

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK KURULUŞLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
AKREDİTASYON UYGULAMALARININ VE KALİTE ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ: ÖRNEK BİR
UYGULAMA

Yüksek Lisans Tezi

Müşerref SARIDUMAN

ANKARA - 2016

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK KURULUŞLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
AKREDİTASYON UYGULAMALARININ VE KALİTE ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ: ÖRNEK BİR
UYGULAMA

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan

Müşerref SARIDUMAN

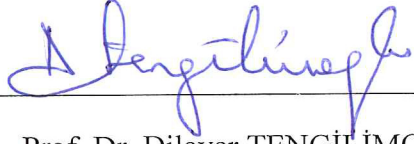
Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. M. Gürsan ŞENALP


ANKARA - 2016

KABUL VE ONAY

Müşerref Sarıduman tarafından hazırlanan “Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Akreditasyon Uygulamaları ve Kalite Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Örnek Bir Uygulama” başlıklı bu çalışma, 18/02/2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Başkan)



Yrd. Doç. Dr. M.Gürsan ŞENALP (Danışman)



Doç. Dr. Oğuz IŞIK (Üye)

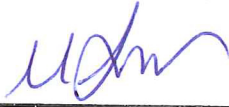
ETİK BEYAN

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarımı kabullendiğimi beyan ederim.

18.02.2016



Müşerref SARIDUMAN

ÖZ

SARIDUMAN Müşerref. Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Akreditasyon Uygulamaları ve Kalite Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Örnek Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.

Sağlık çalışanlarının Akreditasyonun Faydaları, Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı, Kalite Yönetimi ve Kalite Sonuçları konularındaki düşüncelerinin belirlenmesi ve söz konusu konuların birbiri ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla hazırlanan bu çalışma Ankara ili akredite sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında Akreditasyonun Faydaları; Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı; Kalite Yönetimi; Kalite Sonuçları yaş, cinsiyet, eğitim, görev, görevde çalışma süresi, bu kurumda çalışma süresi gibi değişkenler dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Yapılan analizler neticesinde katılımcıların ankette yer alan sorulara ağırlıklı olan benzer cevaplar verdikleri ve değişkenler arasında anlamlı farklar olmadığı tespit edilmiştir. Ancak kalite sonuçları bakımından erkek katılımcıların katılım düzeyleri kadınlara oranla daha yüksektir. Ayrıca Bu kurumdaki çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Kalite Sonuçları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre bu kurumdaki çalışma süresi 11-15 yıl arası olanların Kalite Sonuçları ölçeği sıra ortalaması puanı en yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Akreditasyon, Kalite Yönetimi, Kalite

ABSTRACT

SARIDUMAN Müşerref. To Determine Relationship Between Total Quality Management Accreditation Practices And Quality Perception in Health Institutions: An Example Practice, M.Sc Thesis, Ankara, 2016.

This study was materialized accredited health foundations in Ankara for the purpose of determining the relationship between the benefits of the accreditation of health workers and the idea of the attendance of workers for accreditation and quality results. According to study the benefits of accreditation is evaluated like the variables as age, sex, education, duty, and duty time for accreditation; quality management; quality results. At the result of the analysis were determined the participants didn't answer differently and the variables didn't have meaningful differences. However the aspect of the quality results, male participants were more crowded than female participants. In addition to the different groups of the duty times at the foundation according to quality results scale there are statistically meaningful differences. According to the duty time between 11-15 years in the foundation quality result scale is the highest.

Keywords: Accreditation, quality management, quality

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------------|
| ÖZ | i |
| ABSTRACT | ii |
| İÇİNDEKİLER | iii |
| TABLolar LİSTESİ | v |
| | |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| | |
| 2. GENEL BİLGİLER | 2 |
| | |
| 2.1. Sağlık Hizmetleri | 2 |
| 2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı | 2 |
| 2.1.2. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihçesi | 4 |
| 2.1.3. Türkiye’de sağlık hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar | 6 |
| 2.2. Toplam Kalite Yönetimi | 8 |
| 2.2.1. Kalite kavramı | 8 |
| 2.2.2. Tarihsel süreç içerisinde kalite kavramı | 8 |
| 2.2.3. Kalite yönetimi | 9 |
| 2.2.4. Toplam kalite yönetimi kavramı..... | 10 |
| 2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi..... | 19 |
| 2.3.1. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı | 20 |
| 2.3.2. Sağlık hizmetlerinde teknik ve fonksiyonel kalite | 21 |
| 2.3.3. Toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerinde uygulanması..... | 22 |
| 2.3.4. Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi uygulamalarında karşılaşılan problemler..... | 32 |
| 2.4. Akreditasyon Kavramı ve Sağlıkta Akreditasyon..... | 32 |
| 2.4.1. Akreditasyonun tanımı | 32 |
| 2.4.2. Akreditasyonun amacı | 33 |
| 2.3.4. Akreditasyonun önemi..... | 34 |
| 2.4.4. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon kavramı | 34 |

| | |
|---|-----------|
| 2.4.5. Türkiye’de uygulanacak olan akreditasyon ölçütleri..... | 38 |
| 2.4.6. Sağlık sektöründe akredite eden kuruluşlar ve hasta güvenliği..... | 49 |
| 3. YÖNTEM..... | 55 |
| 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi | 55 |
| 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi | 55 |
| 3.3. Araştırmanın Hipotezleri..... | 55 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 56 |
| 3.5. Verilerin Analizi..... | 57 |
| 3.5.1. Yapı geçerliliği ve güvenirlik analizi | 59 |
| 3.5.2. Açıklayıcı faktör analizi | 59 |
| 3.5.3. Güvenirlik analizi | 60 |
| 4. BULGULAR..... | 63 |
| 5. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 73 |
| KAYNAKÇA..... | 76 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 80 |
| EKLER..... | 81 |

TABLolar LİSTESİ

| | | |
|------------------|---|----|
| Tablo 1. | Dünyada Akredite Hastaneler ve Kurumlar | 37 |
| Tablo 2. | Sağlık Akreditasyon Kuruluşları..... | 50 |
| Tablo 3. | Normallik Analizi | 57 |
| Tablo 4. | Açımlayıcı Faktör ve Güvenirlik Analizi Sonuçları | 60 |
| Tablo 5. | Kişisel Bilgiler | 63 |
| Tablo 6. | Ölçek Puanlarının Betimsel İstatistikleri | 64 |
| Tablo 7. | Ölçek Puanlarını İlişki Analizi..... | 64 |
| Tablo 8. | Kadın İle Erkek Gruplarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması | 66 |
| Tablo 9. | Farklı Yaş Gruplarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması..... | 67 |
| Tablo 10. | Eğitimi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması | 68 |
| Tablo 11. | Görevi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması | 69 |
| Tablo 12. | Görevinde Çalışma Süresi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması | 70 |
| Tablo 13. | Bu Kurumda Çalışma Süresi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması | 71 |

1. GİRİŞ

Geçmişten günümüze insanların üzerinde en fazla çalışma yaptıkları konulardan biri sağlık kavramıdır. Zamanla devlet tarafından sağlık hizmetleri ele alınarak yürütülmeye çalışılmıştır. Ancak sağlık hizmetinin ulaştırılmasında çeşitli kalite sorunları ile karşılaşmıştır. Günümüzde kalite kavramı özellikle de sağlık hizmetlerinde önemsenen bir konu haline gelmiştir. Çünkü sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek herhangi bir olumsuzlukta doğrudan insan hayatı etkilenebilmektedir. Bu gibi nedenler ile sağlık hizmeti alanında kalite çalışmaları başlatılmış ve meydana gelebilecek olan olumsuzluklar ortadan kaldırılmaya ve önlenmeye çalışılmıştır.

Sağlık hizmetleri kalitesinde beklenen iyileştirmeyi sağlamak üzere kalite ve akreditasyon çalışmaları başlatılmıştır. Toplam kalite yönetimi anlayışı hataların oluşmadan önlenmesi temeline dayanır. 1990'lı yıllardan itibaren sağlık sektöründe yaygınlaşmaya başlamıştır. Akreditasyon ise hasta bakım kalitesini ve personel şartlarını iyileştirmek böylece güvenli bir çevre yaratmak amacıyla (Karabulut, 2009: 1).

Bu çalışmada sağlık hizmetleri ile ilgili temel kavramlar ve sağlık hizmetlerinin gelişim süreçleri ve yapısından bahsedilmiş. Sağlık hizmetlerinde uygulanan kalite anlayışlarından toplam kalite yönetimi felsefesi, ilkeleri, uygulanması ayrıntılı olarak irdelenmiştir. Akreditasyon kavramı ve standartları açıklanmıştır. Kalite ve akreditasyonun sağlık hizmetlerinin ulaştırılması, hasta güvenliği, hasta memnuniyeti konularında önemine dikkat çekilmek istenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri sektörü, toplumu sağlıklı bir yaşama kavuşturmak için kurulmuştur. Sağlık hizmetleri, şahısların ruhsal, fiziksel sağlığının korunmasını ve bu halin devam etmesini sağlamayı, hastalık sürecinde tedaviyi ve bakımı kapsar. Sağlık sektörünün diğer sektörlerden ayrılmasını sağlayan en önemli özelliklerinden biri, ilk amacının kar elde etmek olmamasıdır. Bu sektörde farklı alanlarda eğitim almış uzman ya da uzman olmayan kişiler iyi hizmet sunmak için bir arada bulunurlar. Bu farklı alanlar şöyle sıralanabilir (Bektaş, 2013: 35);

- İdari kadro, yönetim
- Temizlik sorumlusu birimler
- Sağlık hizmeti sunucuları (doktorlar, hasta bakıcılar, hemşireler, tıbbi teknisyenler vb.)
- Yemekhane hizmetleri
- Eczane
- Arıza-tamir birimleri
- Elektronik bilgi kaynakları
- Çamaşırhane

2.1.1. Sağlık hizmetlerinin tanımı

Sağlık Hizmetlerini, sağlık kurumlarınca hastalıkların teşhis, tedavi ve kişilerin sahip olduğu sağlıklarının korunması için yapılmakta olan ve farklı tip sağlık çalışanları tarafından yürütülmekte olan çabaların toplamı olarak tanımlayabiliriz. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlar; “Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir.” (Karabulut, 2009: 53).

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerini, rehabilitasyon hizmetlerini ve tedavi edici sağlık hizmetlerini içermektedir (Bektaş, 2013: 36).

Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumun sağlığını daha yüksek düzeye getirmek için yapılan çalışmaları ve eğitimleri kapsayan ve sağlıklı kişilere verilmekte olan sağlık hizmetidir (Karabulut, 2009: 54).

Bunun dışında, sağlığın bozulma ihtimaline karşın erken tanı ve tedavi önlemlerinin toplumsal düzeyde alınması da koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, şu konuları bünyesinde barındırmaktadır (Karabulut, 2009: 54);

- Bulaşıcı ve salgın hastalıklardan korunma
- Aile planlaması
- Ana çocuk sağlığı
- Çevre sağlığı

Koruyucu sağlık hizmetlerini çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayırabiliriz.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, çevremizdeki olumsuz biyolojik, kimyasal ve fiziksel etkenleri yok ederek toplumun olumsuz yönde etkilenmesini önlemeyi amaçlar.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamında ise, hastalıkların erken tanı ve tedavisinin sağlanması, dengeli beslenme alışkanlıklarının kazanılmasının sağlanması, hastalıklara karşı bağışıklık kazanılmasına destek verilmesi, aile planlaması, zararlı alışkanlıklarla mücadele yer alır (Karabulut, 2009: 54).

Tedavi edici sağlık hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri ayakta tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olarak incelenebilir. Ayakta tedavi hizmetleri poliklinik ve acil servis hizmetlerini kapsamaktadır. Yataklı tedavi hizmetleri ise teşhis ve tedavi süresince

hastanın sağlık kurumunda kalmasını ifade etmektedir. Bunun yanı sıra özel teğhis ve tedavi gerektiren hastalıklarda hizmet vermek üzere kurulmuş sağlık kuruluşları (kansere hastaneleri vb.) yine tedavi edici sağlık kurumları arasında sayılabilmektedir (Yalçın, 2014: 13).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, kazalar ya da hastalıklar sonucunda ortaya çıkan kalıcı rahatsızlıklar ve bozuklukların, kişilerin gündelik hayatlarını etkilemesini önlemek ya da minimuma indirmek için yürütölen sağlık hizmetleridir (Karabulut, 2009: 56).

Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde incelenir;

Tıbbi Rehabilitasyonu, fiziki, kalıcı sakatlık ve bozuklukların giderilerek, yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlayan hizmetler bütünü olarak tanımlarken, sosyal rehabilitasyonu, engelli bireylerin gündelik yaşama aktif olarak katılımını sağlamak amacıyla yapılan çalışmalar olarak tanımlayabiliriz (Karabulut, 2009: 56).

2.1.2. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihçesi

Eski devirlerde tıp, dini duygular ve doğaüstü çalışmalar içerisinde değerlendirilmiştir. En eski tıp çalışmalarına Sümer Türkeri’nde rastlanmıştır. Bilimsel tıp çalışmaları ise İslamiyet döneminde Farabi, İbn-i Sina gibi önlü tıp bilginlerinin yetişmesi ile başlamıştır. Selçuklular döneminde ise birçok sağlık yapısı oluşturulmuş ve bu mekanlar tıp eğitimi için de kullanılmıştır. Kayseri’de kurulan Gıyasettin Tıp Mektebi ve Gevher Nesibe Hastanesi Anadolu’da Türk yönetimi altında kurulan ilk hastane yapısı olarak dikkat çekmektedir. Bunun dışında Birinci Keykavus Hastanesi, Divriği Darüşşifası, Amasya Darüşşifası gibi sağlık kurumları kurulmuştur. Osmanlı Devleti ve Cumhuriyet döneminde ise sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları gelişme göstermeye devam etmiştir (Ergenoğlu, 2006: 25-26).

Cumhuriyet dönemi öncesi sağlık hizmetleri

Osmanlı devleti döneminde sağlık hizmetleri hekimbaşılar tarafından yürütülmüştür. Hekimbaşılar hastaneler, çeşitli sağlık kuruluşları ve sosyal yardım kuruluşları kurulmasında etkili olmuşlardır. Osmanlı devletinde Sultan II. Mahmut döneminde ilk sağlık mevzuatımız ‘‘Karantina Nizamnamesi’’ hazırlanmıştır (Ergenoğlu, 2006: 28). Bunun dışında yine Sultan II. Mahmut tıp eğitiminde diploma alma ve tescil ettirme zorunluluğu getirmiş, Topkapı Sarayı’nda ‘‘Cerrahhane’’ açtırmış ve memleket hekimlikleri kurdurmuştur. Memleket Hekimleri hastalardan ücret almaksızın bulaşıcı hastalıklar, aşı uygulamaları, hasta bakma, sağlık kurumu ve eczane denetimi gibi görevler yapmışlardır (Özdil, 2010: 26).

İstanbul’da Haseki, Gureba, Zeynep Kamil, Beyoğlu Zükür, Darülaceze, Hamidiye Etfal, Cerrahpaşa hastaneleri mevcuttu. Haseki darüşşifası dönemin üçüncü büyük hastanesiydi. 19.yy’da yapılan Gurabayı Müslimin Hastanesi yine önemli hastanelerdendir. Ayrıca azınlıkların, yabancıların, askerlerin hastaneleri ve tıp okulları diğer sağlık kuruluşlarındandı. Hastanelerimizde yönetimden başhekimler sorumluydu ancak azınlıkların ve yabancıların hastaneleri kendi uygulamalarında özgürdü. Osmanlı devletinde savaşlar ve salgın hastalıklar sebebiyle hastanelere yeni birimler eklenmiş ve yurtdışından doktorlar getirilmiştir. Alman doktor Reider ülkesinin esaslarına göre Osmanlı sağlık hizmetlerine yeni düzenlemeler getirmiştir. Alman doktorlar Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Hamidiye Etfal Hastanesinin kuruluşunda rol oynamışlardır. Şişli Etfal Hastanesi yine bu dönemde kurulan önemli hastaneler arasında sayılabilir. 1903 yılında kurulan Haydarpaşa Numune Hastanesi Cumhuriyet öncesi dönemin son sağlık kurumlarındandır (Ergenoğlu 2006: 28-32).

Cumhuriyet dönemi sonrası sağlık hizmetleri

Türkiye Büyük Millet Meclisi kuruluşundan sonra ülkenin sağlık hizmetlerinin yürütülmesine büyük önem verilmiş ve bu kapsamda Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti (Sağlık Bakanlığı) oluşturulmuştur. Merkez ve taşra örgütleri mevcut sağlık örgütlerini de dahil ederek yapılandırılmış bunun yanında aşihane, bakteriyolojihane, kuduz tedavi merkezi kurulması planlanmıştır. Bu yıllarda sağlık uygulamaları daha

çok dönemin bulaşıcı hastalıkları ile mücadele aşamasında etkili olmuştur. Kastamonu ve Zonguldak çevrelerinde frengi savaşı merkezleri ve Burgazada'da verem savaş dispanseri kurulmuştur. 1924 yılında Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri Heybeliada Verem Sanatoryumu kurulmuştur. 1925 yılında Malatya, Adıyaman illerinde trahom hastalığı için sağlık merkezleri kurulmuş, 1950'de hastalık kontrol altına alınmış 1980'de bu merkezler kapatılmıştır. 1936 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesi kurulmuş ve 1924 – 1936 yılları arasında ilçe merkezlerine halkın yararlanması için muayene ve tedavi merkezleri açılmış bu merkezler sonradan sağlık ocaklarına dönüştürülmüştür. 1941 Elazığ Cüzzam, 1943 İstanbul Balta Limanı Kemik Hastalıkları, 1946 Trabzon, 1947 Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, 1951 1955 1957 yılları da kemik hastalıkları için Eğirdir, Urla, Trabzon Kemik Hastalıkları hastanelerinin kurulduğu yıllardır (Ergenoğlu, 2006: 34-36).

1960 devletin sağlık hizmetlerine bakış açısının değiştiği ve sağlık hizmetlerinin devlet görevi olarak kabul edildiği yıl olmuştur. Koruyucu sağlık hizmetleri önemsenmiş ve kırsal kesimlere sağlık hizmeti götürülmesi anlayışı ortaya çıkmıştır. Sağlık ocakları, sağlık evleri oluşturulmuştur. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte yürütülmesi sağlanmıştır (Yetginoğlu, 2009: 29).

1970'de Adana Numune Hastanesi ile kolera salgını nedeniyle İstanbul Tropikal Hastalıklar Enstitüsü ve Bulaşıcı Hastalıklar Hastanesi kurulmuştur. 1980 yılında ise İstanbul Cüzzam Hastanesi kurulmuştur. 1982 yılında kabul edilen yeni anayasa ile sağlık alanında yeniden düzenlemelere gidilmiştir (Ergenoğlu, 2006: 34-36).

2.1.3. Türkiye'de sağlık hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar

Türkiye'de sağlık hizmetleri sunan en önemli birimler hastaneler, sağlık ocakları ve rehabilitasyon merkezleridir. Bunun dışında dispanserler, ana çocuk sağlığı merkezleri ve muayenehanelerde diğer sağlık hizmeti veren kuruluşlardır (Yetginoğlu, 2009: 30).

Hastaneler

Hastaneler teşhis, tedavi, rehabilitasyon gibi sağlık hizmetlerini sunan, hastaların ayakta ya da yataklı sağlık hizmeti alabilecekleri kurumlardır. Hastaneler verdikleri hizmete göre üç başlık altında incelenebilmektedir (Cantürk, 2012: 30-35);

Genel Hastaneler, herhangi bir ayırım gözetmeksizin her hastanın teşhis tedavi rehabilitasyon muayene gibi hizmetleri alabildiği hastanelerdir. Bu grup içinde devlet hastaneleri örnek gösterilebilir.

Özel Dal Hastaneleri, belirli hasta grupları ya da belirli hastalık dalları üzerinde çalışan uzmanların görev yaptığı ve bu alanlarda tedavi ve diğer sağlık hizmetlerini sağlayabilen kuruluşlardır. Ruh ve sinir hastalıkları hastanesi gibi kurumlar bu gruba örnek hastanelerdendir.

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, ileri sağlık hizmetleri vermesi beklenen ve bunun yanında üniversitelere bağlı olarak tıp eğitimi veren kurumlardır. Üniversitelerimizin tıp fakültesi hastaneleri bu hizmet gurubunda yer almaktadır.

Sağlık ocakları

Sağlık ocakları koruyucu ve alt seviye iyileştirme hizmetleri veren sağlık hizmeti birimleridir. Personeli ebe ve pratisyen hekimdir. Aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra aile sağlığı merkezi ve toplum sağlığı merkezi olarak iki bölüme ayrılmıştır (Eylor, 2011: 55-56).

Rehabilitasyon merkezleri

Zihinsel ya da fiziksel aktivitelerini çeşitli sebeplerle kaybetmiş olan hastaların, hayatlarını mümkün olan oranda kaliteli sürdürmelerini sağlayacak ya da kaybettiklerini kazandıracak sağlık programlarının uygulandığı kurumlardır (Cantürk, 2012: 30).

2.2. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi; tüm çalışanların katılımı ile müşterinin isteklerini karşılayabilecek ürün ve hizmetleri sağlamak için gereken şartların yerine getirilmesidir (Karabulut, 2009: 15).

2.2.1. Kalite kavramı

Kalite çok eski devirlerden bu yana insanların gerçekleştirdiği ürün ve hizmetler bakımından önem verilen bir kavram olmuştur ancak içinde yaşadığımız dönemlerde her alanda karşılaşılan yoğun rekabet kaliteyi daha önemli hale getirmiştir. Artık kalite kavramı ürün ya da hizmetin diğerlerinden farkını belirlemek değil rekabet edebilme yeteneğine sahip olmasını ifade etmeye başlamıştır (Curković, Vickery, Droge, 2000: 127-144).

Kalite kavramının tanımı çok çeşitli şekillerde yapılmıştır. Genel bir ifade ile ürün ya da hizmetin beklenen ihtiyaçları karşılayabilecek düzeyde tüketiciyi memnun etmesidir. Tüketici memnun edildikçe istekleri artacaktır. Bu kapsamda kalite kavramı dinamik bir yapı kazanmaktadır. Kalite kavramı geçmişte ürün kalitesi üzerinde durularak değerlendirildiyse de günümüzde sistem kalitesi olarak önem kazanmıştır. Böylece kalite hedefe ya da amaca uygunluk derecesini ifade eder hale gelmiştir (Yetginoğlu, 2009: 59-61).

Kalite kavramı sübjektif bir kavramdır. Çünkü ülkelerin yaşam standartlarına, geleneklerine, toplumsal yapısına, eğitim düzeyine, beğenilerine, kültürel yapısına ve yasal prosedürlerine göre değişim göstermektedir. Bu durum kalite kavramının müşteri isteklerine göre yapılandırığının en önemli göstergelerindendir (Karabulut, 2009: 3).

2.2.2. Tarihsel süreç içerisinde kalite kavramı

Tarihte kalite ile ilgili ilk kaynakları M.Ö. 3000'li yıllarda Hammurabi Kanunlarında görmekteyiz. Bu dönemden beri kalite kavramı insanoğlu ile birlikte değişme ve gelişmeler göstermiştir. İlk devirlerde insanlar belirledikleri standartlar ile

ilkel kontrol yöntemlerini kullanmışlardır. Özellikle tarım ile uğraşan kültürlerde tüketiciler ürünleri kendileri seçmiş ve kendi istekleri doğrultusunda kalite değerlendirmeleri yapmıştır. Yerleşim yerleri gelişme gösterdikçe bu seçim usulleri ustalar tarafından yürütülür olmuştur (Karabulut, 2009: 7).

13. yüzyılda ise esnaf loncaları kurulmuş müşteri ilişkileri ve kalite ile ilgili işlemler lonca tarafından yürütülmüştür. Endüstri devrimine kadar geçen süre boyunca kalite uygulamaları tüketicinin de refahını düşünecek biçimde gelişme göstermeye başlamıştır (Yıldız, 2010: 5).

19. yüzyılda kalite kavramı iki farklı gelişim sürecini yaşamıştır. Mal ve hizmetlerin kalitesi ilk olarak muayene sürecinde belirlenmeye başlamıştır. Bu süreçte üretim tamamlandıktan sonra mallar iyi ve kötü olarak ayrılıyor ve kötü mal üretimine neden olan hata tespit edilmiyordu. Ayrıca süreç zaman alıcı ve masraflıydı. Bu noktada muayene sürecinin yerini istatistiksel kontrol süreci aldı. Burada amaç belirli istatistiksel standartlara göre üretilen maldan örnekler alınması ve muayene işleminin bu örnekler üzerinden yürütülmesiydi. Böylece harcanan zaman ve maliyetler azaltıldı (Bektaş, 2013: 5).

II. Dünya savaşı sonrasında ise toplam kalite kontrol süreci başlamıştır. 1950 yılında Deming, toplam kalite çalışmalarına başlamış, kalite kavramı 1954 yılında Juran tarafından ‘kalite yönetimin sorumluluğudur’ anlayışına göre şekillenmiştir. 1961 yılında Crosby’nin ‘sıfır hata’ anlayışı öne çıkmış ve 1962 yılında ise Ishikawa’nın kalite çemberi çalışmaları ile toplam kalite kontrol süreci devam etmiştir. 1980’li yılların başından itibaren toplam kalite yönetimi süreci başlamıştır. 1990’lı yıllara gelindiğinde artık müşteriler mal veya hizmet alımında kalite kavramına en az fiyat kadar ya da fiyattan da fazla önem vermekteydiler (Yalçın, 2014: 19).

2000’li yıllardan beri kalite kavramı ürün ve hizmet kalitesinin yanında iş kalitesi, insan kalitesi ve yönetim kalitesi gibi farklı alanları da kapsar hale gelmiştir (Yıldız, 2010: 6).

2.2.3. Kalite yönetimi

Kalite kavramı tarihsel gelişimi boyunca önem kazanmış, mal ve hizmet dışındaki alanlarda da yaygınlık kazanmıştır. Rekabet koşullarının zorlaşması,

tüketimin küresel bir yapı oluşturması gibi nedenler ile kalitenin beklendiği alanlarda bütünsel bir anlayış gerekliliği ortaya çıkmıştır. Böylece toplam kalite yönetimi anlayışı oluşturulmuştur. Toplam kalite yönetimi ile müşteri beklentilerinin karşılanması mevcut sistemin ve kaynakların iyi kullanılması böylece kaliteli üretim gerçekleştirilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır (Yetginoğlu, 2009: 71).

2.2.4. Toplam kalite yönetimi kavramı

Toplam kalite yönetimi; Mevcut yapı içerisindeki tüm çalışanların dahil edildiği ve yönetimin kaliteli üretim yapmak adına gereklilikleri sağladığı böylece kaliteli hizmet ya da ürün sunularak müşteri memnuniyeti ve müşteri taleplerinin gerçekleştirildiği yönetim sistemidir. Toplam kalite yönetiminde beceri ve özellikleri göz önüne alınan çalışanlar aktif rol oynarlar. Toplam kalite yönetiminin en önemli özelliği bir ayıklama değil bir önleme sistemi olmasıdır. Yani elde edilecek sonuç içerisinde meydana gelebilecek olumsuzlukları baştan önleme anlayışı mevcuttur (Karabulut, 2009: 15- 16).

Toplam kalite yönetiminin prensipleri (Gedikli, 2001: 23);

- Müşteri Memnuniyeti
- Olgu Bazlı Yönetim
- İnsan Odaklı Yönetim
- Sürekli Gelişmedir.

Toplam kalite yönetiminin temel kavramları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Gedikli,2001:23);

- Müşteri Tatmini
- İç Müşteri Gerçektir
- Bütün İş Süreçlerden Oluşur
- Performans Ölçümü
- Takım Çalışması
- Kaliteyi Çalışanlar Üretir
- Süreçleri Sürekli Geliştirme
- Hatayı Önleme

Toplam kalite yönetiminin tarihsel gelişimi

Kalite kavramı konusunda insanlar M.Ö. 'den beri çeşitli süreçlerden geçmiştir. Bugün gelinen son aşama ise "Toplam Kalite Yönetimi" aşamasıdır. Kalite kavramının bir bütün olarak düşünüldüğü ilk çalışmalar ABD'de başlamış Japonya ve Avrupa ülkeleri ile gelişim göstermeye devam etmiştir. 1945'lerde kalite kontrol anlayışı olarak başlayan süreç 1980'lere gelindiğinde Toplam Kalite Yönetimi halini almıştır (Yılmaz, 2010: 36-37).

Sağlık sektörü toplam kalite yönetimi uygulamalarını tercih eden sektörlerden biri haline gelmiştir. 1982 yılında ABD'de kalite güvencesi adına çalışmalar yapıldı ve sağlık hizmetleri maliyetlerinde iyileştirmeler sağlandı. 1982 yılında sağlık hizmeti kalitesini değerlendirmek ve yükseltmek amacıyla yine ABD'de organizasyonlar kuruldu. 1987 yılında ise sağlık sektöründe toplam kalite yönetim sisteminin uygulanabilirliğini denemek amacıyla Harvard Üniversitesinde 21 endüstri kuruluşunun 21 hastaneye eşleştirilmesi ve toplam kalite yönetimi uygulamalarında danışmanlık yapması projesi yürütüldü ve başarılı olundu. Böylece sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi uygulamaları başlamış oldu. Günümüzde de yaygınlaşarak devam etmektedir (Bektaş, 2013: 38-39).

Toplam kalite yönetiminin özellikleri

Toplam kalite yönetim(TKY) sistemi teknik değerler dışında insan olgusunu ön plana alan bir sistemler dizisidir. TKY müşteri talebini yüksek kalite sunarak karşılamak ve sürekli gelişme için tüm çalışanların katılımını bekler (Schermehorn ve ark. 2000: 23).

TKY bu kapsamda tüm personel ve müşterilerin süreçte rol aldığı bir yapıyı oluşturmuştur. Diğer sistemler ve yaklaşımlardan en önemli farkı ve en büyük özelliği insana değer vermeyi temel almasıdır. TKY uygulamalarının başarıya ulaşması bu anlayışın benimsenmesi ile mümkün olabilir.

Bir yapının TKY uygulamalarında başarılı olması için kabul edilecek diğer bir özellik ise yönetimin konuyu kavramış olması ve desteklemesidir. Örgüt içinde her

birim ve her işlem bir diğerini etkilemektedir. Bu nedenle en alt seviyeden en üst seviyeye her bir birim birbiri ile ilişkili çalışabilmelidir (Slack ve ark, 2001: 678).

Toplam kalite yönetiminin amaçları

Toplam kalite yönetimi yapılan işin her aşamasında kaliteyi hedefler. Sadece mal ve hizmet üretiminde değil bunu üreten bireylerde de kalite sağlamak ister. Toplam kalite yönetimi mal ya da hizmet bekleyen müşterilerinin isteklerinin karşılanmasını amaçlar (Bektaş, 2013:8).

Toplam kalite yönetiminin diğer amaçları ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (Şimşek, 2002: 375);

- Sürekli gelişme amacıyla üretim süreçlerini takip etmek
- Problemlerin giderilmesinde personel yaklaşımını kabullenmek
- Gerekli gelişmeleri takip etmek
- Performans kriterleri oluşturmak
- Rekabet yöntemleri geliştirmek
- Verimli olmayan faaliyet ve sorunlu mal miktarını düşürmek için değerlendirmeler yapmak
- Kendi pazarlarının ihtiyaçlarını daha doğru analiz edebilmek

Toplam kalite yönetiminin ilkeleri

Toplam kalite yönetimi temel aldığı ilkelerin bir bütün halinde uygulanabilmesi ile gerçekleştirilecek bir süreçtir (Yılmaz, 2010: 37). Bu temel ilkeleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

- Müşteri Memnuniyeti
- Liderlik
- Sürekli Gelişme
- Katılımcılık
- İş Birliği ve Takım Çalışması
- Çalışanların Eğitimi
- Sıfır Hata

- Süreç Yönetimi

Müşteri memnuniyeti

Toplam kalite yönetiminin en önemli unsurlarından biri müşteri memnuniyetidir. Çünkü sistem kaliteyi müşteriye sunmak için çalışmaktadır. Eğer müşterinin beklentisi karşılaştığı kaliteden fazla ise müşteri memnuniyeti sağlanamamış demektir. Fakat kalite müşterinin beklentisinin üstünde ise müşteri memnuniyeti gerçekleştirilmiş olur. Bu iki olgu birbirine eşit olduğunda ise müşteri tepkisiz kalmaktadır. Müşteri mal veya hizmetten memnun kaldığında yeniden yararlanmak istemektedir. Ancak sunulan mal ya da hizmetten memnun kalmayan müşteriler bu hizmetleri yeniden talep etmezler ve yakın çevrelerine yaşadıkları deneyimi aktarırlar. Olumsuz olarak aktarılan bu görüşler müşteri kaybına ve rekabet gücünün düşmesine yol açar (Yaş, 2009: 28). Örnek olarak yapılan bir araştırma göstermiştir ki ürün ya da hizmetten şikâyeti olan müşterilerin çok az bir kısmı şikâyetlerini firmaya bildirmiş, büyük bir kısmı ise yakınları ile paylaşmıştır (Karabulut, 2009: 20). Bu nedenle müşteri memnuniyetini sağlamak önemli bir unsurdur.

Toplam kalite yönetiminde iki tip müşteri anlayışı vardır;

İç müşteri; Bir kuruluşta çalışan kişileri ifade etmektedir. Çünkü firma içinde bir bölümün çıktısı diğer bir bölümün girdisini oluşturabilmektedir. Bu nedenle ikinci bölümün çalışanları aslında ilk bölümün müşterilerini oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle firmada ki üst düzey yöneticilerden, en alt düzey işçiye dek herkes firmada birbiri ile etkileşim halinde olduğundan iç müşteri olarak kabul edilir.

Dış müşteri; Firmanın son basamak olarak meydana getirdiği mal ya da hizmetin alıcısı konumunda olan kişiler toplam kalite yönetiminin dış müşterileridir. Aslında genel anlamda bildiğimiz müşteri kavramını yansıtmaktadır (Yılmaz, 2010: 38- 39).

Toplam kalite yönetiminin sağlanması bakımından hem iç müşterinin hem de dış müşterinin memnuniyetinin sağlanması önemlidir. İç müşteri memnuniyeti motivasyon sağlar. Bunun yanında firma içi süreçlerin işlenmesini ve birbiri ile etkileşiminin doğru yürütülmesini sağlamaktadır. Dış müşteri memnuniyeti ise mal ve

hizmet sunumunun sürekli olabilmesi için basamaktır. Dış müşteri memnuniyeti genel olarak sunum, teslimat, satış sonrası destek, çevre ve sağlığa uygunluk gibi süreçlerin gerçekleştirilmesi ile mümkün olur (Bektaş, 2013; 11).

Günümüzde müşteri memnuniyetine önem vermek kar odaklı olmanın önüne geçmiştir. Müşteri memnuniyeti sağlanarak karlılık uzun süre sağlanabilmektedir (Şimşek, 2001: 89).

Sonuç olarak yönetimin müşteri memnuniyetini sağlamak adına yaptığı uygulamalar, bunu gerçekleştiriyorsa çabası boşunadır (Imai, 1999: 207).

Liderlik

Liderlik kavramı ilk kez 14.yy'da ortaya çıkmıştır. Liderlik kelimesi olarak ise 1800'lü yıllarda ortaya çıkmıştır. Türkçeye de "önderlik" kelimesi olarak çevrilmiş ancak "liderlik" kelimesi zamanla yaygınlık kazanmıştır. Lider en temel anlamıyla yol göstericilik ya da yönlendirme yapan kişi olarak anlaşılmaktadır (Özer, 2007; 10).

Toplam kalite yönetiminin gereklerini karşılayabilmek için liderlik özelliği taşıyabilen yöneticilere ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü ancak liderlik özelliği taşıyan yöneticiler kalite anlayışının kuruluşa benimsetilmesini sağlayabilmektedirler (Bektaş, 2013: 13).

Yöneticilerin liderlik özelliği taşıması için bazı anlayışları benimsemeleri gerekir. Bunlar (Özer, 2007; 14);

- Astlara güvenmek
- Vizyon geliştirmek
- Soğukkanlı olmak
- Uzman olmak
- Riskleri göze almak
- Karşı çıkmalara izin vermek
- Açıklama yapabilmek
- İşleri basitleştirmek
- Dayanışma kurabilmek
- Sabırlı olmak
- Sosyal ilişkiyi ayarlamak

- Teknik destek sağlayabilmektir.

Yöneticiler liderlik vazifesini gerçekleştirirken verileri toplar, uygulamalar yapar, sonuçları değerlendirir ve gerekiyorsa düzeltmeleri gerçekleştirir. Liderler üretimde verimliliğin artmasını sağlar, personel için eğitim programları düzenler, tüm çalışanlar ile etkileşim içinde olur. Böylece toplam kalite çalışmalarının liderliğini yerine getirir. Bu aşamada en önemli konulardan biri yönetim kademesinin liderlerin çalışmalarını desteklemesidir (Bektaş, 2013: 13). Çünkü yönetimin kalite konusunda kalite politikasını ve kalite sistemini oluşturmak, sistemi uygulamak, geliştirmek ve sürekliliğini sağlamak gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Bekaroğlu, 2005: 5).

Çalışanlar ise liderlerin kendilerine güvenmesini, kendilerini cesaretlendirmesini ve yönlendirmesini beklerler (Karabulut, 2009: 28). Liderler bu olguları sağlamak için yasal güç, ödüllendirme gücü, cezalandırma gücü, uzmanlık gücü, beğeni gücü gibi güçler kullanırlar (Özer, 2007; 17-19).

Sonuç olarak kuruluştaki kaliteyi geliştirmek için liderlik vasfı taşıyan yöneticiler yönetim diğer organlarınca desteklenmeli ve tüm kuruluş ile etkileşim içinde olmalıdır.

Sürekli gelişme

Kalite yönetim sistemi sürekli gelişme anlayışını temel almaktadır. Sürekli gelişme anlayışına Japon felsefesi “Kaizen” düşüncesi kaynaklık eder. Sürekli gelişme anlayışı üç temel esasa dayanır (Bektaş, 2013: 17);

Mevcut durum ile yetinmemek; varılan herhangi bir noktayı son saymamak ve sürekli olarak daha iyisini hedeflemek anlamına gelir.

İnsanın ilerlemesi; kavramı süreç içerisinde yer alan her bir bireyin kendini geliştirmesini sağlamak ve süreklilik kazandırmak olarak açıklanır.

Problemlerin çözümünde teknikler kullanmak; problemlerin yalnızca yüzeysel çözümü ile ilgilenilmeyip kökenine de inilmesi ve ortadan kaldırılması anlamına gelmektedir.

Sürekli geliştirme anlayışının üç temel nedeni vardır. İlk olarak müşterilerin ihtiyaçları ve bakış açıları sürekli değişim göstermektedir. Bu değişimi yakalayabilmek adına sürekli geliştirme önem kazanmaktadır. Bunun yanı sıra

günümüzde teknoloji gelişimi hız kazanmıştır ve teknolojinin gerisinde kalmak rekabet gücünü azaltır dolayısıyla sürekli gelişme anlayışı ile kullanılan teknolojilerin de güncel tutulması sağlanabilir. Son neden olarak tedarikçilerin çıktılarının özelliklerini değiştirmeleridir. Bu değişim olumlu ya da olumsuz olabilir. Sürekli gelişme yaklaşımı sayesinde bu değişimlere uyum sağlanması kolaylaşır (Weaver, 1998: 135).

Sürekli gelişme anlayışını gerçekleştirmenin temel kaynağı eğitimidir. Yöneticiler kendileri dahil tüm çalışanların eğitim faaliyetlerini planlamalıdır. Eğitim faaliyetleri ile çalışanların bilgi ve becerileri geliştirilmelidir. Yöneticiler ise aldıkları eğitimler ile çalışanların yeteneklerini daha doğru değerlendirme ve problemlerin ortadan kaldırılmasında gelişmeler sağlamaktadırlar (Bektaş, 2013: 18).

Eski yönetim anlayışında içerisinde bulunulan durumu korumak söz konusu iken toplam kalite yönetiminde bu anlayış yerini ‘‘sürekli gelişme’’ye bırakmıştır (Yılmaz, 2010: 44).

Katılımcılık

Bugün çalışanların büyük bir kısmı iş hayatlarında kendilerini ilgilendiren süreç ve işlemler ile ilgili fikirlerinin alınmasını beklemektedir. Bunun nedeni insanların eğitim seviyesinin yükselmesidir. Böylelikle çalışan bireyler başkaları tarafından yönetilmek yerine sorumluluk almayı seçmektedir. Katılımcılık kavramı da bu bakış açısına dayanarak paylaşımı ve sorumluluk taşımayı hedef alır (Yalçın, 2014: 26). Toplam kalite yönetiminde katılımcılık çalışanların yaratıcılıklarını kullanmayı, sorumluluk almayı, yetki kullanmayı, karar vermeyi ve kalite sistemlerinde rol oynamayı gerçekleştirebilmeleri anlamına gelir. Katılım dört aşamada sağlanabilir, bunlar (Karabulut, 2009: 26-25);

- Kuruluş içerisinde etkili bir iletişim sistemi kurmak
- Her kademedeki çalışanlar için sürekli eğitim programının uygulanması
- Sorumluluk yükünün her kademedeki çalışan tarafından paylaşılması
- Performans ölçülmesi ve değerlendirilmesidir.

Çalışanları bu sürece dahil edebilmek için çeşitli yönlendirmeler yapılmalıdır. Çalışanların kuruluşun faaliyetleri için kendi önemini kavraması, problemlerin

çözümünde sorumlu olduklarını fark etmeleri, hedef ve amaç edinmeleri, bilgi becerilerini artırma isteği taşımaları, bilgi ve becerilerini paylaşmaları ve sorunlarını açıklayabilmeleri yapılması gereken yönlendirmelerdendir (Yaş, 2009: 31). Ayrıca toplam kalite yönetimi kuruluşta çalışan her bireyi bir bütünün parçası kabul eder. Bu nedenle ekip toplantıları sağlanır. Ekip toplantıları toplam kalite yönetiminin katılımcılık ilkesinin tüm süreçlerinin aktif hale geldiği ortamlardır (Karabulut 2009: 25).

Özet olarak toplam kalite yönetiminin gerçekleştirilebilmesi için çalışanların tamamının katılımcılık ilkesini benimsemesi ve sürekliliğini sağlaması önemli bir kriterdir. Çalışanların fikirlerini sunması, sorumluluk alması toplam kalite yönetiminde kalite iyileştirmesinin temel esaslarından biri olmuştur (Erdem, 2006: 34).

İş birliği ve takım çalışması

İşbirliği tek başına bir bireyin yetkilerini aşan konuları başka insanlarla dayanışma ve yardımlaşma sağlayarak çözebilmesi anlamına gelir. Takım ise belirli bir hedefi gözeterek ona ulaşmak için bir araya gelmiş insanlardır. Takımlar kendi hedeflerini belirler ve işbirliği içerisinde hedeflerine ulaşmaya çalışırlar. Takım, aktif katılımın söz konusu olduğu, dinamik ve uyumlu bir yapıdır. Takımda fikir birliği ve öğrenme şarttır. Takımın dağılmasına yine takım üyeleri karar verebilir. Takımda ki bireyler arasında güven ortamı oluşması gerekir, hiçbir endişe taşımadan düşüncelerini paylaşabilmelidirler. Takımın her bir üyesi karşılıklı olarak iletişim halinde olmalı ve aldıkları sorumlulukları yerine getirme konusunda birbirlerine destek olmalıdırlar. Takımda her üye kendi bilgi ve becerileri dahilinde görev ve sorumluluk almalı, ortaya çıkabilecek olan çatışmalar çözüme kavuşturulmalıdır. Ayrıca takımın üyeleri işlerin yürütülmesini takip etmeli, ihmal önlenmelidir (Bektaş, 2013: 21-23).

Çalışanların eğitimi

Toplam kalite yönetiminin temel amaçlarından biri çalışanların eğitimidir. Çünkü kurumun kalitesi ancak çalışanların kalitesinin geliştirilmesi ile sağlanır, bu da

çalışanların eğitimi ile mümkün olmaktadır (Yaş, 2009: 35).

Çalışanlara verilen eğitimler ile mesleki donanımın artırılmasının yanında çalışanların yaşam kalitelerinin artırılması ve yaptıkları işten keyif almaları da sağlanmalıdır. Ayrıca her kademedeki çalışanın sisteme katılımını sağlamak ve sorumluluk almasını sağlamak yine farklı bilgi ve beceriler yönünden çalışanların eğitimlerle desteklenmesini gerektirmektedir. Bu nedenle yüzünden kalite sistemlerinde eğitim vazgeçilmez bir ilke olmuştur (Altınok, 2005: 21-28).

Eğitim programları yöneticiler tarafından hazırlanmalıdır. Eğitim programında çalışanların eğitim ihtiyaçları uygun konularda ve uygun eğitim sürelerinde karşılanmalıdır. Çünkü çalışanların eğitim ihtiyaçları görev ve sorumluluklarına göre değişiklik gösterir. Bu nedenle eğitim programlarını hazırlayacak yöneticiler bu özellikleri ve değişen ihtiyaçları göz önünde bulundurmalıdır. Zaman zaman hatırlatma eğitimlerine yer verilmelidir. Eğitimlerde çalışanların kolaylıkla kavrayabileceği bir anlatım ve öğretim tekniği tercih edilmelidir. Eğitimler genellikle üst kademe çalışanlar ile başlamaktadır. (Karabulut, 2009: 29-30).

Sıfır hata

Kalite ile ilgili eski yaklaşımlar hatayı kabul eden ve hatayı ayıklamaya dayanan anlayışlardır. Toplama kalite yönetimi ise sıfır hata ilkesini benimser. Bu ilkeye göre hatalara tolerans göstermez ve hata oluşmamasına ve hatanın önlenmesine yönelik çalışmalar yapar. Sıfır hatayı sağlayabilmek için kuruluşlarda sıfır hata programları düzenlenmeli ve tüm süreçler hatayı önlemek adına titizlikle takip edilmelidir. Amaç hata oranının düşürülmesinin sağlanması, ürün ya da hizmetin zamanında hatasız olarak sunulmasıdır (Bektaş, 2013: 25).

Sıfır Hatayı sağlayabilmek için (İnceboz, 2009 : 22);

- Çalışanların eğitim ihtiyaçlarının karşılanması
- İş sürecinin eksiksiz ve doğru planlanması
- Çalışanların süreci gerçekleştirme aşamasında özenli olması
- Kaynakların verimli kullanımı
- Meydana gelen hataların tekrarlanmasının önlenmesi sağlanmalıdır.

Süreç yönetimi

Kuruluşlarda gerçekleştirilen tüm faaliyetler birer süreçtir. Mal ve hizmetlerin üretimi, dağıtımı, sunumu, destek hizmetleri vb. faaliyetlerin tamamı süreçler tarafından gerçekleştirilir. Süreç yönetimi kuruluşun hedeflerinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin kontrol edilmesidir. Temel amaç hizmet ya da malın hatasız ve zamanında müşteriye sunulmasıdır. Bu durum süreçlerle gerçekleştiğinden süreçlerin takip edilmesi, hataların belirlenmesi ve önlenmesi çalışmaları yapılarak süreçler sürekli irdelenmelidir (Bektaş, 2013: 26).

Süreç yönetimi uygulanması ile (Karabulut, 2009: 24);

- Süreçler sistematik olarak yönetilir
- Mal ve hizmetler müşteri taleplerine göre şekillendirilir
- Yenilikçi anlayışlara yer verilir
- Müşteri ilişkilerine önem verilir.

Süreç tasarımları bir yandan teknoloji ve otomasyona dayandırılırken bir yandan da kültürel, sosyal ve teknik sistemler göz önüne alınmalıdır (Uslu,2004: 29-30).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde kalite dünya standartlarına uygun teşhis, tedavi, bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaç ve isteklerinin karşılanarak yerine getirilmesi olarak açıklanabilmektedir (Yalçın, 2014: 27).

Sağlık kuruluşlarında kalitenin sağlanması iç ve dış müşteriler ile iyi ilişkiler kurulabilmektedir. Bu ilişkiler sayesinde kuruluşun sektördeki rekabet gücü artmaktadır. Sağlık insanlar tarafından hatanın sifira yaklaşmasının beklendiği bir sektördür. Bu durumu sağlayacak olan toplam kalite yönetimi sistemi sağlık sektöründe gün geçtikçe daha da önemli hale gelmektedir. Çünkü toplam kalite yönetimi çalışanların katılımı ile etkinliklerde sürekli gelişme sağlayan ve hataları en aza indirmeyi, hasta memnuniyetini arttırmayı benimseyen bir anlayıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminin uygulanması ile müşteri memnuniyetinin ön planda tutulduğu, kriz yönetimi yerine sürekli gelişme ve sifira hata anlayışının yerleştiği, ekip çalışmasının ve personel eğitiminin önem kazandığı, uzmanlığa ve verilere dayalı

karar veren, kendisini denetleyebilen bir kalite yönetimi sağlanmış olacaktır (Yetginoğlu, 2009: 75-78).

2.3.1. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı

Sağlık hizmetlerinde kalite bireylerin sağlıklarının korunması sürdürülmesi ve hastalanmaları halinde en kısa sürede eski sağlıklarına kavuşma yolunda iyileşmeler sağlanmasıdır. Bu açıdan bakıldığında kalite hastaların hakkı ve sağlık hizmeti personellerinin görevidir (Karabulut, 2009: 61).

Sağlık hizmetlerinde kalite belirleyicileri (Özdil, 2010: 18);

- Fiziksel yapı; sağlık kuruluşunun fiziki imkânları, teknolojik yeterlilikleri ve çalışanların teknik donanımları
- Etkinlik gücü; sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen faaliyetlerin mevcut bilimsel ve teknolojik verilere uygunluğu ve hastalar ile iyi ve etkili iletişim kurulması
- Sonuçların değerlendirilmesi; sağlık hizmetleri sonrasında ortaya çıkan sonuçların analiz edilmesidir.

Kalite uygulamalarının sonuçlarında çeşitli farklılıklar oluşmaktadır. Bunun en önemli nedenleri hasta tercihleri, klinik uygulamalardaki farklılıklar, yerel uygulamalar, kaynaklar, tıbbi farklılıklar sayılabilmektedir. Sağlık hizmetleri sonuçlarında meydana gelen bu çeşitlilik kaliteyi değerlendirecek net bir ölçüt olmasını zorlaştırmaktadır (Özdil, 2010: 18). Hizmet kalitesini belirleyebilmek için elde edilen sonuçların değerlendirilmesi ve kabul gören standartlar ile karşılaştırılması önemli çıktılar sağlayabilmektedir. Kalite ölçütleri olarak gözlemlenebilir koşullar ve ölçülebilir değerler temel alınabilir (Karabulut, 2009: 63);

- Gözlemlenebilir koşullar; hastalığın tedavi edilip edilememesi, tanı doğruluğu, ilaçların etkinliği vb. olarak,
- Ölçülebilir değerler; maliyet, ücret ve zaman denemeleri, performans testleri, ekipman güvenilirliği vb. olarak ifade edilebilir.

Gözden kaçırılmaması gereken nokta sağlık hizmetlerinde meydana gelebilecek kalite eksikliği hizmeti sunanlar tarafından değil direk olarak hizmeti alan hastaların sağlığını olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalite teknik kalite,

belirlenmiş standartlara uygunluk ve müşteri beklentileri karşılanarak sağlanmalıdır (Karabulut, 2009: 63).

2.3.2. Sağlık hizmetlerinde teknik ve fonksiyonel kalite

Sağlık hizmetlerinde teknik kalite tıbbi bilgi gerektirdiğinden hastaların teknik kaliteyi değerlendirmesi çok zordur. Hastalar sağlık hizmetlerinde bakım kalitesi ve personel davranışları gibi alanlarda beklentiye sahip olabilirler. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kalitesi yalnızca hastaların beklentilerinin karşılanması ile sağlanamamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı teknik kaliteyi de içinde barındırmalıdır. Teknik kalite sağlık hizmetlerinin bilimsel standartlara uygunluğunu ifade eder. Ancak tek başına teknik kalite de yeterli olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite hem müşteri beklentilerinin hem de teknik kalitenin sağlanması ile mümkün olmaktadır (Özdi, 2010: 10-16). Teknik kalite sağlık hizmetini sağlayan personelin teknik becerisi ile şekillenmektedir. Hastaların enfeksiyon kapma oranı, teknisyenlerin kan testlerini sunma başarısı, hemşirelerin verilen tedaviyi uygulama becerisi, doktorların teşhis ve tedavi kararlarının doğruluğu teknik kalite kapsamında değerlendirilir (Devebakan, 2005: 22).

Teknik kalite temel olarak hastaların tedavileri ile ilgili tıbbi etkinlikleri kapsadığından ölçülmesi daha kolay bir olgudur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı teknik kalite değerlendirmesine dayalı denetlemeler yapmaktadır (Karabulut,2009: 66).

Kaliteli sağlık hizmetleri denildiğinde hastalar kolaylıkla sağlık birimlerine ulaşabilmeyi, doğru teşhis ve tedavi alarak sağlıklarına kavuşmayı, personellerden ilgili davranış görmeyi, bu hizmetleri teknolojinin imkânlarından yararlanarak ve mümkün olduğunca hızlı edinebilmeyi beklemektedirler. Kalite kavramı genel olarak müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması olarak ifade edilmektedir. Burada bahsedilen kalite kavramı sağlık hizmetlerinde fonksiyonel kalitedir. Fonksiyonel kalite hastaların sağlık hizmetlerine ulaşması, personelin hastaya davranış biçimi, hastane ortamının temizliği ve hastane yemeklerinin kalitesi gibi konuları kapsamaktadır (Anderson, 1995: 33).

2.3.3. Toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerinde uygulanması

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin uygulanmak istenmesi alım gücünün artması, bireylerin kaliteli hizmeti tercih etmesi, sağlık kurumları arasında rekabet başlaması ve kalite-maliyet ikilemine çözüm sunması gibi nedenlere dayanmaktadır. Toplam kalite yönetiminin sağlık kurumlarında uygulanması ile iç ve dış müşteri memnuniyetinin artması, yönetim ve personelin daha donanımlı olmasının sağlanması, kayıt sistemlerinin oluşturulması ve daha etkin iletişimin sağlanması hedeflenmektedir (Yalçın, 2014: 27).

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi uygulamaları basamaklar halinde gerçekleştirilir.

Kalite politikasının belirlenmesi

Kuruluşun ulaşmak istediği kalite seviyesi kalite politikasını oluşturur. Kalite politikası çalışanların katılımı ve üst kademe yöneticilerinin politikaya uygulaması ile yürütülür. Politika müşterilerin taleplerini ihtiyaçlarını karşılayabilecek özellikte olmalıdır (Karabulut, 2009: 71).

Stratejik planların hazırlanması

Toplam kalite yönetimi stratejisi kuruluşların özgün kalite ihtiyaçlarına cevap verebilecek nitelikte olmalıdır. Kuruluşlar kalite uygulamaları için kendi yapılarının olumlu ve olumsuz yönlerini dikkate aldıkları kalite yönetim stratejileri geliştirmelidir. Kalite yönetim stratejisi oluşturulurken üzerinde durulması gereken adımlar (Aslan, 2007: 42);

- Kuruluşun kalite yönetim sistemine göre strateji oluşturacak ekibin kurulması
- Müşteri anketleri
- Kalite kriterlerinin belirlenmesi
- Ortaya çıkan kuruluşa özgü problemleri tanımlayacak kalite ekibinin oluşturulması

- Kuruluşa özgü problemlerin çözüm çalışmaları
- Kuruluşun kendi kalite geliştirme planını tanımlaması olarak sıralanabilir.

Çalışanların görev ve sorumluluklarının belirlenmesi

Toplam kalite yönetimleri çalışanların katılımının sağlandığı daha çok ekip çalışması ile gerçekleştirilebilir. Çünkü tek bir konuda uzmanlaşmış bireylerin çözemediği problemler ancak ekip çalışması ile ortadan kaldırılabilecektir. Böylece kalite yönetim sisteminin tüm sorumluları ve tüm çalışanlara öğrenme, kariyer geliştirme, yetkilendirme sağlanacak ve iş memnuniyeti yaşayacaklardır (Aslan, 2007: 39).

Toplam kalite yönetiminde yöneticilerin, liderlerin, ekiplerin başarılı olabilmesi için görev ve sorumluluklarını yerine getirmeleri gerekmektedir.

Kalite takımları; kalite sorunlarını tanımlamalı, kaliteyi belirleyici bilgiler toplamalı, kalite planlarının uygulanmasına katkıda bulunmalı, dış müşteriye olumlu davranış sürekliliğini sağlamalıdır.

Kalite koordinatörlerinin görev ve sorumlulukları, yönetimin desteğini sağlamak, standartlar hakkında bilgilendirme yapmak, çalışanların eğitim ihtiyaçlarını karşılamak, müşterilerden gelen bilgileri değerlendirmek ve kalite raporları hazırlamaktır.

Kalite danışmanları kalite koordinatörlerinin çalışmalarına yardımcı olmak ve kalite uygulamalarının tanıtılması, değerlendirilmesi ve raporlanması alanlarında görevlidirler.

Kalite gurupları kalite stratejisinin ve planlarının uygulanması ve birimler arası koordinasyonu sağlamakla görevlidirler. Bunun yanında eğitim ve kaynakların tanımlanması, satın almada kalite standartların uygunluk gibi görevlerde kalite guruplarının sorumluluğundadır.

Liderler bölümlerinde standartların oluşmasını sağlar, kalite standartlarını belirler, çalışanların denetlenme biçimine karar verir, raporları takip eder, hataları en aza indirmek için çalışmalar yapar ve tüm bunlar için çalışanlara önderlik etmektedirler (Karabulut, 2009: 72-75).

Kalite organizasyon yapısının belirlenmesi

Kalite organizasyonları bölümlerde görevli çalışanların oluşturduğu kalite gruplarından meydana gelmektedir. Bu yapı ile çalışanların katılımı artırılır ve kuruluşun çalışmalarının sonuçlarında çalışanlarında payı olduğu düşüncesini destekler. Böylece performans ve kalite artışı sağlamaktadır. Kalite organizasyonuna seçilen kişiler arasından kalite birimini ve yapılarını düzenlemek üzere kalite komiteleri oluşturulur (Karabulut, 2009: 75).

Müşteri tanımının yapılması, ihtiyaç ve beklentilerin belirlenmesi

Kalite sağlamanın temel faktörlerinden biri müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinde iç ve dış müşterileri personeller, hastalar ve yakınları oluşturmaktadır. Müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerini müşteri talepleri oluşturur, müşteri taleplerinin karşılanması kuruluşlara müşteri memnuniyetini sağlar. Müşteriler memnuniyetlerini değil çoğunlukla memnuniyetsizliklerini belirtme eğilimindedir. Bu nedenle müşterilerle iyi iletişim kurarak onlardan geri dönüş almak müşteri memnuniyetini belirlemek için önemli bir adımdır.

Müşteri ihtiyaçları belirlenmesi (Aslan, 2007: 42);

- Yapılacak eylemlerin belirlenmesi
- Eylemlerin değerini yükselten adımların belirlenmesi
- Müşteri beklentilerinin belirlenmesi
- Tedarikçiler ile iletişim sağlanması faaliyetleri ile gerçekleştirilir.

Hizmet türlerinin belirlenmesi

Sağlık kuruluşlarının müşteri memnuniyeti ve kalite sağlama yönündeki basamaklarından biride hizmet türlerinin belirlenmesidir. Sağlık hizmetlerinde mevcut hizmet türleri (Tever, 2014: 4);

- Tıbbi tedarik: Tıbbi teknoloji, ekipman, ilaçların karşılanmasıdır.
- Tıbbi bakım hizmetleri: Hastalıkları tedavi edici ve hastalıkları önleyici faaliyetlerin gerçekleştirilmesidir.

- Çevre hizmetleri: çevre düzenlemesi, temizlik, alt yapı vb. hizmetlerdir.
- İdare ve otelcilik hizmetleri: idari işlemlerin yürütülmesi ve temizlik yemek ve hasta odaları ile ilgili hizmetlerdir.

Sağlık kuruluşu kendisinin vermesi gereken hizmet türlerini belirlemeli ve bu alanlarda hizmet kalitesini arttırarak müşteri istek ve ihtiyaçlarını karşılama yoluna gitmelidir.

Etkili iletişim sisteminin oluşturulması

Toplam kalite yönetiminde iletişim sistemi oluşturulması büyük önem taşır. Kuruluş faaliyetlerinin gerçekleştirilebilmesi için sağlıklı ve etkili bir iletişim gereklidir. Etkili iletişimin kalite yönetim sistemi uygulayan kuruluşların ekiplerinde sağlanması ile katılımcılık, takım çalışması arttırılarak kalite kavramı daha kolay yerleştirilir.

Etkili iletişim için (Karabulut, 2009: 77);

- İletişim konuları belirlenir
- Pano, eğitim, toplantı vb. iletişim kanalları belirlenir.
- İletişimin sürekliliği sağlanır
- Bilgi kaynakları belirlenir
- İletişim etkinliği analiz edilir.

Kalite sağlama ve değerlendirme komitelerinin oluşturulması

Kalite sağlama ve değerlendirme yönetimi sağlık kuruluşlarında komiteler vasıtasıyla yürütülmektedir. Komitelerin oluşturulması, görev yapacakları alanlar sağlık kuruluşunun büyüklüğüne yapısına ve ihtiyaçlarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Sağlık kuruluşlarında oluşturulan başlıca kalite sağlama ve değerlendirme komitelerini aşağıda inceleyebiliriz. Kalite sağlama komiteleri, tıbbi hizmet komiteleri ve idari hizmet komiteleri olmak üzere ikiye ayrılır.

Tıbbi hizmet komiteleri (Karabulut, 2009: 78-84);

- Tıbbi personelin kalitesini sağlama komitesi; Komite tıbbi personelin faaliyetlerini etkinleştirmek amacıyla kurulmuştur. Doktor şikâyetlerini dinleme,

kalite verilerini inceleme, sonuçları raporlama, tıbbi kayıtları saklama gibi görevleri bulunmaktadır. Komite dokuz üyeden oluşur ve başkanı başhekim tarafından atanır. Toplantıları ayda bir kere yapılır. Raporlamaları üç ayda bir yönetime ve yönetim komitesine sunulur.

- Hemşirelik hizmetlerinin kalitesini sağlama komitesi; Komite hasta bakım kalitesi ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesini sağlama amacıyla kurulmuştur. Görevi hemşirelik bilgi sistemi kurarak hemşirelik hizmeti verilen birimlerin üç ayda bir gözden geçirilmesi ve kalite puanlamalarının yapılması buna dayanarak sorunlu alanların düzeltilmesinin sağlanmasıdır. Komite hemşirelerden oluşur ve başkanı başhemşiredir. Kalite planlamaları üç ayda bir başhemşire tarafından değerlendirilir. Komite raporlarını üç ayda bir yönetime sunar.

- Cerrahi vakaları inceleme komitesi; Cerrahi vakaları incelemek amacıyla kurulmuştur. Görevi cerrahi müdahalenin gerekip gerekmediğini belirlemek ve ameliyat sonrası ve öncesi hasta bakım faaliyetleri ile ilgilenmektir. Komite cerrahlar, patalojistler ve jinekologlardan oluşur. Komite ayda bir toplanır ve raporlamalarını yapar. Raporlar yürütme komitesine sunulur.

- Enfeksiyon kontrolü komitesi; Komite enfeksiyonlar konusunda önlemleri almak ve denetimler yapmak için toplanmıştır. Enfeksiyon kontrol programı hazırlamak, hastane enfeksiyonlarını ilgili birime bildirmek, sterilizasyon ve enfeksiyon kararlarının uygulanmasını izleme, steril olması gereken servislerin durumunu değerlendirme gibi görevleri vardır. Komite hekimler, hemşireler, mikrobiyologlar ve yönetimden bireylerden oluşmaktadır. Sağlık kurumu büyüklüğüne bağlı değişmekle birlikte en az iki üyeden oluşmaktadır. Ayda iki kere toplantı yapar ve aldığı kararları yürütme komitesi ve hastane müdürüne sunar.

- Doku komitesi; Komitenin amacı gereksiz cerrahi müdahalenin önlenmesi ve cerrahi faaliyetlerin kalitesinin sağlanmasıdır. Komite yapılacak cerrahi müdahale ile ilgili raporları ilgili birimlerden ister ve buna bağlı olarak standartlar oluşturur. Cerrahi faaliyetlerin standartlara uyup uymadığını takip eder uymayan hekim ya da personeli uyarır. Komite başhekimin yanı sıra operatörler, jinekologlar, pediatristler, patoloğlar arasından seçilen üyelerden oluşmaktadır. Komite ayda bir kez toplanır ve raporunu yürütme komitesine gönderir.

- İlaç kullanımı değerlendirme komitesi; Gereksiz ilaç kullanımını önlemek için

kurulmuştur. Hastanede kullanılacak ilaçları listelemek, depoda bulundurulması gerekli ilaçları belirlemek, ilaç kullanımını emniyetli hale getirmek, reçeteleri incelemek, ilaç kullanımı ile ilgili personeli bilgilendirmek, ilaç kullanım politikalarını belirlemek gibi görevleri vardır. Komite hekimler ve eczacılardan görevlendirilen beş üyeden oluşur. Yılda iki kere toplantı yapılır.

- Kan kullanımı değerlendirme komitesi; Kan nakilleri le ilgili politika ve prosedürleri geliştirmek için kurulmuştur. Görevleri kan nakilleri ile ilgili personeli eğitmek, kabul edilen kanın kan nakilleri standartlarına uygunluğunu belirlemek, kan nakilleri sırasında ve sonrasında meydana gelen reaksiyonları incelemektir. Kan bankası bu komiteye bağlı olarak çalışır. Komite üç ayda bir toplanır ve önerilerini patalojistlere, jinekologlara, cerrahlara ve anesteziistlere sunar.

- Klinik toplantıları; Toplantılar tıbbi personel ve klinikler arasında meydana gelen anlaşmazlıkları çözmek ve iletişimi güçlendirmek için gerçekleştirilir. Toplantılara klinik şefleri de katılmaktadır.

İdari hizmet komiteleri(Karabulut,2009: 85- 90);

- Tıbbi kayıtları inceleme komitesi; Hasta bakım hizmetlerinin değerlendirmesinde önemli araçlardan biri olan hasta dosyalarının belirli standartlarda hazırlanması gereklidir. Tıbbi kayıtları inceleme komitesi, hasta dosyalarının oluşturulmasında standartlar belirleyen ve standartlara uygunluğunu denetleyen komitedir. Komite üyeleri hastanenin belirlediği standartları ve yasal standartları göz önünde bulundurur. Komite hasta dosyalarının saklanması ve gizliliğinden de sorumludur. Komite üyeleri bir yıl süre ile en az dört üye olacak şekilde yürütme komitesi tarafından tıbbi personel içinden seçilir. Komite en az ayda bir defa toplanır.

- Yürütme komitesi; En önemli ve temel komitedir. Komite tüm diğer komitelerden gelen raporları toplar ve raporlara dayanarak hastanenin yönetim kuruluna önerilerde bulunur. Görevleri arasında tıbbi kadronun yapısı, tıbbi kadro için yeni personel alımı belirlemeleri, tıbbi kadro sınırlamaları gibi önerilerde bulunmakta yer alır. Komite üyeleri tıbbi personel arasında seçilir ve başkanlığını başhekim yapar. Üye sayısı en az beş en fazla yirmidir. Bir- üç yılda bir üye değiştirilir. Komite ayda bir defa toplanır ve raporlarını yönetim kuruluna sunar.

- Liyakat komitesi; Tıbbi kadroya dahil edilecek adaylarda ne gibi özellikler olması gerektiğini belirleyen, çalışan personelin performansını belirleyen ve sözleşme

yenilenmesi ya da yükseltilmelere karar veren komitedir. Komite üyeleri üç yıl için her klinikten, çoğunlukla daha önce diğer komitelerde görev yapmış olan hekimler arasından seçilir. Komite en az yılda iki kez toplanır. Komite öneri ve görüşlerini yürütme komitesine bildirir.

Kalite değerlendirme komiteleri ise hastanede kalite hizmetinin sonuçlarını değerlendiren komitelerdir. Kalite değerlendirme komiteleri(Yıldız,2008: 67-69);

- Tıbbi denetim komitesi; hasta bakım kalitesini değerlendirmek için kurulmuştur. Görevleri, tıbbi bakım prosedürlerini oluşturma, klinik uygulamaları inceleme, klinik uygulamaların hepsinin ayrı ayrı raporlarını oluşturma ve her klinik için uzmanlık faaliyetlerini denetlemektir. Komisyonda her uzmanlık dalından bir üye bulunur. Komite üyeleri bir yıl için hekimler arasından seçilir. Komite ayda bir defa ve gerektiğinde toplanabilir.

- Yönetim Kurulu; Kalite hizmetlerinin en son değerlendirme merciidir. Görevleri; hastane amaçlarını belirlemek, amaca uygun hastane plan ve programlarını yapmak, işe alınacak personeli seçmek, gerekli ekipmanı sağlamak, yönetsel ve finansal uyumu sağlamak, uzmanlık standartlarını korumaktır. Yönetim kurulları hekimler ve çeşitli meslek guruplarından en az sekiz en çok on beş üye ile oluşturulur. Üyeler üç yıl için seçilir ve toplantılar ayda bir defa yapılır. Bu toplantılar düzenli toplantılardır. Bunun yanı sıra finansal yılın sona ermesinden dolayı yıllık toplantılar ve özel kararlar için özel toplantılar da yapılır.

Çalışanların eğitimi

Toplam kalite yönetimi anlayışını tercih eden işletmelerde bu yeni anlayışın işletme içindeki personele benimsetilmesi gerekmektedir. Bunu sağlamanın en etkili yolu eğitimidir. Bu nedenle toplam kalite yönetimi sistemi içinde çalışanların eğitimi çok önemli bir faaliyettir (Bektaş, 2013: 24).

Toplam kalite yönetimi eğitimleri ile çalışanların sistem içerisindeki rollerini belirlemeleri ve sistemin gerekliliği ve önemini kavramaları sağlanır. Eğitimler ile amaç çalışanlara beklenen kaliteyi sağlayabilmeleri için gerekli olan bilinç, bilgi ve becerinin ekonomik şekilde sağlanmasıdır. Toplam kalite yönetim sistemi eğitimleri, sistemin temel kavramlarını, felsefesini ve uygulamalarını işletmeye uygun bir

biçimde öğretilmesini kapsar. Bunun yanı sıra tekrarlar ile sistemi benimsetir ve meydana gelen mesleki ya da yasal değişikliklerin sisteme dahil edilmesinde de yine eğitimlerden yararlanır. Ayrıca eğitim programlarının ileri aşamalarından biri de örnek olay çalışmasıdır. Çalışanların karşılaşılabileceği bir örnek olay üzerinden sorunu çözümleyebilme becerileri değerlendirilir. İyi bir eğitim sistemi oluşturmak için üst yönetim, orta kademe vb. gibi eğitim verilecek gurubun ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır. Kalite eğitimlerinde doğru ihtiyaçların belirlenmesi ve beklenmeyen durumlarla karşılaşılması için kaynakların, ihtiyaçların tespiti ve gerekli tedarik desteği verilmesi şarttır. Bunun için eğitim kalite konseyince yakından takip edilmesi gereken bir alandır (Aslan, 2007: 43-44).

Akreditasyon sisteminin oluşturulması

Akreditasyon kurumların yüksek hizmet kalitesi sunmaları için gereken standartları sağlamaları ve bunu sürekli hale getirmeleri sistemidir. Akreditasyon sistemleri, bir ürün ya da hizmetin beklentileri karşılayacak standartlara, şartlara ve yönetmeliklere uygunluğunun analizlerle, kontrollerle ve belgelendirme ile uygunluk değerlendirme ve akreditasyon kuruluşlarınca değerlendirilmesidir. Bu kuruluşlar uluslararası kriterlere göre ürün ya da hizmetlerin teknik ve yönetsel durumlarını onaylar ve denetler (Yetginoğlu, 2009: 80-81).

Gelişmiş istatistikî yöntemlerin kullanılması

Toplam kalite yönetimi sistemleri kaliteyi sağlamak ve sürdürmek için mevcut verilerin iyi değerlendirilmesi ile yönlendirilmektedir. Bu nedenle verileri toplamak, saklamak ve analiz etmek gelişmiş istatistiksel analizlerin kullanılmasını gerektirir. Kullanılacak olan analiz yöntemleri sorunun ortaya çıkarılmasını sağlamalıdır. Bu kapsamda veriler yedi aşama ile takip edilir (Gencel, 2001: 189-190);

- Süreç analizi ve dokümantasyon
- Fikir yaratımı
- Veri toplanması
- Sorun çözümü

- Analiz
- Destek fikirlerden yararlanma
- Uygulama.

Kalite performansının izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi

Toplam kalite yönetiminde bölümlerin ve servislerin göstermiş olduğu performanslar büyük önem taşır. Performans düzeyi yüksek olan sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunulabilmektedir. Hizmet performansını yüksek tutmayı sağlamak sağlık kuruluşu yönetimlerinin sorumluluğudur. Hastane yöneticileri performans standartları oluşturmalı ve bu standartlar çerçevesinde bölüm ve servislerin performansları izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Kalite performansı düşük olan bölümlerde arttırılmak üzere ve sürekli gelişme ilkesine dayanarak kalite performansı geliştirme çalışmaları sürdürülmelidir (Karabulut, 2009: 101).

Hizmet kalitesinin ölçülmesi

Sağlık hizmetlerinin her basamağında hizmet kalitesi ölçülebilir ve değerlendirilebilir. Hizmet kalitesi ölçümü yapabilmek için genel olarak öne çıkan ilkeler aşağıdaki gibidir (Sarp, 2004: 501-502);

- Etkenlik; hastanın durumunda en kısa sürede en üst seviyede iyileşmenin sağlanması
- Etkinlik; hastanın sağlık durumunda düzeltme sağlamak için verilen hizmetlerde gereksinim duyulan tüm kaynakların etkin kullanımı
- Verimlilik; etkili hizmetin mümkün olan en az maliyetle sağlanması
- Optimal olma; fayda- maliyet arası optimum denge sağlanmasının yanı sıra hastanın fiziksel ruhsal ve sosyal durumunda da bu dengenin sağlanması
- Kabul edilebilirlik; verilen hizmetin hasta ve hasta yakınları tarafından değerlerine saygılı ve beklentilerini karşılayabiliyor olması
- Yasallık; sağlık hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemelere ve toplumsal kurallara uyması
- Eşitlik; sağlık kuruluşuna başvuran her bireyin eşit şekilde sağlık

hizmetlerinden yararlanması ve hiçbir ayrıcalık yapılmaması

- Erişilebilirlik; bireylerin sağlık hizmetine kolaylıkla erişebiliyor olması
- Katılım; hasta ile işbirliği sağlanarak tedavi boyunca bilinçli katılım sağlanması
- Zamanında hizmet; Sağlık hizmetinin gerçekten ihtiyaç duyulduğu anda verilebilmesi
- Süreklilik; Hasta kayıtlarının düzenli tutulması ve ihtiyaç olduğunda ulaşılabilir olması hasta bakımında süreklilik sağlanması

Kaliteli hizmete uygun teknoloji, tıbbi cihaz temini ve kullanımının sağlanması

Hastalıkların teşhis ve tedavisinde uygun teknoloji ve tıbbi cihazların kullanılması günümüzde hızla gelişen teknolojik imkanlar sayesinde daha fazla üzerinde durulan bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastane yöneticileri uygun teknolojiyi seçmek, tıbbi cihazları temin etmek ve onları çalışır durumda tutmak için çaba sarf etmektedirler. Çünkü sağlık hizmetlerinde gelişen teknoloji ile daha doğru teşhis ve tedavi imkanları elde edilmekte ve hastaların kalite beklentisi artmaktadır. Bu nedenle hastanelerin tıbbi cihazlar konusunda tedarik, bakım ve onarım masrafları artmıştır. Yüksek masraflı bu tıbbi cihazların olumsuz ekonomik sonuçlar doğurmaması için sağlık kuruluşunun ihtiyacını karşılayabilecek uygun teknolojilerin tercih edilmesi gerekmektedir. Bir teknolojinin sağlık kuruluşuna olan uygunluğu altı kriter ile belirlenebilir (Karabulut, 2009: 106-107);

- Kullanıldığı amaca uygunluk
- Teknik, kültürel ve sosyal olarak kabul edilebilirlik
- Etkinlik ve maliyet dengesini göz önüne alarak ekonomiklik
- Bakım ve onarım hizmetlerini yerelden sağlanabilirliği
- Performansının ölçülebilir olması
- Kuruluşun genel yapısı ile uyumlu olabilme.

2.3.4. Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi uygulamalarında karşılaşılan problemler

Kuruluşlarda toplam kalite yönetimine geçişte uyum sorunları yaşanabilmekte ve çeşitli engeller bu geçişi olumsuz etkilemektedir. Toplam kalite yönetiminde karşılaşılan engeller (Karabulut, 2009: 110-111);

- Değişime karşı direnç
- Çalışan eğitimi ile ilgili sorunlar
- Yönetimin algılama hatası
- Doktorların katılımının düşük düzeyde kalması
- Yönetimsel ve bürokratik sorunlar
- Tıbbi teknoloji sorunları
- İletişim sorunları
- Sağlık hizmeti alanındaki sorunlar
- Grup çalışmalarına önem verilmemesi
- Maddi sorunlar
- Sağlık kuruluşları ve yöneticiler arası rekabet
- Ölçme değerlendirme yapısının iyi oluşturulamaması vb. olarak sıralanabilir.

2.4. Akreditasyon Kavramı ve Sağlıkta Akreditasyon

2.4.1. Akreditasyonun tanımı

Akreditasyonun tanımını yaparken, gerek ülkemizde gerekse dünyada, ‘ruhsatlandırma’ ve ‘akreditasyon’ kelimelerinin aynı anlamda kullanılmasından doğan karmaşa sebebiyle, iki sözcüğün de tanımını yapmak gerekmektedir. Bu iki terim çoğunlukla eş anlamlı kullanılmaktaysa da, aslında farklı kavramları ifade eder ve farklı tipteki kurumlar tarafından yürütülürler.

Ruhsatlandırma işlemi, tesisin güvenli şekilde çalışması ve hastayı oluşabilecek zarardan koruması için gerekli minimum koşulları belirleyen bir grup standarttan oluşmaktadır (Akyurt, 2007:6).

Akreditasyon teriminin anlamı ise, laboratuvarlar, muayene ve belgelendirme kuruluşlarının ulusal ve uluslararası alanda kabul görmüş teknik kriterlere göre, devlete bağlı olmayan ve kar amacı gütmeyen bir kuruluş tarafından değerlendirilmesi, yeterliliğinin onaylanması ve denetlenmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Karabulut, 2009: 112).

Joint Commission International ise, akreditasyonu şu şekilde tanımlamaktadır; sağlık kuruluşlarında ayrı ve müstakil, çoğunlukla resmi kimliği olmayan bir birimin, sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gereksinimini karşılayıp karşılamadığını değerlendirdiği bir süreçtir (Karabulut, 2009: 112).

Dünyada akreditasyon, sağlık hizmetleri kalitesindeki gelişmeleri en iyi teşvik eden yol olarak görülmekte ve bu sistemleri kullanan ülkeler sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Shaw, 2004: 5).

2.4.2. Akreditasyonun amacı

Akreditasyonun amacı, tarafsız ve bağımsız bir dış kaynak tarafından hastanelerin incelenmesi ve bu şekilde (Yetginoğlu, 2009: 84).

- Etkinliğin artırılması
- Maliyetin düşürülmesi
- Hasta memnuniyetinin artırılması
- Halkın güveninin güçlendirilmesi
- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi
- Sağlık hizmetlerinin yönetim yapısını geliştirilmesi ve
- Seçilmiş olan süreç, yapı ve sonuç standartlarını veya kriterlerini karşılayabilmek amacıyla, sağlık hizmetleri kuruluşlarının, karşılaştırmalı veri tabanını oluşturmaktır.

Farklı bir ifadeye göre ise, akreditasyon örgütü kuruluş amacı olarak, sağlık kurumunun daha yüksek kaliteye ulaşması için, sağlık kuruluşlarına sunulan akreditasyon hizmetinin kalitesinin geliştirilip, bu sürecin günden güne daha da yükseltilmesi olarak açıklanmaktadır (Timmons, K. 2004: 16).

2.3.4. Akreditasyonun önemi

Akreditasyon işlemi, gerek hastalar gerekse sağlık kuruluşları açısından büyük önem arz etmekte ve gittikçe sağlık kurumlarında aranılan özelliklerden olmaktadır. Akreditasyon işlemi,

- Hasta bakım kalitesini artırılmasını,
- Sağlık kuruluşunun performansının yüksek tutulmasını,
- Güvenilir ortamın sağlanmasını,
- Tüm ülkedeki sağlık kuruluşlarında hemen hemen aynı standartlarda hizmet verilmesini,
- Hizmeti satın alanlara sağlık kuruluşunun diğer sağlık kuruluşlarıyla karşılaştırmasını yapma imkanı sunulmasını sağlamaktadır.

Ayrıca akreditasyon, sağlık çalışanları arasında daha fazla iş birliği yapılmasını, sağlık kuruluşlarının imajını arttırmayı, çalışanların kuruluşlarına inancını ve güvenini sağlamayı, çalışmalardaki yeterliliğin istenilen düzeye getirilmesini sağladığı için de sağlık sektöründe büyük önem arz etmektedir (Yıldız, 2010: 48).

Bu sebeplerden dolayı, günümüzde yüksek kalite ile hizmet etme amacı taşıyan önemli sağlık kuruluşlarımız, akreditasyon işlemi uygulamakta ve sağlık çalışanlarına da akreditasyon kapsamı içerisinde eğitimler vermekte, personelini teşvik etmektedirler.

2.4.4. Sağlık hizmetlerinde akreditasyon kavramı

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon kavramı, sağlık alanında yapılmakta olan iyileştirme ve kalite yükseltme işlemlerini kapsayan bir süreci ve denetleme mekanizmasını ifade etmektedir.

Akreditasyonun içerisinde, denetleme işlemi büyük önem ve yer kapladığından dolayı, sağlık hizmetleri gibi önemli alanlarda, gerekli disiplinin sağlanması ve doğru zamanlama sisteminin uygulanmasını da sağladığı için, sağlık alanında akreditasyon çok büyük önem arz etmektedir.

Amerikan Cerrahlar Birliği, hastanelerin akreditasyon yolu ile standardizasyonuna olan ihtiyacı ‘en iyi işi yapanları cesaretlendirmek ve daha

aşağıdaki standartlara sahip olanları uyarmak' ihtiyacı olarak tanımlamıştır (Yıldız, 2014: 46-47).

Sağlık alanında akreditasyonu Dünya'da uygulanan akreditasyon programları ve Türkiye'deki akreditasyon çalışmaları olarak iki başlık altında anlatmak mümkündür.

Dünya'da uygulanan akreditasyon programları

Dünya'da halihazırda uygulanmakta olan pek çok akreditasyon birlikleri ve programları mevcuttur. Tıbbi laboratuvar akreditasyonunda 3 önemli birlik öne çıkmaktadır. Bunlar,

- Uluslararası Standartlar Örgütü (ISO),
- CAP ve
- JCAHO dur.

ISO, akreditasyon konusunda iki uluslararası standart yayınlamıştır; ISO\IEC 15189: 2003, 17025: 1999. ISO standartlarında akredite edilen laboratuvarlar ISO\IEC kılavuzunda 1958de belirtilmiş olan standartlara uygun faaliyet göstermek durumundadırlar (Aktaş, 2014: 35).

CAP 1946 yılında kurulmuş bir birliktir. Kuruluşu itibariyle günümüze kadar, patoloji ve tıbbi laboratuvar doktorluğuna ilişkin hataların üzerine eğilmiş ve bu tür hataların tespiti ve önlenmesi için oluşturulan yaklaşımlara kaynak sağlamıştır(Aktaş, 2014: 35).

JCAHO ise, 1951de kurulmuştur. Bu kuruluşun içerisinde şu birlikler yer almaktadır (Aktaş, 2014: 35).

- Amerikan Patolojisiler Birliği,
- Amerikan Tıp Birliği,
- Amerikan Hekimler Birliği,
- Amerikan Diş Hekimleri Birliği ve
- Amerikan Hastaneler Birliği.

Bunların yanı sıra, Dünyadaki Laboratuvar Akreditasyonu ile ilgili görev yapan birliklere,

- Avrupa Akreditasyon Birliği (EA)
- Pasifik Akreditasyon Birliği (PAC)

- Amerika Akreditasyon Birliği (LAAC) örnekleri de verilebilir (Aktaş, 2014: 37-38).

Türkiye’de akreditasyon çalışmaları

Ülkemizde de sağlık alanında akreditasyon çalışmaları detaylı bir şekilde yürütölmektedir. Öyle ki, 2001 yılında, Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulmakta olan hizmetlerin, TKY anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütölmesine yönelik esasları düzenlemek amacı ile “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Hizmet Yönergesi” yürürlüğe girmiştir (Yalçın, 2014: 79).

Ayrıca 2005 yılında “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ve 06.08.2013 tarihinde de, Sağlık Hizmetleri Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik yayınlanarak yürürlüğe konmuştur. Yönerge ve Yönetmeliğin ilgili maddeleri zaman içerisinde revize edilerek “Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) adını almıştır (Yalçın, 2014: 79).

Ülkemizdeki bazı sağlık kurumları ise, yalnızca ülkemiz kapsamındaki akreditasyon çalışmaları ile sınırlı kalmayıp, uluslararası alanda geçerli programlara uyarak, iyileştirme çalışmalarını güçlendirmiş ve bu alandaki uluslararası belgeleri almaya hak kazanmışlardır. Bu da, ülkemizdeki bu sağlık kurumlarının gelişmesini ve hasta ve hasta yakınlarının güvenini kazanmayı sağlamıştır.

Sağlık bakımının kaliteli ve yüksek düzeyde olması beklentileri, ülkemizde son yıllarda artış göstermekte, bu da sağlıkta akreditasyon çalışmalarına ve özel hastanelerin sayısının artmasına sebep olmaktadır. Özel hastaneler ülkemizde yoğunluk olarak üç şehirde bulunmaktadır. Bu şehirler, Ankara, İstanbul ve İzmir olarak sıralanmakta ve bu şehirlerdeki özel hastanelerin büyük çoğunluğunda akreditasyon çalışmaları uygulanmaktadır (Ergenoğlu, 2006: 85).

Ek olarak, ülkemizde 27.10.1999 tarihinde 23866 sayılı kanun ile Türk Akreditasyon Kurumu kurulmuş, görevleri belirlenmiştir. Ancak bu kurumun sağlık alanındaki akreditasyon çalışmalarına fazla bir katkısı olamamıştır (Yalçın, 2014: 80).

Tablo 1. Dünyada Akredite Hastaneler ve Kurumlar

| ÜLKE | HASTANE | DİĞER | TOPLAM |
|---------------------------|---------|-------|--------|
| Birleşik Arap Emirlikleri | 40 | 21 | 61 |
| Suudi Arabistan | 46 | 8 | 54 |
| Brezilya | 25 | 26 | 51 |
| Türkiye | 38 | 5 | 43 |
| Tayland | 21 | 19 | 40 |
| Güney Kore | 13 | 24 | 37 |
| İrlanda | 18 | 7 | 25 |
| İtalya | 15 | 7 | 22 |
| Singapur | 15 | 7 | 22 |
| Çin | 17 | 4 | 21 |
| Hindistan | 18 | 3 | 21 |
| İspanya | 7 | 13 | 20 |
| Tayvan | 11 | 8 | 19 |
| Danimarka | 13 | 2 | 15 |
| Portekiz | 8 | 4 | 12 |
| Ürdün | 9 | 2 | 11 |
| Katar | 5 | 6 | 11 |
| Meksika | 8 | 2 | 10 |
| İsrail | 7 | 1 | 8 |
| Malezya | 6 | 2 | 8 |
| Endonezya | 6 | - | 6 |
| Japonya | 5 | 1 | 6 |
| Avusturya | 2 | 3 | 5 |
| Çek Cumhuriyeti | 4 | - | 4 |
| Almanya | 4 | - | 4 |
| Filipinler | 4 | - | 4 |
| Mısır | 3 | - | 3 |
| Lübnan | 3 | - | 3 |
| Şili | 2 | - | 2 |
| Kolombiya | 2 | - | 2 |
| Kosta Rika | 2 | - | 2 |

Tablo 1. Dünyada Akredite Hastaneler ve Kurumlar (devam)

| ÜLKE | HASTANE | DİĞER | TOPLAM |
|-------------------|---------|-------|--------|
| Kuveyt | 2 | - | 2 |
| Umman | 2 | - | 2 |
| Panama | 2 | - | 2 |
| Slovenya | - | 2 | 2 |
| Barbados | - | 1 | 1 |
| Belçika | - | 1 | 1 |
| Bermuda | - | 1 | 1 |
| Kuzey Kıbrıs | - | 1 | 1 |
| Etiyopya | - | 1 | 1 |
| Vietnam | - | 1 | 1 |
| Bahama Adaları | 1 | - | 1 |
| Bahreyn | 1 | - | 1 |
| Bangladeş | 1 | - | 1 |
| Ekvador | 1 | - | 1 |
| Yunanistan | 1 | - | 1 |
| Kazakistan | 1 | - | 1 |
| Mauritius Adası | 1 | - | 1 |
| Hollanda | 1 | - | 1 |
| Nikaragua | 1 | - | 1 |
| Nijerya | 1 | - | 1 |
| Pakistan | 1 | - | 1 |
| Rusya Federasyonu | 1 | - | 1 |
| İsviçre | 1 | - | 1 |
| Yemen | 1 | - | 1 |
| Toplam | 397 | 183 | 580 |

2.4.5. Türkiye’de uygulanacak olan akreditasyon ölçütleri

Son yıllarda ülkemizde görülen özel hastane sayısındaki yükselmenin sebebi, sağlık bakımında kalite talebinin artması olarak açıklanabilir. Sağlık kuruluşlarında uygulanacak olan akreditasyon işlemlerinin başarıya ulaşması için ise, uygulanması gereken belirli ölçütler bulunmaktadır. Bu ölçütleri şu şekilde sıralayabiliriz (Ergenoğlu, 2006: 85).

- Sistem, gelişmeleri takip etmelidir
- Uzman bir kadro ile çalışılmalıdır
- Denetçilerin sürekli eğitimleri sağlanmalıdır
- Sistem, teşvik edici olmalıdır
- Sistem pahalı ve bürokratik olmamalıdır

Bakıma ulaşım ve bakımın sürekliliği

Sağlık kurumlarına, yalnızca kurumun sağlık bakımı sunabileceği hastalar bakım amacı ile kuruma alınmalıdır.

Hastanın hastaneye kabul edilmesinin ardından, hasta ve hasta yakınlarının bakım sürecine katılımını gerçekleştirmek sağlık kuruluşlarının yerine getirmesi gereken en önemli sorumluluk ve gerekliliklerden biridir. Bunun yanında, hasta ve hasta yakınlarına, bakım sebebiyle kaynaklanacak olan maliyetin de, ayrıntılı ve açık bir biçimde anlatılması gerekmektedir.

Hasta bakımına yönelik eğitimler, hastanın ve hasta yakınlarının anlayabileceği dilde ve kolay anlaşılacak yöntemlerle (gerektiğinde uygulamalı olarak) gerçekleştirilmeli, hastanın ve hasta yakınlarının bakım süreciyle ilgili taşıdıkları kaygı ve endişe mümkün olduğunca ortadan kaldırılmalı ve gerekli güven ortamı oluşturulmalıdır.

JCI (Dünya çapında yüzün üzerinde ülkeden, genç liderlerin bir arada bulunduğu bir küresel platform) örgütünün, “bakıma kabul ve bakımın devamlılığı” ile ilgili akredite olmak isteyen hastanelere getirdiği standardı olup; “Hastalar, tanımlanmış sağlık gereksinimleri ve hastanenin misyonu ve olanakları temel alınarak hastaneye kabul edilmelidir” şeklindedir (Akyurt, 2007: 123).

Bakımın bütün aşamalarında, hasta gereksinimleri uygun kaynaklarla hastane içerisinde veya gerekli olduğu durumlarda hastane dışarısında karşılanmalıdır.

Hastanın hastaneye kabul nedeni, hastalığı ile ilgili önemli bulgular, konulan teşhis ve uygulanacak olan tedavi ile gerekli olan durumlarda hastanenin başka bir bölümüne nakli sırasında yapılması gerekenleri dokümanete edebilmelidir (Akyurt, 2007: 123-125).

Bilgi yönetimi

Veri, olgu, görüntüler, imgeler ve sesler bütünü şeklinde; bilgi ise, belirli bir amaç ve görev için biçime ve içeriğe uygun olan veri olarak tanımlanmaktadır (Akyurt, 2007: 118).

Sağlık hizmetlerinde bilgi ise, verilerin tıbbi dokümanlarının karar alma süreçlerine katkı sağlaması için işlenmiş ve anlamlandırılmış hali olarak tanımlanmaktadır (Akyurt, 2007: 118).

Buna göre, hastanelerin hasta ihtiyaçları ve hasta ve yakınlarının hizmet beklentileri doğrultusunda yapılan araştırmalardan elde edilen bilgiler, benzer hizmette bulunan hastanelerin performansları, hastane personelinin ihtiyaç ve beklentileri, poliklinik ve servis hasta profilleri hastanelerin veri tabanını oluşturmaktadır. Faaliyetler sonucunda üretilen bilgilerin, sisteme zamanında ilave edilmesi, bilgi kaynaklarının gelişmesinde süreklilik sağlar.

Güvenilir ve etkin bir sağlık kurumu yönetimi için bilgi, hasta hizmetleri sürecinde üretilmeli ve bu süreçte kullanılmalıdır ve sağlık kurumları, değişik bilgi kategorileri için yürütülmekte olan gizlilik ve güvenlik seviyelerini belirleyebilmeli, veri güvenliği ile veri paylaşımı arasındaki dengeyi kurabilmelidir.

Etkin erişim sisteminin oluşturulmasında şu konular önem arz eder (Akyurt, 2007: 119).

- Bireylerin eriştiği bilgi
- Sağlık kurumunda hastaya ait bilgilere kimlerin ulaşabildiği
- Kullanıcının hasta bilgilerini gizli tutma yükümlülüğü ve
- Gizlilik ihlal edildiğinde uygulanacak işlemler ve izlenilecek yol haritası.

JCI örgütünün “hastanelerde bilginin kullanımı” konusunda akredite olmak isteyen kurumlara getirdiği standardı olup, bu standart şu şekilde ifade edilmiştir; “Kurum, tüm klinik servislerde çalışanların, kurumu yönetenlerin ve kurumun dışından olup kurum hakkında veri ve bilgiye ihtiyacı olanların bilgi ihtiyaçlarını karşılayacak mekanizmaları planlayıp uygulamalıdır”

JCI örgütünün hastanelerde “bilgi yönetimi” ile ilgili standardının kalite konseyince ölçülebilir olan bileşenleri şu şekilde sıralanabilir (Akyurt, 2007; 120);

- Etkin bir hasta klinik kaydının yaratılması ve kullanılması

- İçsel ve dışsal bilgi ihtiyaçlarının açığa çıkarılması
- Bütün bu ihtiyaçların karşılanması için planlama yapılması
- Kaliteli kıyaslama için verilerin ve bilgilerin birleştirilmesi ve karşılaştırılmasıdır.

Ayrıca, akreditasyon çalışmalarına henüz başlamış ülkeler, bu deneyimi yaşamış ülkelerin tecrübelerinden yararlanarak veri ve bilgilerinin güvenliğinin sağlanmasını, kuruma ait bilgilerin gizliliğinin korunmasına özen gösterilmesinin gerekliliğini kavramada önemli yol alabilirler. (Schardt, 1998: 504).

Çalışanların nitelikleri ve eğitimleri

Toplam kalite yönetim sistemini uygulamaya karar veren kuruluşlar, daha önceki yönetim biçiminden farklı bir sistem ve anlayışı benimseyeceklerdir. Bu yeni sisteme uyum sağlayabilmek için çalışanların mesleki görevlerine hazırlanmaları, eğitim düzeyleri geliştirilmelidir. Eğitim almış, bilgilerle donatılmış personelin sorumluluk duygusu da artacaktır. Çalışanların motive edilmesi ve eğitim görmeleri ile hataların oluşmadan önüne geçilmesi sağlanarak verim arttırılmış olacaktır.

Toplam Kalite Yönetimi'nde çalışanları eğitmenin anlamı; kurumun kalitesinin çalışanların kalitesine bağlı olmasıdır. Öyle ki, kurumların kalitesini, çalışanların kalitesi, bilgi ve becerileri belirlemektedir.

Kalite yönetiminde çalışan personel şu nitelikleri taşımalıdır (Aktaş, 2014: 75-76);

- Yeniliklere açık bir anlayışa sahip olmak
- Öğrenmeye ve gelişime istekli olmak
- Çalışmalarda aktif olarak katılım sağlayabilmek
- Kalite yönetiminin kendisine, hastalara ve kuruma sağlayacağı yararların bilincinde olmak.

Çalışanların motive edilmesi, eğitilmesi, yetiştirilmesi, Toplam Kalite Yönetimi'nin başlıca amaçlarından biri olarak kabul edilmektedir. Kararlara katılım sağlayan birey, kendisini otoritenin bir parçası olarak görerek, alınan kararların yürütülmesinde sorumluluk hissedecektir. Dolayısıyla hatalar azalacak, güven artacak ve bununla birlikte kalite ve verim düzeyi yükselecektir.

Hackman ve Wageman bir kurumun eğitilmesiyle ilgili, Toplam Kalite Yönetimi'nde öğrenmeyi üç madde halinde sıralamışlardır (Bektaş, 2009: 24);

1. Madde: Ekip çalışması içerisinde öğrenmek
2. Madde: Çalışma ortamında performansı geliştiren problem çözme tekniklerini öğrenmek
3. Madde: Yapılmak istenen şeyin ne olduğunu belirleyerek, belirlenen planı öğrenmektir.

Hastane yöneticileri ise, hastanelerine yönelik kadro planlaması için şu maddelere dikkat etmeleri gerekmektedir (Fruth; 2005:3).

- Kurumun misyonu
- Kurum tarafından sağlanmakta olan hizmetleri
- Hastaların ihtiyaçlarının ağırlığı ve karmaşıklığı
- Hasta bakımında kullanılan teknoloji

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi

Bir hastane kurumu ile ilişkili hasta, doktor vb. her gurubu enfeksiyonlardan koruyabilmek için alınması gereken tedbirler, dikkat ve titizlikle uygulanmalıdır.

Hastanelerde enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi için belirli programlar uygulanır. Bu programlar; hastane çalışanları, sözleşmeli personeller, doktorlar, hastalar, gönüllüler, ziyaretçiler ve öğrenciler gibi guruplar arasında enfeksiyon ve enfeksiyon bulaştırma risklerinin belirlenmesi ve önlenmesini kapsamaktadır (Timmons, 2003: 41).

Enfeksiyon kontrolü ile ilgili standartlar göz önüne alındığında, her hastanenin bulunduğu konuma, fiziki büyüklüğüne ve hasta yoğunluğuna uygun bir enfeksiyon programının yazılı bir biçimde oluşturulması ve uygulanması gerektiği görülmektedir. Sözü edilen bilgilerin yanı sıra enfeksiyon kontrol programlarının personel sayısına, hizmet verilen klinik tiplerine ve kliniğe ait tüm aktivitelere ve hastaneye bağlı olarak değişen hasta sayısını da içermesi gerekmektedir (Akyurt, 2007: 118).

İşlevsel bir enfeksiyon programında bulunması gereken nitelikler (Karabulut, 2009: 129),

- Program lideri

- Uygun strateji ve talimatlar
- Personel eğitimi ve
- Kurumda koordinasyonunun olmasıdır.

Enfeksiyon programının başarılı olabilmesi için bir personel kuruma dahil olduğu andan itibaren eğitilmeli ilerleyen süreç boyunca da eğitimler sürdürülmelidir.

Hasta ve yakınlarının eğitimi

Hastane yöneticileri ve personelleri, tedavi altına aldıkları hasta ve hasta yakınlarını içinde buldukları süreçle ilgili bilgilendirme ve eğitme faaliyetlerini yerine getirmekle yükümlüdürler. Hasta ve yakınlarının eğitiminde amaç; hastaların kendi bakımlarına bilgilendirilmiş olarak dahil olmalarını sağlamak ve hastalıkla ilgili kararlarını aldıkları eğitime bağlı olarak verebilmelerine yardımcı olmaktır.

Hasta, hastane personeli ile karşılaşmasıyla birlikte eğitimi de başlamaktadır. Hasta, çok sayıda hastane personeli tarafından eğitilmektedir. Bu nedenle personel hastaların ihtiyaçlarını belirlemeli ve buna yönelik eğitim faaliyetlerinde bulunmalıdır. Öğrenmenin etkin olabilmesi için;

- Bireyin öğrenme tercihi
- Kültürel yapısı
- Okuma ve dil becerisi birbiri ile uyumlu olmalıdır.

Sağlık kuruluşlarında, hasta ve hasta yakınlarına verilen eğitimde görsel, elektronik ya da diğer eğitim teknikleri (uygulamalı eğitim gibi) kullanılabilir.

Hasta ve yakınlarının eğitiminde doğrudan bakım, terapi ve taburcu işlemleri hakkında bilgilendirmeler yapılır. Hastalar ve yakınlarının eğitimi hasta hakları, tedavi planlaması, ağrı ve acılarıyla mücadele gibi beklenti duydukları konuları da içermelidir (Akyurt, 2007, 128).

Tüm bu konuların dışında hasta eğitimleri onay formları hakkında bilgi verici olmalı ayrıca hastanın taburcu sonrasında sağlığını destekleyecek ilaç kullanımı, cihaz kullanımı, beslenme diyet önerileri ve terapi teknikleri hakkında ihtiyaç duyulan bilgileri sağlamalıdır (Etöz, 2008: 62; Akyurt, 2007: 128).

Hasta ve yakınlarının hakları

İnsanların sahip olduğu en temel hak yaşam hakkıdır. Buna dayanarak kurumlar hasta hakları konusunda titiz davranmalıdır. Hasta hakları hizmetlerinin yürütülmesi kurumlarda ülkenin kanunlarına ve o ülkenin insan hakları konusundaki uluslararası sözleşme ve antlaşmalarına bağlıdır. Hastane yöneticileri hasta ve yakınlarının haklarını yasa ve mevzuatlara göre bilmelidir. Bir sağlık kuruluşunda hasta hakları hizmeti, bu hakların tanımlanmasıyla, hastaların ve çalışanların bu konuda eğitilmesi ile başlar.

Hasta hakları hakkında personellere verilen eğitimler ile her hastanın kültürel, manevi ve psikolojik yönlerini koruyucu sistemler geliştirilmelidir. Hasta hakları hizmeti kişisel itibarın korunması ve hasta beklentilerinin korunması da içermelidir. Hastane personelleri hasta ile hasta mahremiyetine dayalı bir iletişim kurmak durumundadır (Karabulut, 2009: 124).

Hastaların bakımı

Sağlık kuruluşlarının temel amacı hasta bakımını sağlamaktır. Bu kapsamda hasta bakımı için temel faaliyetler (Hermann, 2003: 2);

- Her hastaya özgü bakım faaliyetlerinin planlanması ve izlenmesi
- Gerekli görüldüğü hallerde bakımda değişiklik yapılması
- Bakımın tamamlanması
- Bakımın sonuçlarının takibi olarak sıralanabilmektedir.

Hasta bakımını üstlenen personel bu amacını; lisans, yetkilendirme, sertifikalandırma, yasa ve yönetmelikler, kişisel bilgi beceri ve görev tanımlarına dayanarak gerçekleştirir.

Bakım hizmetlerinde hastanelerde görev yapan uzmanlar, eczacılar, rehabilitasyon ve beslenme uzmanlarının dışında hastanın yakınları ve eğitilmiş hastabakıcılar da hasta bakımından sorumlu olabilecek guruplardır (Karabulut, 2009: 125).

Hasta bakım süreçleri özenli planlanmalıdır. Planlama tedavilerin belirlenmesi ve gerektiğinde huzurlu yaşam sonu bakımını da içermelidir. Özellikle aynı sağlık

problemleri ile kuruluşa başvuran hastaların, hastanede eşit kalitede destek alması sağlanmalıdır. Bu nedenle sorumlu personellerin uygulayacağı planlama ve prosedürler bakım sürecini belirleyen kanun ve mevzuatlara dayandırılarak hazırlanır. (Akyurt, 2007: 130-132).

Hastaların değerlendirilmesi

Hastaların değerlendirilmesi, ihtiyaç duydukları tedavi kararlarının alınması süreci olarak tanımlanabilir. Hastanın değerlendirilmesi sırasında hastanın yaşı durumu, tedavi tercihi ve istekleri göz önüne alınmalıdır (Etöz, 2008: 65).

Hasta değerlendirilmesi üç ana basamaktan meydana gelir. Bunlar, veri toplanması, tedavi ihtiyacının belirlenmesi bilgilerin analiz edilmesi ve tedavi planıdır (O'leary, 2003: 142-145);

- Veri toplanması: Hastanın sağlık öyküsü ve sosyal, psikolojik ve fiziksel bilgilerinin edinilmesidir.
- Tedavi ihtiyacının belirlenmesi ve Bilgilerin analiz edilmesi: Hastadan alınan verilerin analiz edilerek sağlık problemlerinin belirlenmesidir.
- Tedavi planı ise: Hastanın belirlenen sağlık ihtiyacını karşılamak için gerekli tedavinin planlanmasıdır.

Hastanın değerlendirilmesi hastanın kuruma başvuru yaptığı andan itibaren şu süreçleri kapsar (Akyurt, 2007: 135).

- İlk değerlendirme
- Yeniden değerlendirme ve
- Laboratuvar değerlendirmesi.

Hasta değerlendirme sürecinin ilk aşamasında hastanın başvuru nedenini öğrenmek amacıyla kuruluşun uygulayacağı strateji ve yöntemlerin uygulanma biçimi ve hangi verilerin belgelenmesi gerektiği tanımlanmalıdır.

Hasta bir kurumda birden fazla bölümden sağlık hizmeti talep edebilir bu durumda ilgili ekibin hasta değerlendirme verilerini birlikte incelemeleri gerekmektedir (Akyurt, 2007: 136).

Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği

Kalite iyileştirme planlı bir çalışma ile gerçekleştirilebilecek bir süreçtir. Bu süreç üç aşamadan oluşur.

1. Aşama; veri toplanması,
2. Aşama; verilerin incelenmesi
3. Aşama ise; gerekli gelişmenin sağlanmasıdır.

Kurum yönetimi, veri toplanması, iyileştirme çalışmaları, çalışmaların sonuçları aşamalarını belirleyebilirler. Hastaneler mevcut kaynaklarına ve ihtiyaçlarına göre klinik ve idari alanda toplanacak verilerin önceliğini belirleyebilirler. Uzman personeller yardımı ile veriler toplanmalı ve analiz edilmelidir. Veri incelenmesi aşamasında hastaneden topladıkları veriler yanında özellikle klinik alanda bilimsel gelişmelerden de yararlanarak öncelikli iyileştirme hedeflerini tespit edebilirler Ayrıca diğer sağlık kuruluşlarından alınan veriler ile karşılaştırmalı değerlendirmeler yapılabilir (Weingarten, 2002: 7). Bu kapsamda iyileştirme programları uygulanır ve yapılan iyileştirmeler sistematik olarak kayıt edilir. Kayıtlar iyileştirme planlarını geliştirebilmek için kullanılır. Kalite iyileştirme uygulamalarının kalıcılığını takip edebilmek için kurum iyileştirme uygulanan alanda veri toplama ve veri incelemeye devam etmelidir (Akyurt, 2007: 106-109).

Hasta güvenliği; hasta tarafından sağlık hizmeti alınması durumunda sağlık hizmetinde meydana gelebilecek hataların önlenmesidir. Hastanenin tüm birimlerinde hasta güvenliği sağlanması için gerekli planlar hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilecek riskler belirlenmeli, bu kapsamda gerekli önlemler alınmalıdır (Bektaş, 2013: 87).

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyerek risk oluşturabilecek durumlar şöyle sıralanabilir:

- Hasta kayıtlarında oluşabilecek hatalar
- Medikal cihazların kalibre olmaması
- Yanlış ilaç uygulaması
- Uygun olmayan tıbbi atık bulaşmaları
- Eksik analiz nedeni ile hatalı teşhis
- Hastane enfeksiyonları

- Hasta nakli sırasında meydana gelebilecek problemler
- Hastaya tedavi ve taburcu durumları ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmaması
- Yönetim birimlerinde oluşabilecek olumsuzluklar
- Doktor ve diğer personellerde koordinasyon eksikliği (Gözlü, 2011: 16-17).

Tesis yönetimi ve güvenlik

Sağlık kuruluşlarında tesis yönetimi ve güvenliği, hastane yöneticileri tarafından, sağlık kuruluşlarında hizmet veren ve bu kuruluşlardan hizmet alan guruplar için işlevsel ve güvenli bir sağlık tesisi oluşturmak amacıyla üzerinde çalışılması gerekli alanlardan biridir.

Tesis yönetim ve güvenliği konusunda yöneticilerin görevleri JCI 'ya göre şöyle sıralanır (Akyurt, 2007: 111);

- Sağlık tesisi için gerekli yer, ekipman ve kaynakların planlanması
- Sağlık tesisinde görev yapan personelin risk izleme, risk azaltma ve raporlanması konusunda eğitilmesi
- Önemli sistemleri izleme ve gerekli düzenlemeleri belirlemek için yöneticiler tarafından performans kriterleri kullanılması

Sağlık kuruluşu yöneticileri tesis yönetim ve güvenliğini sağlamak için hastane binasının fiziki yapısını, ekipmanlar ve insanlarla birlikte işlevsel olarak kullanmalı böylece tehlike ve riskleri en aza indirmeli kaza ve yaralanmaları önlemelidir. Bu kapsamda kullanılacak performans kriterleri aşağıda açıklanmıştır.

Emniyet: Bina ve diğer bileşenlerinin insanlara zarar vermeyecek şekilde kurulmasıdır.

Güvenlik: Herhangi bir olumsuzluğa karşı insanların can ve mal güvenliklerinin korunmasıdır.

Tehlikeli Malzemeler: Radyoaktif ve diğer tıbbi atıklardır.

Acil Durumlar: Afet gibi tehlikeli ve birden gerçekleşen durumlardır.

Yangın Emniyeti: İnsanların can ve mal güvenliklerinin yangın ve duman zararına karşı korunmasıdır.

Destek Yöntemleri: Elektrik, su vb. tesis sistemlerinin arızalarını en aza indirme

ve düzenli bakım yapılmasıdır.

Eğitim: Yukarıda bahsi geçen performans kriterleri konusunda görev alan personellerin görevleri doğrultusunda eğitilmesidir.

Yönetim ve güvenlik programında tüm tesisin ülkenin konu ile ilgili kanun, yönetmelik ve denetimlerinin gerektirdiği şartlara uygunluğu sağlanmalıdır (Akyurt, 2007: 112).

Yönetişim, yöneticilik, yönlendirme

Yöneticiler buldukları yetki düzeyine göre görevlerini gerçekleştirirler. Üst kademe yöneticileri işletmenin genel politikalarını ve amaçlarını belirler. İşletmenin kısıtlılıklarını ve olanaklarını göz önüne alarak işletme dışı ilişkileri belirlerken, işletme içinde de bölümleri gözlemleyerek değerlendirmede bulunur. Orta kademe yöneticileri ise işletme politikalarının dışına çıkmadan, kendi takdir yetkisini kullanarak, sorumlu olduğu bölümün sorunları ile ilgilenir. Bunun yanında üst kademe yöneticileri ve diğer bölümlerle ilişki içinde bulunurlar. Alt kademe yöneticileri çalışanlara en yakın yöneticidir. Gelen emirler doğrultusunda, işin niteliklerine göre çalışanları görevlendirir ve denetler. Bu kapsamda çalışanlara adil ve eşit davranış sergilemek durumundadır (Özer, 2007: 25-26).

Sağlık kuruluşu yöneticileri, kuruluşun misyonunu belirlemeli ve gerekli görülen kaynakların varlığını sağlamalıdır. Ayrıca yöneticiler kuruluşta gerçekleştirilecek tüm faaliyetlerin birbiri ile uyumlu biçimde sürdürülmesini sağlamalı hem de bütünleşmiş hale getirmek için çalışmalıdırlar.

Yöneticiler kuruluşta görev yapmakta olan çalışanların yetkilerini nasıl kullandıklarını, sorumluluk ve görevlerini nasıl gerçekleştirdiklerini ve birbiri ile nasıl çalıştıklarını irdelemeli ve kuruma yön vermede bu bilgilerden yararlanmalıdır. Ayrıca sağlık yöneticileri tüm personellerin görevlerini kanun, yönetmelik ve düzenlemelere uygun olarak gerçekleştirmelerini sağlamalı ve bu amaca göre yönlendirmelerde bulunmalıdır. Yöneticiler kurumları, problemleri çözme, kalite yönetimi ve iyileştirme faaliyetleri ile daha verimli hale getirebilmektedirler (Karabulut, 2009: 129).

Sağlık kurumu yöneticileri (Liderleri), kurum üst yönetimi, kurum yöneticiliği, departman ve servis yöneticiliği guruplarını kapsar.

Sağlık hizmetlerinde yönetim: Personellerin kendi uymak zorunda oldukları standartların belirlenmesinde etkili olmalarıdır. Son yıllarda bu standartlara hasta hakları güvenliği de eklenmektedir (Etöz, 2008: 67).

Yöneticiler iyi bir yönetim sistemi ile kurumlarını yönlendirerek istedikleri amaca doğru harekete geçirebilirler. Sağlık hizmetlerinde yönetim toplum sağlığını korumak ve bu amaç için var olan maddi ve manevi kaynaklardan etkin şekilde yararlanmaktır. Yöneticiler kadrosunda bulunan personeli etkili ve verimli bir biçimde çalıştırmalı ve çalışanın işe olan motivasyonunu sağlamalıdır (Özer, 2007: 43-45).

2.4.6. Sağlık sektöründe akredite eden kuruluşlar ve hasta güvenliği

Hasta güvenliği, hastanın hastaneye kabulünden, çıkışının gerçekleşmesine kadar geçen süreçte, hastanın sağlıklı ve doğru biçimde bakımının sağlanmasını kapsar. Hasta güvenliğinde kaliteli sağlık hizmeti almak önemli bir öğedir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerine bazı standartlar getirilmiştir. Akreditasyon adını alan bu düzenlemeler ile sağlık hizmetlerindeki problemlerin giderilmesi, kalite sağlanması ve kalitenin denetlenmesi sağlanmak istenir. ABD’de 1951 yılından beri standartları düzenlemek amacıyla Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi (Joint Commission On Accreditation Healthcare Organizasyon -JCAHO) görev yapmaktadır. Aynı komitenin bir alt komisyonu olarak 1998’de Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International Accreditation -JCI) uluslararası alanda hizmet vermek amacıyla oluşturulmuştur. Türkiye’de ise Türk Standartları Enstitüsü tarafından sağlık kuruluşlarına ISO kalite belgesi verilmektedir (Gülkaya, 2009: 8-10).

Standartlar kurumların kendi kendini değerlendirmesini ve dışarıdan değerlendirme yapılmasını mümkün kılarken, akreditasyon kurumun kaynak kullanımını ve sorumluluk paylaşımını yürütme ve geliştirme imkanı sağlar (Lovern, 2000: 46).

Tablo 2. Sağlık Akreditasyon Kuruluşları

| | |
|--|---|
| JCAHO | JCAHO dünyadaki en eski sağlık akreditasyon kuruluşudur ve kökü American College of Surgeons tarafından 1917’de hastaneler için geliştirilen minimum standartlara kadar uzanır. JCAHO tarafından akredite edilen hastanelere, merkezi hükümetle ilgili standartları yerine getirdikleri göz önünde bulundurularak hükümet programları tarafından geri ödeme yapılır. Yeniden denetimler en azından her 3 yılda bir tekrarlanır. |
| JCI | 1992 yılında JCAHO’nun bir alt kuruluşu olarak kurulmuştur. JCI uluslararası alanda hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının akreditasyonunu yapmaktadır. |
| ISQua | ISQua 1995’den beri ulusal akreditasyon programları için bilgi alışverişinde bulunmak suretiyle hizmet vermektedir. ISQua esasen akreditasyon kuruluşlarını akredite etmektedir. |
| ALPHA | ISQua’nın şemsiyesi altındaki bu kuruluş bireysel çaptaki akreditasyon kuruluşlarını çalışma standartlarına dayalı olarak akredite eder. |
| ACHS | 1974 yılından beri Avustralya’daki kuruluşları akredite etmektedir. |
| CCHSA | CCHSA 1958 yılından beri JCAHO’dan bağımsız olarak hizmet vermektedir. CCHSA Kanada’da hem kamu hemde özel hastaneleri akredite etmektedir. |
| US Agency for Healthcare Research and Quality | Klinik bakım için standartlar araştırmakta ve yayınlamaktadır. |
| French National Organisation on Accreditation and Evaluation in Health | Fransa’daki sağlık kuruluşlarını akredite etmektedir. |
| COHSASA | Güney Afrika’da hem özel hem de kamu kuruluşlarını akredite eden bağımsız bir kuruluştur. |
| HQS | Avrupa’nın en eski sağlık bakım akreditasyonu kuruluşudur. Bağımsız ve kar amacı gütmeyen bir kuruluştur. |

Joint Commission On Accreditation Healthcare Organizasyon (JCAHO)

JCAHO 1951 yılında ABD’de kar amacı gütmeyen bir kuruluş olarak kurulmuştur. JCAHO, ABD’de ki sağlık kuruluşlarını denetlemektedir. 1960’lı yıllarda yaptığı uygulamalar sayesinde akreditasyon yaygınlık kazanmıştır. 1970’li

yıllarda JCAHO akreditasyon çalışmaları uzun zaman alan ve masraflı bir hal almıştır. Bundan sonra 1980’li yıllarda hükümet etkisiyle kaliteyi koruyarak maliyetler üzerinde durmuşlardır.1994 yılında ise yapılandırmasını tamamlamıştır. Böylece danışmanlık ve eğitimler üzerinde yoğunlaşan akreditasyon programlarını oluşturmuşlardır (Yıldız, 2010: 46).

JCAHO kendisine akreditasyon belgesi almak üzere başvuru yapan kuruluşları denetler. Denetlemelerinde topluma güvenilir, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sağlama amaçlarını güder. Bu kapsamda kalite artırıcı standartlar düzenler.

JCAHO başlangıçta hastane akreditasyonu ve hizmetlerinin denetlenmesi ile ilgili çalışmalar yaparken daha sonra ayaklı ve yataklı sağlık hizmeti kuruluşları ile sağlık sigorta kurumlarını da denetleme kapsamına dahil etmiştir. 1985 yılında toplam kalite yönetimi ilkeleri ile sağlık hizmetleri standartlarını birleştirmiştir (Bektaş, 2013: 76-77).

JCAHO temsilciler yönetim kurulu; Amerikan Hastane Birliği (7 üye), Amerikan Tıp Birliği (7 üye), Amerikan Hekimler Birliği (3 üye), Amerikan Cerrahlar Birliği (3 üye), Amerikan Dişçiler Birliği (1 üye), Halk Temsilcileri (6 üye) ve Hemşire Temsilcisinden oluşmaktadır (Ergenoğlu, 2006: 87).

Joint Commission International Accreditation (JCI)

JCI, JCAHO’nun uluslararası alanda sağlık hizmetleri akreditasyonu ile ilgilenen bir alt komisyonu olarak kurulmuştur. Komisyonun amacı; Dünya çapında sağlık hizmeti veren kuruluşların standartlara dayalı akreditasyonunu sağlamaktır. Komisyonun hedefi ise uluslararası alanda sağlık kuruluşlarında uygulanan standartlar çerçevesinde sağlık hizmetlerinde iyileşme gerçekleştirmek ve bu iyileşmenin kalıcı ve sürdürülebilir olmasını sağlamaktır. Bu kapsamda JCI temel standartlarının yanı sıra ilişkide bulunduğu ülkenin kanun ve standartlarını da göz önüne alır. Standartlar, sağlık kuruluşunun tamamı için geçerli olduğu gibi her bir bölüm, servis vb. içinde geçerlidir. JCI standartlarının en büyük özelliği sadece sağlık kurumları için düzenlenmiş olmasıdır (Yetginlioğlu, 2009:102-103).

JCI standartları hasta merkezli standartlar, sağlık bakım kurumu yönetim standartları ve akademik tıp merkezi hastanesi standartları olmak üzere üç temel

fonksiyondan oluşur.

Hasta Merkezli Standartlar

- Uluslararası hasta güvenliği hedefleri
- Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği
- Hasta ve Aile Hakları
- Hastaların Değerlendirilmesi
- Hastaların Bakımı
- Anestezi ve Cerrahi Bakım
- Medikasyon Yönetimi ve Kullanımı
- Hasta ve Aile Eğitimi

Sağlık Bakım Kurumu Yönetim Standartları

- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
- Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme
- Tesis Yönetimi ve Güvenliği
- Personel Nitelikleri ve Eğitimi
- Bilgi Yönetimi

Akademik Tıp Merkezi Hastanesi Standartları

- Tıbbi Meslek Eğitimi
- İnsan Denekler Üzerindeki Araştırma Programı

JCI akreditasyonu ile sürekli iyileştirme, sürekli eğitim, bakım kalitesinin yükseltilmesi, çalışan memnuniyeti, tesis ve tıbbi cihazlar ile ilgili risklerin en aza indirilmesi gibi alanlarda fayda sağlanmış olur (Yetginlioğlu, 2009: 104-105).

Bunun yanında tıbbi kayıtların özenli tutulması ve hasta ve yakınlarının tedavi sürecine katılımı, eğitimi, haklarına ve mahremiyetine saygı gösterilmesi gibi konularda da yarar sağlanmış olur (Bektaş, 2013: 82) .

Bir sağlık kuruluşu ülkesinde lisanslı olarak faaliyette ise ve JCI standartlarında yer alan hizmetleri sunuyor ise, bakım ve hizmetlerinin kalitesini iyileştirme sorumluluğu alması ile JCI akreditasyonu için başvuruda bulunabilir. JCI tarafından kuruluş araştırması yapılarak standartlara uygunluğu değerlendirilir. Akreditasyon sağlaması için kuruluşun çekirdek ve çekirdek olmayan standartlara uyum göstermesi gereklidir. Bu bağlamda yapılan değerlendirme sonucunda “akredite olma” ya da

“akreditasyonun reddi” kararları çıkar.

JCI tarafından feshedilmedikçe akreditasyon geçerliği üç yıldır. Bu süre sonunda kurum yeniden değerlendirmeye girmektedir. Kuruluş akreditasyon ile ilgili süreçte kesin ve doğru bilgi sağlamalıdır. Aksi durumda akreditasyonu JCI tarafından sona erdirilir ve yeniden başvuru durumunda bir yıl süre ile değerlendirilmez (Karabulut, 2009: 120-122).

JCI akreditasyonu uygulanabilen bazı ülkeler ABD, Arjantin, Brezilya, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Güney Afrika, İsviçre, İspanya, Macaristan, Meksika, Polonya, Romanya, Rusya, Suudi Arabistan, Slovak Cumhuriyeti, Türkiye Cumhuriyeti, Venezuela, İngiltere, Almanya, İskoçya, Hollanda, Lübnan, Kuveyt, Danimarka, Belçika, İtalya ve Nikaragudur (Bektaş, 2013: 83).

International Organization for Standardization (ISO)

Uluslararası standart organizasyonu (ISO) 1947 yılında uluslararası standartları oluşturmak amacıyla kurulmuş bir örgüttür. ISO, kalite güvencesi standardı olan ISO9000 standartlarını 1987 yılında oluşturmuştur (Lankford, 2000: 7-10).

ISO faaliyetini sürdürdüğü 135 ülkeden eşit oy hakkına sahip birer üye bulundurmaktadır. ISO 9000 mal ve hizmetlere yönelik olmayıp yoğunluklu olarak süreçleri değerlendiren bir sistemdir. Hizmet işletmeleri arasında rekabet ve kalite avantajlarını kullanmak amacı ile önemsenmiştir. ISO kalite güvencesi standartları ilk önceleri ülkemizde özel sağlık kuruluşları arasında hızla yaygınlık kazanmıştır. Takip eden zaman içerisinde kamu hastaneleri de standartlar konusunda çalışmalar yapmıştır. ISO 9000 kalite sistemi kurum içerisinde standartlaşma, eğitim, etkili iletişim, etkin yönetim ve kurum dışında müşteri memnuniyeti, müşteri artışı, firma imajı gibi alanlarda olumlu değişimler sağlamıştır. Kalite yönetim sisteminin son biçimi sekiz kalite prensibine dayanır bunlar müşteri odaklılık, liderlik, çalışanların katılımı, proses yaklaşımı, yönetimde sistem yaklaşımı, sürekli iyileştirme, karar vermede gerçekçi yaklaşım ve karşılıklı yarara dayalı tedarikçi ilişkileridir (Etöz, 2008: 23-27).

ISO 9000 kalite standartları ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003, ISO 9004 ve tek belgelendirme standardı olan ISO 9001-2000 standart dizilerinden oluşur.

ISO 9001; standartları bir ürün ya da hizmetin geliştirilmesi veya kalite sisteminin yürütülmesi amacı ile kullanılır.

ISO 9002; belgelendirme koşulu dışında ISO 9001 ile aynıdır.

ISO 9003; standartları ürün ya da hizmetin denetim ve testler ile gösterilmesi istenen kuruluşlar tarafından uygulanır.

ISO 9004; standartları kalite yönetim sisteminin geliştirilmesi için yürütülmektedir (Kathleen, 2001: 872-876).

Ayrıca sağlık sektöründe deney ve kalibrasyon laboratuvarları için TS EN ISO/IEC 17025 standardı ve tıbbi laboratuvarlar için TS EN ISO 15189 standartları da takip edilmektedir.

Sağlık hizmeti kuruluşları kalite sistemi geliştirmek, rekabet edebilmek, kendilerinden ISO 9000 standartlarını bekleyen müşterilerin memnuniyetini sağlamak gibi sebeplerle ISO 9000 standartlarına geçmeyi istemektedirler. ISO sertifikasyonu sayesinde sürekli performans gelişimi sağlanır, maliyet azaltılıp karlılık artışı gerçekleşir.

Kalite yönetim sistemi belgelendirmesi hasta ve hasta yakınlarında güven ve kalite duygusu oluşturmada önem taşır. Sistem belirli yükümlülükleri gerçekleştirmeyi beklediğinden hasta ihtiyaçlarını doğru belirlenmesinde yardımcıdır (Aktaş, 2014: 44-53).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Akreditasyon ve kalite çalışmalarının etkili, verimli ve sürekli olması için kalite ve akreditasyon sürecinde uygulayıcı olan sağlık çalışanlarının kalite algısı da yüksek olmalıdır. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının kalite algısı Akreditasyonun Faydaları, Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı, Kalite Yönetimi ve Kalite Sonuçları kapsamında belirlenen ölçeklere göre değerlendirilecektir.

Akreditasyonun Faydaları, Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı, Kalite Yönetimi ve Kalite Sonuçları ölçeklerinin birbiri ile ilişkisi belirlenerek sağlık çalışanlarının kalite algısı cinsiyet, eğitim, görev ve görevde çalışma süresi gibi değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği araştırılacaktır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Yapılan araştırmanın evrenini Ankara ili akreditasyon belgesine sahip iki hastanede çalışan toplam 273 çalışan oluşturmaktadır. Rastgele yöntemle toplam 200 adet anket dağıtılmıştır. Dağıtılan anketlerden 165 tane geri toplanmış, bunlardan 20 tanesi anket formunu eksik doldurduğu için örnekleme dâhil edilmemiş olup araştırmanın örneklemini evrenden rasgele seçilen 145 çalışan oluşturmaktadır(n=145). Araştırmada örneklemin evrene oranı %53'tür. Buna göre evrende yer alan her iki çalışandan biri örnekleme seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Yapılan araştırmanın hipotezleri aşağıda verilmiştir.

H₁: “Akreditasyonun Faydaları” ile “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: “Akreditasyonun Faydaları” ile “Kalite Yönetimi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: “Akreditasyonun Faydaları” ile “Kalite Sonuçları” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₄: “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ile “Kalite Yönetimi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₅: “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ile “Kalite Sonuçları” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₆: “Kalite Yönetimi” ile “Kalite Sonuçları” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H_{7a}: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaptıkları değerlendirmeler “Akreditasyonun Faydaları” ölçeğinde farklılık göstermektedir.

H_{7b}: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaptıkları değerlendirmeler “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ölçeğinde farklılık göstermektedir.

H_{7c}: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaptıkları değerlendirmeler “Kalite Yönetimi” ölçeğinde farklılık göstermektedir.

H_{7d}: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaptıkları değerlendirmeler “Kalite Sonuçları” ölçeğinde farklılık göstermektedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Bunlar, kişisel bilgiler, Akreditasyonun Faydaları, Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı, Kalite Yönetimi ve Kalite Sonuçları bölümleridir. Akreditasyonun Faydaları, Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı, Kalite Yönetimi ve Kalite Sonuçları soruları YILDIZ tarafından yapılan “*Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları (2010)*” konulu yüksek lisans tezinden alınmıştır. Söz konusu soruların geçerlik ve güvenirlik analizi yapılarak faktör yapısı incelenmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS 21.0 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Çalışmada öncelikli olarak ankete katılanların demografik özelliklerinin frekans dağılımı ve ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Daha sonra ise hipotez testlerinin analizleri verilmiştir.

Analizlerde uygun testin seçilmesinde normallik analizi sonucuna göre karar verilmiştir. İstatistiksel testler "H0: Değişkenin dağılımı normaldir" "H1:Değişkenin dağılımı normal değildir." hipotezlerini n birimlik örnek veriler aracılığı ile test etmektedir. Test sonucunda değişkenin dağılımının Normal dağılıma uygun olduğu kabul edilir ise (H0 kabul) parametrik testler uygulanır. Normal dağılıma uygun olmadığı (H0 red) sonucuna varılır ise verilere parametrik testler uygulanmaz. Bu durumda veriler uygun parametrik olmayan alternatif bir test ile test edilir. Çalışmada ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk W Testi ile analiz edilmiştir. Shapiro-Wilk W testi Shapiro ve Wilk tarafından 1965'te geliştirilmiş normallik testleri içinde en güçlü testlerden biridir. Normal dağılım gösteren toplumdaki rasgele seçilen n birimlik X_i gözlemlerinin normallik testi W test istatistiği ile test edilir. Edilir (Özdamar, 2013).

Tablo 3: Normallik Analizi

| | Shapiro-Wilk | | |
|--|--------------|-----|-------|
| | Statistic | df | Sig. |
| Akreditasyonun Faydaları | 0,711 | 145 | 0,000 |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | 0,916 | 145 | 0,000 |
| Kalite Yönetimi | 0,688 | 145 | 0,000 |
| Kalite Sonuçları | 0,796 | 145 | 0,000 |

Akreditasyonun Faydaları; Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı; Kalite Yönetimi; Kalite Sonuçları puanı ortalaması ölçekleri için yapılan Shapiro-Wilk normallik analizi sonucu söz konusu ölçek puanının normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Akreditasyonun Faydaları; Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların

Katılımı; Kalite Yönetimi; Kalite Sonuçları puanı ortalaması ölçekleri için yapılmış olan gruplar arası karşılaştırma testlerinde parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır.

- Bağımsız Gruplar Mann-Whitney U Testi: Bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Söz konusu testin uygulanabilmesi için gruplardan herhangi birinin ya da ikisinin normal dağılım varsayımını sağlamaması gerekir. Mann-Whitney U Testi, gerçek gözlemler yerine sıralama puanlarını kullanır. İki örnek tek bir gözlem dizisine dönüştürülerek sıralama puanlarına dönüştürülür. Bu sıralama puanlarının 1.örneğe ait değerlerinin toplamı R1, 2.örneğe ait değerlerinin toplamı R2 bulunur. Sıra toplamlarının birim sayısına bölünmesi ile sıra ortalamaları hesaplanır. Gruplar arası değerlendirmeler bu ortalama değerleri ile yapılır. Testte U istatistiği hesaplanmaktadır. Hipotezin kabul edilmesinde p değerinin 0,05 değeri ile kıyaslanmasının alternatifi olarak hesaplanan U istatistiğinin tablo değeri ile kıyaslanması yöntemi de kullanılmaktadır.

- Kruskal-Wallis H Testi: Bağımsız k grubun ($k > 2$) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan test tekniğidir. Söz konusu testin uygulanabilmesi için gruplardan herhangi birinin ya da ikisinin normal dağılım varsayımını sağlamaması gerekir. Kruskal-Wallis H Testi, parametrik tek yönlü varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir. Gerçek gözlem değerleri yerine sıralama puanları kullanılarak test uygulanır. Sıra toplamlarının birim sayısına bölünmesi ile sıra ortalamaları hesaplanır. Gruplar arası değerlendirmeler bu ortalama değerleri ile yapılır. Testte X^2 istatistiği hesaplanmaktadır. Hipotezin kabul edilmesinde p değerinin 0,05 değeri ile kıyaslanmasının alternatifi olarak hesaplanan X^2 istatistiğinin tablo değeri ile kıyaslanması yöntemi de kullanılmaktadır.

- Spearman Korelasyon Katsayısı: Bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi kullanılan test tekniğidir. Söz konusu testin uygulanabilmesi için değişkenlerde herhangi birinin ya da ikisinin normal dağılım varsayımını sağlamaması gerekir. Korelasyon analizinde hesaplanan r değeri ilişkinin yönü ve kuvvetini göstermektedir. Katsayının işareti (+ / -) ilişkinin yönünü gösterirken büyüklüğü ilişkinin kuvvetini göstermektedir. r katsayısı 0,3 ile 0,1 arasında ise zayıf, 0,3 ile 0,6 arasında ise orta kuvvetli, 0,6 ile 0,8 arasında ise kuvvetli ve 0,8 ile 1,0 arasında ise çok kuvvetli ilişki anlamına gelmektedir.

3.5.1. Yapı geçerliliği ve güvenilirlik analizi

Ölçeğin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla açımlayıcı faktör analizi (AFA), güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla Cronbach's alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır

3.5.2. Açımlayıcı faktör analizi

Ölçeğin yapı geçerliliğini istatistiksel olarak tespit etmek için açımlayıcı faktör analizi tekniği kullanılmaktadır. Ölçeğin öncelikli olarak, faktör analizine uygun olup olmadığını anlamak amacıyla KMO ve Bartlett testi yapılmaktadır. KMO katsayısı örneklemin büyüklüğünü test etmek için hesaplanmaktadır. Kaiser, bulunan değer 1'e yaklaştıkça mükemmel, .50'nin altında ise kabul edilemez (.90'larda mükemmel, .80'lerde çok iyi, .70'lerde ve .60'larda vasat, .50'lerde kötü) olduğunu belirtmektedir (Tavşancıl, 2005). Faktör analizinde evrendeki dağılımın normal olması da beklenmektedir. Bu da Bartlett testiyle incelenmektedir.

Bu kapsamda KMO testi ölçüm sonucunun 0.50 ve daha üstü, Bartlett küresellik testi sonucunun da istatistiksel olarak anlamlı olması gerekmektedir.

Faktörlerin öz değerlerine ait saçılma diyagramı olan Scree Plot grafiği oluşturulan ölçeğin toplam faktör sayısının belirlenmesinde kullanılmaktadır.

Faktör analizi işleminde ölçek maddelerinin faktörlere atanması ya da ölçekten çıkarılması işlemlerinde faktör yükü değerlerine bakılmaktadır.

Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Bir faktörle yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin oluşturduğu bir küme var ise bu bulgu, o maddelerin birlikte bir kavramı yapıyı-faktörü ölçtüğü anlamına gelir. Bir değişkenin 0.3'lük faktör yükü, faktör tarafından açıklanan varyansın %9 olduğunu gösterir. Bu düzeydeki varyans dikkate çekicidir ve genel olarak, işaretine bakılmaksızın 0.60 ve üstü yük değeri yüksek; 0.30-0.59 arası yük değeri orta düzeyde büyüklükler olarak tanımlanabilir ve değişken çıkartmada dikkate alınır. Her bir maddenin faktör yükünün 0,30'dan küçük olduğu ya da söz konusu maddenin faktör yüklerinin iki farklı faktördeki değerlerinin farkının 0,10'dan küçük olması

durumunda (binişiklik) madde ölçekten çıkarılarak analiz işlemine devam edilir. Bu durumun gerekçesi olarak maddenin her iki faktörde de yer alma durumunun olabilmesi nedeni ile karmaşıklık yaratmasıdır.

3.5.3. Güvenirlik analizi

Cronbach's alfa katsayısının 0-1 arasında değiştiği, değerlendirme kriterlerine göre "0.00 < 0.40 ise ölçek güvenilir değil, 0.40 < 0.60 ise ölçek düşük güvenilirlikte, 0.60 < 0.80 ise ölçek oldukça güvenilir ve 0.80 < 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçek" olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir (Tavşancıl, 2005).

Tablo 4. Açımlayıcı Faktör ve Güvenirlik Analizi Sonuçları

| Ölçek | KMO | Maddeler | Faktör Yüğü | Açıklanan Varyans Oranı | Cronbach's Alfa |
|---------------------------------|-------|---|-------------|-------------------------|-----------------|
| Akreditasyonun Faydaları | 0,924 | Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir | 0,93 | | 0,965 |
| | | Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir | 0,91 | | |
| | | Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve işbirliğini teşvik eder | 0,90 | | |
| | | Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir. | 0,88 | | |
| | | Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir. | 0,88 | 78,210 | |
| | | Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir | 0,87 | | |
| | | Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla işbirliği geliştirmesine katkıda bulunur | 0,86 | | |
| | | Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir | 0,86 | | |
| | | Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır | 0,86 | | |

Tablo 4. Açımlyıcı Faktör ve Güvenirlik Analizi Sonuçları (devam)

| Ölçek | KMO | Maddeler | Faktör Yüğü | Açıklanan Varyans Oran | Cronbach's Alfa |
|--|-------|--|-------------|------------------------|-----------------|
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | 0,865 | Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa) | 0,94 | 81,886 | 0,944 |
| | | Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım | 0,94 | | |
| | | Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı | 0,92 | | |
| | | Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım | 0,90 | | |
| | | Son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı | 0,82 | | |
| Kalite Yönetimi | 0,869 | Hastane, kalite güvencesini, iyileştirme yollarını bulmak için yapılan sürekli bir araştırma olarak görür. | 0,94 | 80,370 | 0,950 |
| | | Hastane, bakım ve hizmet kalitesini iyileştirmeyi destekleyen etkili politikalara sahiptir (örnek: İlaç Uygulamasında Beş Doğru Prensibi). | 0,94 | | |
| | | Hastane, dokümantasyon yoluyla kalite problemlerinin kayıtlarını tutmaları için hemşireleri teşvik eder. | 0,90 | | |
| | | Hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir. | 0,88 | | |
| | | Hastane, yeni hizmetler geliştirilirken, kaliteyi bu hizmetlerin tasarımına dahil etmeye çalışır. | 0,87 | | |
| Hastane, kalite gereklerini karşıladığından emin olmak için, donanım ve malzemeleri düzenli olarak kontrol eder. | 0,84 | | | | |
| Kalite Sonuçları | 0,892 | Geçen birkaç yılda, hastane, yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin (finansman, insan kaynakları, vs.) kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir. | 0,93 | 82,200 | 0,945 |
| | | Geçen birkaç yılda, hastane, klinik destek bölümleri (laboratuvar, eczane ve radyoloji gibi) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir. | 0,93 | | |
| | | Geçen birkaç yılda, hastane, hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir. | 0,92 | | |
| | | Geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir | 0,88 | | |
| | | Geçen birkaç yılda, hastane, finansal kısıtlılıklara rağmen yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı sürdürmüştür. | 0,88 | | |

Buna göre Akreditasyonun Faydaları ölçeği faktör yükleri 0,86 ile 0,93 arasında değişen 9 maddeden oluşmakta ve ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir. Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı ölçeği faktör yükleri 0,82 ile 0,94 arasında değişen 5 maddeden oluşmakta ve ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir. Kalite Yönetimi ölçeği faktör yükleri 0,84 ile 0,94 arasında değişen 6 maddeden oluşmakta ve ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir. Kalite Sonuçları ölçeği faktör yükleri 0,88 ile 0,93 arasında değişen 5 maddeden oluşmakta ve ölçeğin güvenilirlik düzeyi çok yüksektir.

4. BULGULAR

Tablo 5. Kişisel Bilgiler

| | | n | % |
|----------------------------------|---------------------------------|----------|----------|
| Cinsiyet | Kadın | 106 | 75,2 |
| | Erkek | 35 | 24,8 |
| Yaş | 25 yaş ve altı | 23 | 16,2 |
| | 26-30 | 37 | 26,1 |
| | 31-35 | 25 | 17,6 |
| | 36-40 | 22 | 15,5 |
| | 41-45 | 10 | 7,0 |
| | 46 yaş ve üstü | 25 | 17,6 |
| Eğitim | Genel Lise | 29 | 20,3 |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 29 | 20,3 |
| | Ön Lisans | 23 | 16,1 |
| | Lisans | 40 | 28,0 |
| | Yüksek Lisans/Doktora | 22 | 15,4 |
| Görev | Teknisyen-Memur | 56 | 41,5 |
| | Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru | 49 | 36,3 |
| | Doktor ya da Yönetici-Baş Hekim | 30 | 22,2 |
| Görev çalışma süresi | 5 yıldan daha az | 50 | 35,0 |
| | 6-10 yıl | 32 | 22,4 |
| | 11-15 yıl | 16 | 11,2 |
| | 16 yıl ve üstü | 45 | 31,5 |
| Bu kurumda çalışma süresi | 1 yıldan daha az | 19 | 13,4 |
| | 1-5 yıl | 56 | 39,4 |
| | 6-10 yıl | 31 | 21,8 |
| | 11-15 yıl | 11 | 7,7 |
| | 16 yıl ve üstü | 25 | 17,6 |

Ankete cevap veren katılımcılardan cinsiyeti kadın olanların oranı %75,2; erkek olanların oranı %24,8; 25 yaş ve altı olanların oranı %16,2; 26-30 yaş arası olanların oranı %26,1; 31-35 yaş arası olanların oranı %17,6; 36-40 yaş arası olanların oranı %15,5; 41-45 yaş arası olanların oranı %7,0; 46 yaş ve üstü olanların oranı %17,6; eğitimi genel lise olanların oranı %20,3; sağlık meslek lisesi olanların oranı %20,3; ön lisans olanların oranı %16,1; lisans olanların oranı %28,0; yüksek lisans/doktora olanların oranı %15,4'tür.

Katılımcılardan görevi teknisyen-memur olanların oranı %41,5; hemşire-ebe-
sağlık memuru olanların oranı %36,3; doktor ya da yönetici-başhekim olanların oranı
%22,2; görevde çalışma süresi 5 yıldan daha az olanların oranı %35,0; 6-10 yıl arası
olanların oranı %22,4; 11-15 yıl arası olanların oranı %11,2; 16 yıl ve üstü olanların
oranı %31,5; bu kurumdaki çalışma süresi 1 yıldan daha az olanların oranı %13,4; 1-
5 yıl arası olanların oranı %39,4; 6-10 yıl arası olanların oranı %21,8; 11-15 yıl arası
olanların oranı %7,7; 16 yıl ve üstü olanların oranı %17,6'dır.

Tablo 6. Ölçek Puanlarının Betimsel İstatistikleri

| | n | Minimum | Maximum | Ortalama | ss |
|--|-----|---------|---------|----------|------|
| Akreditasyonun Faydaları | 145 | 15,00 | 45,00 | 40,54 | 6,72 |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | 145 | 5,00 | 25,00 | 17,50 | 6,06 |
| Kalite Yönetimi | 145 | 11,00 | 30,00 | 27,18 | 4,50 |
| Kalite Sonuçları | 145 | 5,00 | 25,00 | 21,63 | 4,17 |

Ankete cevap veren katılımcıların Akreditasyonun Faydaları puanı ortalaması 40,54±6,72; Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı puanı ortalaması 17,50±6,06; Kalite Yönetimi puanı ortalaması 27,18±4,50; Kalite Sonuçları puanı ortalaması 21,63±4,17'dir.

Tablo 7. Ölçek Puanlarını İlişki Analizi

| | | Akreditasyonun Faydaları | Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | Kalite Yönetimi | Kalite Sonuçları |
|--|----------|--------------------------|---|-----------------|------------------|
| Akreditasyonun Faydaları | <i>r</i> | 1 | ,458(**) | ,688(**) | ,553(**) |
| | <i>p</i> | | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | <i>n</i> | 145 | 145 | 145 | 145 |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | <i>r</i> | | 1 | ,453(**) | ,454(**) |
| | <i>p</i> | | | 0,000 | 0,000 |
| | <i>n</i> | | 145 | 145 | 145 |
| Kalite Yönetimi | <i>r</i> | | | 1 | ,785(**) |
| | <i>p</i> | | | | 0,000 |
| | <i>n</i> | | | 145 | 145 |
| Kalite Sonuçları | <i>r</i> | | | | 1 |
| | <i>p</i> | | | | |
| | <i>n</i> | | | | 145 |

**p<0,05

Yapılan korelasyon analizine göre “Akreditasyonun Faydaları ölçeği” ile “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ölçeği arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki ($p<0,05$ $r=,458$); bulunmaktadır. Bu sonuca göre

H₁: “Akreditasyonun Faydaları” ile “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizine göre “Akreditasyonun Faydaları” ölçeği ile “Kalite Yönetimi” ölçeği arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki ($p<0,05$ $r=,688$); bulunmaktadır. Bu sonuca göre

H₂: “Akreditasyonun Faydaları” ile “Kalite Yönetimi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizine göre “Akreditasyonun Faydaları” ölçeği ile “Kalite Sonuçları” ölçeği arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki ($p<0,05$ $r=,553$) bulunmaktadır. Bu sonuca göre

H₃: “Akreditasyonun Faydaları” ile “Kalite Sonuçları” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizine göre “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ölçeği ile “Kalite Yönetimi” ölçeği arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki ($p<0,05$ $r=,453$);) bulunmaktadır. Bu sonuca göre

H₄: “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ile “Kalite Yönetimi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizine göre “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ölçeği ile “Kalite Sonuçları” ölçeği arasında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki ($p<0,05$ $r=,454$) bulunmaktadır. Bu sonuca göre

H₅: “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ile “Kalite Sonuçları” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizine göre “Kalite Yönetimi ölçeği” ile “Kalite Sonuçları” ölçeği arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ($p<0,05$ $r=,785$) bulunmaktadır. Bu sonuca göre

H₆: “Kalite Yönetimi” ile “Kalite Sonuçları” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 8. Kadın İle Erkek Gruplarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

| | Cinsiyet | n | Sıra Ortalaması | U | p |
|--|----------|-----|-----------------|-----------|-------|
| Akreditasyonun Faydaları | Kadın | 106 | 68,23 | 1.561,000 | 0,138 |
| | Erkek | 35 | 79,40 | | |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | Kadın | 106 | 67,64 | 1.499,000 | 0,087 |
| | Erkek | 35 | 81,17 | | |
| Kalite Yönetimi | Kadın | 106 | 67,61 | 1.496,000 | 0,055 |
| | Erkek | 35 | 81,26 | | |
| Kalite Sonuçları | Kadın | 106 | 67,00 | 1.431,000 | 0,036 |
| | Erkek | 35 | 83,11 | | |

Kadın ile Erkek Grupları İçin Yapılan Mann Whitney Testine Göre:

Kadın ile erkek grupları arasında Akreditasyonun Faydaları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Kadın ile erkek grupları arasında Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Kadın ile erkek grupları arasında Kalite Yönetimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Kadın ile erkek grupları arasında Kalite Sonuçları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Kadınların söz konusu ölçek için sıra ortalaması puanı 67,00; erkeklerin sıra ortalaması puanı 83,11'dir. Buna göre erkeklerin Kalite Sonuçları ölçeği sıra ortalaması puanı daha yüksektir.

Tablo 9. Farklı Yaş Gruplarının Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

| | Yaş | n | Sıra Ortalaması | X ² | p |
|--|----------------|----|-----------------|----------------|-------|
| Akreditasyonun Faydaları | 25 yaş ve altı | 23 | 66,41 | 5,879 | 0,318 |
| | 26-30 | 37 | 75,41 | | |
| | 31-35 | 25 | 76,74 | | |
| | 36-40 | 22 | 62,86 | | |
| | 41-45 | 10 | 52,80 | | |
| | 46 yaş ve üstü | 25 | 80,24 | | |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | 25 yaş ve altı | 23 | 68,04 | 7,331 | 0,197 |
| | 26-30 | 37 | 59,95 | | |
| | 31-35 | 25 | 77,06 | | |
| | 36-40 | 22 | 83,84 | | |
| | 41-45 | 10 | 60,60 | | |
| | 46 yaş ve üstü | 25 | 79,72 | | |
| Kalite Yönetimi | 25 yaş ve altı | 23 | 66,00 | 2,372 | 0,796 |
| | 26-30 | 37 | 73,49 | | |
| | 31-35 | 25 | 74,16 | | |
| | 36-40 | 22 | 70,50 | | |
| | 41-45 | 10 | 59,30 | | |
| | 46 yaş ve üstü | 25 | 76,72 | | |
| Kalite Sonuçları | 25 yaş ve altı | 23 | 72,63 | 6,158 | 0,291 |
| | 26-30 | 37 | 70,27 | | |
| | 31-35 | 25 | 80,26 | | |
| | 36-40 | 22 | 71,05 | | |
| | 41-45 | 10 | 44,35 | | |
| | 46 yaş ve üstü | 25 | 74,78 | | |

Farklı Yaş Grupları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Farklı yaş grupları arasında Akreditasyonun Faydaları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Farklı yaş grupları arasında Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Farklı yaş grupları arasında Kalite Yönetimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Farklı yaş grupları arasında Kalite Sonuçları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 10. Eğitimi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

| | Eğitim | n | Sıra Ortalaması | X ² | p |
|--|-----------------------|----|-----------------|----------------|-------|
| Akreditasyonun Faydaları | Genel Lise | 29 | 67,17 | 3,471 | 0,482 |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 29 | 79,03 | | |
| | Ön Lisans | 23 | 73,54 | | |
| | Lisans | 40 | 65,25 | | |
| | Yüksek Lisans/Doktora | 22 | 79,75 | | |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | Genel Lise | 29 | 76,90 | 5,355 | 0,253 |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 29 | 66,43 | | |
| | Ön Lisans | 23 | 77,00 | | |
| | Lisans | 40 | 62,74 | | |
| | Yüksek Lisans/Doktora | 22 | 84,50 | | |
| Kalite Yönetimi | Genel Lise | 29 | 73,31 | 1,858 | 0,762 |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 29 | 76,47 | | |
| | Ön Lisans | 23 | 63,02 | | |
| | Lisans | 40 | 72,93 | | |
| | Yüksek Lisans/Doktora | 22 | 72,09 | | |
| Kalite Sonuçları | Genel Lise | 29 | 82,57 | 4,137 | 0,388 |
| | Sağlık Meslek Lisesi | 29 | 71,45 | | |
| | Ön Lisans | 23 | 63,91 | | |
| | Lisans | 40 | 66,51 | | |
| | Yüksek Lisans/Doktora | 22 | 77,23 | | |

Eğitimi farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Eğitimi farklı olan gruplar arasında Akreditasyonun Faydaları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitimi farklı olan gruplar arasında Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitimi farklı olan gruplar arasında Kalite Yönetimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Eğitimi farklı olan gruplar arasında Kalite Sonuçları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 11. Görevi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

| | Görev | n | Sıra Ortalaması | X² | p |
|--|---------------------------------|----------|------------------------|----------------------|----------|
| Akreditasyonun Faydaları | Teknisyen-Memur | 56 | 59,37 | 5,582 | 0,061 |
| | Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru | 49 | 72,36 | | |
| | Doktor ya da Yönetici-Baş Hekim | 30 | 77,00 | | |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | Teknisyen-Memur | 56 | 63,54 | 1,936 | 0,380 |
| | Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru | 49 | 68,38 | | |
| | Doktor ya da Yönetici-Baş Hekim | 30 | 75,72 | | |
| Kalite Yönetimi | Teknisyen-Memur | 56 | 65,15 | 0,726 | 0,696 |
| | Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru | 49 | 69,26 | | |
| | Doktor ya da Yönetici-Baş Hekim | 30 | 71,27 | | |
| Kalite Sonuçları | Teknisyen-Memur | 56 | 61,52 | 3,110 | 0,211 |
| | Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru | 49 | 70,91 | | |
| | Doktor ya da Yönetici-Baş Hekim | 30 | 75,35 | | |

Görevi farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Görevi farklı olan gruplar arasında Akreditasyonun Faydaları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Görevi farklı olan gruplar arasında Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Görevi farklı olan gruplar arasında Kalite Yönetimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Görevi farklı olan gruplar arasında Kalite Sonuçları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 12. Görevinde Çalışma Süresi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

| | Görev çalışma süresi | n | Sıra Ortalaması | X ² | p |
|--|----------------------|----|-----------------|----------------|-------|
| Akreditasyonun Faydaları | 5 yıldan daha az | 50 | 68,46 | 0,946 | 0,814 |
| | 6-10 yıl | 32 | 76,27 | | |
| | 11-15 yıl | 16 | 75,84 | | |
| | 16 yıl ve üstü | 45 | 71,53 | | |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | 5 yıldan daha az | 50 | 61,68 | 4,914 | 0,178 |
| | 6-10 yıl | 32 | 78,36 | | |
| | 11-15 yıl | 16 | 78,97 | | |
| | 16 yıl ve üstü | 45 | 76,47 | | |
| Kalite Yönetimi | 5 yıldan daha az | 50 | 72,81 | 1,121 | 0,772 |
| | 6-10 yıl | 32 | 66,41 | | |
| | 11-15 yıl | 16 | 77,19 | | |
| | 16 yıl ve üstü | 45 | 73,23 | | |
| Kalite Sonuçları | 5 yıldan daha az | 50 | 74,59 | 1,810 | 0,613 |
| | 6-10 yıl | 32 | 73,09 | | |
| | 11-15 yıl | 16 | 79,03 | | |
| | 16 yıl ve üstü | 45 | 65,84 | | |

Görevinde Çalışma Süresi farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Görevinde çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Akreditasyonun Faydaları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Görevinde çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Görevinde çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Kalite Yönetimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Görevinde çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Kalite Sonuçları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 13. Bu Kurumda Çalışma Süresi Farklı Olan Grupların Ölçek Puanları Açısından Karşılaştırılması

| | Bu kurumda çalışma süresi | n | Sıra Ortalaması | X ² | p |
|--|---------------------------|----|-----------------|----------------|-------|
| Akreditasyonun Faydaları | 1 yıldan daha az | 19 | 63,50 | 3,116 | 0,539 |
| | 1-5 yıl | 56 | 71,37 | | |
| | 6-10 yıl | 31 | 80,32 | | |
| | 11-15 yıl | 11 | 75,09 | | |
| | 16 yıl ve üstü | 25 | 65,36 | | |
| Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı | 1 yıldan daha az | 19 | 62,05 | 2,959 | 0,565 |
| | 1-5 yıl | 56 | 72,27 | | |
| | 6-10 yıl | 31 | 80,13 | | |
| | 11-15 yıl | 11 | 62,77 | | |
| | 16 yıl ve üstü | 25 | 70,10 | | |
| Kalite Yönetimi | 1 yıldan daha az | 19 | 64,55 | 3,309 | 0,507 |
| | 1-5 yıl | 56 | 70,64 | | |
| | 6-10 yıl | 31 | 72,63 | | |
| | 11-15 yıl | 11 | 88,95 | | |
| | 16 yıl ve üstü | 25 | 69,62 | | |
| Kalite Sonuçları | 1 yıldan daha az | 19 | 59,71 | 12,824 | 0,012 |
| | 1-5 yıl | 56 | 71,06 | | |
| | 6-10 yıl | 31 | 82,87 | | |
| | 11-15 yıl | 11 | 97,32 | | |
| | 16 yıl ve üstü | 25 | 55,98 | | |

Bu Kurumdaki Çalışma Süresi farklı Olan Gruplar İçin Yapılan Kruskal Wallis Testine Göre:

Bu kurumdaki çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Akreditasyonun Faydaları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bu kurumdaki çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bu kurumdaki çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Kalite Yönetimi ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bu kurumdaki çalışma süresi farklı olan gruplar arasında Kalite Sonuçları ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Süresi 1 yıldan daha az olanların söz konusu ölçek için sıra ortalaması puanı 59,71; 1-5 yıl arası olanların 71,06; 6-10 yıl arası olanların 82,87; 11-15 yıl arası olanların 97,32; 16 yıl ve üstü olanların 55,98'dir. Buna göre bu kurumdaki çalışma süresi 11-15 yıl arası olanların Kalite Sonuçları ölçeği sıra ortalaması puanı en yüksektir.

Akreditasyonun Faydaları cinsiyet, yaş, eğitim, görev, görevde çalışma süresi ve şu anki kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir. Bu sonuca göre

H_{7a}: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaptıkları değerlendirmeler “Akreditasyonun Faydaları” ölçeğinde farklılık göstermektedir hipotezi red edilmiştir

Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı cinsiyet, yaş, eğitim, görev, görevde çalışma süresi ve şu anki kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir. Bu sonuca göre

H_{7b}: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaptıkları değerlendirmeler “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ölçeğinde farklılık göstermektedir hipotezi red edilmiştir

Kalite Yönetimi cinsiyet, yaş, eğitim, görev, görevde çalışma süresi ve şuanki kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermemektedir. Bu sonuca göre

H_{7c}: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaptıkları değerlendirmeler “Kalite Yönetimi” ölçeğinde farklılık göstermektedir hipotezi red edilmiştir

Kalite Sonuçları yaş, eğitim, görev ve görevde çalışma süresi göre farklılık göstermezken cinsiyet ve şu anki görevde çalışma süresine göre farklılık göstermektedir. Bu sonuca göre

H_{7d}: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yaptıkları değerlendirmeler “Kalite Sonuçları” ölçeğinde farklılık göstermektedir hipotezi cinsiyet ve şu anki çalışma süresine göre kabul edilmiş, diğer değişkenler açısından red edilmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesini güvence altına alan kalite ve akreditasyonun çalışan personel üzerindeki kalite algısı; “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı”, “Akreditasyonun Faydaları”, “Kalite Yönetimi” ve “Kalite Sonuçları” ölçekleri kapsamında değerlendirilmiş olup birbirleri arasında pozitif yönde olumlu bir ilişki olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarında kalite algısı; “Akreditasyonun Faydaları”, “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı”, “Kalite Yönetimi” ve “Kalite Sonuçları” konularındaki düşüncelerinin belirlenmesinin tespiti kapsamında her bir algı için cinsiyet, yaş grupları, eğitim, görev, görevde çalışma süresi, aynı kurumdaki çalışma süresi gibi değişkenler dikkate alınarak yapılan analizler sonucunda katılımcıların genellikle benzer fikre sahip oldukları görülmüştür. Bunun nedeni kalite ve akreditasyonun; hizmet kalitesini yükselttiği, genel olarak kabul görmüş ve gerekliliği kesinleşmiş konulardan olduğu düşünülebilir.

Cinsiyet değişkenine göre; “Akreditasyonun Faydaları”, “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ve “Kalite Yönetimi” konularında herhangi bir değişikliğe neden olmamaktadır. Kadın ve erkek çalışanlar benzer şekilde eğilim göstermektedir. Ancak “Kalite Sonuçları” ölçek puanı bakımından erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre daha yüksek puan vermişlerdir. Bunun nedenleri incelendiğinde erkek katılımcıların kadın katılımcılara oranla daha az sayıda ankete daha yüksek puanlarla katılmış oldukları ve yönetici görevinde oldukları görülmüştür. Bu sonuçtan ise yönetici kadrosunda çalışanların kalite algısının daha yüksek seviyelerde olduğu düşünülebilir.

Kurumdaki çalışma süresinin kalite sonuçları ölçeğini etkilediği 16 yıldan fazla çalışanların diğer sürelerde çalışanlara göre “Kalite Sonuçları” ölçeğinde belirtilen konulara daha az katıldıkları görülmüştür. Bunun nedenleri incelendiğinde ise 16 yıldan fazla çalışan teknisyen ve memurların verdikleri daha az puanlardan kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

Yapılan araştırma neticesinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- “Akreditasyonun Faydaları”, “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı”, “Kalite Yönetimi” ve “Kalite Sonuçları” ölçeklerine çalışanlar yüksek düzeyde katılım göstermiştir.
- “Akreditasyonun Faydaları” ile “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı”, “Kalite Yönetimi” ve “Kalite Sonuçları” arasında, “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ile “Kalite Yönetimi” ve “Kalite Sonuçları” arasında “Kalite Yönetimi” ile “Kalite Sonuçları” arasında pozitif yönde olumlu bir ilişki olduğu görülmüştür.
- “Akreditasyonun Faydaları”, “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ve “Kalite Yönetimi” ölçekleri yaş, eğitim, görev, görevde çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi değişkenlerine göre farklılık göstermemektedir.
- “Kalite Sonuçları” yaş, eğitim, görev ve görevde çalışma süresi değişkenlerine göre farklılık göstermezken cinsiyet ve kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir.
- Araştırmaya katılanların en yüksek puanı “Kalite Yönetim” ölçeğine en az puanı “Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı” ölçeğine verdikleri görülmektedir.
- Görevi farklı olan grupların ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında ölçeklere en yüksek puanı doktor, yönetici ve başhekim görevinde olan personel vermiştir.
- Görevinde çalışma süresi farklı olan grupların ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında en yüksek puanı 11-15 yıl arasında olanlar vermiştir
- Araştırmaya katılan erkeklerin puanları kadınların puanlarına göre daha yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür.
- Kurumdaki çalışma süresinin “Kalite Sonuçları” ölçeğini etkilediği 16 yıldan fazla çalışanların diğer sürelerde çalışanlara göre “Kalite Sonuçları” ölçeğinde belirtilen konulara daha az katıldıkları görülmüştür.

Sağlık kuruluşlarında kalite ve akreditasyon sistemlerinin başarılı olabilmesi için, sistemin içinde olan sağlık çalışanlarının kalite algılarının yüksek seviyelerde

olması gerekir. İnanmadan kurulan kalite sistemi sadece kağıt üzerinde kalır. Sistem başarıya ulaşamaz ve hizmet kalitesi yükselmez. Sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin geliştirilmesi etkili ve verimli hizmet sunumun sağlanması, sağlık kurumlarının hedeflerine ulaşabilmeleri için kalite ve akreditasyonun; çalışan personel açısından kalite algısını ölçmek amacıyla yapılan bu çalışmada genel olarak çalışanların kalite algısının yüksek seviyelerde olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlardan da anlaşılıyor ki kalite ve akreditasyonun sağlık hizmetine etkisi çalışanlar tarafından olumlu yönde algılanmakta olup insanlarımızın gittikçe bilinçlendiği ve haklarının daha fazla farkına varmaya başladığı günümüzde, hem hizmet kalitesi hem de klinik kalitenin iyileştirilmesini sağlayarak tüm sağlık kuruluşlarımızın akreditasyon sürecinden geçmesi daha verimli ve kaliteli bir hizmet vermesi personeli ve hizmetten yararlananları memnun edecektir.

Yıldız (2010) tarafından yapılan araştırmaya göre çalışanların katılımı alt boyutunda eğitim durumunda lise ve ön lisans mezunlarında anlamlı farklılık yer almaktadır. Ancak bizim çalışmamızda farklı olarak eğitim durumu herhangi bir anlamlı farklılığa neden olmamaktadır. Benzer şekilde yaş değişkeni de bizim çalışmamızda çalışanların katılımı alt boyutunda herhangi bir anlamlı farklılığa neden olmazken Yıldız (2010) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre yaş değişkeni çalışanların katılımı bakımından anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır.

Çalışma kapsamında yapılan literatür taramasında karşılaşıldığı üzere hastanelerde akreditasyon ve kalite algısına ilişkin doğrudan yapılmış çalışmanın azlığı dikkat çekmektedir. Literatürde sağlık hizmetlerinde akreditasyon kavramına yönelik olarak yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte akreditasyon ve kalite arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan çalışma çok daha azdır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara ve çalışma sürecinde kazanılan tecrübelerle dayanarak gelecekte çalışacak olan araştırmacılara; sağlık çalışanları tarafından algılanan kalite, akreditasyon belgesine sahip bir hastanenin çalışanları ile akreditasyon belgesine sahip olmayan bir hastanenin çalışanları arasında yapılarak akreditasyonun kalite algısını nasıl ve ne oranda etkilediği araştırılabilir şekilde önerilerde bulunmak mümkündür.

KAYNAKÇA

Aktaş, Y. (2014). Akreditasyonun Performansa Etkisi: Kızılay Kan Merkezi JCI Akreditasyonu Örneği Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Altınok, M. (2005). Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri Çerçevesinde İşletmelerde Eğitim İhtiyaçları Tespiti ve Uygulamalı Bir Örnek Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Balıkesir.

Akyurt, N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul.

Anderson, E.A. (1995). Measuring Service Quality at a University Health Clinic, *International Journal of Health Care Assurance*, 8(2).

Aslan, T. (2007). Toplam Kalite Yönetimi: Kamu Alanındaki Uygulamaların Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Projesi, T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.

Bekaroğlu, Ş.B. (2005). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, *Akdeniz Üniversitesi, İİBF Dergisi*, S9, Antalya.

Bektaş, F. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Uygulamaları Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

Cantürk, Ö. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği Yüksek Lisans Tezi, T.C. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara.

Curković, S., Vickery, S., Droge, C. (2000). An Empirical Analysis of the Competitive Dimensions of Quality Performance in the Automotive Supply Industry, *International Journal of Operations & Production Management*,

Devebakan, N.(2005). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü, İzmir.

Erdem, E. (2006). Belgelendirilmiş Toplam Kalite Yönetimi Uygulayan Organizasyonların Öğrenen Organizasyon Olabilme Kriterlerine Uygunluk Derecelerinin Ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.

Ergenoğlu, A. (2006). Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Mimarlık Anabilim dalı Mimari Tasarım Programı, İstanbul.

Etöz, S. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon Yüksek Lisans Tezi, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Eyler, N. (2011). Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu Yüksek Lisans Tezi, T.C. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.

Fruth, R. (2005). JCI Yöneticilik Konferansı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye.

Gedikli, B. (2001). Kamu Harcama Yönetiminde Kalite, Yolsuzlukla Mücadele İçin Bir Model Önerisi, Yaklaşım Yayıncılık, Ankara.

Gencel, U. (2001). Yüksek Öğrenim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:3, Sayı:3, İzmir.

Gözlü, K. (2011). Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Ankara.

Gölkaya, E. (2009). Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Konusunda Bilgi Düzeyleri Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Ankara.

Hermann, G.K. (2003). Using International Accreditation Standards to Improve Medication Management and Safety Objectives, ISQUA Conference, November 4,2003.

Imai, M. (1999). Kaizen: Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı, KalDer ve Brisa, 4.Baskı, İstanbul.

İnceboz, T. (2009). Sağlıkta Kalite Uygulamaları ve ISO 15189:2007 (Tıbbi Laboratuvarların Akreditasyonu) Akreditasyon Uygulamalarının Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Programı, YYLT, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Karabulut, F. (2009). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO\IEC 15189:2003 Uygulaması Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.

Kathleen, S. (2001). Accreditation, Licensure, Certification and Surveying Bodies, Risk management handbook for health care organizations / American Society for

Healthcare Risk Management, San Francisco: Jossey-Bass; Chicago: AHA Press, U.S.A.

Lankford, W. M. (2000). ISO 9000: Understanding the Basics, Review of Business; Spring/Summer St. John's University, College of Business Administration, U.S.A.

Lovern, E. (2000). Accreditation Gains Attention, Modern Healthcare, 30 (47).

O'leary, D.S. (2003). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Department of Publications Joint Commission Resources, U.S.A.

Özdil, N. (2010). JCI Akreditasyonu Olan Özel Hastanelerde Personel Temini ve Uygulaması Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

Özer, E. (2007). Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Hastanelerdeki Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzlarının, Hemşirelerin İşten Ayrılma Nedenleri Üzerine Etkileri Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul.

Sarp, N. (2004). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi Kitabı, Atlas Yayıncılık, Semih Ofset, Ankara.

Schardt, C.M. (1998). Bull Med Libr Assoc, October 1998, USA

Schermehorn, Jr J. R.; Hunt, J.G.; Osborn, R.N. (2000). Organizational Behavior, John Wiley & Sons Inc, New York, U.S.A.

Shaw, C. (2004). Developing hospital Accreditation in Europe, WHO Regional Office for Europe, December 2004, 5.

Slack, N.; Chambers, S; Johnston, R, (2001). Operations Management, Prentice Hall, London.

Şimşek, M.Ş. (2002). Yönetim ve Organizasyon, Günay Ofset, 7.Baskı, Konya.

Şimşek, M. (2001). Toplam Kalite Yönetimi, Gözden geçirilmiş 3. Baskı, Alfa, İstanbul.

Tever, Z.M. (2014). Sağlık Yapılarında Akreditasyonun Etkisi Yüksek Lisans Tezi, T.C. Maltepe Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Mimarlık Anabilim Dalı, İstanbul.

Timmons, K. (2003). Delivering Quality Care Through Accreditation, Hospital Management Asia 2003 Makati Philippines.

Timmons, K. (2004). Be Clear what Accreditation is Intended to Accomplish, U.S.A.

Uslu, T. (2004). Bilişim Sürecinde Toplam Kalite Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.

Weaver, C.N. (1998). Toplam Kalite Yönetiminin Dört Aşaması, Sistem Yayıncılık.

Weingarten, S.(2002). Selecting and Implementing Clinical Practice Guidelines in Hospitals, ISBN: 0-86688-656-7, U.S.A.

Yalçın, N. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

Yaş, Z.S. (2009). Toplam Kalite Yönetim Anlayışının Sağlık Sektöründe Uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesinin Karşılaştırılması YYLT, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.

Yetginoğlu, Ö. (2009). Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama Yüksek Lisans Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, Konya.

Yıldız, A. (2010). Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yıldız, Y. (2008). Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetimsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Bir Uygulama Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.

Yılmaz, E. (2010). Kütüphanelerde Toplam Kalite Yönetimi: Kısa Bir Gözden Geçirme, Türk Kütüphaneciliği 24,1.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Müşerref SARIDUMAN

Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara 21.04.1976

Öğrenim Durumu:

| Derece | Alan | Üniversite | Yıl |
|---------------|---------|-------------------------|------|
| Lisans | İşletme | Anadolu Üniversitesi | 2009 |
| Yüksek Lisans | | | |

İş Deneyimi:

| Çalıştığı Yer | Görev | Yıl |
|--------------------------------------|----------------|-------|
| Jandarma Kraimâl Daire Başkanlığı | Kalite Güvence | 2003- |

Yabancı Diller: İngilizce

Yayımlar:

E-posta: msariduman06hotmail.com

Telefon: 0 505 371 02 81

Tarih:14 Ocak 2016

EKLER**EK Anket Formu****ANKET FORMU****1. Cinsiyet**

Kadın Erkek

2. Yaş

25 yaş ve altı 26-30 yaş 31-35 yaş 36-40 yaş 41-45 yaş
 46 ve üstü

3. Eğitim

Genel Lise Sağlık Meslek Lisesi Ön Lisans Lisans
 Yüksek Lisans / Doktora

4. Görev

Teknisyen-Memur Hemşire-Ebe-Sağlık Memuru Doktor
 Yönetici / Başhekim

5. Görev Çalışma Süresi

1 yıldan daha az 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl
 15 yıldan daha fazla

6. Bu Kurumda Çalışma Süresi

1 yıldan daha az 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl
 15 yıldan daha fazla

Akreditasyonun Faydaları

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Akreditasyon hasta bakımının iyileştirilmesine imkan verir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Akreditasyon çalışanların motivasyonunu artırır, ekip çalışmasını ve işbirliğini teşvik eder | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Akreditasyon, hastanedeki bütün profesyoneller tarafından paylaşılan değerlerin geliştirilmesine imkan verir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Akreditasyon, hastanenin iç kaynaklarını (örneğin, para, insan, zaman ve donanım) daha iyi kullanmasına imkan verir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Akreditasyon, hastanenin toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermesine imkan verir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Akreditasyon, hastanenin ilişkili olduğu kuruluşlara (diğer hastaneler, özel klinikler, vs.) daha iyi cevap vermesine imkan verir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Akreditasyon, hastanenin sağlık bakım sistemi içinde ilişkili olduğu diğer kuruluşlarla işbirliği geliştirmesine katkıda bulunur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Akreditasyon, hastanenin değişiklikler yapması için değerli bir araçtır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Hastanenin akreditasyona katılımı, hastanede değişiklikler uygulamaya geçildiğinde, hastanenin bu değişikliklere cevap verme konusunda daha hazır olmasına imkan verir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Akreditasyon Çalışmalarında Çalışanların Katılımı

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Son denetim için yapılan hazırlıklar sırasında, hastanede önemli değişiklikler yapıldı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Bu değişikliklerin yapılmasına katıldım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Son denetimden sonra hastanemiz için yapılan önerileri duydum (eğer öneri yapıldıysa) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Bu öneriler, hastanede önemli değişiklikler yapmak için bir fırsattı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Akreditasyon önerileri sonucunda yapılan değişikliklere katıldım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Kalite Yönetimi

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Hastane, kalite gereklerini karşıladığından emin olmak için, donanım ve malzemeleri düzenli olarak kontrol eder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Hastane, bakım ve hizmet kalitesini iyileştirmeyi destekleyen etkili politikalara sahiptir (örnek: İlaç Uygulamasında Beş Doğru Prensi).) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Hastane, yeni hizmetler geliştirilirken, kaliteyi bu hizmetlerin tasarımına dahil etmeye çalışır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Hastanenin sunduğu hizmetler, uygulanmadan önce kalite açısından iyice test edilir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Hastane, kalite güvencesini, iyileştirme yollarını bulmak için yapılan sürekli bir araştırma olarak görür. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Hastane, dokümantasyon yoluyla kalite problemlerinin kayıtlarını tutmaları için hemşireleri teşvik eder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Kalite Sonuçları

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Geçen bir buçuk yılda, hastane, müşteri memnuniyetinde sürekli, ölçülebilir artışlar göstermiştir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Geçen birkaç yılda, hastane, yönetim tarafından sağlanan hizmetlerin (finansman, insan kaynakları, vs.) kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Geçen birkaç yılda, hastane, hastalara (örneğin, tıbbi, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ve pediatri hastalarına) sağlanan bakımın kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Geçen birkaç yılda, hastane, klinik destek bölümleri (laboratuvar, eczane ve radyoloji gibi) tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesinde sürekli, ölçülebilir gelişmeler göstermiştir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Geçen birkaç yılda, hastane, finansal kısıtlılıklara rağmen yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı sürdürmüştür. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anketimiz tamamlanmıştır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Turnitin Orijinallik Raporu

Tez Müşerref Sarıduman tarafından

ÖDEV 2 (SBE TEZ 1) den

- 09-Mar-2016 15:45 EET' de işleme kondu
- NUMARA: 642951363
- Kelime Sayısı: 18357

Benzerlik Endeksi: %18

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources: %12

Yayınlar: %5

Öğrenci Ödevleri: %15

GCRI