinimlerinin kalite standartlarına uygun olarak karşılanması ve müşteri memnuniyetinin artırılması çalışmalarının planlanmasına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada Nevşehir Devlet Hastanesi'nde çalışan hekimler ve hemşirelerin hizmet kalite algılarının ve bu algıyı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1.Sağlıkta Kalite

1.1.1.Tanım

Sağlık alanında kalite için çeşitli tanımlar yapılmıştır. Bunlar içerisinde ön plana çıkan tanımların bir kaçı şu şekildedir;

Sağlıkta kalite Donabedian tarafından “hizmet sürecinin tüm aşamalarında beklenen kazanç ve kayıplar dengesinin hesaplanmasının ardından, hastaların iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarma olarak tanımlanmıştır (Donabedian, 1980). ABD Tıp Enstitüsü sağlık hizmetlerinde kaliteyi “bireye ve toplumun tamamına sunulan sağlık hizmetinin, istenilen sağlık düzeyine ulaşma olasılığını artırma ve şuan ki profesyonel bilgilerle tutarlı olma derecesi” olarak tanımlamıştır (Kaya, 2005).

Kalite kavramı, sağlık sektörünün farklı paydaşları açısından farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme entegre etmenin ve sürdürmenin temelinde hizmet sunumun farklı paydaşlarının beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesi vardır. Sağlık sektöründe malzeme ve iş tedarikçileri, hastalar, doktorlar ve diğer sağlık çalışanların farklı beklentileri arasında bir denge sağlanmalı ve gerektiğinde hesap verebilir özelliklere sahip bir sistem oluşturulmalıdır (McGlynn, 1997).

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından kalite, “en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanması” şeklinde tanımlanmıştır (www.saglik.gov.tr, 2009).

1.1.2.Boyutlar

Kaliteye yönelik yapılmış tanımların bir kısmı sağlıkta kalite ile elde edilecek sonuçlara, bir kısmı ise sağlıkta kalitenin bu sonuçlara nasıl ulaşacağına ve kalitenin nasıl elde edileceğine değindiği görülmektedir. Sağlıkta kalitenin ne anlama geldiği sorusu aynı zamanda bu kalitenin nasıl ve ne şekilde ölçülüp değerlendirileceği sorusunu beraberinde getirmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalitenin ne olduğunun ifade edilmesinin yanı sıra kalitenin hangi alt boyutlardan oluştuğu da belirlenmelidir.

Donabedian'a göre, sağlık hizmetlerin kalitenin üç boyutu vardır. Bunlar, teknik boyut, kişilerarası ilişkiler boyutu ve hizmet veren sağlık tesisin konforu olarak tanımlanmaktadır (Donabedian, 1998).

Ovretveit sağlık hizmetlerinde kaliteyi, yönetim kalitesi, müşteri kalitesi ve profesyonel kalite olmak üzere üç ayrı boyutta değerlendirmiştir (Ovretveit, 1998).

Maxwell(Maxwell, 1992) kaliteyi tanımlarken altı boyut üzerinde durmuştur. Etkililik, erişilebilirlik, hakkaniyet, uygunluk kabul edilebilirlik ve verimlilik Maxwell'in ele aldığı boyutlardır.

Lehtinen tarafından hizmet kalitesi; işletme kalitesi, etkileşim kalitesi ve fiziksel kalite olarak üç başlıkta tanımlamıştır (Lehtinen, 1991). Cunningham çalışmasında hastanelerdeki hizmet kalitesini klinik kalite, hasta temelli kalite ve ekonomik temelli kalite olarak üç boyutta altında incelenmiştir (Cunningham, 1991)

Tomes ve Peng Ng çalışmalarında hizmet kalitesini, empati, maliyet, yemek servisi, doktor çevresi, hastaların anlaşılması, karşılıklı saygıya dayalı ilişkiler, dini ihtiyaçlar ve itibar olmak üzere sekiz ayrı başlıkta altında incelemişlerdir (Tomes, 1995).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada hastanelerin hizmet kalitesi teknik boyut ve konaklama boyutu olarak iki başlık altında değerlendirilmiştir. Teknik boyut, hekim ve hemşirelik hizmetlerini kapsamaktadır. Konaklama boyutunda ise yemek, gürültü, oda sıcaklığı, temizlik ve otopark alanı gibi yönetsel faktörler yer almaktadır (Carman, 2000).

1.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık şüphesiz insan yaşamının vazgeçilmez unsurlarından biridir. Sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde sağlık kurumlarının kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık düzeyine ulaşılmasındaki önemi göz ardı edilemeyecek düzeydedir. Bu nedenle insan hayatında bu kadar önemli bir yere sahip olan sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerin de en üst kalitede olması da bir o kadar önemlidir (Arısoy, 2017). Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde ilk adım olarak değerlendirilmektedir (Kaya, 2013). Sağlık hizmetlerin kalite anlayışı sağlık hizmet sunumunda yer alan tüm paydaşların yani iç müşteri olarak da tanımlanan sağlık çalışanlarının da ihtiyaç ve beklentilerini de gözetmek durumundadır (Yorulmaz ve Pirol, 2019). Geçmişte dönemlerde sağlık hizmeti sunucularında müşteri sadece hizmet alan hasta bireyler olarak düşünülürken; günümüzde ise hastalar dışında kalan ve sağlık hizmetinin sunum aşamasında yer alan tüm bireyler yani sağlık çalışanları da bu bağlamda değerlendirilmektedir ve hem sağlık çalışanlarının hem de müşterilerin kalite algısının ne olduğu önem kazanmıştır (Koyuncu, 2014). Tarihi süreç içerisinde sağlık hizmetlerinde kalite kavramının başlangıcı milattan önce V. yüzyılda Hipokrat tarafından yazılan hekimlerin mesleki davranış kurallarının anlatıldığı metinlere kadar dayanmaktadır (Uyar, 2019). Ülkemizde “sağlıkta kalite” kavramı 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile gündeme gelmiştir ve Acil Eylem Planında yer alan “Herkesin Sağlığı” başlığı ile ortaya konulan birtakım standartlar “Sağlıkta Kalite Standartları” başlığı altında sunulmuştur (Oksay, 2016). Sağlık alanında pek çok köklü değişiklik getiren Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında genel sağlık sigortası düzenlemesi yapılmış, sağlık kurumlarının görev ve sorumlulukları yeniden tanımlanmış, devlet hastanelerinin işleyişi yeniden belirlenmiştir. Bunlara ek olarak aile hekimliği işleyişi ve hizmet sunumu güçlendirilmiş, akılcı ilaç ve malzeme kullanımına yönelik sistemler geliştirilmiş ve sağlık çalışanlarının etkili karar verme sürecini destekleyen ve hastaların tıbbi yönetimlerini kolaylaştıran sağlık bilgi sistemleri geliştirilmiş ve sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanılmıştır (Pala, 2016). Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte geliştirilen kalite standartları ülkemizde çok kısa süre içerisinde sağlık kurumların vazgeçilmezleri arasına girmiştir ve başlangıçta sadece devlet hastanelerini kapsayan standartlar daha sonraları tüm sağlık kurumlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Ertaş ve Çelik, 2018). Sağlık

hizmet sunumunda kaliteyi tanımlamak oldukça güç olmakla beraber; sağlık hizmeti sunanların sadece tedavide çok iyi seviyelere gelmesi bile hasta kişiler için yeterli olmayabilmektedir (Uyar, 2019). Sağlık hizmeti alanında yeni uygulanan bir takım politikalarla birlikte; sürekli artış gösteren ve karşılanması mümkün olmayan sağlık harcamalarında bir azalma sağlanması ve düşük kalitedeki sağlık hizmetlerinin daha verimli bir hale getirilmesi amaçlanmıştır (Oksay, 2016). Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde sunulan sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak için; istenmeyen olayların sayısının azaltılması, eğitimsiz ya da eğitim düzeyi düşük çalışan sayısının azaltılması, hastalıkların tanısında kullanılan araç ve gereçlerinin eksikliğini giderilmesi, hastaların gerekli olan ilaçlara ve tedavilere ulaşmasındaki gecikmelerin engellenmesi gibi konulara önem verilmektedir (Avcı, 2018). Sağlık hizmetlerinde kalite; “Sağlık Hizmetleri Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı” şeklinde formülize edilmektedir. Teknik kalite kavramı tanı ve tedavi hizmetlerinin modern tıp biliminin standartlarına uygunluğunu, tedavi sanatı ise hizmet sunulan mekanların genel özelliklerini ve sağlık çalışanlarının hastalara yani müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını içermektedir (Örtlek vd, 2017). Sağlık hizmet sunumunda insan hayatı olduğu ve yapılacak en ufak bir hatanın bile telafisinin mümkün olmayacağı göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanların sürekli bir gelişim sergilemelerinin, sağlık alanındaki yenilikleri yakından takip etmelerinin ve sundukları hizmette üst kaliteyi yakalamaları bir ihtiyaçtan olmaktan çok bir zorunluluk olduğunun farkına varılmaktadır (Oskay, 2019). Sağlık kurumlarında kalite standartlarını yakalamamanın önemi genellikle hastalar ya da kurumlar hayal kırıklığı ve gereksiz zaman kaybı yaşadıklarında ve gereğinden fazla maliyet ile karşılaştıklarında anlaşılmaktadır (Kaya, 2013). Donabedian’ın yaptığı tanıma göre sağlıkta kaliteli hizmet; hizmet sunumun tüm aşamalarındaki kazanç ve kayıplar dengesi sağlandıktan sonra, hastanın iyilik halinin optimum düzeye ulaşması için gereken hizmettir (Donabedian, 1998). Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi; diğer üretim ve hizmet sektörlerinde kalitenin ölçülmesi ile kıyaslandığında daha yeni gündeme gelmiş ve henüz tam olarak olgunlaşmamış bir konu olması nedeniyle sağlıkta kalitenin ölçümünün kendine has yaklaşımları oluşturulmalıdır (Deniz ve Büyük, 2017).

1.3. Sağlıkta Kalite Algısı

Sağlık hizmet sunumunda var olan sınırlı kaynaklara rağmen her geçen gün artan maliyetler ve hastaların beklentilerinin yükselmesi sınırlı kaynakların en verimli şekilde kullanılması için sağlık kurumlarının hizmet kalitelerini lme ve iyileştirmeye odaklanmalarına sebep olmuştur (Abbasi-Moghaddam vd., 2019). Bir ülkenin ekonomik büyümesi ve kaliteli ve sağlam bir sağlık hizmet sunumu birbirini tamamlayan unsurlardır (Kondasani ve Panda, 2016). Üstün kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak ve müşteri memnuniyetini sağlamak sağlık hizmeti sunan kurumlar için temel bir gerekliliktir. Sağlık sektöründe hastaların hizmet kalitesi algısı, hastaneler için büyümenin temel belirleyicilerindedir. Bunun temel sebebi kalite hasta memnuniyetinin sağlanmasıda önemli bir role sahiptir (Kondasani ve Panda, 2016). Hastaların tatmin edilmesi ile şikyetlerinin azalttığı ve böylelikle hastanelerin zaman ve maliyet tasarrufu sağlayabileceği belirtilmiştir. Bu sebepten ötürü, hizmet kalitesinin artırılması her kurum ve kuruluş için aşamalı olarak kritik bir hedef haline gelmiştir. Hizmet kalitesini ve müşteri memnuniyetini artırmak, sağlık hizmet sunucularının başarisının en önemli anahtarı olarak gösterilmiştir (Pramanik, 2016). Hastaların hizmet kalite algıları, hasta memnuniyetleri ve hastane karlılığına ulaşılmasındaki öncelikli rolü nedeniyle bir sağlık hizmet sunucusunun başarisının esas belirleyenidir (Kondasani ve Panda, 2016). Geçmişte yapılan klinik kalite değerlendirmelerinde hastaların görüş ve geri bildirimleri dikkate alınmamaktaydı. Ancak günümüzde, hizmet kalitesinin değerlendirilmesi sürecinde hasta görüş ve önerilerinin önemi vurgulanmaktadır (Abbasi-Moghaddam vd., 2019). Sağlık hizmeti sunucuları olan sağlık çalışanlarının alanlarında uzman olmaları, sağlık hizmeti sunulan ortam ve hizmetlerin zamanlaması, hizmetin güvenilir, doğru, esnek olması ve süreklilik arz etmesi, hastaların sağlık hizmet kalite algısını belirleyen en önemli ölçütlerdir (Güven vd., 2020). Hastaların sağlık hizmet kalitesine bakışlarının öneminin birkaç nedeni vardır. Birincisi, hastanelerde sunulan hizmeti kalitesinin yüksek olması, hastaların memnuniyeti, hizmetleri yeniden tercih etme isteği, doktorların öneri ve tedavilerine uyum gibi konularla ilişkilidir. İkincisi, hastaların geribildirimleri, hastane hizmetlerine yönelik pek çok akreditasyon ve izleme programı için önemlidir. Üçüncüsü, hastalar tarafından algılanan yüksek kalite, sağlık hizmet sunucusunun mali performansını ve karlılığını olumlu bir şekilde etkilemektedir (Abbasi-Moghaddam vd., 2019).

1.4. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Sistemi

Sağlık Bakanlığının 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, hasta ve çalışan güvenliği sağlanırken beraberinde hasta ve çalışan memnuniyetini de sağlayarak sunulan sağlık hizmet kalitesinin en üst seviyeye ulaştırılması amacıyla sağlık hizmetlerinde kalite sistemi hazırlanmıştır. Sağlıkta Kalite Sistemi, sağlık hizmetinin sunulduğu özel, kamu, üniversite ayırmaksızın, birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar bütün sağlık kurumlarını kapsayan bir sistemdir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite sisteminin işleyişi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yer alan “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” hedefleri doğrultusunda 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile uygulanmaya başlanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Farklı kurumların özelliklerine göre kurumlara özel sağlıkta kalite standartlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi, sağlık kurumların bu standartlara uyumlarının değerlendirilmesi ve kalite standartları açısından bilgi ve farkındalık düzeyinin artırılması amacıyla sempozyumlar ve kurslar gibi faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, sağlıkta kalite sisteminin ana unsurlarını oluşturmaktadır. Tüm bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesi sırasında ülkemizin sağlık sisteminin ihtiyaç ve öncelikleri, Dünya Sağlık Örgütü’nün hedefleri ve uluslararası hedefler dikkate alınmaktadır.

1.5.Sağlıkta Kalite Standartları

Ülkemizde sağlık hizmetinin sunulduğu tüm kurumların kalite düzeylerini geliştirmek için “Sağlıkta Kalite Standartları” oluşturulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı temeli atılan sağlıkta kalite çalışmaları sürekli bir değişim ve gelişim kaydetmiştir. Ülkemiz için sağlıkta kalite standartları geliştirilirken ülkenin temel ihtiyaçları, sağlık sistemine yönelik öncelikleri ve dünya genelindeki gelişmeler dikkate alınmaktadır. Kalite standartlarının geliştirilmesi çalışmalarının ilk örneği 2005 yılında yalnızca kamu hastanelerini kapsayan ve 100 standarttan oluşan ve “Versiyon-1” olarak adlandırılan çalışmadır. 2007 yılında bu standartların içeriği geliştirilmiş ve “Versiyon-2” oluşturulmuştur. Bu standartlar 2008 yılında sadece kamu hastanelerini kapsayan “Hizmet Kalite Standartları (Versiyon 3-Kamu)” şeklinde güncellenmiş, 2009 yılında ise üniversite ve özel hastaneleri kapsayan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları (Versiyon 3-Özel)” geliştirilmiştir. (www.saglik.gov.tr, 2009). 2011 yılında bu

çalışmalar birleştirilmiş ve kamu, özel, üniversite hastaneleri için ortak “Hastane Hizmet Kalite Standartları (Versiyon 4)” oluşturulmuştur. 2015 yılında “SKS-Hastane (Versiyon-5) Seti” oluşturularak sağlıkta kalite sistemi tüm hizmet süreçlerini ele alacak şekilde kapsamı geliştirilmiştir. 2020 yılında “SKS Hastane Versiyon-6” yayınlanmış ve tüm hastanelerin kullanımına sunulmuştur (www.saglik.gov.tr,2020). Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi’nin üç yapı taşı bulunmaktadır (Şekil 1). Bunlar;

- Kurumsal Yapı
- Sağlıkta Hizmet Kalitesi
- Klinik Kalite



Şekil 1: Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi
Hastaneler için sağlıkta kalite sistemi 5 farklı boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar;

- Kurumsal Hizmetler
- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
- Sağlık Hizmetleri
- Destek Hizmetleri
- Gösterge Yönetim

1.5.1.Kurumsal Hizmetler

Kalite standartları doğrultusunda yürütülen çalışmaların kurumun her alanına yayılmasını sağlayan kurumsal hizmetler boyutunun ayrı bir özelliği ve önemi vardır. Kurumsal hizmetler boyutunun özelliği ve genel olarak boyut sistematığı, kalite

standartlarının gözden geçirilmesi ve uygulanması safhasında bütünsel bir bakış açısı imkânı sağlar. Bu boyutun alt başlıkları, doküman yönetimi, kalite yönetimi, kurumsal yapı, güvenlik raporlama sistemi, risk yönetimi, sosyal sorumluluk ve acil durum ve afet yönetimi, eğitim yönetiminden oluşmaktadır. Kurumsal hizmetler, kurumsal amaçlara ulaşmak amacıyla görev tanımı, yetkiler, sorumluluklar ve iletişim mekanizmalarının belirlenmesi, hastane iş akışının önceden belirlenmiş bir organizasyon şemasına uygun olarak yürütülmesi ve denetiminin sağlanmasıdır. Hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin ve diğer tüm destek hizmetlerinin, yasal mevzuatlar çerçevesinde yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulmasının ve bu hususun etkin şekilde kontrolünün ve izlenebilirliğinin sağlanması kurumsal hizmetlerin bir parçasıdır. Kurumsal hizmetler ayrıca hastanelerin temel politikaları ve değerlerinin belirlenmesiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları bağlamında kurum yöneticilerine ve çalışanlarına rehberlik edecek ilkelerin tanımlanmasını, hastanede kurumsal iletişim faaliyetlerinin kurum amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesini de kapsamaktadır (www.saglik.gov.tr, 2020).

1.5.2.Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

Sağlık hizmet sunumunda çalışanlar öncelikle zarar verme ilkesini esas alarak hareket zorundadırlar (Kaya, 2013). Sağlık hizmeti sunumu sırasında yapılacak hataların doğrudan veya dolaylı olarak insan sağlığını etkilemesinden ve bu hataların sebep olabileceği geri dönüşsüz komplikasyonların hem hasta güvenliğini hem de çalışan güvenliğini etkileyeceğinden dolayı sağlık hizmeti sunumunda uluslararası düzeyde kabul gören standartlara uygun tedbirlerin alınması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin bu doğrultu sürekli olarak geliştirilmesi gerekmektedir (Gürbüz,2014). Hizmet sunumu sırasında hasta perspektifinden bakılarak, temel hasta hakları ve hasta memnuniyetinin sağlanması ile hizmet verilen tüm alanlarda hasta/hasta yakınının saygı görmesinin ve özenle hizmet almasının sağlanması gerekmektedir. Hasta odaklı bakış, hastanın hastanelerce sunulan hizmetlere zamanında, etkin, etkili ve yeterli şekilde ulaşabilmesine yönelik gereken tüm tedbirlerin alınmasını gerektirir. Hastanın ölmesi durumunda, cenazeye ve yakınına, yeterli saygı ve özen gösterilerek nitelikli bir hizmet sunulmalıdır. Bunların yanı sıra sağlık çalışanları için uygun ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısı sağlanmalıdır (www.saglik.gov.tr, 2020). Sağlıklı çalışma

hayatı, cenaze hizmetleri, hasta deneyimi, hizmete erişim hasta ve çalışan odaklı hizmetlerin alt başlıklarını oluşturmaktadır.

1.5.3.Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmeti, toplumun ve kişilerin sağlık alanındaki ihtiyaçlarını karşılayan, yerel, ulusal ve uluslararası bütün sağlık organizasyonlarını içine alan, farklı meslek gruplarının birlikte faaliyet yürüttüğü, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri kapsayan, sürekli ve sistemli bir şekilde verilen hizmetler bütünüdür (Sağlık Bakanlığı, 2000). Hastanelerde hizmet sunulan tüm hastaların, hizmet sürecinin tüm aşamalarında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlayacak düzeyde ve bilimsel kurallara uygun olarak, aynı standartlarda sağlık bakım hizmeti almaları sağlamalıdır.

1.5.4.Destek Hizmetleri

Destek hizmetlerinin amacı hastanelerin fiziki şartlarını ve teknik altyapısını hasta/ hasta yakınları ve çalışanlar için en uygun hale getirmek, kolay ulaşılabilir ve güvenilir bir şekilde oluşturmaktır. Kurumun tamamında etkin ve sürekli bir temizlik hizmeti sağlayarak hasta/ hasta yakınları ve çalışanların bu anlamda memnuniyetinin sağlanmasıdır. Destek Hizmetlerinin bir başka görev alanı ise çalışan veya hastalara ait kişisel ve tıbbi bilgilerin, hızlı, güvenli ve doğru bir biçimde kaydedilip ve depolanması ve gerektiğinde kolaylıkla ulaştırılmasının sağlanmasıdır. Dış kaynakların kullanımı, tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri, bilgi yönetim sistemi, atık yönetimi, malzeme ve cihaz yönetimi, otelcilik hizmetleri, tesis yönetimi gibi başlıklar destek hizmetleri başlığı altında yer almaktadır (www.saglik.gov.tr, 2020).

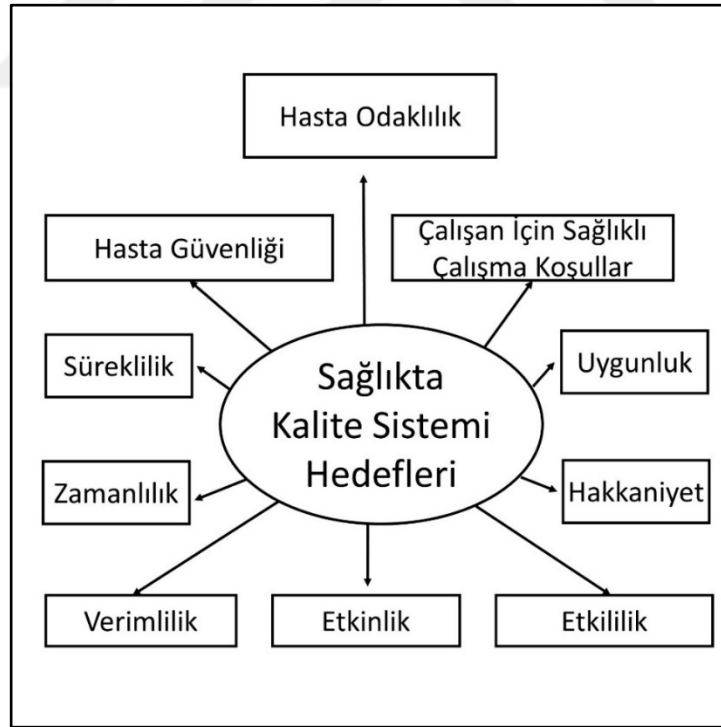
1.5.5.Gösterge Yönetimi

Gösterge yönetiminin amacı uluslararası düzeyde kabul görmüş ve izlenmesi gereken göstergeleri esas alarak kurumlarda gerekli ölçümlerin yapılmasıdır. Ayrıca hastanelerde ölçüm kültürünün oluşturulması için kurumlar arası iş birliği ve kıyaslamalar yaparak, sürdürülebilir bir kalite anlayışını kurumlara kazandırmaktır. Sağlıkta kalite sisteminin bölümlerine yönelik olarak elde edilen veriler aracılığıyla hizmet süreçlerini ve sonuçlarını iyileştirme çalışmalarının yapılmasına olanak sağlamaktır. Klinik göstergeler, bölüm bazlı göstergeler ve göstergelerin izlenmesi başlıkları bu bölüm altında yer almaktadır (www.saglik.gov.tr, 2020).

1.6.Sağlıkta Kalite Standartlarının Hedefleri

Sağlıkta kalite sisteminin hedefleri hastanelerde kalite yönetiminin istikrarlı ve etkili bir biçimde sürdürülebilmesini amaçlamaktadır. Burada temel amaç hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve hasta ve çalışan memnuniyetinin en üst düzeye çıkarılmasıdır. Sağlıkta kalite standartlarının hedefleri hasta odaklılık, etkililik, etkinlik, uygunluk, zamanlılık, hakkaniyet, verimlilik ve süreklilik olarak ortaya konulmuştur. Şekil 2’de Sağlıkta kalite sisteminin temel hedefleri şematize edilmiştir. Hizmet sunumunda üstün kalite ve sıfır hata anlayışının başarılması için ortaya konulan hedeflerin bir bütünlük arz etmesi ve uyumlu olması gerekmektedir. Bu hedefleri iki ayrı kategoride değerlendirmek mümkündür. Birinci bölümdeki hedefler (Etkililik, Etkinlik, Verimlilik ve Sağlıklı Çalışma Yaşamı) doğrudan hizmet sunan kurumun performansı ve sunulan hizmetin özellikleri ile ilişkili hedeflerdir. İkinci bölümdeki hedefler ise (Hasta Güvenliği, Hakkaniyet, Hasta Odaklılık) doğrudan sağlık hizmeti alan kişilerle ilgili hedeflerden oluşmaktadır (www.saglik.gov.tr, 2020).

Şekil 2: Sağlıkta Kalite Sistemi Hedefleri



1.6.1.Etkililik

Sağlık işletmesinin planladığı hedeflere ne derecede ulaşabildiğinin ölçüsüdür. Hastanın sağlık durumunda beklenen iyileşmenin görülmesi etkililiğin bir göstergesidir. Uygulanan herhangi bir sağlık hizmeti eğer hastanın sağlık durumunda

olumlu yönde etki oluşturmuşsa uygulanan hizmetin etkili olduğundan söz edilebilir. Eğer bir sağlık hizmeti hastanın durumunda hiçbir farklılığa sebep olmadıysa bu hizmetin diğer özellikleri tam da olsa o hizmetin etkili olduğundan söz edilemez. Etkililik, sunulan sağlık hizmetinin, idealde olması gereken bir hizmete göre hastanın sağlık durumunda meydana getirdiği değişiklikler esas alınarak değerlendirilir (Yağmurcu, 2015).

1.6.2.Etkinlik

Yerine getirilmesi gereken iş ve görevlerin en doğru şekilde yapılmasıdır. Eldeki imkânlar, kaynaklar ve bilimsel bilgiler dâhilinde, hastaların sağlık durumunun iyileştirilmesi için yapılabileceklerin en iyisinin yapılması kabiliyetidir (Kılçar, 2013). Etkinlik önceden belirlenen standartlara göre uygulanan bir işlemin gerçekleştirildikten sonra, karşılaştırma yöntemi ile değerlendirilen bir ölçüttür. Sağlık hizmetini sunumunda kullanılan girdilerin ne kadar etkili kullanıldığının göstergesidir.

1.6.3.Verimlilik

Ulaşılması planlanan hedeflere, kaliteden ödün vermeden en az maliyetle ve giderle ulaşılmasıdır. Verimlilik, etkin ve etkililiği bir şekilde sunulan bir sağlık hizmetinin üretilmesinde kullanılan kaynakların en düşük maliyetle kullanılmasını ifade etmektedir. Etkili bir sağlık hizmetinin en düşük maliyetlerle üretilmesi ve aynı zamanda en üst düzeyde fayda sağlaması şeklinde de ifade edilebilir. Hizmet sunumunda iki ayrı yöntem eşit derecede etken ve etkili ise, maliyeti daha az olan daha verimli kabul edilir (Kaya, 2013).

1.6.4.Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Sağlık çalışanları için güvenli ve memnun olacakları fiziksel ve sistemsel çalışma ortamları oluşturulmasıdır. Sağlık hizmetinin sunumunda kalitenin yükseltilmesi için uygun koşullarda hizmet sunulması ve çalışanların koşullarından memnuniyeti vaz geçilmez özelliklerden biridir. Artan çalışan memnuniyeti artmış hizmet kalitesini birlikte getirecektir (Kaya, 2013).

1.6.5.Hasta Güvenliği

Sağlık hizmeti alan kişilerin bu hizmeti alırken zarar görebileceği tüm tehlike ve risklerin en aza indirilmesidir. Temel beklentisi sağlık hizmeti almak olan hastaya bu

hizmetin sunumu sırasında zarar verilmemesi ve hastanın zarar göreceği tüm tehlikelerin önceden belirlenip gerekli tedbirlerin alınması kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için oldukça önemli ve gerekli bir hedeftir (Kaya, 2013).

1.6.6.Hakkaniyet

Hizmet alanların tamamının eşit haklardan yararlanması ve herhangi bir ayırım yapılmaksızın sağlık gereksinimlerinin giderilmesidir. Hakkaniyet, bir toplumdaki tüm fertler arasında sağlık hizmetinin ve bu hizmetin faydalarının dağıtılmasında, doğru veya adil olan prensiplere uygunluk olarak tanımlanır. Hakkaniyet kalitesi yüksek bir sağlık hizmetinin önemli bir özelliğidir (Kaya, 2013).

1.6.7.Hasta Odaklılık

Sağlık hizmeti alan hastanın da hizmet sunumuna katılımının sağlanması, hastanın istek ve ihtiyaçlarına öncelik verilmesidir. Hizmet alma talebinde bulunan hastanın almak istediği hizmetten beklentisi öncelikle değerlendirilmeli ve hasta ile birlikte verilen karar süreci sonrasında hastaya uygun görülen tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması esas alınmalıdır (Kaya, 2013).

1.6.8.Uygunluk

Hizmet sunumu sırasında verilen sağlık hizmetinin hastaya zarar vermemesi ve hastanın sağlığına fayda sağlamasıdır. Sunulan sağlık hizmetinin kamu tarafından kabul edilir olması şeklinde ifade edilebilir. Sağlık hizmeti sunan kurumların toplumsal ve kişisel beklentilere, ihtiyaçlara ve isteklerine uygun olması gerekmektedir (Kılçar, 2013).

1.6.9.Zamanlılık

Gerekli olan sağlık hizmetinin en uygun zamanda sunulmasıdır. Sağlık hizmet sunumunda zamansal planlama önemlidir. Erken tanı ve tedavi yöntemlerinin ne kadar hayati olduğu aşikârdır. Tedavi planlarında en uygun zamanın belirlenmesi ve geç kalınmış tedavilerden kaçınılması hasta yararına olacaktır (Kılçar, 2013).

1.6.10.Süreklilik

Sunulan sağlık hizmetinin tedavi ile sınırlı olmayıp tedavi sonrasında da devam edebilmesidir. Sağlık durumu kesintisiz devam eden bir durumdur. Tedavilerin

tamamlanmasından sonra hastanın takiplerinin yapılması, gerekli kontrollerin zamanında planlanması ve tedavinin etkinliğinin izlenmesi için hizmet sunum süreci tedavi tamamlandıktan sonra da devam edebiliyor olmalıdır (Kılçar, 2013).

Sağlık kurumlarının kalite hizmet sunduklarında bahsedebilmek için yukarıda belirtilen hedeflere ulaşmış olmaları gerekmektedir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak ve sağlıkta kalite yönetimi çalışmalarını amacına uygun ve verimli bir şekilde yürütebilmenin bir takım koşulları vardır. Bunlar; hastane kalite düzeyinin ölçülmesi, değişen koşullara uygun olarak sürekli iyileştirme çalışmalarının yapılması, çalışanların görev tanımlarının ayrıntılı ve net bir şekilde belirlenmesi, iletişim yollarının herkese açık olması, hasta ve çalışan memnuniyet ve güvenliğinin sağlanmış olmasıdır (Kılçar, 2013).

1.7.Çalışanların Kalite Algularının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkileri

Bireylerin iş performansını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bireylerin kişilik özellikleri, yaşadıkları çevreye uyum sağlama süreçleri ve yeni bir şey öğrenme süreçleri birbirinden farklıdır. Tüm bu farklılıklar kişilerin bireysel performansında farklılıklara neden olur (Gürbüz, 2014).

Kalite yönetimini en başında insan faktörü yer almaktadır. Kalite yönetiminde yer alan sürekli iyileştirme çalışmaları, sorun analizi ve çözümü, ekip çalışması, hedef belirleme ve kalite sağlama gibi görevlerin kurum çapında yayılımının sağlanması ancak tüm çalışanların katılımıyla sağlanabilir (Ertuğrul vd, 2004). Kalite yönetimi, çalışanların iş ortamında en yüksek iş performansını göstermek istedikleri, yöneticilerin de sistemi sürekli iyileştirmek suretiyle onları desteklemeye gönüllü olduğu bir yapılanma modeline dayalı olarak geliştirilmiştir. Performans ölçümlerinin doğru ve yeterli bir biçimde geri bildirimlerle iletilmesi ve değerlendirilmesi kurumların performansı açısından son derece önem arz etmektedir. Değerlendirme sonuçları doğru yerlere ve kişilere doğru zamanda iletilmelidir ve aynı zamanda hedef ve amaçlarda, plan ve programlarda düzeltici ve geliştirici adımların atılmasına olanak sağlanmalıdır. Bireysel performansların değerlendirilmesi tüm çalışanları kapsamalı, mümkünse en alt birimlere kadar uygulanmalıdır. Performans ölçümleri kişisel performansın geliştirilmesinde önemli bir güç kaynağıdır. Çalışanın başarı gereksinimlerini karşılayacak ödüllendirmeler, çalışanları daha iyiye ulaşmak için

teşvik edicidir. Böylelikle performansı artmış bireyler kurumsal performansı artırır (Gürbüz, 2014).

Sürdürülebilir kalite algısının yüksek olduğu çalışanlarda işlerini daha canlı, istekli yapmaları, çalışırken zamanın nasıl geçtiğini anlayamayacakları kadar yoğunlaşma hissini diğer çalışanlara göre daha fazla olacağı düşünülmektedir. Sürdürülebilir kalite algısıyla çalışmaya tutkunluk arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada Kanten ve Sadullah (Kanten ve Sadullah,2012), çalışma hayatı kalitesi algısının, çalışmaya tutkunluğu pozitif yönde etkilediğini bulmuşlardır. Benzer bir çalışmada Van Bogaert ve ark. (Van Bogaert vd., 2013), çalışanların kaliteli hizmet verme algılarının çalışmaya tutkunluk üzerinde pozitif yönde bir etkisinin olduğunu bildirmiştir. Her iki çalışmada da yer alan algılanan çalışma hayatı kalitesinin, bu çalışmada yer alan sürdürülebilir kalite algısı ile benzer yönleri bulunmaktadır. Waldman (Waldman (1994), toplam kalite yönetiminin çalışma performansına etkisine yönelik geliştirdiği teorik modelle toplam kalite yönetiminin çalışan performansı üzerindeki olumlu etkilerini açıklamıştır.

1.8.Çalışanların Kalite Algılarını Etkileyen Faktörler

İş yaşamı kalitesinin çalışanların genel yaşam doyumlarına, fiziksel ve ruhsal sağlığına önemli etkileri bulunmaktadır (Royuele,2009). Temel insan haklarından biri olan sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı çalışanların sağlıklarını korumanın yanı sıra iş yaşamı kalitesini artırması ve buna bağlı olarak da sunulan hizmetin kalitesinin artması açısından son derece önemlidir. Ancak çalışma ortamlarının değerlendirilmesinin ve pozitif çalışma ortamlarının günümüzde hala yetersiz olduğu görülmektedir (Özkan,2006). İş yaşamı kalitesi, çalışan ile iş ortamı ve çalışma koşulları arasındaki ilişkinin kalitesi ve uyumudur. Amerikan Çalışma Enstitüsü, iş yaşamı kalitesini belirleyen bazı temel özellikleri, işe duyulan ilgi, kariyerdeki hedeflere ulaşabilme olanakları, iş ile ilgili kararlara katılabilme, başarıya göre terfi olanakları, yönetime duyulan güven, kişiye gösterilen saygı, yoğun iş stresinin bulunmaması, maddi açıdan rahatlık, uygun fiziksel çalışma ortamı, yönetici ile uyumlu ilişkiler, işin kişisel yaşam üzerindeki olumlu etkisi ve çalışan-yönetici ilişkilerinde uyum şeklinde sıralamıştır (Erat,2011).Çalışma ortamının fiziksel yapısı, bölümler arası iletişim şekli, meslektaşlar-arası iletişim, çalışma arkadaşlarının yeterliliği ve iş yükü fiziksel/çevresel kaynaklı belirleyicilerdir. İşletimsel belirleyiciler iş akışı, hizmet içi

eğitim, çalışanın gelişimi, ücretlendirme, yan olanaklar, fazla mesai, görev tanımları ve oryantasyon programları olarak sıralanabilir. Yönetimsel belirleyiciler olarak politika ve işlemler, yönetici ve liderlerin yeterliliği, yöneticilerin çalışanlarına karşı adaletli davranışları, yönetim stili ve kararlara katılım ele alınabilir. Çalışanın özerkliği, üstlerinden aldığı destek, çalışanın bireysel yeterliliği, aile ve iş dışı yaşantısından getirdiği stres kaynakları, iş yerinde yükselme beklentisi gibi çalışan kaynaklı bireysel belirleyicilerden de söz edilmektedir. Farklılıkların ise hemşire iş yükü, personel sayısı, bakım kalitesi, fiziksel ve duygusal istismar, meslekte temel eğitim ve sürekli eğitim gibi konularda olduğu dikkati çekmektedir (Uğur,2008).



İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin kalite algılarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü Nevşehir Devlet Hastanesinde uygulanmıştır. Nevşehir Devlet Hastanesi Toplam 357 yatakla hizmet vermektedir. Hastanede 92 poliklinikte ayaktan tedavi yürütülürken 24 saat Acil servis ve Ambulans hizmeti verilmektedir. Hastanede poliklinik hizmeti verilen tüm branşlarda 125 Hekim ve 370 Hemşire görev yapmaktadır. 2019 yılı içerisinde 1.193.540 hasta ayaktan tedavi görmüş olup yıllık hekim başına düşen hasta sayısı 9548 hemşire başına 3225 olarak hesaplanmıştır. Yine aynı yıl içerisinde 29217 hasta yatarak tedavi görmüş olup hekim başına düşen hasta sayısı 233 hemşire başına düşen hasta sayısı 79 olarak hesaplanmıştır. Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan Hekim ve Hemşireler klinikler yoğun bakımlar ve Acil Serviste 24 saat çalışma usulüne Polikliniklerde ise 8 saat çalışma usulüne göre çalışmaktadırlar. Ayrıca hekimler icap nöbeti tutmaktadırlar.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihler arasında Nevşehir Devlet hastanesinde çalışan 125 hekim ve 370 hemşire olmak üzere toplam 495 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, örneklemin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak 57 hekim, 73 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Bu nedenle araştırma grubunu 68 hekim ve 297 hemşire olmak üzere toplam 365 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi, %95 güven aralığında \pm %5 hata payıyla 217 sağlık çalışanı olarak hesaplanmıştır.

2.4.Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hekim ve hemşireler dahil edildi. Hekim ve hemşire dışındaki sağlık çalışanları, çalışmaya katılmaya gönüllü olmayanlar ve veri toplama formlarını eksik dolduranlar çalışma dışı bırakıldı.

2.5. Veri toplama aracı

Araştırmada veriler kişisel bilgi formu ve Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

1.Kişisel Bilgi Formu

Bu form katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, meslektek çalışma süresi, çalıştığı birim ve görevi gibi sosyo demografik bilgileri içeren 16 sorudan oluşmuştur **(EK-1)**

2. Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği(EK-2)

Sağlık çalışanlarının kalite algısını belirlemek amacıyla Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2018 yılında Bayer ve Baykal tarafından yapılan ölçek “Yönetim ve Liderlik (12 madde)”, “İnsan Kaynakları Kullanımı (14 madde)”, “Kalite Eğitimi (5 madde)”, “Ölçme ve değerlendirme (7 madde)” ve “Kalite Uygulamalarının Yararları (32 madde)” olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Kalite Uygulamalarının Yararları da “Çalışan Yararı (8 madde)”, “Hasta Yararı (14 madde)” ve “Kurum Yararı (10 madde)” alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek toplam 70 madden oluşmaktadır. Ölçek Likert tipi 5 basamaklı olup, ifadeler; “kesinlikle katılmıyorum (1) ile “kesinlikle katılıyorum” (5) arasında değer almaktadır. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan toplam puanların düşük olması bireyin kalite algısının olumsuz olduğunu gösterirken, yüksek olması ise kalite algısının olumlu olduğunu belirtmektedir. Ölçekten toplam en düşük 70 en yüksek 350 puan alınabilmektedir.

Bayer ve Baykalın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,94 dır (Bayer ve Baykal, 2018). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı0,98 olarak hesaplandı.

2.6.Veritoplanma Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile 2020 yılı Kasım-Aralık ayı ve 2021 yılı Ocak -Şubat aylarında toplanmıştır.

2.7.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; yaş, cinsiyet, meslek, çalışılan birim, çalışma süresi, çalışma düzeni gibi sosyodemografik özellikleridir. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise; Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarıdır.

2.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS (statistic package for social sciences, Chicago, IL, USA) 22.0 paket programında analiz edildi. Tanımlayıcı veriler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma veya ortanca (min- maks), kategorik değişkenlerde sayı (yüzde) olarak gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-wilk testi ile değerlendirildi. Varyans homojenliği Levene testi ile test edildi. Normal dağılımın sağlanmadığı durumlarda ikili gruplarda Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla olan gruplarda Kruskal Wallis Testi uygulandı. Kruskal Wallis testinde fark çıkması durumunda farkın hangi gruplar arasında olduğu Pairwise analizi ile değerlendirildi. Araştırmada ölçeklerin güvenilirlik katsayısı Cronbach's Alpha (α) yöntemi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin analiz edilmesinde Ki-kare testi uygulandı. $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

2.9.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için; araştırmaya katılacaklardan sözlü ve yazılı onam (**EK-3**) , Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Etik kurul onay no: 2020.17.246) (**EK-4**) ve Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni (izin no: 26171210-929) (**EK-5**) alınmıştır.

2.10.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerle sınırlıdır. Kesitsel bir çalışma olması nedeniyle belli bir dönemdeki kalite algısını göstermektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin kalite algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde verilmiştir.

Tablo 3.1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N: 365)

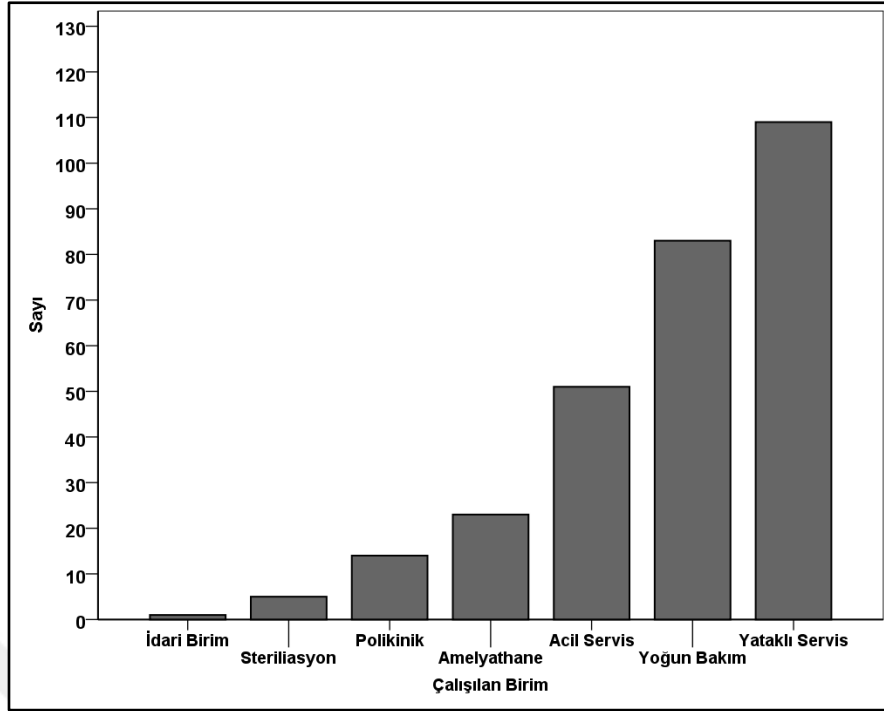
Tanıtıcı Özellik	X±SS
Yaş (yıl)	34,02±8,92
	n (%)
Cinsiyet	
Erkek	106 (%29,0)
Kadın	259 (%71,0)
Medeni durum	
Evli	234 (%64,1)
Bekar	131(%35,9)
Eğitim durumu	
Lise	30(%8,2)
Önlisans	40 (%11,0)
Lisans	228 (%62,5)
Yüksek Lisans	25 (%6,8)
Doktora	42 (%11,5)

Katılımcıların %29,0'u erkek, %71,0'i kadın ve yaş ortalaması 34,02±8,92'dir. Katılımcıların %64,1'i evli, %35,9'u bekar ve %62,5'i lisans mezunudur (Tablo 3.1).

Tablo 3.2: Katılımcıların Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı (N=365)

Özellik	n (%)
Meslek grubu	
Hekim	68 (%18,6)
Hemşire	297 (%81,4)
Çalışma Düzeni	
Sürekli gündüz	131 (%35,9)
Sürekli gece	16 (%4,4)
Vardiya	218 (%59,7)
	X±SS
Toplam çalışma süresi (yıl)	12,71±9,90
Nevşehir Devlet Hastanesindeki çalışma süresi (yıl)	6,92±7,46
Son çalıştığı birimdeki çalışma süresi (yıl)	4,85±5,87

Tablo 3.2’de katılımcıların çalışma yaşamına ilişkin özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Katılımcıların %18,6’sı hekim, %81,4’ü hemşiredir. Katılımcıların meslekte toplam çalışma süresi ortalaması 12,71±9,90 yıl, Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışma süresi ortalaması 6,92±7,46 yıl ve en son çalıştıkları birimde çalışma süresi ortalaması 4,85±5,87 yıl olarak belirlendi. Katılımcıların %35,9’u sürekli gündüz, %4,4’ü sürekli gece ve %59,7’si vardiya usulü çalışmaktaydı.



Şekil 3: Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımları

Şekil 3'te katılımcıların çalıştıkları birimlere göre dağılımları görülmektedir. Katılımcıların 109'u yataklı servislerde, 83'ü yoğun bakımda, 51'i acil serviste çalışmaktadır (Şekil 3).

Tablo 3.3: Katılımcıların mesleki memnuniyet özellikleri ve kalite eğitimi alma durumlarına göre dağılımı (N: 365)

		n	%
Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	Evet	278	76,2%
	Hayır	87	23,8%
Mesleğinizi yapmaktan memnun musunuz?	Evet	258	70,7%
	Hayır	107	29,3%
Mesleğinizle ilişkili herhangi derneğine üye misiniz?	Evet	127	34,8%
	Hayır	238	65,2%
Daha önce hiç kalite ile ilgili eğitimi aldınız mı?	Evet	253	69,3%
	Hayır	112	30,7%

Katılımcıların mesleki memnuniyet özellikleri ve kalite eğitimi alma durumlarına göre dağılımı Tablo 3.3’de verilmiştir. Tablo 3’e göre katılımcıların %76,2’sinin mesleğini isteyerek seçtiği, %70,7’sinin mesleğini yapmaktan memnun olduğu, %34,8’inin mesleğiyle ilgili bir derneğe üye olduğu ve %69,3’ünün daha önce kalite ilgili bir eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 3.3).

Tablo 3.4: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı

	Ortanca	Minimum	Maksimum
Yönetim ve Liderlik	43,00	12,00	60,00
İnsan kaynakları kullanımı	45,00	14,00	70,00
Kalite eğitimi	17,00	5,00	25,00
Ölçme ve değerlendirme	25,00	7,00	35,00
Kurum yararı	36,00	10,00	50,00
Çalışan yararı	29,00	8,00	40,00
Hasta yararı	50,00	14,00	70,00
Toplam ölçek puanı	240,00	70,00	350,00

Tablo 3.4’te Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği alt boyutları puanlarının dağılımı görülmektedir. Katılımcıların toplam ölçek puanı ortancası 240(70-350), Yönetim ve liderlik alt boyutu puanı ortancası 43 (12-60), insan kaynakları kullanımı alt boyutu puanı ortancası 45 (14-70), kalite eğitimi alt boyutu puanı ortancası 17 (5-25), ölçme ve değerlendirme alt boyutu puanı ortancası 25 (7-35), kurum yararı alt boyutu ortancası puanı 36 (10-50), çalışan yararı alt boyutu ortancası puanı 50(14-70) ve hasta yararı alt boyutu puanı ortancası 50 (14-70) olarak belirlendi.

Tablo 3.5: Katılımcıların Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının alınabilecek toplam puanlara göre dağılımı

	Alınan ortalama puan	Toplam alınabilecek puan	Oran (%)
Yönetim ve Liderlik	42	60	%71
İnsan kaynakları kullanımı	49	70	%64
Kalite eğitimi	17	25	%68
Ölçme ve değerlendirme	25	35	%71
Kurum yararı	36	50	%72
Çalışan yararı	29	40	%72
Hasta yararı	50	70	%71
Toplam ölçek puanı	247	350	%68

Tablo 3.5'te Katılımcıların Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının alınabilecek toplam puanlara göre oranlarının dağılımı görülmektedir. Buna göre katılımcıların toplam kalite algısı puanları %68 düzeyindedir. En düşük alt boyut puanı ortalaması %64 oranıyla insan kaynakları kullanımında iken en yüksek alt boyut puanı ortalaması %72 oranıyla çalışan yararı ve kurum yararı alt boyutlarındadır (Tablo 4).

Tablo 3.6: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı

	Yaş Grupları									p
	18-35 yaş			36-45 yaş			45 yaş üstü			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	42,00	12,00	60,00	44,00	12,00	60,00	45,00	13,00	60,00	0,711
İnsan kaynakları kullanımı	49,50	15,00	70,00	45,50	14,00	70,00	38,00	14,00	70,00	^a 0,010
Kalite eğitimi	17,00	5,00	25,00	17,00	5,00	25,00	15,00	5,00	25,00	0,127
Ölçme ve değerlendirme	25,00	7,00	35,00	26,00	7,00	35,00	22,00	9,00	35,00	0,372
Kurum yararı	36,00	10,00	50,00	37,00	10,00	50,00	34,00	10,00	50,00	0,157
Çalışan yararı	29,00	8,00	40,00	29,00	8,00	40,00	26,00	11,00	40,00	0,328
Hasta yararı	50,00	14,00	70,00	52,00	14,00	70,00	45,00	20,00	70,00	0,139
Toplam ölçek puanı	247,00	79,00	350,00	245,00	70,00	350,00	225,00	108,00	348,00	0,199

Kruskal Wallis Test

^a 18-35 yaş-36-45 yaş için p=0,327, 18-35 yaş ile 45 yaş üstü için p=0,002, 36-45 yaş ile 45 yaş üstü için p=0,015,

Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 5’de verilmiştir. Katılımcıların toplam ölçek puanı ortancası 18-35 yaş arasında 247(79-350), 36-45 yaş arasında 245(70-350) ve 45 yaş üstünde 225(108-348) olarak belirlendi ve Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ile yaş gruplarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p=0,199). Katılımcıların yönetim ve liderlik alt boyutu puanı ortancası 18-35 yaş arasında 42 (12-60), 36-45 yaş arasında 44 (12-60) ve 45 yaş üstünde 45 (13-60) idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,711). İnsan kaynakları kullanımı alt boyutu puanı ortancası 18-35 yaş arasında 49,5 (15-70), 36-45 yaş arasında 45,5 (14-70) ve 45 yaş üstünde 38 (14-70) idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,010). 45 yaş üstünde insan kaynakları kullanımı ölçek puanı 18-35 yaş arasındakilerden ve 36-45 yaş arasındakilerden anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla p=0,002 ve p= 0,015). Kalite eğitimi alt boyutu puanı ortancası yaş gruplarında benzerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,127). Ölçme ve değerlendirme alt boyutu puanı ortancası

açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,372$). Kurum yararı, çalışan yararı ve hasta yararı alt boyutu puanları ortancası ile yaş gruplarına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,157$, $p=0,328$ ve $p=0,139$) (Tablo 3.6).

Tablo 3.7: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının cinsiyete göre dağılımı

	Cinsiyet						p
	Erkek			Kadın			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	41,00	12,00	60,00	44,00	13,00	60,00	0,097
İnsan kaynakları kullanımı	42,00	14,00	70,00	47,00	14,00	70,00	0,070
Kalite eğitimi	15,00	5,00	25,00	17,00	5,00	25,00	0,006
Ölçme ve değerlendirme	23,00	7,00	35,00	26,00	7,00	35,00	0,026
Kurum yararı	33,50	10,00	50,00	36,00	10,00	50,00	0,060
Çalışan yararı	26,00	8,00	40,00	29,00	8,00	40,00	0,034
Hasta yararı	46,50	14,00	70,00	52,00	14,00	70,00	0,016
Toplam ölçek puanı	230,00	70,00	350,00	250,00	102,00	348,00	0,020

Mann Whitney U Test

Tablo 3.7’de Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının cinsiyete göre dağılımı görülmektedir. Tablo 6’da belirtildiği gibi; ölçek toplam puanı ortancası erkeklerde 230 (70-350), kadınlarda 250(102-348), kadınlarda erkeklere göre ölçek toplam puanı ortancası daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,020$). Yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı ve kurum yararı alt boyutu puanları ortanca değerleri ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,097$, $p=0,070$ ve $p=0,060$). Kalite eğitimi alt boyutu puanı ortancası erkeklerde 15(5-25), kadınlarda 17(5-25) idi ve kalite eğitimi alt boyutu puanı ortancası ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,006$). Ölçme ve değerlendirme alt boyut puanı ortancası erkeklerde 23 (7-35), kadınlarda 26(7-35) idi

ve ölçme ve değerlendirme alt boyut puanı ortancası ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,026$). Erkeklerde çalışan yararı alt boyutu puanı ortancası 26 (8-40), kadınlarda 29 (8-40) idi ve çalışan yararı alt boyutu puanı ortancası ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,034$). Katılımcıların hasta yararı alt boyut puan ortancası erkeklerde 46(14-70), kadınlarda 52 (14-70) idi ve hasta yararı alt boyut puan ortancası ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,016$)

Tablo 3.8: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının medeni duruma göre dağılımı

	Medeni Durum						p
	Bekar			Evli			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	44,00	12,00	60,00	43,00	12,00	60,00	0,961
İnsan kaynakları kullanımı	49,00	15,00	70,00	43,00	14,00	70,00	0,085
Kalite eğitimi	17,00	5,00	25,00	16,00	5,00	25,00	0,339
Ölçme ve değerlendirme	26,00	9,00	35,00	24,00	7,00	35,00	0,091
Kurum yararı	36,00	10,00	50,00	35,00	10,00	50,00	0,671
Çalışan yararı	30,00	8,00	40,00	28,00	8,00	40,00	0,314
Hasta yararı	52,00	14,00	70,00	50,00	14,00	70,00	0,468
Toplam ölçek puanı	252,00	85,00	350,00	237,00	70,00	350,00	0,324

Mann Whitney U Test

Tablo 3.8’de Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının medeni duruma göre dağılımları görülmektedir. Katılımcıların ölçek toplam puanı ortancası bekârlarda 252(85-350), evlilerde 237(70-250) idi. Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanları ile medeni durum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,005$) (Tablo 3.7).

Tablo 3.9: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının öğrenim durumuna göre dağılımı

	Öğrenim Durumu									p
	Lise			Önlisans-Lisans			Yükseklisans-Doktora			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	40,00	18,00	60,00	43,00	12,00	60,00	46,00	12,00	60,00	0,278
İnsan kaynakları kullanımı	47,00	20,00	70,00	44,00	14,00	70,00	51,00	14,00	70,00	0,142
Kalite eğitimi	17,00	8,00	25,00	17,00	5,00	25,00	17,50	5,00	25,00	0,669
Ölçme ve değerlendirme	25,50	9,00	35,00	24,00	7,00	35,00	26,00	7,00	35,00	0,422
Kurum yararı	37,00	20,00	50,00	35,00	10,00	50,00	37,00	10,00	50,00	0,307
Çalışan yararı	29,00	12,00	40,00	28,00	8,00	40,00	29,00	8,00	40,00	0,511
Hasta yararı	52,00	28,00	70,00	50,00	14,00	70,00	50,50	14,00	70,00	0,965
Toplam ölçek puanı	248,00	125,00	350,00	238,00	79,00	350,00	252,50	70,00	350,00	0,265

Kruskal Wallis Test

Tablo 3.9’da Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının öğrenim durumuna göre dağılımı verilmiştir. Katılımcıların toplam ölçek puanı ve alt boyut puanları ile öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,005$) (Tablo 3.8).

Tablo 3.10: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğe göre dağılımı

	Meslek						p
	Hekim			Hemşire			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	46,00	12,00	60,00	42,00	12,00	60,00	0,099
İnsan kaynakları kullanımı	52,00	14,00	70,00	44,00	14,00	70,00	0,006
Kalite eğitimi	18,00	5,00	25,00	17,00	5,00	25,00	0,226
Ölçme ve değerlendirme	26,00	7,00	35,00	24,00	7,00	35,00	0,110
Kurum yararı	38,00	10,00	50,00	35,00	10,00	50,00	0,046
Çalışan yararı	30,00	8,00	40,00	28,00	8,00	40,00	0,084
Hasta yararı	52,00	14,00	70,00	50,00	14,00	70,00	0,461
Toplam ölçek puanı	256,00	70,00	350,00	237,50	79,00	350,00	0,032

Mann Whitney U Test

Tablo 3.10’da Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğe göre dağılımı görülmektedir. Hekimlerin ölçek toplam puanı ortancası 256 (70-350), hemşirelerin 237(79-350) idi ve meslek grupları ile ölçek toplam puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı ($p=0,032$). Ölçek alt boyutlarından insan kaynakları kullanımı alt boyutu puanı ortancası hekimlerde 52 (14-70), hemşirelerde 44 (14-70) idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,006$). Meslek grupları ile yönetim ve liderlik, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, kurum yararı, çalışan yararı ve hasta yararı alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,005$) (Tablo 3.9).

Tablo 3.11: Hemşirelerin Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının çalıştığı birime göre dağılımı

	Hemşirelerin Çalıştığı Birim												P
	Acil Servis			Yataklı Servis			Yoğun Bakım			Ameliyathane			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	47,00	16,00	60,00	44,00	14,00	60,00	39,50	16,00	60,00	41,00	19,00	58,00	0,057
İnsan kaynakları kullanımı	47,00	18,00	70,00	47,00	15,00	69,00	44,00	15,00	70,00	34,00	23,00	68,00	^a 0,034
Kalite eğitimi	17,00	5,00	25,00	18,00	5,00	25,00	15,00	5,00	25,00	15,00	7,00	24,00	^b 0,002
Ölçme ve değerlendirme	25,00	11,00	35,00	26,00	7,00	35,00	22,00	7,00	35,00	23,00	13,00	29,00	^c 0,030
Kurum yararı	36,00	10,00	50,00	37,00	10,00	50,00	30,00	10,00	50,00	32,00	14,00	50,00	^d 0,039
Çalışan yararı	28,00	13,00	40,00	29,00	8,00	40,00	25,00	8,00	40,00	27,00	11,00	37,00	0,122
Hasta yararı	51,00	20,00	70,00	52,00	14,00	70,00	45,00	14,00	70,00	50,00	21,00	67,00	0,088
Toplam ölçek puanı	240,00	127,00	350,00	252,00	79,00	348,00	222,50	119,00	346,00	221,00	108,00	285,00	^e 0,021

Kruskal Wallis Test

^a ameliyathane-yataklı servis p=0,011, ameliyathane acil servis p=0,013

^b yoğun bakım- yataklı servis p=0,002, yoğun bakım acil servi p<0,001

^c yoğun bakım- yataklı servis p=0,016, yoğun bakım acil servi p=0,009

^d yoğun bakım- yataklı servis p=0,009, yoğun bakım acil servi p=0,030

^e yoğun bakım- yataklı servis p=0,010, yoğun bakım acil servi p=0,010

Tablo 3.11’de hemşirelerin Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının çalıştığı birime göre dağılımı incelenmiştir. Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin çalıştığı birim arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,021). Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin toplam ölçek puanları acil servis ve yataklı serviste çalışan hemşirelerden anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla p=0,010 ve p= 0,010). İnsan kaynakları kullanımı alt boyutu puanı hemşirelerin çalıştığı birim arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,034). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin insan kaynakları kullanımı ölçek puanı yataklı servislere ve acil serviste çalışan hemşirelerden anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla p=0,011 ve p=0,013). Kalite eğitimi alt boyutu puanı yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerde acil serviste ve yataklı serviste çalışan hemşirelerden anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla p<0,001 ve p=0,002). Ölçme ve değerlendirme alt boyutu puanı yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerde acil serviste ve yataklı serviste çalışan hemşirelerden anlamlı olarak daha

düşüktü (sırasıyla $p=0,009$ ve $p=0,016$). Kurum yararı alt ölçek puanları yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerde acil serviste ve yataklı serviste çalışan hemşirelerden anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla $p=0,030$ ve $p=0,009$). Yönetim ve liderlik, çalışan yararı ve hasta yararı alt boyutları puanları ile hemşirelerin çalıştığı birimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,005$) (Tablo 3.11).

Tablo 3.12: Hemşirelerin Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının göreve göre dağılımı

	Hemşirenin Görevi						p
	Sorumlu Hemşire			Klinik Hemşiresi			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	48,00	18,00	60,00	41,50	12,00	60,00	0,096
İnsan kaynakları kullanımı	46,00	28,00	70,00	44,00	14,00	70,00	0,817
Kalite eğitimi	19,00	10,00	25,00	16,00	5,00	25,00	0,091
Ölçme ve değerlendirme	26,00	16,00	35,00	24,00	7,00	35,00	0,135
Kurum yararı	37,00	21,00	48,00	35,00	10,00	50,00	0,256
Çalışan yararı	31,00	18,00	40,00	28,00	8,00	40,00	0,101
Hasta yararı	56,00	34,00	70,00	50,00	14,00	70,00	0,069
Toplam ölçek puanı	257,00	171,00	348,00	235,50	79,00	350,00	0,143

Mann Whitney U Test

Tablo 3.12’de hemşirelerin Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının göreve göre dağılımı görülmektedir. Hemşirelerin ölçek toplam puanı ortancası sorumlu hemşire olarak çalışanlarda 257(171-348), klinik hemşiresi olarak çalışanlarda 235(79-350) idi ve arada anlamlı bir fark yoktu ($p=0,143$). Hemşirelerin görevlerine göre alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,005$) (Tablo 3.11).

Tablo 3.13: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının çalışma saatlerinin düzenine göre dağılımı

	Çalışma Saatlerinin Düzeni									p
	Sürekli Gündüz Mesai			Sürekli Gece Mesai			Vardiya Usulü Mesai			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	44,00	13,00	60,00	42,50	12,00	60,00	45,00	31,00	58,00	0,274
İnsan kaynakları kullanımı	43,00	14,00	70,00	46,00	14,00	70,00	51,50	28,00	60,00	0,410
Kalite eğitimi	17,00	5,00	25,00	16,00	5,00	25,00	20,00	8,00	25,00	0,065
Ölçme ve değerlendirme	25,00	11,00	35,00	24,00	7,00	35,00	26,00	11,00	31,00	0,812
Kurum yararı	35,00	14,00	50,00	36,00	10,00	50,00	40,00	24,00	50,00	0,112
Çalışan yararı	28,50	11,00	40,00	28,50	8,00	40,00	30,00	12,00	34,00	0,736
Hasta yararı	50,00	21,00	70,00	50,00	14,00	70,00	52,00	22,00	70,00	0,903
Toplam ölçek puanı	240,00	108,00	350,00	240,00	70,00	350,00	271,50	148,00	294,00	0,318

Kruskal Wallis Test

Tablo 3.13’de katılımcıların Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının çalışma saatlerinin düzenine göre dağılımı görülmektedir. Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanları ile çalışma saatlerinin düzeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,005$) (Tablo 3.13).

Tablo 3.14: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğini isteyerek seçip seçmeme durumuna göre dağılımı

	Mesleğini isteyerek seçme durumu						p
	Evet			Hayır			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	45,00	12,00	60,00	39,00	12,00	60,00	0,019
İnsan kaynakları kullanımı	48,00	14,00	70,00	39,00	14,00	70,00	<0,001
Kalite eğitimi	17,00	5,00	25,00	15,00	5,00	25,00	0,020
Ölçme ve değerlendirme	26,00	7,00	35,00	23,00	7,00	35,00	0,015
Kurum yararı	37,00	10,00	50,00	34,00	10,00	50,00	0,014
Çalışan yararı	29,00	8,00	40,00	27,00	8,00	40,00	0,039
Hasta yararı	51,00	14,00	70,00	49,00	14,00	70,00	0,192
Toplam ölçek puanı	248,50	85,00	350,00	228,00	70,00	350,00	0,007

Mann Whitney U Test

Tablo 3.14’de Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğini isteyerek seçme durumuna göre dağılımı görülmektedir. Mesleğini isteyerek seçenlerin ölçek toplam puanı ortancası 248 (85-350), isteyerek seçmeyenlerin 228 (70-350) idi ve ölçek toplam puanı ile mesleğini isteyerek seçip seçmeme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,007$). Yönetim ve liderlik alt boyutu ortanca puanı mesleğini isteyerek seçenlerde 45(12-60), isteyerek seçmeyenlerde 39 (12-60) idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,019$). İnsan kaynakları alt boyutu ortanca puanı mesleğini isteyerek seçenlerde 48 (14-70), isteyerek seçmeyenlerde 39(14-70) idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,001$). Katılımcıların kalite eğitimi alt boyutu ortanca puanı mesleğini isteyerek seçenlerde 17(5-25), isteyerek seçmeyenlerde 15 (5-25) idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,020$). Ölçme değerlendirme alt boyutu ortanca puanı mesleğini isteyerek seçenlerde 26 (7-35), isteyerek seçmeyenlerde 23 (7-35) idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulundu($p=0,015$). Kurum yararı ve çalışan yararı alt boyutu puanları mesleğini isteyerek seçenlerde anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,014$ ve $p=0,039$). Hasta yararı alt boyutu puanı mesleğini isteyerek ve istemeyerek seçenlerde benzerdi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,192$) (Tablo 3.14).

Tablo 3.15: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğini yapmaktan memnun olma durumuna göre dağılımı

	Mesleğini yapmaktan memnun olma durumu?						p
	Evet			Hayır			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	46,00	12,00	60,00	37,00	12,00	60,00	<0,001
İnsan kaynakları kullanımı	49,00	14,00	70,00	37,00	14,00	70,00	<0,001
Kalite eğitimi	18,00	5,00	25,00	15,00	5,00	25,00	<0,001
Ölçme ve değerlendirme	26,00	7,00	35,00	21,00	7,00	35,00	0,001
Kurum yararı	37,00	10,00	50,00	31,00	10,00	50,00	<0,001
Çalışan yararı	30,00	8,00	40,00	25,00	8,00	40,00	<0,001
Hasta yararı	52,00	14,00	70,00	44,00	14,00	70,00	<0,001
Toplam ölçek puanı	256,00	85,00	350,00	214,00	70,00	350,00	<0,001

Mann Whitney U Test

Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının mesleğini yapmaktan memnun olma durumuna göre dağılımı Tablo 3.15'te verilmiştir. Toplam ölçek puanı ortancası mesleğini yapmaktan memnun olanlarda 256(85-350), mesleğini yapmaktan memnun olmayanlarda 214 (70-350) idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0,001$). Ölçeğin tüm alt boyutlarının ortanca puanları ile mesleğinden memnun olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,001$) (Tablo 3.15).

Tablo 3.16: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının daha önce kalite ilgili bir eğitim alma durumuna göre dağılımı

	Daha önce kalite ile ilgili eğitimi alma durumu						p
	Evet			Hayır			
	Ortanca	Min.	Maks.	Ortanca	Min.	Maks.	
Yönetim ve Liderlik	43,00	12,00	60,00	46,00	12,00	60,00	0,431
İnsan kaynakları kullanımı	42,00	14,00	70,00	50,00	14,00	70,00	0,001
Kalite eğitimi	17,00	5,00	25,00	17,00	5,00	25,00	0,971
Ölçme ve değerlendirme	24,00	7,00	35,00	26,00	7,00	35,00	0,041
Kurum yararı	35,00	10,00	50,00	37,00	10,00	50,00	0,136
Çalışan yararı	28,00	8,00	40,00	29,00	8,00	40,00	0,297
Hasta yararı	50,00	14,00	70,00	53,00	14,00	70,00	0,132
Toplam ölçek puanı	238,00	79,00	350,00	258,00	70,00	350,00	0,061

Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanlarının daha önce kalite ilgili bir eğitim alıp almama durumuna göre dağılımı Tablo 3.16’da verilmiştir. Katılımcılardan daha önce kalite ilgili bir eğitim alanların toplam ölçek puanı ortancası 238 (79-350), eğitim almayanların ise 258 (70-350) idi ve arada anlamlı bir fark yoktu ($p=0,061$). Yönetim ve liderlik, kalite eğitimi, kurum yararı, çalışan yararı ve hasta yararı alt boyutları puanları ile daha önce kalite ilgili bir eğitim alıp almama durumu arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,005$). Eğitim alanların insan kaynakları kullanımı alt ölçek puanları ve ölçme değerlendirme alt ölçek puanları eğitim almayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,041$).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin kalite algısı ve bu algı ile ilişkili faktörler değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın sonucunda kalite algısı ölçeğinin alt ölçeklerinde en yüksek puan çalışan yararı ve kurum yararı alt boyutlarında, en düşük puan ise insan kaynakları yönetimi alt boyutunda saptanmıştır. Cinsiyet, meslek, çalışılan birim, mesleğini isteyerek seçme, işinden memnun olma temel olarak toplam kalite algısını etkileyen faktörler olarak saptanırken, yaş, medeni durum, hemşirenin görevi, çalışma saatlerinin düzeni ve öncesinde alınan kalite eğitimlerinin toplam kalite algısı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptandı.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının kalite algı ölçeğinden aldıkları toplam puan ortancası 247 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 70, en yüksek 350 puandır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ortalamasının üzerindedir. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının kalite algılarının olumlu olduğu tespit edilmiştir. Bayer'in (2016) ve Hupal'ın (2019) çalışmalarında da sağlık çalışanlarının kalite algılarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, "Hasta Yararı" alt boyutu puan ortancası (50) en yüksek ortancaya sahipken, "Kalite eğitimi" alt boyutu puan ortancası (17) ise en düşük puan ortancasına sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın bu sonucu Sağlıkta Kalite Standartlarına yönelik olarak hasta yararı algısının olumlu olduğunu göstermektedir. Bu da hem insan hakları hem de hasta hakları açısından olumlu bir durumdur. "Kalite Eğitimi" alt boyutunun en düşük puan ortancasına sahip olmasının nedeni Sağlıkta Kalite Standartlarına yönelik yapılan hizmet içi eğitim uygulamalarının çalışanlar tarafından olumlu algılanmaması olabilir.

Genellikle çalışanların bilişsel performanslarında yaşlanmayla önemli bir düşüş olmamaktadır. Ancak bununla birlikte, genellikle işyerlerinde daha yaşlı çalışanların uygulamalarda daha az esnek davrandığı, yeni teknolojilere uyum sağlamada sorunlar yaşadığı, işbirliği yapmaya ve yeni beceriler öğrenmeye karşı daha az istekli oldukları bilinmektedir (Beier ve Ackerman, 2005). Çalışmada toplam ölçek puanı 18-35 yaş arasında ortanca 247(79-350), 36-45 yaş arasında ortanca 245(70-350) ve 45 yaş üstünde ortanca 225(108-348) olarak saptandı. Bu çalışmada çalışanların kalite algıları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yaş arttıkça kalite algısı puanının düştüğü, en düşük puanın 45 yaş ve üzerindekilerde olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın bu sonucu yaş arttıkça kalite algısının düştüğünü göstermektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Yorulmaz ve Piro'ün çalışmasında (Yorulmaz ve Piro, 2019) kalite algısının tüm alt boyutlarında sağlık çalışanları arasında en genç grubu oluşturan 18-24 yaş arasındaki çalışanlarda kalite algısı puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Alt ölçeklerden ise sadece insan kaynakları kullanımı algısının 45 yaş ve üzerinde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı. Hastanenin her biriminde her yaştan sağlık çalışanı bulunması ve bu çalışanların çalıştıkları birimlerde eşit miktarda iş paylaşımına uyması ve kalite çalışmalarında da benzer oranda sorumluluk alması kişinin bakış açısında önemli bir demografik faktör olan yaş kriterinin çalışmamızda olduğu gibi kalite algısı üzerinde bir etkisinin olmasına sebep olmuş olasılığı yüksektir.

Bu çalışmada toplam kalite ölçek puanı erkeklerde 230(70-350), kadınlarda 250(-102-348) idi ve kadınlarda anlamlı olarak daha yüksekti. Çalışmamızda kadınların kalite algısının daha yüksek olduğu, alt boyutlar açısından ise kalite eğitimi, ölçme değerlendirme, kurum ve çalışan yararı alt boyutlarında kadınların daha yüksek düzeyde algıya sahip oldukları saptandı. Erkek ve kadın sağlık çalışanlarının iş yapma alışkanlıkları, olaylara bakış açıları ve örgütsel davranış farklılıkları, cinsiyetin kalite algısı ve beklentisini etkileyen önemli bir demografik özellik olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra diğer pek çok sektöre göre sağlık sektöründe çalışanların çoğunluğunun kadın olması, çalışmamızda değerlendirilen meslek grubunun hemşire olması ve hemşirelik mesleğinin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluşması çalışmamızın sonuçlarına ayrı bir boyut katmaktadır. Kadın sağlık çalışanların kurallara uyma konusunda daha titiz olması ve erkeklere göre hastane kalite çalışmalarına daha fazla katılmaları ayrıca bu sonuçlara neden olmaktadır. Bu

bağlamda çalışmamızın sonuçları Örtlek ve ark. (Örtlek vd., 2017) tarafından yapılan ve kadın sağlık çalışanlarının hastane kalite çalışmalarına katılımlarının ve kalite algılarının daha yüksek olduğunun gösterildiği çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların toplam ölçek puanı bekârlarda ortanca 252(85-350), evlilerde 237(70-250) olarak saptandı. Çalışmamızda çalışanların medeni durumlarının kalite algısı ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşıldı. Örtlek ve ark. (Örtlek vd., 2017) çalışmasında bekâr, ve genç çalışanların evli, yaşça büyük ve kıdemli çalışanlarla kıyaslandığında yöneticileriyle olan ilişki kalitesinden daha yüksek düzeyde memnun oldukları gösterilmiştir. Evli bireylerin bekâr bireylere göre iş yaşamı dışında daha farklı sorumluluk alanlarının olması, daha olgun ve tecrübeli gibi görünmeleri kalite algısı ve beklentisi üzerinde medeni durumun bir etkinin olması gerektiğini düşündürse de çalışmamız bu sonucu desteklemektedir. Yorulmaz ve Pirol'un çalışmasında (Yorulmaz ve Pirol, 2019) bizim çalışmamızın aksine evli bireylerin kalite algısının bekâr çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Çalışanların eğitim seviyesi, iş ortamında karşılıklı ilişkilerin kalitesini ve iş tatminine ulaşma düzeyini etkileyen önemli bir özellik olarak görülebilir. Çalışanların yaptıkları işe yönelik eğitim almış olmaları iş yaşamında daha profesyonel olmalarını sağlarken, yeterli eğitimlerinin olamaması iş tatminsizliğine sebep olabilir. İyi bir eğitim almış, yaptıkları işin kapsamını ve işteki rollerini bilen çalışanlar, iş yaşamında daha profesyonel olmaktadır(Gürbüz, 2007). Çalışmamızın sonuçlarına göre toplam kalite ölçek puanı ortancası lise mezunlarında 238, önlisans-lisans mezunlarında 248 ve yüksek lisans-doktora mezunlarında 252 olarak saptanmıştır ve çalışmamızda, çalışanların almış oldukları eğitim düzeyi kalite algıları üzerinde herhangi bir farklılığa neden olmadığı görülmektedir. Bunun temel sebebi sağlık alanında eğitim veren kurumların her düzeyde yeterli mesleki eğitim vermiş olmalarıdır. Diğer bir sebep ise lise ve ön lisans mezunu pek çok hemşirenin meslek hayatına başladıktan sonra açıktan üst öğrenimlerini tamamlamış olmalarıdır. Bir diğer sebep ise sağlık sektöründe çalışan hemşirelerin mezun oldukları okullara bakılmaksızın aynı şartlarda değerlendirilmesi ve ayırım yapılmaksızın eşit şartlarda çalıştırılması olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda dikkat çeken sonuçlardan bir tanesi hekimlerin kalite algısı düzeyinin hemşirelerden yüksek olmasıdır. Hekimlerin toplam ölçek puanı ortanca 256(70-350), hemşirelerin ise ortanca 237(79-350) olarak saptanmıştır. Sağlık kurumlarında kalite çalışmalarına hekimlerin büyük oranda katılmadığı, kalite çalışmalarına karşı hemşirelerden daha isteksiz oldukları ve hekimlerin hemşireler kadar bu çalışmaların başarılı olacağına inanmadığı gösterilmiştir (Örtlek vd., 2017). Ancak bizim çalışmamızda hekimlerin genel kalite algısının hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu kalite algısının alt boyutlarında ise anlamlı farkın insan kaynakları alt ölçeğinde olduğu saptanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere sahip olan, çoğu zaman karar verici olan ve tanı ve tedavi sürecini yönlendiren temel aktör olan hekimlerin kaliteli hizmet sunumu için yapılan tüm çalışmaların olumlu sonuçlarından en büyük oranda fayda sağlaması şüphesiz kaçınılmazdır. Bu sebeple çalışmamızda hekimlerin bu faydaları fark etmiş olmasından dolayı kalite algılarının daha yüksek olduğu sonucunu çıkarabiliriz.

Hemşirelerin kalite algısını etkileyen önemli faktörlerden birisi de çalıştıkları birimdir. Bu çalışmada toplam kalite ölçek puanı ortancası acil serviste çalışan hemşirelerde 240, yataklı serviste çalışan hemşirelerde 252, yoğun bakımda çalışan hemşirelerde 222 ve ameliyathanede çalışan hemşirelerde 221 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin kalite algılarının servis ve acil serviste çalışanlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Alt ölçek boyutlarına bakıldığında yoğun bakım hemşirelerinin kalite eğitimi, ölçme değerlendirme, kurum yararı alt boyutlarında kalite algıları servis ve acil servis hemşirelerinden daha düşüktü. Bunun temel sebebi yoğun bakımlarda verilen özellikli sağlık bakım hizmeti ve oldukça yorucu olan çalışma şartlarının varlığı sayılabilir. Yoğun bakım çalışanlarında tükenmişliğinde yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda kalite algısı ve beklentisinin düşük olması kabul edilebilir bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastanelerde kalite çalışmalarında sorumlu hemşireler aktif olarak rol almaktadır. Klinik hemşireleri ise genelde alınan kararları belirlenen standartları uygulayıcı rolündedir. Çalışmamızda sorumlu hemşireler ve klinik hemşirelerinin kalite algıları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum klinik hemşirelerinde en az sorumlu hemşireler kadar kalite çalışmalarını benimsediklerini ve içselleştirdiklerini göstermektedir.

Çalışmamızda çalışma saatlerinin düzeni çalışanların kalite algısı üzerinde herhangi bir farklılığa sebep olmadığı görülmektedir. Sağlık hizmetinin 24 esasına göre kesintisiz devam ettiği sağlık kuruluşları olan hastanelerde zaman kavramına bağlı olmaksızın belli bir düzeyde kalite standardının olması ve çalışanlar tarafından bunun benimsenmesi olması gereken temel özelliklerden birisidir.

Mesleğini isteyerek seçmek ve işini yapmaktan memnun olmak iş performansını etkileyen önemli bir göstergedir. İş performansı ve mesleki tatmin seviyesi yüksek personellerin kalite açısından yapılan çalışmalara karşı daha olumlu bakması ve kalite algısının yüksek olması beklenen bir durumdur. Nitekim bizim çalışmamızın sonuçları bunu destekler niteliktedir. Bu çalışmada toplam kalite ölçek puanı mesleğini yapmaktan memnun olanlarda ortalama 256 (85-350), mesleğini yapmaktan memnun olmayanlarda 214 (70-350) olarak saptandı. İşini severek seçenlerin ve işini yapmaktan memnun olanların kalite algısının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda dikkat çeken önemli sonuçlardan bir tanesi daha önce kalite eğitimi alanlar ile almayan arasında kalite algısı arasında anlamlı bir fark saptanmamış olmasıdır. Katılımcılardan daha önce kalite ilgili bir eğitim alanların toplam ölçek puanı ortalama 238(79-350), eğitim almayanların ise ortalama 258 (70-350) olarak saptandı. Örtlek ve ark. (Örtlek vd., 2017) çalışmasında kalite eğitimi alanların kalite algılarının daha yüksek olduğu ve kalite eğitimlerinin çalışanları kalite çalışmalarına daha sıcak bakmaya teşvik ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bizim sonuçlarımız Nevşehir Devlet Hastanesinde kalite çalışmaları ile ilgili personele yeterli ve etkili eğitim çalışmalarının eksikliğini göstermektedir. Bu anlamda eğitimler planlanmasının gerekliliğini ortaya konulmaktadır.

Kesitsel tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında sağlık çalışanları arasında sadece hekim ve hemşirelerin değerlendirilmiş olması sayılabilir. Ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyen ve teknikerlerinin dâhil edilmemesi tam olarak hastanedeki sağlık çalışanlarının kalite algı düzeyini ortaya koymak için kısıtlılığa sebep olmaktadır. Tüm personeli kapsayacak daha kapsamlı çalışmalar ile değerlendirilmesi ile daha anlamlı sonuçlara ulaşılması mümkün olacaktır.

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin kalite algı düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Çalışanların kalite algılarının iyi bir düzeyde olduğu ancak daha da artırılması gerektiği söylenebilir. Özellikle kalite eğitimlerinin etkin ve verimli bir şekilde tüm personeli kapsayacak şekilde yapılması ile bu anlamda iyi bir düzeyde farkındalık oluşturulabilir. Hekimlerin kalite algısının hemşirelerden yüksek olduğu ve mesleğini severek seçip ve memnun bir şekilde yapmanın kalite algısını artıran önemli bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızın sonucunda kalite algısı ölçeğinin alt ölçeklerinde en yüksek puan çalışan yararı ve kurum yararı alt boyutlarında, en düşük puan ise insan kaynakları yönetimi alt boyutunda saptanmıştır. Cinsiyet, meslek, çalışılan birim, mesleğini isteyerek seçme, işinden memnun olma temel olarak toplam kalite algısını etkileyen faktörler olarak saptanırken, yaş, medeni durum, hemşirenin görevi, çalışma saatlerinin düzeni ve öncesinde alınan kalite eğitimlerinin toplam kalite algısı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

Kurumların hizmet kalitesinin artırmasında çalışanların kalite algısı oldukça önemli bir yere sahiptir. Tüm çalışanları kapsayan eğitimler ile bu algının artırılması kurumsal kalitenin daha da üst seviyelere taşınmasını sağlayacaktır. Kurum yöneticilerinin çalışanları kalite algısı konusunda teşvik etmesi, çalışmalara dahil etmesi de yine başarıyı artıran etkenler olacaktır.

KAYNAKLAR

- Abbasi-Moghaddam, M. A., Zarei E., Bagherzadeh, R., Dargahi, H., Farrokhi, P (2019). Evaluation of Service Quality From Patients'. BMC Health Services Research,19(170), 1-7.
- Aktepe, C. Baş, M (2008).Marka Bilgisi Sürecinde Marka Farkındalığı Ve Algılanan Kalite (Beklenti) İlişkisi ve GSM Sektörüne Yönelik Bir Analiz. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,10(1), 81 – 96.
- Arısoy, D. Ş (2017).Sağlık Hizmetlerine Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesinin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,19(3),1079-1102.
- Avcı, K (2018). Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 1-5.
- Bayer, N., Baykal, Ü. (2018). Sağlık çalışanları kalite algı ölçeğinin geliştirilmesi. Journal of Health and Nursing Management,5(2):86-99.
- Beier, M. E. & Ackerman, P.L. (2005). Age, ability, and the role of prior knowledge on the acquisition of new domain knowledge: Promising results in a real-world learning environment. Psychology and Aging, 20, 341-55.
- Carman, James M (2000). Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions. Journal of Management of Medicine,14,339-356.
- Cunningham, L (1991). The quality connection in health care. The Journal for Healthcare Quality (JHQ),13(6), 45.
- Deniz, N. ve Büyük, K (2017). Sağlık Hizmetlerinde Hastaların Kalite Algılarının Değerlendirilmesi. Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi,3(3),52-69.
- Donabedian, A. (1998).The Quality of Care: How Can It Be Assessed?" Journal of the American Medical Association,260:1743–1748.
- Donabedian, A (1980). "Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1, The Definitions of Quality and Approaches to Its Assessment", Ann Arbor, MI: (Health Administration Press,Michigan).
- Ertaş, H. ve Çelik, Ö (2018).Sağlıkta Kalite Standartları Üzerine Nitel Bir Araştırma. Sağlık Yönetimi Dergisi,2 (1),18-40.

- Erat Ş, Korkmaz M, Çimen V, Yahyaoğlu G (2011). Hemşirelerin iş yaşam kalitesinin motivasyona etkisi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi. 1(1): 68-97.
- Gürbüz F (2014) Toplam Kalite Yönetimi Algısının Bireysel Performansa Etkileri Üzerine Sağlık Çalışanları Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gürbüz, A. (2007). Eğitim seviyesinin iş tatmini üzerindeki etkisinin turizm sektörü açısından değerlendirilmesi, Doğu Üniversitesi Dergisi, 8, 36-46.
- Güven, E., Tevfik, A. T., Cerit, Ç. ve Ebru, R (2020). Sağlık Hizmetleri ve Hizmet Algısı: Devlet Hastanesinde Hemşirelerin Hizmet Algılarının Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 3(2), 213-232.
- Hupal, A. F. (2019). Sağlıkta kalite standartlarına yönelik uygulamaların, sağlık çalışanlarının kalite algılarına etkisi (Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi örneği). Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Amasya.
- Kanten, S., ve Sadullah, O. (2012). An empirical research on relationship quality of work life and work engagement. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 62, 360-366.
- Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim. 2. Baskı, Ankara, Siyasal Yayın-Dağıtım, 451-469.
- Kaya, S (2005). Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme (Pelikan Yayınları, Ankara).
- Kaya, S (2013) Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. (Anadolu Üniversitesi yayınları, Eskişehir).
- Kılçar AH (2013). Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Uygulamalarının Hastalar Tarafından Algılanması ve Bir Örnek. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Manisa.
- Kondasani, R. K. R. ve Panda, R. K (2016). Service Quality Perception and Behavioural Intention: A Study of Indian Private Hospitals. Journal of Health Management, 18(1), 1-16.

- Koyuncu, A. G (2014). Hastanelerde Hizmet Kalitesi Algısı: Doktor Ve Hemşireler İle Yapılan Bir Çalışma. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara.
- Lehtinen, U., Lehtinen, J. R (1991). Two Approaches to Service Quality Dimensions. The Service Industries Journal, 11 (3), 287-303.
- Maxwell, R.J (1992). Dimensions of Quality Revisited: From Thought to Action”, Quality in Health Care, 1, (3), 171-177.
- McGlynn, E. A. (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. Health affairs, 16 (3), 7-21.
- Oksay, A (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (14), 181-192.
- Oswald, S. L., Turner, D. E., Snipes, R. L., Butler, D (1998). Quality determinants and hospital satisfaction. Marketing Health Services, 18(1), 19.
- Ovretveit, J (1998). Evaluating Health Interventions (Open University Press, Buckingham).
- Örtlek, M., Yanık, A., Kalkan, A. C., Topaloğlu, S., Kalaner, A., Baç, A (2017). Sağlık Çalışanlarının Hastane Kalite Çalışmalarına Yönelik Görüşleri ve Kalite Algısı. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3(2), 37-51.
- Özkan Ö, Emiroğlu ON (2006). Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri. C.Ü. Cumhuriyet Hem Der, 10 (3): 43-52.
- Pala, K. (2016). Türkiye'de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa.
- Pramanik, A (2016). Patients' Perception of Service Quality of Health Care Services in India: A Comparative Study on Urban and Rural Hospitals. Journal of Health Management, 18(2), 1-13.
- Royuele V, Lopez-Tamayo J, Surinach J (2009). Results of quality of work life index in Spain. A comparison of survey results and aggregate social indicators. Soc Indic Res. 90: 225-241.
- Sağlık Bakanlığı, 2020. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-12545/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelik.html>. Erişim tarihi. 25.03.2022.

- Sağlık Bakanlığı (2000).Sağlık Hizmetleri Yürütülmesi Hakkında Yönerge,Ankara.
- Sağlık Kanalığ (2020) <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,66100/sks-hastane-surum-6-hakkinda.html>. Erişim tarihi: 11.03.2022.
- Sloot, L.M. Verhoef, Peter C (2008).The Impact of Brand Delisting on Store Switching and Brand Switc-hing Intention, *Journal of Retailing*,84 (3),281-296.
- Tomes, A.E, S., Chee Peng Ng (1995). Service Quality in Hospital Care: the Development of an in Patient Questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (3), 25-33.
- Uyar Söyler (2019). Sağlık Hizmetleri ve Kalite.İstanbul.
- Uğur E, Abaan S (2008). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*.28: 297-310.
- Van Bogaert, P., Wouters, K., Willems, R., Mondelaers, M., Clarke, S. (2013). Work engagement supports nurse workforce stability and quality of care: nursing team- level analysis in psychiatric hospitals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (8), 679-686.
- Waldman, D. A. (1994). The contributions of total quality management to a theory of work performance. *Academy of Management Review*, 19 (3), 510-536.
- Yağmurcu F (2015). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Ve Mardin Devlet Hastanesi Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,İstanbul.
- Yorulmaz, M. ve Pirol, M (2019). Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısının Ölçülmesi Üzerine Bir Araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*,15-21.

EKLER

EK-1:Kişisel Bilgi Formu

Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın

Yaşınız?

Medeni Durumunuz nedir? () Evli () Bekar

Mesleğiniz: () Hekim () Hemşire

Öğrenim durumunuz?

() Lise () Önlisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

Hemşire/Hekim olarak toplam çalışma süreniz:Yıl Ay

Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışma süreniz:Yıl Ay

Şu anda çalıştığınız birimde çalışma süreniz:Yıl Ay

Hemşire iseniz; şu anda çalıştığınız birim:

Hemşire iseniz; şundaki göreviniz: () Sorumlu hemşire () Klinik hemşiresi

Hekim iseniz; uzmanlık alanınız: () Uzman değilim () Uzmanlık alanım

Çalışma şekliniz: () Sürekli gündüz () Vardiya () Sürekli gece

Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? () Evet () Hayır

Mesleğinizi yapmaktan memnun olma durumunuz: () Memnunum () Memnun değilim

Mesleğinizle ilişkili herhangi derneğine üye misiniz? () Evet () Hayır

Daha önce hiç kalite ile ilgili eğitimi aldınız mı? () Evet () Hayır

EK-2: Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği

Aşağıda kalite algısının belirlenmesi için bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatli bir şekilde okuyarak ilgili ifadeye ilişkin görüşünüzü karşısında yer alan boşluğa X işareti ile belirtiniz.

KALİTE ALGISI ÖLÇEĞİ					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Yönetim ve Liderlik					
1. Hastane yönetimi, kalite geliştirme çabasında öncü ve itici güçtür					
2. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan parasal kaynakları ayırır.					
3. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan insan kaynağını sağlar.					
4. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli komiteleri oluşturur.					
5. Hastanenin hizmet ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik bir vizyon ve misyonu vardır.					
6. Hastane yönetimi hizmet ve bakım kalitesini artırmak için gerekli değişimleri gerçekleştirir.					
7. Hastane yönetimi hizmet kalitesini artırmak için uygun ve yeterli sarf malzemeyi sağlar.					
8. Hastane yönetimi kalite çalışmalarında görünen aksaklıkları hızlı şekilde çözümler.					
9. Hastane yönetimi kalite hedeflerini tüm çalışanlara benimsetir.					
10. Hastane yönetimi, hizmet kalitesine odaklanan bir kurum kültürü oluşturmaya çalışır					

11. Hastane yönetimi, karar alırken ilgili yöneticinin görüşünü dikkate alır.					
13. Hastane yönetimi tüm çalışanların kalite çalışmalarıyla ilgili kararlara katılımını destekler.					
İnsan Kaynakları Kullanımı					
1. Hastanenin işe alım kuralları ve süreci kalite çalışmaları çerçevesinde oluşturulur.					
2. Hastanenin kalite çalışmalarının yürütülüyor olması, adayların işe başvurusunu artırır.					
3. Kalite çalışmaları hastanenin personel sayısının artırılmasında etkili olur.					
5. Kalite çalışmaları, çalışan performans değerlendirme sisteminin adil yürütülmesini sağlar.					
6. Kalite çalışmaları, iyi işleyen bir performans değerlendirme sistemini zorunlu kılar.					
8. Kalite çalışmaları iş güvenliğine yönelik önlemler alınmasını sağlar.					
9. Kalite çalışmalarına katılma, çalışanların mesleki açıdan doyum sağlamalarında etkili rol oynar.					
10. Kalite çalışmalarına katılma çalışanların mesleki açıdan güçlenmesini sağlar.					
11. Kalite çalışmaları, bölümler ve çalışanlar arası iş birliğini destekler.					
12. Kalite geliştirme çalışmalarına katkı sağlayanlar mali olarak ödüllendirilir.					
13. Kalite geliştirme çalışmalarına katılanlar teşekkür mektubu gibi manevi ödül sistemiyle ödüllendirilir.					
14. Kalite çalışmaları, çalışanlar arasında adil bir ödül sistemi oluşturulmasını sağlar.					
15. Kalite çalışmaları, çalışanların özlük haklarının korunmasını destekler.					
16. Kalite çalışmaları, maliyeti düşürerek verimliliği artırır.					
Kalite Eğitimi					
1. Hastanede kalite çalışmalarına yönelik eğitim ve oryantasyon yapılır.					

2. Çalışanlara mesleki beceri ve performanslarını geliştirecek sürekli eğitim verilir.					
3. Hastanede çalışanların hata yapmalarını engelleyecek kontrol mekanizmaları vardır.					
4. Hastanede çalışan personel, etik kurallar konusunda bilgilendirilir.					
5. Kalite çalışmalarına karşı olumsuz tutumu önleyici eğitimlere önem verilir.					
Ölçme ve Değerlendirme					
1. Sağlık çalışanlarının mesleki yenilikleri kullanmalarına olanak sağlanır.					
3. Kalite çalışmaları kapsamında belirlenen hizmet standartları tüm çalışanlar tarafından bilinir.					
4. Kalite çalışmaları kapsamında yapılan anketlerin sonuçları hizmetin iyileştirilmesinde dikkate alınır.					
5. Kalite çalışmalarında kayıt ve belgelendirmeye önem verilir.					
7. Hastanede kayıt tutma zorunluluğu hizmetin uygun verilmesini sağlar.					
8. Kalite standartları, hizmet uygulamalarının etkinliğini ve verimliliğini sağlamada rehber olur.					
9. Kalite çalışmalarıyla risk analizinin yapılması risklerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur.					
Kurum Yararı					
1. Kalite çalışmaları hastanede bilimsel ve çağdaş hizmet sunumunu sağlar.					
2. Kalite çalışmalarıyla hastanede teknolojik açıdan en uygun hizmet verilir.					
3. Kalite çalışmalarıyla hastanenin müşteri memnuniyetinde sürekli artış sağlanır.					
4. Kalite çalışmaları hastanenin laboratuvar, radyoloji vb. tıbbi destek hizmetlerinde gelişme sağlar.					
5. Hastanenin kalite belgesine sahip olması hastalar tarafından yeğlenmesinde etkilidir.					
6. Kalite çalışmalarıyla hastanedeki ekipman ve teçhizat sürekli kontrol edilir.					

7. Kalite çalışmaları hastanenin dış paydaşları (SGK, diğer kurumlar) iş birliği geliştirmesine katkı sağlar.					
8. Kalite çalışmaları, hastaneyi yenilikçi düşüncelere açık duruma getirir.					
9. Kalite çalışmalarının uygulanması hastaneye yapılan hasta sevk ve transferlerinde yeğleme nedenidir.					
10. Kalite çalışmaları hastanenin fizik koşullarının iyileştirilmesini sağlar.					
Çalışan Yararı					
1. Kalite çalışmaları, sağlık çalışanlarının hizmet kalitesiyle ilgili tutum ve davranışlarını değiştirir.					
2. Kalite çalışmaları, hastaların sağlık çalışanlarına güvenini artırır.					
3. Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık çalışanlarının yasal durumlara karşı kendisini korumasını sağlar.					
5. Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının yaptığı hatayı çekinmeden raporlamasını sağlar.					
6. Kalite çalışmaları, hastaya yapılan her uygulama öncesinde kimlik doğrulamayı zorunlu kılar.					
7. Kalite çalışmaları iş güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasını zorunlu kılar.					
8. Kalite çalışmaları hasta ve çalışanların taciz ve saldırılara maruz kalmaları durumunda gerekli güvenlik önlemleri alınmasını zorunlu kılar.					
9. Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının çalışma ortamının iyileştirilmesini sağlar.					
Hasta Yararı					
1. Kalite çalışmaları hastaların uluslararası standartlarda hizmet almasını sağlar.					
2. Kalite çalışmaları hasta güvenliğinin sağlanmasında etkilidir.					
3. Kalite çalışmalarıyla hastalara bütüncül hizmet sunumu sağlanır.					
4. Hasta güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde çalışanlar bunu çekinmeden raporlar.					

5. Hasta güvenliğini etkileyen hatalarla ilgili olarak sağlık çalışanlarına eğitim verilir.					
6. Hasta güvenliğini etkileyen olaylar kalite bölümü tarafından incelenerek gerekli önlemler alınır.					
7. Kalite alışmaları hasta ve sağlık çalışanı arasındaki çatışmaları azaltır.					
8. Kalite alışmaları hasta gereksinimi ve beklentilerinin doğru değerlendirilerek karşılanmasını sağlar.					
9. Kalite alışmaları, hastanenin infeksiyon oranı, düşme göstergelerini azaltır.					
10. Hastanede oluşturulan hasta bakım protokollerinin düzenli uygulanması hasta yatış süresini kısaltır.					
11. Hastalara, hastane hizmetleriyle ilgili tanıtım kitapçı dağıtılır.					
12. Hastalara sağlık bakım gereksinimlerinin ve sonuçlarının değerlendirildiği politikalar/süreçler mevcuttur.					
13. Hastalara gereksinimlerine uygun sağlık eğitimi verilir.					
14. Hastalara, hakları konusunda bilgi verilir.					

EK-3 Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu

Bu araştırmada “Nevşehir Devlet Hastanesinde alışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algıları” değerlendirilecektir. Bu amaçla Anket Formu ve Sağlık alışanlarında Kalite Algısı leği uygulanacaktır. Çalışmanın yapılabilmesi için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’dan yazılı izin alınacaktır.

Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecektir. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Gönüllünün Adı – Soyadı

İmza

Açıklamayı Yapanın Adı Soyadı

İmza

Tarih

EK-4: Etik Kurul Onayı

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURUL KARARI

Karar Tarihi: 22.09.2020

Toplantı Sayısı: 17

Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN'in "Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algularının Belirlenmesi" isimli araştırma projesi hakkında alınan 22.09.2020 tarihli başvuru dosyasının görüşülmesi.

2020.17.246, Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN'in "Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algularının Belirlenmesi" isimli araştırma projesi hakkında alınan 22.09.2020 tarihli başvuru dosyası görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonucunda, aşağıdaki tabloda isimleri belirtilen araştırmacılar tarafından hazırlanan "Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algularının Belirlenmesi" isimli araştırma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

YÜRÜTÜCÜ	ARAŞTIRMACI/UZMAN
Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN	Kamil KOÇ (Öğrenci)

Prof. Dr. Erdoğan ÇİÇEK
Başkan
(İmza)

Prof. Dr. Zülfiye DURMUŞ
(Üye)
(İmza)

Prof. Dr. Ali MEYDAN
(Üye)
(İmza)

Prof. Dr. Cansız PEHLİVAN
(Üye)
(İmza)

Prof. Dr. Süleyman ARDIN
(Üye)
(İmza)

Prof. Dr. Nesime AKTAŞ
(Üye)
(İmza)

Prof. Dr. Hakan Vahit ERKUTLU
(Üye)
(İmza)


T.C.
NEVŞEHİR
Prof. Dr. Erdoğan ÇİÇEK
(Etik Kurul Başkanı)

EK-5: İl Sağlık Müdürlüğü Onay Belgesi



T.C.
NEVŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

NEVŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - NEVŞEHİR
HASTANE HİZMETLERİ BİRLİĞİ
27/10/2020 14:07 - 26171210 - 929 - E.1104
00127732490

Sayı : 26171210-929
Konu : Bilimsel Araştırma Hk.

NEVŞEHİR DEVLET HASTANESİNE

Hastanenizde görev yapan Uzm.Dr. Muhammed Cihan TEMEL'in "*Perkütan Nefrolitotomi (PCNL) Sonrası Kan Transfüzyon Gereksinimi ile İlişkili Faktörler:Çift Merkez Deneyimi*" konulu araştırma talebi ile Hastaneniz personeli Kamil KOÇ'un "*Neveşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algularının Belirlenmesi*" konulu araştırma talebi Bilimsel Araştırma Komisyonumuzca incelenmiş olup, Neveşehir Devlet Hastanesinde araştırma yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Hakan SERÇE
Başkan

KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI Hastane Hizmetleri Birimi

Telefon: Faks No:

e-Posta: tevfik.ustundag@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ,

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden af05bdd1d-cc23-4850-8199-eb69fdd6bd1b kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Tevfik ÜSTÜNDAĞ

SAĞLIK MEMURU

Telefon No: 0384 2153311-212

