

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



KAMU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KURUMLARINDAKİ
KALİTE ÇALIŞANLARININ KALİTE GÖSTERGE
YÖNETİMİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YASEMEN KARATAŞ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İtir ERKAN

İSTANBUL, 2023

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI



KAMU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KURUMLARINDAKİ
KALİTE ÇALIŞANLARININ KALİTE GÖSTERGE
YÖNETİMİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN
BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YASEMEN KARATAŞ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. İtir ERKAN

İSTANBUL, 2023

T.C.
İSTANBUL YENİ YÜZYIL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZ ONAY BELGESİ

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı **21111103014** numaralı yüksek lisans öğrencisi Yasemen KARATAŞ'ın "**Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarındaki Kalite Çalışanlarının Kalite Gösterge Yönetimi Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi**" adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim Kurulunun 22.06.2023 tarih ve 2023/11 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05.07.2023

Doç. Dr. İtir ERKAN
Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Dilek SALKIM İŞLEK

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Resul İZMİRLİ

Jüri Üyesi

ETİK BEYAN

İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tezde;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

05 / 07/ 2023

Yasemen KARATAŞ

ÖNSÖZ

Hayatımın en zorlu süreçlerinden biri olan tez dönemi süresince beni yalnız bırakmayıp her an yanımda olan, bilgi, tecrübe ve pozitif enerjisiyle bana daima yol gösteren ve ihtiyaç duyduğumda sıcacık güler yüzüyle motivasyonumu arttıran çok değer verdiğim ve bir o kadar çok sevdiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. İtir ERKAN'a,

İlkolul 1.sınıftan ta ki yüksek lisans öğrenciliğim süresi boyunca eğitimime ve kişisel gelişimime verdiğim önemi önemseyen, beni daima takdir ederek dualarını eksik etmeyen, arkamda dağ gibi duran, beni bu günlere getiren ve ne yaparsam yapayım haklarını asla ödeyemeyeceğim canım melek annem Melek KOÇAK ve canım babam Mustafa KOÇAK'a,

Zorlu tez sürecimde varlığıyla beni mutlu eden sevgili eşim Ali KARATAŞ'a,

Hayatımın olmazsa olmazları, neşe, mutluluk ve huzur kaynağım güzel kızım Eslem Vera KARATAŞ ve canım oğlum Bestami KARATAŞ'a,

Karşısına çıkan tüm zorluklara, tüm engellere, her şeye, herkese rağmen eğitim aşkından asla vazgeçmeyen kendime, sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum.

İSTANBUL, 2023

Yasemen KARATAŞ

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	İV
ÖNSÖZ.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
ÖZET.....	Xİ
ABSTRACT	Xİİ
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Sağlık Kavramı ve Tanımı.....	4
2.2 Sağlık Hizmetleri	5
2.3 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	8
2.4 Ağız ve Diş Sağlığı Kurumları.....	9
2.4.1 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri.....	11
2.4.2 Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri.....	12
2.4.3 Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri.....	12
2.5 Kalite Kavramı ve Tanımı	13
2.6 Kalitenin Tarihsel Gelişimi.....	14
2.7 Sağlıkta Kalite Kavramı ve Tanımı	16
2.8 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi.....	17
2.9 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Çalışmaları	20
2.10 Sağlıkta Kalite Standartları-Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri(ADSH)	22
2.10.1 Sağlıkta Kalite Standartlarının Hazırlanması ve Önemi.....	23
2.10.2 Sağlıkta Kalite Standartlarının Hedefleri	25

2.10.3 Sağlıkta Kalite Standartlarının Boyutları	26
2.11 Gösterge Yönetimi	27
2.12 Kalite Göstergeleri	29
2.13 Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarında Yürütülen Kalite Çalışmaları	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi	33
3.2 Araştırmanın Zamanı ve Yeri	33
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	34
3.5 Veri Toplama Yöntemleri	34
3.6 Kullanılan Gereçler	34
3.7 İstatistiksel Yöntem	35
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	35
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları	36
4. BULGULAR	37
4.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular	37
4.2 Katılımcıların Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeğine Ait Bulgular	38
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	50
6. KAYNAKLAR	62
EKLER	74
EK-1 : Aydınlatılmış Onam	74
EK-2 : Demografik Veriler	76
EK-3 : Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ)	78

EK-4 : İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı 80

**EK-5 : Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) ‘nin Kullanım
İzni 81**



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Dair Tanımlayıcı Bulgular.....	37
Tablo 4.2: Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistik.....	38
Tablo 4.3: Cinsiyetin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi.....	39
Tablo 4.4: Yaşın Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi.....	40
Tablo 4.5: Medeni Durumun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi.....	41
Tablo 4.6: Eğitim Durumun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi.....	42
Tablo 4.7: Meslekte Çalışma Süresinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi	43
Tablo 4.8: Kurumda Çalışma Süresinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi	44
Tablo 4.9: Kalite Çalışmaları İle İlgili Görevlerin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi.....	45
Tablo 4.10: Kalite Çalışmaları ile İlgili Çalışma Süresinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi.....	46
Tablo 4.11: Çalışılan Kurumun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi	47
Tablo 4.12: Kalite ile ilgili Eğitim Alma Durumunun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi	48

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ADSH: Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KİYÖ: Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği

SKS ADSH: Sağlıkta Kalite Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

TDB: Türk Diş Hekimleri Birliği

TÜR-GÖS: Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemi

WHO: World Health Organization

ÖZET

KAMU AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI KURUMLARINDAKİ KALİTE ÇALIŞANLARININ KALİTE GÖSTERGE YÖNETİMİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışmada kamu ağız ve diş sağlığı kurumlarındaki kalite çalışmalarında yer alan çalışanların kalite gösterge yönetimi konusundaki görüşlerinin belirlenmesi ve bu görüşleri etkileyen unsurların tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde (ADSH) çalışan kalite yönetim direktörleri, kalite birim sorumluları, kalite birim çalışanları, bölüm kalite sorumluları ve kalite gösterge sorumlularından oluşan 130 çalışana çevrimiçi anket uygulanmıştır. Araştırma verileri Demografik Veriler Bilgi Formu ve Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği kullanılarak toplanmış ve ulaşılan veriler SPSS 25.0 paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Katılımcıların %73,82'i kadın, %4,6'sı 25 yaş altı, %19,2'si 46 yaş ve üzeri ve %75,4'ü kalite ile ilgili eğitim almıştır. Araştırma sonuçları incelendiğinde kamu ADSM ve ADSH'lerdeki kalite çalışmalarında yer alan personelin kalite gösterge yönetim çalışmalarından memnun oldukları görülmüştür. 25 yaş ve altında yer alan katılımcılar ile kalite ile ilgili eğitim alanlar ölçeğin personel uyumu boyutuna da fazla puanlama yapmışlardır. Kadınlar gösterge yönetimi çalışmalarının daha verimli ve yararlı olduğunu belirtmişlerdir. 46 yaş üzeri katılımcılar, 25 yaş altı bireylere göre kalite gösterge çalışmalarının ölçme ve değerlendirmeye daha çok katkısı olduğunu düşünmüşlerdir. ADSM'lerde çalışanların bildirim ve kayıt altına alma kültürünün ADSH'lere göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların, en yüksek Ölçme ve Değerlendirme boyutuna, en düşük Personel Uyumu boyutuna puanlama yaptıkları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Sağlıkta Kalite, Gösterge Yönetimi.

Yasemen KARATAŞ, 2023

ABSTRACT

DETERMINING THE OPINIONS OF QUALITY EMPLOYEES IN PUBLIC ORAL AND DENTAL HEALTH INSTITUTIONS ON QUALITY INDICATOR MANAGEMENT

In this study, it is aimed to determine the opinions of the employees involved in quality studies in public oral and dental health institutions on quality indicator management and to determine the factors affecting these opinions. In this direction, 130 employees consisting of quality management directors, quality unit officers, quality unit personnel, department quality officers and quality indicator officers working in Public Oral and Dental Health Centers (ADSM) and Oral and Dental Health Hospitals (ADSH) affiliated to the Istanbul Provincial Health Directorate. An online survey was applied. The research data were collected using the Demographic Data Information Form and the Quality Indicator (Indicator) Management Scale, and the obtained data were statistically analyzed using the SPSS 25.0 package program. 73.82% of the participants were women, 4.6% were under the age of 25, 19.2% were over the age of 46, and 75.4% had received quality-related training. When the results of the research were examined, it was seen that the personnel involved in the quality studies in public ADSMs and ADSHs were satisfied with the quality indicator management studies. Participants aged 25 and under and those who received training on quality over-rated the scale's personnel compliance dimension. Women stated that indicator management studies are more efficient and beneficial. Participants over the age of 46 thought that quality indicator studies contributed more to measurement and evaluation than individuals under the age of 25. It has been revealed that the notification and recording culture of employees in ADSMs is higher than ADSHs. It was determined that the participants scored the highest Assessment and Evaluation dimension and the lowest Personnel Adaptation dimension.

Keywords: Health Services, Quality in Health, Indicator Management.

Yasemen KARATAŞ, 2023

1. GİRİŞ

İnsanoğlu var oluşundan beri hep sonsuza dek yaşamak istemiştir. Bunu gerçekleştirememiş olsa da yaşadığı zaman diliminin sağlıklı ve olabildiğince uzun olması için elinden gelen gayreti göstermiştir (Doğru, 2019). Bu nedenle insanı odak merkezine alan ve insanın sağlığıyla ilgilenen sağlık hizmet sektörü oluşmuştur. Zamanla bilim ve teknolojinin ilerlemesiyle kültür, ekonomi, eğitim, beslenme ve temizlik gibi birçok alanda değişimler yaşanmış ve bu durum doğrudan insan sağlığını etkilemiştir (Alptekin, 2019).

Günümüzde her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de ciddi bir rekabet söz konusudur. Ekonomi, sanayi ve teknolojiye yaşanan gelişmeler sağlık sektörünü de etkileyerek sağlık kuruluşlarının birbiri içinde yarışır hale gelmelerine sebep olmuştur (Erkaya-Daştan, 2021). Yaşanan rekabet ortamı, insan sağlığını ikinci plana bırakarak hata oluşmasına sebebiyet verebilmektedir. Sağlık sektörü, doğrudan insan yaşamıyla ilgili olduğu için her ne sebeple olursa olsun asla hataya yer verilmemesi gereken bir sektör (Aksan, 2017) iken; günümüz rekabet koşullarında hem hataya yer vermeden hem de gelişen teknolojiyle daima ilerleyen bir sistem olarak ayakta durabilmek oldukça güçtür. İşte bu durum neyi ne kadar doğru yapıyoruz sorusuna yönelik cevap arayışını ortaya çıkarmıştır.

Yaşanan gelişmelerle birlikte sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanılmış, bireylerin yaşam kalitesi yükselerek daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıkmıştır (Alptekin, 2019).

Bu doğrultuda toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin doğru, sürdürülebilir ve istenilen özellikte olması için sağlık sektörünün hızla ilerleyen çağa ayak uydurabilmesi gerekmektedir. Çünkü günümüz rekabet ortamı güçlü bir sağlık sektörü gerekliliğini zorunlu hale getirmiştir. Sağlık sektörü kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin bireyin yaşam kalitesini arttırmaya ve yaşamını sürdürmeye yönelik bir dokunuş sağlaması bizi “sağlıklı bir insan, sağlıklı bir toplum” çıktısına ulaştıracaktır. Sağlıklı bir toplum, tüm ülkelerin elde etmek istediği en temel

ihtiyaçlarındandır. Çünkü toplumun sağlığı ülkelerin gelişmişlik düzeyiyle paralellik göstermektedir. Kibar (2014)'n çalışmasında da belirtildiği üzere ülkelerin gelişmişlik seviyesi arttıkça, sunduğu sağlık hizmetlerinin etkinliği de artar. İşte bu nedenledir ki ülkeler, sağlık politikalarını belirlerken sağlık hizmetleri sunumunda hep daha iyi olmayı, daha kaliteli olmayı hedeflemişlerdir.

Sağlık hizmetlerinde kaliteli bir hizmet sunumu ihtiyacı Sağlıkta Kalite kavramını ortaya çıkarmıştır. Sağlıkta kalite sistemi, “yapılan çalışmaları yazılı olarak kayıt altına alma ve yazılı olanları sahada uygulama” prensibi doğrultusunda bir çalışma anlayışını kendine ilke edinmiştir. Böylelikle en iyi ve en kaliteli sağlık hizmetini en doğru bir şekilde sunabilmesi noktasında, sağlık sisteminde mevcut olan uygulamaları kayıt altına alırken, aynı zamanda alınan kararların da sektörde fiilen uygulanabilirliğini sağlamış olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan Sağlıkta Kalite kavramının yanı sıra Sağlıkta Kalite Standartları oluşturulmuş, bunları gerçekleştirebilme noktasında da uluslararası standartlar çerçevesinde bir yol haritası olan rehberler düzenlenerek sağlık kuruluşlarında uygulamaya konulmuştur.

Sağlık sektörü kendi içinde birçok alanda hizmet vermekte olup; bunlardan biri de ağız ve diş sağlığı hizmetleridir. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinde yer alan kalite çalışmalarını ele aldığımızda; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Rehberi (SKS ADSH) doğrultusunda sürdürüldüğü görülmektedir.

Sağlıkta Kalite Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Rehberi (SKS ADSH); Kurumsal Hizmetler, Hasta ve Hasta Odaklı Hizmetler, Sağlık Hizmetleri, Destek Hizmetler ve Gösterge Yönetimi olmak üzere 5 boyutta ele alınmaktadır. Bunlardan Gösterge Yönetimi, belirlenen süreçlere yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyut altında, Sağlıkta Kalite Standartları bölümlerine ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktıların,

somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanması kalite göstergeleri vasıtasıyla gerçekleştirilir (SKS ADSH, 2017).

Bu çalışmanın amacı, kamu ağız ve diş sağlığı kurumlarındaki kalite çalışanlarının kalite gösterge yönetimi konusundaki görüşlerini belirleyerek bu görüşleri etkileyen unsurları tespit etmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Sağlık Kavramı ve Tanımı

İnsanoğlunun varoluşundan bu yana hep gereksinimi duyulan vazgeçilmezler arasında en başta yerini alan sağlık kavramını ele aldığımızda birçok tanımla karşılaşmaktayız. Bunlardan en çok kabul göreni Dünya Sağlık Örgütü tarafından “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde yapılan tanımdır. İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar hastalık, sakatlık veya ölümle ilişkilendirilerek dar bir bakış açısıyla ele alınan sağlık kavramı, bu tanımla geleneksel sınırlamanın dışına çıkarak sosyal etmenlerle doğrudan ilişkili, daha kapsamlı ve modern bir yaklaşıma kavuşmuştur (WHO, 1996). DSÖ’nün bu tanımında da belirtildiği üzere birbiriyle iç içe geçmiş birçok etmenle doğrudan ve dolaylı olarak etkilenen sağlığın çok yönlü bir kavram olduğu görülmüştür (Kavuncubaşı, 2000).

Dünya Sağlık Örgütü’nün kişiyi değil toplumu ele alan yaklaşımı, sağlığı hastalık çerçevesinin dışına çıkarmış, aynı zamanda sağlığın korunması ve geliştirilmesine de ön planda yer vermiştir. Tanımda yer alan “tam iyilik hali” kavramı ise henüz yeni bir kavram olduğu için tam anlaşılmamış ve eleştirilere maruz kalmıştır (Hansluwka, 1985; Saracci, 1997). Buna rağmen bu tanımla birlikte hastalığın tedavisi ve sağlığın korunması kavramlarına bir de sağlığın geliştirilmesi kavramı eklenerek sağlık hizmetlerinin yapısının daha da güçlenmesi sağlanmıştır (Doğan, 2006).

Temel haklarımız arasında yer alan sağlık hakkının en üst seviyede sağlanıyor olmasına sosyal bir hedef gözüyle bakılmalıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için sadece sağlık sektörünün değil, diğer sektörlerin de katılımı şarttır (Doğan, 2006).

Sağlık, günlük yaşantımızın merkezinde yer alan ve önemi kaybedildiği an anlaşılan bir kavramdır. Sağlık durumunun yerinde olmaması kişiyi sadece beden etkilemez. Aynı zamanda günlük yaşantısını, düşüncelerini ve çevresiyle olan etkileşimini de

olumsuz yönde etkilediği görülür. Dolayısıyla insanların kimlik algısı, yaşam tarzı ve sosyal ilişkileri kişinin sağlıklı olma durumuna göre değişir (Demir, 2020).

Kişinin sağlıklı olabilmesi için herhangi bir organ rahatsızlığı ya da uzuv kaybı olmamasının yanı sıra, ruhsal olarak da iyi durumda olması, duygu ve düşüncelerini en iyi şekilde aktarabilecek şekilde akıl sağlığının yerinde olması gerekir. Bedensel olarak tüm temel işlevleri yapabiliyor ve ihtiyaçlarını karşılayabiliyor olmakla birlikte; sosyal yönden sevmek, sevilme, güvenme, kabul görme, ait olma gibi duygularını sosyal çevrede iyi ilişkiler çerçevesinde yürütüyor olması önemlidir (Gündüz-Hoşgör, 2014).

Sağlık; fiziksel, ruhsal, kültürel ve toplumsal yönleriyle birbirine bağlı çok boyutlu bir olgudur. Bunun yanı sıra sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör çevredir. Bunu sırasıyla yaşam tarzı (kişisel davranış), kalıtım ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir (Öztürk ve Kıracı, 2019).

2.2 Sağlık Hizmetleri

Teknolojik gelişmeler ve globalleşme sonrasında toplumların en önemli varlığı insan kaynağı haline gelirken; insanların en değerli varlığı da sağlıkları olmuştur. Bu nedendir ki insan kaynağından en üst düzeyde faydalanmak isteyen toplumların öncelikle hataya yer vermeyen bir sağlık hizmet sunumu sağlamaları gerekmektedir (Özkan, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında farklı alanlarda hizmet veren sağlık personelinin 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 sistem” şeklinde tanımlamıştır.

Sağlık hizmetlerinin, doğrudan insan yaşamıyla ilgili hayati bir öneme sahip olduğunu belirten Özkan (2012), sağlık hizmetlerini “insanın fiziksel, ruhsal ve

toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve durumun sũrekliliđinin sağlanarak toplumun refah ve mutluluğunun geliştirilmesi amacıyla sunulan hizmetler” olarak ele almıştır. Alay (2022) bir çalışmasında sağlık hizmetlerini “sağlığın korunup geliştirilmesi ve kaybedilmesi durumunda da sũratle iyi olma haline dũnũřũmũ sağlamaya yũnelik gerçekleştirilen çok karmaşık ve birbiriyle de ilişki içerisinde olan hizmetler bũtũnũ” şeklinde tanımlamıştır. Albayrak (2017) ise “sağlıksız bireylerin sağlığına kavuşturulması, sağlıklı bireylerin fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlıklarının korunması ve sũrekliliđinin sağlanması, sağlığa zararlı etmenlerin ortadan kaldırılarak yaşam kalitesinin yũkseltilmesi amacı ile verilen hizmetlerin bũtũnũ” olarak ifade etmiştir.

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunup geliştirilmesi ve hastalık ya da sakatlık durumunda hızlı bir şekilde tıbbi mũdahale ile iyileştirme sağlanması için sunulan hizmetlerdir. Bireylerin nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sũrmesine katkı sağlar (Somunoğlu, 2012).

Gũndũz-Hoşver (2014) bir çalışmasında sağlık hizmetlerini; sağlığın her açıdan korunması, hastalananların tedavi edilmesi, gerektiğinde sakatlık ya da ruhsal yũnden rehabilite desteklerinin sağlanması işlemlerinin tũmũ olarak ele almıştır (Gũndũz-Hořgũr, 2014).

Sağlık hizmetleri uygulamalarının en temel amacı, mevcut sağlığın korunarak hastalık oluşmasının ũnũne geçmektir. Sağlık hizmetleri, ũncelikle bireyin ve yakın çevresinin dolayısıyla tũm toplumun mevcut sağlık durumunu muhafaza etmenin yanı sıra yeni hastalıkların ortaya çıkmasını ũnlemeye çalışır (Coşgun, 2020).

Sağlık hizmetleri, sağlığın anlaşılma şekline gũre gelişmektedir (Doğan, 2006). Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak ũzere ũ grupta ele alınan sağlık hizmetlerinin (Doğan, 2006), son yıllarda, koruyucu sağlık hizmetleri içinden ayrılarak ayrı bir hizmet tũrũ olarak kabul edilen dũrdũncũ bir hizmet tũrũ daha olduğu gũrũlmektedir (Alay, 2022). Buna gũre sağlık hizmet tũrleri:

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Geliştirici sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Rehabilite edici sağlık hizmetleri, şeklinde dörde ayrılmaktadır. Hastalanmadan önceki iyilik halinin korunması koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleriyle sağlanırken; hastalıkla mücadele ve iyilik haline yeniden kavuşulması tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleriyle ele alınmaktadır (Alay, 2022).

Diğer hizmet sektörlerinde yer alan tüm özellikleri içinde barındıran sağlık hizmetlerinin kendine özgü bazı özellikleri de vardır (Tengilimoğlu vd., 2011). Bunlar;

- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur. Yerini başka hiçbir hizmet tutamaz.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez. Hasta birey ya da toplumun tedaviye ihtiyaçı varken ertelemesi mümkün değildir. O an kullanılması gerekir.
- Sağlık hizmetinde tüketim rastlantısaldır. Hizmet talebinin ne zaman ortaya çıkacağı belli değildir.
- Sağlık hizmet tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir. Yani hizmet alacak kişi hizmete ihtiyaçı olup olmadığını bilemez.
- Sağlık hizmetlerinde, hizmetten sağlanan verimin önceden belirlenmesi her zaman mümkün değildir. Fakat diğer sektörlerde hizmeti alan kişi, hizmetten alacağı kalite ve doyumunu önceden bilir.
- Sağlık hizmetlerinin çıktıısı paraya çevrilemez. Kâr amacı yoktur. Toplumsal fayda sağlama amacındadır.
- Toplumu korumayı amaçladığı için kamu malı olma özelliğine sahiptir.
- Sağlık hizmetleri depolanamaz. Dinamik bir yapısı vardır. Böylece insan gücü ile emeğine ve teknolojik gereksinimlere ihtiyaçı duyar (Tengilimoğlu vd., 2011).

Bunların dışında sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisinin varlığı, hizmet ağırlıklı ve somut olmayan işletmeler olması gibi özellikler sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumunu zorlaştırmakta ve diğer hizmet sektörlerinden farklılaştırmaktadır (Kıraç, 2015).

2.3 Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre temel insan hakları arasında yer alan ağız ve diş sağlığı, bireyin beslenmesinden günlük yaşam kalitesine, genel sağlığından psikolojik durumuna kadar birçok süreci etkiler. Bu sebeple sağlıklı bir topluma ulaşmak için ağız ve diş sağlığının da önemseniyor olması gerekir (Tuncer-Hancı, 2021).

Ağız ve diş sağlığı, kişinin sadece sağlıklı dişlere sahip olması anlamına gelmez. Aynı zamanda kişinin sağlıklı ağız dokularına da sahip olmasıyla genel sağlık durumunu olumlu yönde destekler ve kişinin sorunsuz bir şekilde yemek yemesini, konuşmasını ve sosyalleşmesini sağlar (Adams, 2017).

Sindirim ilk ağızda başlar. Ağız sağlığı bozulursa önce vücudun sindirim sistemi ardından tüm vücut olumsuz olarak etkilenecektir (Akbulut, 2020). Genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olan Ağız ve Diş Sağlığı, eğitim ve cihaz farklılıkları doğrultusunda ele alındığında ayrı bir alan olarak değerlendirilmekte ve derinlemesine bir tanımlamaya gerek görülmektedir (Kılçar, 2013).

WHO ağız ve diş sağlığını “bireyin ısırma, çiğneme, gülme, konuşma ve psikososyal iyi olma halini sınırlandıran hastalıklar ve aynı zamanda ağız ve yüz ağrısı, ağız ve yüz kanseri, ağız enfeksiyonu ve yaraların, periodontal hastalık, diş çürümesi, diş kaybı gibi rahatsızlıkların görülmemesi” olarak tanımlamaktadır (Mohanta, 2017).

Ağız Diş Sağlığı kalitesini belirlemek amacıyla yapılmış çalışmalara bakıldığında; ülkemizde ağız hijyeninin yeterli olmadığı ve buna bağlı olarak ortaya çıkan olumsuz

sonuçların kaçınılmaz olduğu, bunun neticesinde de ağız diş sağlığı seviyesinin düşük seyrettiği görülmektedir (Acar, 2021).

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri üç basamak altında incelenmiştir. Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetleri; hastanın ağız ve diş sağlığı hizmeti almak üzere ilk başvurduğu, diş hekimi tarafından toplum sağlığı merkezlerinde sunulan sınırlı kapsamdaki hizmetlerdir. Temel diş hekimliği uygulamaları ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu çerçevede yürütülür. İkinci basamak ağız diş sağlığı hizmetleri, çoğunlukla birinci basamakta tedavisi uygun olmayan, ileri derecede tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen ağız ve diş hastalıklarının teşhisi ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Türkiye’de kamu ağız ve diş sağlığı merkezlerinde /hastanelerinde verilen hizmetler bu kapsamda ele alınır. Üçüncü basamak ağız diş sağlığı hizmetleri ise; ileri derece tetkik ve özel tedavi gereken hastaların yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji imkanları kullanılarak tedavi edildiği hizmetlerdir. Eğitim araştırma hastanelerinde ya da ağız ve diş hastanelerinde sunulan hizmetler bu kapsamdadır. Bu üç basamağın sunduğu hizmetlerin belli bir düzen ve uyum içerisinde bütünlük sağlaması performansın yükselmesi açısından oldukça önemlidir (Ekici, 2013).

2.4 Ağız ve Diş Sağlığı Kurumları

Bireyin sahip olduğu sağlık hakkının korunmasında ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasında sağlık kurumlarının rolü büyüktür. Toplumun mevcut sağlığının korunması, hastalık durumunda tanı ve tedavi süreçlerinin yürütülmesi, sağlık standartlarının yükseltilmesi gibi konularda yapılan çalışmalar sağlık kurumları tarafından yerine getirilir. Bunları gerçekleştirirken toplumun tüm kesimlerine yönelik erişilebilir, etkin, kabul edilebilir maliyet ve bilimsel yöntemlere sahip, yüksek kalite ve hasta memnuniyetini benimsemiş olması önemlidir (Yıldız, 2019).

Bir makinadan alınması gereken verimin en üst seviyede sağlanabilmesi için makinanın sağlıklı bir şekilde çalışıyor olması gerektiği gibi; sağlık sektöründe yer

alan kurumların da, sadece yeterlilik düzeyinde değil ihtiyaç duyulan en yüksek seviyede sağlık hizmetlerini karşılayabiliyor olması gerekir (Tosun, 2016).

Bu gereklilik doğrultusunda; sağlık sektöründe yaşanan tüm değişimler, bilgiye kolay ulaşım ve beraberinde oluşan bilinçlenmedeki artış neticesinde hasta taleplerindeki farklılaşmalar ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurumları da gelişmelere ayak uydurmak zorunda bırakmıştır. Ayrıca tıbbi cihaz ve ilaçlar başta olmak üzere tıp alanında kaydedilen teknolojik gelişmelerle yeni teşhis ve tedavi yöntemlerinin varlığı ortaya çıkmış ve bakanlığın ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde de yeniden yapılandırmaya gitmesine neden olmuştur (Yüksel, 2020).

Sağlık Bakanlığı'nın 06.10.2010 tarihli ve 39939 sayılı "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması" yazısı ile; ağız ve diş sağlığı hizmeti veren birimler olarak, ağız ve diş sağlığı poliklinikleri, diş tedavi ve protez merkezi, ağız ve diş sağlığı merkezi, ağız ve diş sağlığı hastanesi, ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi tanımlamaları yapılmıştır.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sağlık kuruluşlarındaki personel yapısına bakıldığında ise kurumların çeşitliliğine bağlı olarak değişiklik gösterdiği görülmektedir:

- Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personelleri; Uzman diş hekimleri ve diş hekimleri, Hemşireler, Ağız ve diş sağlığı teknikerleri, Diş protez teknikeri ve teknisyenleri
- İdari Hizmetler Personeli
- Diğer Personeller; Veri Hazırlama ve Kontrol Elemanları, Temizlik Görevlileri, Hizmet alımı yoluyla çalışan personel (bilgi işlem personeli, mutfak ve çamaşırhane personeli gibi) (Özkan, 2019).

2.4.1 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri

Sağlık Bakanlığı'nın 06.10.2010 tarihli ve 39939 sayılı "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması" yazısında yer alan tanımda Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM), "diş hekimliğinin tüm branşlarında, muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği, en az 20 diş üniti kapasiteli, hasta yatağı bulunmayan, entegre sistem ile çalışan, müstakil idaresi ve döner sermayesi olan idari açıdan kendilerine bağlı diş tedavi ve protez merkezleri ile diş poliklinikleri de açılabilen müstakil sağlık kurumları" olarak ifade edilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri, önceleri devlet hastaneleri bünyesindeki diş polikliniklerinde sınırlı bir şekilde sağlanırken, sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde hemen her bölgede yaygın bir şekilde açılan ağız ve diş sağlığı merkezleriyle hizmet kapsamı genişletilmiştir. Böylece her türlü ağız ve diş sağlığı işleminin ağız ve diş sağlığı merkezlerinde yapılıyor olması, ağız ve diş sağlığında kamunun ağırlığını hızla arttırmıştır (Özkan, 2019).

663 Sayılı 02.11.2011 tarihinde yayınlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü şeklinde yapılandırılmıştır. ADSM'ler de Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı faaliyet göstermişlerdir. Sonrasında 2017'de yayınlanan 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu görevlerine son verilmiş ve genel müdürlük olarak yapılandırılmıştır. Son düzenlemelerden sonra günümüzde ADSM'ler Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak hizmet vermeye devam etmektedir (Yüksel, 2020).

Türkiye'de 2020 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığında yer alan verilere göre toplam 132 adet ağız ve diş sağlığı merkezi hizmet verir duruma gelmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).

2.4.2 Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri

Gelişmiş ülkelerin birinci öncelikleri arasında kaliteli yaşam yer almaktadır. Yaşam kalitesi ve insan sağlığı için sağlık kurumlarında sunulan tüm hizmet branşları çok önemlidir. Sağlıklı ve kaliteli bir hayat sürmek için öncelikle önem verilmesi gereken bu hizmet branşlarından biri de diş hastaneleridir (Tosun, 2016).

Türk Diş Hekimleri Birliği Mevzuatı (2017)'nda ağız ve diş sağlığı hastanelerinin tanımı şu şekilde yer alır: “Genel diş hekimliği hizmetlerinin yanında diş hekimliğinin en az dört uzmanlık dalında hizmet sunan, genel anestezi imkânları ile girişimsel işlem yapmaya müsait ameliyathanesi, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik mesai dışı hastaların kabulüne uygun ayrı bir müdahale bölümü, tedavi gören hastaların aciliyet durumlarında kullanılmak üzere içerisinde acil müdahale seti olan bir müdahale odası ile asgari dört hasta yatağı bulunan yataklı sağlık tesisleridir. Hasta yatağı bulunan bölümde yirmi dört saat hizmet sunulur.” (TDB, Mevzuat, 2017).

Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri, ADSM yönetmeliği doğrultusunda işleyişi olan bünyesinde ameliyat yapılabilen ve yatarak tedavi olanaklarına sahip, ikinci basamak sağlık hizmet sunumu sağlayan kuruluşlardır. Bu kuruluşlar sadece diş ile ilgili değil, ağız ile doğrudan veya dolaylı olarak bağlantısı olan tüm çene rahatsızlıkları, diş eti ve dişle bağlı her türlü rahatsızlıklar konusunda hizmet vermektedir (Akbulut, 2020).

Türkiye’de 2020 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığında yer alan verilere göre toplam 28 adet ağız ve diş sağlığı hastanesinin hizmet verdiği bilinmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).

2.4.3 Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı’nın 06.10.2010 tarihli ve 39939 sayılı “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” yazısında “Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde verilen

hizmetlerin yanında diş hekimliği ve ilgili alanlarında eğitim, öğretim ve araştırma yapılan, uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği, yüksek lisans veya doktora eğitiminin de verilebildiği, en az 100 en çok 200 diş ünitisi ve en az 10 en çok 50 hasta yatağı bulunan, klinik sistemi ile çalışan, bakanlığa bağlı müstakil sağlık kurumu ya da üniversitelere bağlı sağlık tesisleri” şeklinde bir tanıma yer verilmiştir.

Türkiye’de 2020 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığında yer alan verilere göre toplam 5 adet ağız ve diş sağlığı eğitim araştırma hastanesinin hizmet verdiği bilinmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020).

2.5 Kalite Kavramı ve Tanımı

Kalite olgusu insanlık tarihinin en başından bu yana varlığını sürdüren bir kavramdır. Çünkü insan var olduğu andan itibaren hep daha iyiye, daha güzele sahip olma tutkusu içindedir. Kaizen olarak adlandırılan ve bir gelişim modeli olarak benimsenen bu yaklaşımla bireylerin hayat standartları sürekli bir yükseliş içine girmiştir. Bu durum beraberinde işletmeler tarafından üretilen ürün ve hizmetlerin kalite standartlarını da yükseltmektedir. Bu rotasyon kalitenin devamlı yükselen bir ivmede yer almasını sağlamaktadır (İpekten ve Kutlu, 2003).

Kalite kavramı bireylerin ihtiyaçları ve beklentileri ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenledir ki bu ihtiyaçların ve beklentilerin gün geçtikçe değişmesi, kalite kavramının kesin bir tanımla ifade edilmesinin önüne geçmiştir (Bakan, 2021). Bunun yanı sıra kalite kavramının farklı ortamlarda farklı kişiler tarafından farklı olarak algılanması nedeniyle de standart bir tanımlama yapılamamaktadır (Lovelock, 1991;366’dan aktaran; Yurtseven, 2019). Bu durum kalite konusunda birçok tanım yapılmasına sebep olmuştur.

Amerikan Standartları Enstitüsünün tanımında “mükemmeli arayışın sistematik yaklaşımı” olarak ifade edilen kalite; Juran’a göre “kullanıma uygunluk”, Crosby’e göre “şartlara uygunluk”, Feigenbaum’a göre ise “bir ürün veya hizmetin değeri” olarak ele alınmıştır. ISO-8402 de yer alan tanımda, herhangi bir ürün sınıfının

özelliklerinin kişilerin isteklerini karşılayabilme derecesi olarak ifade edilmiştir. Avrupa Kalite Yönetim Vakfı'nın buna benzer bir tanımında ise; “belirli bir malın veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk seviyesi” şeklinde yer verildiği görülmüştür (Yılmaz, 2003).

Başka bir çalışmada kalite; Karahan (2000) tarafından “Ürün veya hizmetin tüketicilerin ihtiyaç ve isteklerini karşılayabilme kabiliyeti” olarak tanımlanırken; Burçoğlu-Karaca (2014) kaliteyi, “bir ürünün tatmin etmeyi amaç edindiği tüketici ihtiyaçlarına uygunluk derecesi veya kısaca kullanıma uygunluk” olarak açıklamıştır. Avcı (2018) ise “bir örgütün çıktılarına kattığı değer düzeyinin algılanması ve bunların belirlenen özellikleri ile kriterleri karşılama derecesi” şeklinde ifade etmiştir. Yine başka bir çalışmada Demirbilek ve Çolak (2008) geliştirilebilecek her şeyi kalite olarak ele almıştır.

Yukarıda yer alan farklı tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere kalite, bireyin içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik durumuna, yaşadığı çevreye ve aldığı eğitim düzeyine göre kişiden kişiye farklı algılanabilen bir anlayış çerçevesinde şekillenir. Böylece bireyin sahip olduğu tüm yargılarının ve içinde bulunduğu çevrenin doğrudan veya dolaylı olarak kaliteyi etkisi altına aldığı görülmektedir (Bakan, 2021).

2.6 Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kalitenin, ilk olarak M.Ö. 2150 tarihlerinde Hammurabi Kanunları'yla ortaya çıktığı bilinmektedir. Modern anlamda kalitenin ise 1950'li yıllarda savaş sonrasında Japonya'da başladığı görülmektedir (Oksay, 2016).

M.Ö 2150 yılı Hammurabi Kanunlarında yer alan “Bir inşaat ustasının yaptığı bir ev, ustanın yetersizliği nedeniyle yıkılır ve ev sahibi ölürse, o usta da öldürülecektir.” maddesi kalite ile ilgili ilk kayıtları oluşturmaktadır. Fenikeli muayene elemanları, hatalı ürün yapan kişinin elini keserek onları cezalandırmışlar ve böylece kalite standartlarına göre tekrarlanan uygunsuzlukların önüne geçmeye çalışmışlardır

(Bozkurt, 2010). Bu bilgilerden yola çıkılarak, kalite konusunda M.Ö 2150 yılında dahi bir muayene ve yönetim sisteminin varlığından bahsetmek mümkündür (Biçimli, 2013).

Mısır'daki mezarlar üzerindeki duvar resimlerine bakıldığında, eski çağlarda da bir iş bittikten sonra ya da bir ürün ve hizmet üretildikten sonra yapılan bir kalite muayenesinin olduğu ve beklentileri karşılayıp karşılamadığı konusunda görsel ve teknik yöntemlerle denetlendiği görülmüştür (Biçimli, 2013).

Yine 13.yy'da Avrupa'da faaliyet gösteren esnaf loncalarının, birçok muayene yöntem uygulamaları ve cezai yaptırımlarla pazara kaliteli malların sürülmesini sağlamaya çalıştıkları görülmüştür. Çırakların usta mertebesine ulaşana kadar ciddi bir eğitim sürecinden geçirildikleri ve ustaları tarafından sürekli denetim altında oldukları, ustaların da ilgili esnaf loncaları tarafından sürekli denetlendikleri bilinmektedir (Çabuk, 2013). Böylece esnaf loncalarının bu kalite işleyişiyle, tüketiciye hatalı veya ayıp ürünlerin gitmesi engellenmeye çalışılmıştır (Biçimli, 2013). Kalite sağlama yöntemlerinin üretimi tamamlanan ürünler üzerinde yapılması neticesinde üretim maliyetlerinin yükselmesinin fark edilmesiyle kalite kontrol ve kalite güvence gibi farklı kalite iyileştirme yöntemlerinin geliştirildiği görülmüştür (Çabuk, 2013).

19.yüzyılda, ABD'de Frederick Taylor bilimsel yönetimin öncülüğünü yapmış, modern endüstriyel bir sistem ortaya çıkarmıştır. 1920-1940 yıllarında endüstriyel teknolojinin hızla gelişmesiyle Endüstri Mühendisliği Bölümü kurulmuş (Bozkurt, 2010), Edward ilk defa kalite güvence teriminden bahsetmiş (Harrington, 1983), 1924'de Walter Shewhart İstatistiksel Kalite Kontrol kavramını gündeme getirmiştir. 1946 yılı II. Dünya Savaşı sonrasında kalite teknolojisinin hızla gelişmesiyle Amerikan Kalite Kontrol Derneği kurulmuş (Bozkurt, 2010), 1950'de W. Edwards Deming Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliğini kurmuş (Walton, 1988) ve Deming'in yöntemleri tüm dünyaya yayılmıştır (Gitlow, 1987). 1951 yılında Armand V. Feigenbaum Toplam Kalite Kontrol kitabını yayınlayarak kalite çalışmalarının sadece düzeltici olmaktan çıkmasını ve önleyici faaliyetlerin de yapılabilceğini

göstermiştir. Dış rekabet ve tüketicilerin kalite ile giderek artan bir şekilde ilgilenmeleriyle 1970-1980’li yılların sonlarına doğru kalite, işletmelerin ve hizmet kuruluşlarının tüm fonksiyonlarına (finans, satış, personel, bakım, yönetim, imalat ve hizmet) girmeye başlamış ve kalite iyileştirme çalışmalarına son derece önem verildiği görülmüştür (Bozkurt, 2010).

1990’larda sürekli bir kalite anlayışının hakim olduğu bilinmektedir. Maliyetlerin düşürülerek karlılığın yükseltilmesi ve insan unsuruna daha çok ehemmiyet gösterilerek müşteri memnuniyetinin en üst seviyede tutulması hedeflenmiştir. 21.yüzyılda ise müşterilerin artan ve çeşitlenen talepleri doğrultusunda işletmeler daha çeşitli, kaliteli ve hızlı ürün ortaya çıkarmak durumunda kalmışlardır (Küçük, 2016).

2.7 Sağlıkta Kalite Kavramı ve Tanımı

Sağlık kuruluşlarının, bireylerin sağlığını koruyup geliştirme ve gereken tedavilerini gerçekleştirme gibi sorumluluklarını en iyi şekilde yerine getirerek hasta memnuniyetini sağlayabilmeleri için hizmet sunumunda kaliteye gereken önemi veriyor olması gerekir (Demirbilek ve Çolak, 2008).

Sağlıkta kalitenin şekillenmesinde önemli şahsiyetlerden biri olan Danobedian (1989) sağlıkta kaliteyi, hizmet sürecindeki kazanç ve kayıp dengesi değerlendirildikten sonra hastanın iyilik halini en üst noktaya çıkarmak için yapılması beklenen hizmet olarak ele almıştır (Atalıç, 2019).

Sağlıkta kalite, hastanın bilimsel imkanlar çerçevesinde fiziksel veya akli olarak iyileşmesi için iyi insan ilişkilerinin bir araya getirilmesini sağlar. Donabedian’a göre, sağlık hizmet kalitesi, “hizmetin üretilmesi ve sunulması boyunca kurumda bulunan birimlerde meydana gelen olumlu ya da olumsuz olayların yargılanması sonucu en üst seviyede beklenen tedavi”dir (Amirigargari, 2018).

Sağlıkta kalite sürekli geliştirilmesi gereken ve hiç bitmeyen kendi içinde bir rekabettir. Geleceğe yönelik daha iyi bir hayat beklentisi olan hasta ile daha iyi bir hizmet vermeyi hedefleyen sağlık kuruluşlarının buluşmasını sağlar (Güdük ve Kılıç, 2017).

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık kuruluşuna gelen bir hastanın güzel karşılanıp karşılanmadığıyla ya da iyi bir tedavi hizmeti alıp almadığıyla ilgili oluşan yargıdır (Biçimli, 2013). Işık (2010) sağlık hizmetlerinde kaliteyi; “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması” şeklinde ele almıştır.

Sağlıkta kalite kavramı, ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte 2003 yılından itibaren sağlık kurumlarının gündemine girmiştir. Böylece oluşturulan bir takım kriterler Sağlıkta Kalite Standartları olarak toplanmış ve sağlıkta kalitenin artırılması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar yoğunlaştırılmıştır (Yıldırım, 2021).

Hizmetin kaliteli olup olmadığı müşteri tarafından beklenen hizmet ile kurum tarafından sunulan hizmetin verim gücünün kıyaslanmasıyla ortaya çıkar (Yurtsal, 2020). Sağlıkta kalite, hasta tarafından beklenen kalite seviyesi ile algılanan kalite seviyesi arasındaki farkı ifade eder. Hastanın edindiği hizmetten algıladığı kalite seviyesi, beklediği kalite seviyesinden yüksekse sağlıkta kalitenin varlığından bahsedilebilir (Amirigargari, 2018).

2.8 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi

Sağlık hizmeti, toplumun tamamını kapsayan bir hizmettir. Doğrudan insan hayatıyla ilgilendiği için birçok riski de bünyesinde barındırmaktadır. Bu nedenle özellikle de hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden unsurların üstesinden gelebilmek için hizmet sunumunda kalite faktörünü kendine gerekli kılmıştır (Doğru, 2019).

Bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesini oluşturan en önemli kriterlerden biri sağlık hizmetlerinin sunulma şeklidir. Sağlık kuruluşlarının sağlık hizmeti üretiminde ve sunumunda kalite yönetimini sistematik olarak gerçekleştiriyor olması gerekir (Aslantekin vd., 2007). Çünkü dinamik bir yapıya sahip olan sağlık sektöründe başarıya ulaşma noktasında birçok zorlukla karşılaşmaktadır. Özellikle nüfus dengesinin değişimi ve teknolojik gelişmeler gibi etkenler sağlık hizmet sunumunda toplum beklentilerinin yükselmesine neden olarak kalite yönetimindeki süreci zorlaştırmaktadır (Amirigargari, 2018).

Bu süreçteki bir başka etken de finansal açıdan yüksek maliyetlerdir. Sağlık sektöründeki rekabet artışı sağlık hizmetlerinde kaliteyi zorunlu kılarken bir yandan da mali boyutunu düşünmek gerekir. Bu nedenle rekabet ortamında yer alan sağlık kurumları, hastalar tarafından en uygun alternatif olarak tercih edilebilmek için düşük maliyetle yüksek kaliteli bir hizmet sunumu sağlamanın arayışı içine girmişlerdir (Arpat vd., 2014). Çünkü sektördeki rekabetin artması sağlıkta kalitenin yükselmesini mecbur kılmaktadır (Yurtsal, 2020).

Sağlıkta kalite, sağlık kuruluşundaki farklı meslek mensuplarının bir araya gelerek aynı amaç doğrultusunda tam katılım sağlamasıyla bir ekip olarak gerçekleştirdiği zorlu bir süreçtir (İnam ve Tütüncü, 2017). Danobedian’a göre, kalite uygulamalarına başlamadan önce hedefleri belirlemek ve o hedeflere ulaşıp ulaşılamadığının verilerini somut bir şekilde ortaya koyarak kalitenin örgüt için olan önemini belirtmek gerekir (Atalıç, 2019). Bu doğrultuda yönetimin desteği ile eğitimlerin sürekliliği ve çalışanların kalite çalışmalarına tam katılımı sağlanarak kurumsal kalite bilinci oluşacak ve kalite çalışmalarından olumlu sonuçlar elde edilecektir (Doğru, 2019).

Sağlıkta ‘sıfır hata’ prensibiyle çıkılan mükemmellik yolculuğunda kalitenin önemi giderek artmış ve yönetimde kalite odaklı modellere yönelim sağlanmıştır (Yurtseven, 2019). Bu kalite hareketiyle birçok örgütün yönetim anlayışına yaklaşımı farklılaşmış ve yönetim tarzını değiştirdiği görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin iyi bir

şekilde yönetilmesiyle; kalite yansıması etkinlik ve verimlilik şeklinde kendini gösterecektir (Atalıç, 2019).

Ancak yönetim sistemi içinde hataların yer alması, etkinlik ve verimliliği olumsuz etkileyerek hem gelirin düşmesine, hem de müşteri memnuniyetsizliğine neden olmuş ve insan hayatı ve yaşam kalitesini de tehdit eder hale gelmiştir. Bu nedenledir ki sağlık hizmet yönetimi, hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesiyle sağlanmalıdır. Sağlık hizmet sunumunun sürekliliği, sistem içinde sürekli iyileştirmelere açık bir kalite yönetiminin varlığına bağlıdır (Gültaş, 2020).

Sağlık hizmetleri diğer sektörlerle göre daha hızla gelişen ve sürekli bir yeniliklerin içinde olan bir sektördür. Bu nedenle var olanla yetinmeyip sürekli daha iyisini yapmayı, sürekli gelişmeyi, sürekli iyileştirmeyi amaçlayan bir yaklaşım içinde olmayı gerektirir (Kibar, 2014).

Sağlık hizmetlerinde sağlık kurumlarının, gerek hasta ve çalışan memnuniyeti açısından gerekse genel performansı değerlendirme aşamasında en iyi sonuca ulaşılabilmesini görmek için gerekli olan tüm düzenlemeleri yapması toplam kalite yönetimi olarak ele alınır (Atalıç, 2019). Bu yönetim felsefesi ile hasta ve çalışanların istek ve gereksinimlerinin henüz oluşmadan bilinmesi ya da tahmin edilebilmesi hedeflenerek yapılan iyileştirmelerle kaliteli ürün ve hizmet sunumu sergilenebilir (Hupal, 2019).

Sağlıkta kalite çalışmalarında üst yönetimin liderliği, sıfır hata, tam katılım, eğitim, tüketici odaklılık, sürekli iyileştirme, etkinlik, verimlilik, hatalar ortaya çıkmadan önlenmesi gibi yaklaşımlar toplam kalite yönetiminin unsurlarını oluşturur (Kavuncubaşı, 2000). Ayrıca 2014 yılında yapılan bir çalışmada hasta hakları, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti unsurları da ilave edilmiştir (Çınar, 2014).

Toplam kalite yönetimi, sağlık örgütlerinin hasta memnuniyeti noktasında oluşturulan başarı şablonunu uygulayabilmeleri için bütünleşik bir yönetim felsefesi ile hareket ederek etkinlik, verimlilik, esneklik ve rekabetçilik yönlerini

geliştirebilmesini amaçlar. Böylece hasta tedavi ve bakım süreçlerinde sürekli bir iyileştirme, hasta beklentilerinin üstünde yüksek kalite ve standartlara ulaşma hedefiyle örgütsel mükemmelliğin sağlanabilmesi mümkün olur. Bunun en iyi şekilde sağlanabilmesi için de sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli olarak ölçülüyor ve değerlendiriliyor olması gerekir (Atalıç, 2019).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli olmasını sağlar. Bu nedenle geliştirilen kalite yönetim projelerinin koordine edilmesi ve ulusal sağlık akreditasyonu konusunda işbirliği yapılabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş, Performans yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. Böylece daha çok özel sağlık kuruluşlarında yer alan ve kısıtlı yürütülen kalite çalışmaları Sağlık Bakanlığının önderliğinde kararlılıkla hız kazanmıştır. Uygulamaya konulan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesiyle birlikte düzenli işleyen bir denetim yapısı oluşturulmuştur. Böylece sağlık hizmetlerine erişim, altyapı ve hizmet süreçlerini denetleme, hasta memnuniyeti ölçme gibi uygulamalara ilave olarak her dönem sağlık kuruluşlarına puanlamalar yapılmaya başlanmıştır (Burçoğlu-Karaca, 2014).

Ülkemizde sağlıkta kalite çalışmalarının ilk uygulaması 1999 yılından itibaren SSK'ya bağlı hastanelerde ISO 9001 kalite yönetim sertifikasyonuna yönelik yapılan başvuruyla başlamıştır (Doğru, 2019). Kalite ve akreditasyon çalışmalarının kurumsal ve sistematik olarak uygulamaya geçirilmesi 2005 yılında gerçekleşmiş (Kömürcü vd., 2014) ve sağlık kuruluşlarındaki ilk yerinde kalite denetimleri yine 2005 yılında yapılmıştır (Doğru, 2019).

2.9 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Çalışmaları

Sağlık hizmetlerinde kalite, önceden oluşturulan kriterler çerçevesinde hasta ihtiyaçlarının belirlenerek karşılanması ve istenen sonuçlara ulaşılması olarak ifade edilmektedir. Hatalı ilaç uygulama oranı, enfeksiyon oranı, personel devir oranı gibi birçok gösterge ölçümleriyle sağlık hizmet kalitesi belirlenmektedir. Bunun yanı sıra

yapılan bu ölçümlerle, gereksiz ya da yanlış yapılan işlem olup olmadığının takibi, belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılamadığının kontrolü, sistemin izlenmesi ve hizmet kalitesinin kabul edilebilirliğinin değerlendirmesi yapılmaktadır (Ekici, 2016).

Sağlık hizmet sektöründe yer alan sağlık kuruluşları, sağlık ve iyilik halinin ortaya çıkmasını sağlar. Bunu yaparken hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutmayı kendine hedef edinir (Coşgun, 2020). Çünkü hizmet kalitesi müşteri memnuniyeti ile doğru orantılıdır (Bakan, 2021). Hastanın talebi ve beklentisi doğrultusunda memnuniyet düzeyinin değişkenlik gösterdiği görülür (Coşgun, 2020). Bu nedenle de kalite ölçümlerinde müşterilerin hizmet hakkındaki geribildirimleri oldukça önemlidir (Bakan, 2021).

Hasta güvenliğine verilen önemin ve hasta beklentilerinin artması ve hastaların her geçen gün daha kaliteli hizmet talebinde bulunmaları gibi nedenler sağlık hizmetinde kalite uygulamalarını gerekli ve zorunlu kılmıştır (Zerenler ve Ögüt, 2007).

Gelişen dünyamızda sağlık hizmet kuruluşlarının sayısının artması sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yükselmesine ve beraberinde sağlıkta üretimin düşük seyretmesine, verilen hizmetin hasta ve çalışan beklentilerini karşılamamasına neden olmuştur. Sağlık harcamalarındaki yükseliş, gereksiz yapılan tetkik ve tahlil işlemleri, sağlık hizmetlerine yapılan ödemelerin hızla artması ve bu ödemelerde yaşanan sıkıntılar gibi nedenler kalite iyileştirme çalışmalarını vazgeçilmez hale getirmiştir (Burçoğlu-Karaca, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının iyileştirilmesi için bazı gereklilikler vardır. Bunlardan ilk başta yer alması gereken koşul kaliteye inanan ve onu destekleyen bir yönetim sisteminin varlığıdır (Amirigargari, 2018). Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışına sahip bir yöneticinin, belli bir vizyon çerçevesinde aldığı kararlar doğrultusunda çalışanlarını motive ederek harekete geçirmesi onların kalite çalışmalarına bir ekip olarak tam katılımlarını sağlayacaktır. Böylece sağlıkta kalite sürecinde yapılan sürekli iyileştirme çalışmaları ile hastaların beklentileri

karşılanarak hasta tatmini sağlanmış, maliyetler düşürülerek elde edilen performans yükseltilmiş olacaktır (Kibar, 2014).

Yine sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesinde önemli olan koşullardan biri de eğitimidir. Özellikle de sorunları nedenlerine ulaşarak kaynağında giderme konusunda farklı meslek mensuplarının katılımıyla gerçekleştirilen eğitimler, kalite iyileştirme yaklaşımları ve süreci yönetme becerisi açısından vazgeçilmezdir (Avcı, 2018).

Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirilmesinde diğer bir önemli husus da düzeltici-önleyici faaliyetlerdir. Düzeltici faaliyetler, sağlık kurumlarında mevcut aksaklıkların hataların ya da istenmeyen durumların tespiti sonrasında onları gidermek ve tekrarlanmasını önlemek için gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Aksaklıklar, hatalar ya da istenmeyen durumlar oluşmadan önce önlem olarak gerçekleştirilen faaliyetler ise “önleyici faaliyetler” olarak ele alınır (Biçimli, 2013).

2.10 Sağlıkta Kalite Standartları-Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri(ADSH)

Tüm dünya ülkeleri, kaliteli sağlık hizmeti sunma noktasında en iyi sonuca ulaşmayı hedef edinmişlerdir. Bunun için kalite çalışmalarını yürütürken istenmeyen durumları en aza indirmek ve kalitenin iyileştirilmesini sağlamak amacıyla ulusal ve uluslararası kabul görmüş birtakım standartlardan faydalanmışlardır. Ülkemizde de sağlıkta kalite ve akreditasyon çalışmalarında Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) rehber edinilmiştir (Eker, 2018).

Sağlıkta kalite standartları, SKS Hastane Versiyon-5’e göre sağlık hizmetlerinin işleyişine yol gösteren, kanıtlanabilen ve ölçülebilen ifadeler topluluğudur (Atalıcı, 2019).

Sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerinde kalite çalışmalarını değerlendirmek, gerektiğinde iyileştirmeler yapmak ve geliştirilmesi için sağlık çalışanlarına yol göstermek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta hizmet kalite standartları

oluşturulmuştur. Bu standartlar sonraki süreçte gereksinimler ve hedefler çerçevesinde revize edilmiştir (Hupal, 2019). Temeli hasta bakımına dayanan hizmet kalite standartları, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini hedefleyen birtakım kriterlerden oluşmaktadır (Kibar, 2014).

Sağlık kuruluşlarında Sağlık Bakanlığı tarafından belli periyotlarda sağlıkta kalite standartları doğrultusunda kalite değerlendirmeleri yapılmaktadır. Bu değerlendirmelerle kurumlara 0-100 aralığında puan verilerek diğer kurumlarla kıyaslanması ve derecelendirilmesi sağlanmaktadır (Kıraç, 2015). Böylece sağlık kuruluşlarında sağlıkta kalite standartlarının yerine getirilmesi gerçekleştirilmekte ve kaliteli hizmet sunumuna ulaşılabilir (Yurtseven, 2019).

Sağlıkta kalite standartları ile ölçme ve değerlendirme kültürü kazanan sağlık kurumları, büyük bir gelişme kaydederek ciddi sorunların önüne geçilecek iyileştirme olanaklarına kavuşmuştur. Böylece hataya sebebiyet verebilecek adımlar engellenmiş, kurumda yapılan tüm çalışmalar kayıt altına alınarak doküman yönetiminde standartlaşma sahaya kazandırılmış ve çalışmalara tüm bölüm ve birimlerin katılımı sağlanmıştır (Ertaş ve Çelik, 2018).

Ağız ve Diş Sağlığı hizmetleri kalite çalışmaları kapsamında öncelikle bazı hedefler oluşturulur. Kurumun kalitesi, belirlenen hedeflere ne kadar ulaşıldığıyla ilgilidir. Bu hedefler; Etkililik, Etkinlik, Verimlilik, Sağlıklı Çalışma Yaşamı, Hasta Güvenliği, Hakkaniyet, Hasta Odaklılık, Uygunluk, Zamanlılık ve Sürekliliktir. Sağlıkta kalitenin yükselmesi için sağlık tesislerinin öncelikle etkin ve verimli hizmet sunması şarttır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.10.1 Sağlıkta Kalite Standartlarının Hazırlanması ve Önemi

Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet verme ve kaliteli hizmet alma isteği konusundaki beklentiler gün geçtikçe artmaktadır (Ertaş ve Çelik, 2018). Bu beklentilerin karşılanması için kalite standartları geliştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı ulusal kalite sistemini geliştirmeye yönelik çalışmalarını Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürütmektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırabilmek için 2003 yılında hizmet kalite standartları oluşturulmuş ve uygulamaya konulmuştur. Daha sonraları gereklikçe revizyonlar yapılarak geliştirilmiştir (Kıraç, 2015).

Ertaş ve Çelik (2018)'in bir çalışmasında belirtildiği üzere sağlıkta kalite standartları;

- Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimliliği arttırması,
- Üretilen hizmetin kalite ölçümüne ve değerlendirilmesine imkan sağlaması,
- Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yerinde kullanımına katkı sağlayarak israf edilmesini önlemesi,
- Bilimsel standart ve normlara uygun bir hizmet üretilebilmesi için temel oluşturması ve
- Sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırması açısından oldukça önemlidir (Ertaş ve Çelik, 2018).

Sağlıkta kalite standartlarıyla artan etkinlik ve verimlilik beraberinde hasta memnuniyetinin artmasını da sağlamaktadır. Bu doğrultuda öncesinde sağlık hizmeti alan hastaların, sağlık ihtiyaçları için daima memnun kaldığı sağlık kuruluşunu tercih ettiği görülmektedir (Konca, 2021). Bu durum sağlık kuruluşunun hasta sayısının artmasına ve beraberinde gelirinin de yükselmesine katkı sağlayacaktır.

Yine sağlıkta kalite standartları doğrultusunda oluşturulan çeşitli prosedürlerle hizmet kalitesi geliştirilmektedir. Örneğin; bir sağlık kuruluşunda yatan hastaların düşme riski ile ilgili kalite kriterleri değerlendirmeye alınıp uygulamaya konulmasıyla hasta düşme riskine karşı gereken tedbirler alınmış olacaktır. Böylece tedavisi biten hastanın, düşmesi önlenerek yatış süreci uzamadan taburcu olması sağlanacak ve gereksiz maliyetlerin önüne geçilebilecektir (Kibar, 2014).

2.10.2 Sağlıkta Kalite Standartlarının Hedefleri

Sağlık kuruluşları, sağlıkta kalite standartları ile daha iyi bir sağlık hizmet sunumunu hedeflemişlerdir. Bu standartlarla, sağlık kuruluşlarının g ve zayıf ynleri belirlenerek eksikliklere ynelik gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanmaktadır (Kmrc vd., 2014).

Sağlıkta kalite standartlarının oluşturulmasında asıl ulaşılmak istenen, hasta ve çalışan gvenliğiyle ilgili çalışmalar srecinde belirli aralıklarla alınan geri bildirimlerle memnuniyet oranını arttırmak ve gerektiğinde dzeltici nleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlamaktır. Sağlıkta kalite standartlarının hedefleri şu şekilde sıralanmaktadır (Akın, 2021);

- Etkililik: Oluşturulan hedeflere ne de ulaşılabileceğinin değerlendirilmesidir.
- Etkinlik: Kalite faaliyetlerini dosdoğru bir şekilde gerçekleştirebilme kabiliyetidir.
- Verimlilik: Hizmet retimi için kullanılan girdiler ile öğretilen hizmetten oluşan çıktı arasındaki ilişkidir. Bir hizmet öğretmek için eldeki kaynakların minimum seviyede kullanılması istenir.
- Sağlıklı alışma Yaşamı: Sağlık alışanlarının çalışma ortamının gvenliği ve rahatlığının sağlanmış olması gerekir.
- Hasta Gvenliği: Hizmet sunumu sırasında, hizmet alan paydaşların her trl tehlike ve istenmeyen durumlardan korunmasına ynelik nlemler alınmasıdır.
- Hakkaniyet: Tm hizmet alan kesime herhangi bir ayırım yapılmaksızın eşit ve adaletli bir şekilde yaklaşılmasıdır.
- Hasta Odaklılık: Hastanın hizmet alım srecinin tm aşamalarında aktif rol olarak istek ve gereksinimlerinin yerine getirilmesinin sağlanmasıdır.
- Uygunluk: Hastaya yapılan ya da yapılacak olan tm tedavi srecinde doğru bir şekilde ilerlenmesi ve istenen sonuca ulaşılmasıdır.

- Zamanlılık: Teşhis, tedavi ya da bakım hizmetleri sırasında hastaya en uygun zaman dilimini ayırmaktır.
- Süreklilik: Sağlık hizmetinin tam ihtiyaç anında ve kesintisiz olarak sağlanmasıdır (Akın, 2021).

2.10.3 Sağlıkta Kalite Standartlarının Boyutları

Sağlıkta Kalite Standartları 5 boyutta ele alınmaktadır (SKS ADSH-Sürüm 4, 2023).

1. Kurumsal Hizmetler Boyutu; Tüm kurum çalışanlarının katılımıyla kalite yönetim yapısı oluşturmak ve kalite faaliyetlerinin etkin bir şekilde sürdürülmesini sağlamak için hazırlanan standartların yer aldığı bölümlerden oluşan boyuttur (Kayral ve Beylik, 2016).

2. Hastane ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu; Hasta ve çalışanların güvenliği sağlanmış bir ortamda yine onların memnuniyeti doğrultusunda sağlık hizmeti sunmayı sağlamak amacıyla hazırlanmış standartların yer aldığı bölümlerden oluşan boyuttur (Kıraç, 2015).

3. Sağlık Hizmetleri; kurumda sunulan tüm ağız ve diş sağlığı hizmet süreçlerini Sağlıkta Kalite Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri hedefleri kapsamında yürütmek için oluşturulmuş standartların yer aldığı bölümlerden oluşan boyuttur (SKS ADSH, 2023). Sağlık hizmeti alan tüm hastaların, hizmet sürecinin tüm aşamalarında, bilimsel kuralların dışına çıkmadan ve hasta güvenliğini ve memnuniyetini karşılayacak şekilde sağlık bakım hizmetlerinden eşit kriterlerde faydalanmaları gerekir (Koç, 2022).

4. Destek Hizmetler; Tıbbi hizmet sunumunun güvenli bir ortamda aralıksız olarak sağlanabilmesi amacıyla hazırlanmış standartların yer aldığı bölümlerden oluşan boyuttur (Kayral ve Beylik, 2016).

5. Gösterge Yönetimi; kalite iyileştirme süreçlerinin sürekliliğini sağlamak amacıyla hizmet performansının sürekli izlenmesini sağlayan ve “Göstergelerin İzlenmesi” bölümünden oluşan boyuttur (SKS ADŞH, 2023).

2.11 Gösterge Yönetimi

Kelime anlamıyla “indikatör” olarak da tanımlanan “gösterge” kavramı, bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araç (İlhan ve İlhan, 2013) olarak tanımlanmıştır. Gösterge yönetimi ise; ölçüm yapılarak analizlenen ve çıkan sonuçlara göre iyileştirme yapılmasına olanak sağlayan bir sistem (Çolakoğlu-Babacan, 2019) şeklinde ifade edilirken, aynı yazar tarafından yapılan başka bir tanımda gösterge yönetimi “bir kavramın, rakamlarla ifade edilmesi ve böylelikle sürekli geliştirilmesine olanak sağlanan bir çeşit sistem” olarak belirtilmiştir.

Sağlık kurumlarında bir ayna vazifesi üstlenen gösterge yönetimi; kurumların kendisiyle ilgili güçlü ve zayıf yönlerini görebilmesini, performans verilerine göre kendini değerlendirebilmesini, diğer kurumlarla mukayese edebilmesini ve sürekli iyileştirmeye imkan oluşturan bir ortam sağlar (Kaya, 2021).

Bir toplumun ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ve sorunlarının çözülmesi o toplumun varlığını sürdürebilmesi açısından oldukça önemlidir. Aynı şekilde toplumsal örgütler de mevcut sorunlarının çözümü için etkili bir yöntemle sahip olmalıdır. İşte bu nedenle yönetimlerin değişen toplumsal sistemlere göre amaçlarını geliştirmesi ve bu değişimleri izlemesi gerekmektedir (Aslantekin vd., 2007). Sağlık yönetim sistemleri içinde yer alan sorunların çözümsüz kaldığı takdirde sistemin çökmesine neden olacağı kaçınılmaz bir durumdur. Sistem içinde mevcut verilerin takibi, değerlendirilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması, sistemin hep daha iyi daha kaliteli bir hizmet sunumu sağlamasına imkan oluşturacaktır. Bu durum da gösterge yönetimiyle mümkün olabilir.

Gösterge yönetiminin amacı; hasta güvenliğini sağlamak, hasta odaklı çalışmak, etkinliği ve verimliliği sağlamak, sağlıklı çalışma yaşamı oluşturmak, sürekliliği ve hakkaniyeti sağlamaktır (SKS Hastane (Versiyon-5), 2016).

Gösterge yönetimi ile sağlık kurumlarında ölçüm kültürünün yerleştirilmesi ve analitik düşünmenin ön plana çıkarılması amaçlanmıştır. Böylece belli konularda izlenebilirlik sağlanarak gerektiğinde iyileştirme ve geliştirme çalışmalarına da destek oluşturulacaktır (İlhan ve İlhan, 2013).

Birçok ülkede gelişme aşamasında olan gösterge yönetimini, ulusal olarak bir süreç haline getirmiş ülke sayısı oldukça azdır. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları ile sağlık kurumları gösterge yönetimi süreciyle tanışmıştır. SKS setinde dikey boyutlardan biri olarak yer alan gösterge yönetimi, yöneticiler için oldukça önemli bir izleme aracıdır (İlhan ve İlhan, 2013).

SKS ADSH (Sürüm 4) rehberinde Gösterge Yönetimi boyutu altında Göstergelerin İzlenmesi bölümü yer alır. Gösterge Yönetimine yönelik çalışmalar, kamu ağız ve dış sağlığı kurumlarında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Gösterge Yönetimi Rehberi doğrultusunda yürütülür. Bu rehber Mart-2023'te Sağlık Bakanlığı tarafından revize edilerek Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 2.3) şeklini almıştır.

SKS Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 2.3)'nde belirtildiği üzere; Sağlıkta Kalite Göstergeleri, sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli geliştirilmesi için hizmet süreç ve sonuçlarının kesintisiz olarak sistemli bir şekilde izlenebilmesini sağlaması açısından oldukça önemlidir. Sağlıkta kaliteyi ölçmek için öncelikle verilerin ölçülebilir bir formata çevrilmesi gerekir. Bunu sağlamak için birtakım araçlar kullanılır. Göstergeler, öz değerlendirmeler, görüş ve öneriler, geri bildirimler ve dış değerlendirmeler bunlardan birkaçıdır. Bu araçlarla sayısal-somut verilere dönüştürülen kalite çalışmaları için hedefler belirlenerek iyileştirilmesi gereken açık alanların tespit edilmesi sağlanır (SKS Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 2.3),

2023). Böylece yapılan ölçümlerle süreçlerin yönetimi ve iyileştirmelerin sürekliliği sağlanacak sağlık hizmetlerinde kalite hep yükselişte olacaktır.

Kalite iyileştirme faaliyetlerinin temelini oluşturan gösterge yönetimi ile sağlık kuruluşunun öncelikle mevcut durum tespiti sağlanmaktadır. Sonrasında periyodik olarak ölçme ve değerlendirmeler yapılarak iyileştirme gereken alanlar belirlenir. Yapılan iyileştirmeler ve sonuçları hakkında tüm çalışanlar bilgilendirilerek verilen emek sonucunda elde edilen ilerlemeler ve iyi uygulamalarla çalışanların sonraki çalışmalara daha iyi motive olmaları sağlanır. Bu durum aynı zamanda ölçüm kültürünün yerleşmesi açısından da önemlidir (Kibar, 2014).

Gösterge yönetimi kapsamında yapılan ölçme, izleme ve iyileştirme faaliyetleri süreklilik gerektiren bir durumdur. Çünkü sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken bir hususun/aksaklığın varlığı sistemi sekteye uğratacak ve söz konusu insan sağlığı olduğu için geri dönüşümü mümkün olmayan sonuçlara neden olacaktır. Gültaş (2020)'ın bir çalışmasında yer aldığı üzere gösterge yönetimi ile olası hatalar büyümeden önlenilecek, sürekli iyileştirmeye eksikliğe sebebiyet oluşmayacak ve sağlık hizmetlerinde kusursuzlaşmaya doğru gidilecektir (Gültaş, 2020). Gösterge yönetimi, sağlıkta kalitenin iyileşmesine katkı sağlayarak daima daha kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirmeye olanak sağlayacaktır.

2.12 Kalite Göstergeleri

Bir sağlık kuruluşunun kaliteli/kalitesiz hizmet sunduğunu söyleyebilmek için öncelikle somut verilerle ölçülebilirliğinin sağlanmış olması gerekir (Ertaş ve Çelik, 2018). Sağlıkta kalite çalışmalarını ölçülebilir formata dönüştürerek kalite iyileştirme faaliyetlerine katkı sağlayan en önemli kalite ölçüm araçlarından biri kalite göstergeleridir. Kalite göstergeleri; yapılan çalışmalarda başarı ya da başarısızlık durumunun ve iyileştirme gereken alanların en kısa sürede tespit edilmesini, sunulan hizmet kalitesinin ölçülmesini, bölümlerin birbiriyle kıyaslanabilmesini, iyileştirme planlamalarının yapılabilmesini, ileriye yönelik politikalar belirlenebilmesini ve

gerektiğinde hesap verilebilir değerlere ulaşılabilmesini sağlar (SKS Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 2.3), 2023).

Sağlık Bakanlığı SKS ADSH (Versiyon 3) Rehberinde belirtildiği üzere kalite göstergelerinin amacı, SKS bölümlerine ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenerek gerekli iyileştirmeleri gerçekleştirmektir. Bu durum kalite göstergeleri vasıtasıyla gerçekleştirilir (SKS ADSH (Versiyon-3), 2017).

Tıbbi hizmet süreçlerindeki standartların uygulanma düzeyinin izlenmesini sağlayan gösterge sonuçları, sağlık kurumları tarafından Kurumsal Karar Destek Sistemine girilerek Sağlık Bakanlığı'na iletilmektedir. Böylece kurumsal düzeyde analiz edilen verilerin bölgesel ve ulusal düzeyde de analizleri gerçekleştirilebilmekte ve bunlara bağlı olarak kurumlara geri bildirim yapıp iyileştirilme çalışmalarının planlanması ve başlatılması sağlanmaktadır (Ata ve Toraman, 2021).

19. yy'da Florence Nightingale'in ölüm oranlarını ve bazı hastalık oranlarını inceleyerek bakım kalitesini ölçmeye çalışmasıyla kalite göstergelerinin sağlık kurumlarında bir ölçüm aracı olarak kullanılmaya başladığı görülmektedir (Bij ve Vissers, 1999). Zamanla günümüzde yer alan kalite göstergelerinin oluşması sağlanmış ve bunların izlenmesi, sistemi sürekli iyileştirmeye açık hale getirmiştir.

SKS Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 2.3)'te belirtildiği üzere kalite iyileştirme faaliyetleri çerçevesinde uygulanan Gösterge İzlem Basamakları şu şekilde sıralanmaktadır:

- Öncelikle ölçülecek göstergeler ve amaçları belirlenir.
- Göstergelerin sorumluları belirlenir.
- Gösterge hesaplama yöntemi belirlenir.
- Alt göstergeler oluşturulur.
- Göstergeler için veri toplama yöntemi ve periyodu ile analiz etme periyodu belirlenir.

- İlgili personellere yönelik gerekli eğitimler yapılır.
- Veriler toplanır ve sonuçlara dönüştürülür.
- Elde edilen sonuçlar analiz edilerek yorumlanır.
- Sonrasında hedef değer belirlenir.
- İyileştirme çalışmalarının gerekip gerekmediği değerlendirilerek gerekiyorsa iyileştirme çalışmalarına hemen başlanır.
- Gösterge izlem süreci gözden geçirilir.
- Son olarak veriler Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girilir (SKS Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 2.3), 2023).

Gösterge Yönetimiyle yapılan ölçümlerle elde edilen veriler kalite yönetim birimi tarafından oluşturulan gösterge kartları ekseninde veri toplama kartlarına kaydedilir (Konaçoğlu, 2019). Daha sonra Gösterge Yönetimi boyutu altında yer alan Göstergelerin İzlenmesi bölümü çerçevesinde kalite göstergelerinin komite toplantılarında değerlendirmeleri yapılarak belirlenen hedeflerin altında ya da üstünde olması durumuna göre gerekli iyileştirme çalışmalarına başlanır (SKS Hastane, 2020). Böylece kalite göstergeleriyle yapılan sürekli ölçüm ve izlemelerle sağlık hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilebilmesi sağlanır (Konaçoğlu, 2019).

2.13 Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarında Yürütülen Kalite Çalışmaları

Kalite çalışmaları; Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (2011) ve Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik (2015) kapsamında üst yönetim, hastane müdürlüğü, başhemşirelik, oluşturulan komiteler ve bölüm kalite sorumluları ile etkileşim halinde sürdürülmektedir (Şan-Sağır, 2020).

Sağlıkta kalite iyileştirme çalışmaları yapılabilmesi için öncelikle iyileştirilmesi gereken uygunsuzlukların çok iyi tespit edilmesi gerekir. Bunu sağlamanın birkaç yolundan biri de sahada bina turları ve yapılan öz değerlendirmelerdir. Belli periyotlarda bina turu ekibi tarafından yapılan bina turlarıyla sahadaki eksikliklerin tespit edilmesi sağlanır. Yine yapılan öz değerlendirmeler belli standartlara yönelik eksikliklerin tespitinde rol oynar. Tespit edilen eksiklikler komite toplantılarında

görüşülerek iyileştirmeye yönelik planlamalar yapılır. Bu doğrultuda düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılarak iyileştirmeler sağlanır (Kibar, 2014).

Gösterge Yönetimi Rehberi çerçevesinde; kalite yönetim direktörleri, kalite birim çalışanları, kalite birim sorumluları, kalite bölüm sorumluları ve kalite gösterge sorumlularının koordine çalışmaları doğrultusunda yürütülen Kalite Göstergeleri belli periyotlarda takip edilmektedir. Veriler komite toplantılarında ele alınır. Belirlenen hedef değerlerde sapmalar varsa yorumlanır ve iyileştirme doğrultusunda gereken çalışmalar yapılır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Bu araştırmanın amacı, kamu ağız ve diş sağlığı kurumlarındaki kalite çalışmalarında yer alan çalışanların (kalite yönetim direktörleri, kalite birim sorumluları, kalite birim çalışanları, bölüm kalite sorumluları ve kalite gösterge sorumluları) kalite gösterge yönetimi konusundaki görüşlerini belirlemek ve bu görüşleri etkileyen unsurları tespit etmektir.

3.2 Araştırmanın Zamanı ve Yeri

Araştırma 01.09.2022-01.03.2023 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde (ADSH) gerçekleştirilmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde (ADSH) kalite çalışmalarında görev alan Kalite Yönetim Direktörleri, Kalite Birim Sorumluları, Kalite Birim Çalışanları, Kalite Bölüm Sorumluları ve Kalite Gösterge Sorumlularından oluşmaktadır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı toplam 6 başkanlık bünyesinde yer alan 16 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve 7 Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesinden oluşan toplam 23 kurum çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kurumlardan; ağız ve diş sağlığı merkezlerinde ortalama 7 kişi, ağız ve diş sağlığı hastanelerinde ise ortalama 12 kişinin kalite çalışmalarında görev aldığı bilgisine ulaşılmıştır. Bu doğrultuda yapılan hesaplama neticesinde yaklaşık 190 kişinin kalite çalışmalarında yer aldığı görülmüş olup, 130 kişinin araştırmaya dahil edilmesi sağlanmıştır.

3.4 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) maddeleri.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslekteki toplam çalışma süresi, halen bulunduğu kurumdaki çalışma süresi, kalite çalışmalarıyla ilgili görevi, kalite çalışmalarıyla ilgili çalışma süresi, çalışılan kurum, kalite ile ilgili eğitim alınıp alınmadığı ve kalite ile ilgili eğitim alınan kurum.

3.5 Veri Toplama Yöntemleri

Google forms üzerinden hazırlanan çevrimiçi anket formları, araştırma kapsamında yer alan kurumların araştırma kriterlerini sağlayan çalışanlarına (Kalite Yönetim Direktörleri, Kalite Birim Sorumluları, Kalite Birim Çalışanları, Kalite Bölüm Sorumluları ve Kalite Gösterge Sorumluları) Google forms/mail yoluyla ulaştırılmış ve verilerin çevrimiçi anket yöntemiyle toplanması sağlanmıştır.

3.6 Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerinin toplanması için Aydınlatılmış Onam (Ek-1), Demografik Veriler Bilgi Formu (Ek-2) ve Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır.

Aydınlatılmış Onam; araştırmacı tarafından çalışmanın amacı hakkında katılımcıların bilgilendirildiği ve katılımcılardan çalışmaya gönüllü olarak katılımlarının sağlandığına dair onaylarının alındığı bilgilendirici bölümdür.

Demografik Veriler Bilgi Formu; araştırmacı tarafından oluşturulmuş bir formdur. Katılımcılarla ilgili cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslekteki toplam çalışma süresi, kurumdaki çalışma süresi, kalite çalışmalarıyla ilgili görevi, kalite çalışmalarıyla ilgili çalışma süresi, çalışılan kurum ve kalite ile ilgili eğitim alınıp alınmadığı gibi bilgilerin toplanmasına yönelik maddelerden oluşur.

Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) ise, Atasoy (2014) tarafından geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan 6 boyut ve 37 maddeden oluşan bir ölçektir (Atasoy, 2014). Ölçekte yer alan boyutlar ve maddeler şu şekilde gösterilebilir;

- 1.Ölçme Ve Değerlendirme Kültürü Boyutu; 1-16. Maddeler
- 2.Verimlilik Boyutu; 17-20. Maddeler
- 3.Güvenlik Boyutu; 21-25. Maddeler
- 4.Yararlılık Boyutu; 26-30. Maddeler
- 5.Personel Uyum Boyutu; 31-32. Maddeler
- 6.Bildirim Ve Kayıt Kültürü Boyutu; 33-37. Maddeler

Ölçek; Hiç Katılmıyorum (1), Tamamen Katılıyorum (5), şeklinde derecelendirilen 5'li Likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 37, en yüksek puan 185'tir. Ölçekten alınan puan arttıkça kalite gösterge yönetimi sistemine yönelik görüşlerin iyi düzeyde olduğu ifade edilebilecektir.

3.7 İstatistiksel Yöntem

Veriler SPSS 25.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kolmogorov Smirnov testi ile verilerin dağılımının normal olduğu görülmüştür. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Ortalama, Standart sapma, Medyan, IQR, frekans, oran) kullanılmıştır. Parametrik dağılım gösteren iki grup karşılaştırması için Independent t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılması için One Way ANOVA Testi analiz yöntemlerinden faydalanılmış ve anlamlılık bütün değerler için; $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Bu tez çalışması için İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Fen Sosyal Girişimsel Olmayan Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulunun 04.04.2022 tarihli 2022/04-854 sayılı toplantısında Etik Kurul Onayı alınmıştır.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu’nun 09.06.2022 tarih ve 2022/12 sayılı kararıyla alınan izni doğrultusunda araştırmaya başlanmıştır (Ek-4). Aynı zamanda Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) ‘ni ölçek geliştirmiş olan Ahmet Atasoy’ dan e-mail yoluyla ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-5).

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece İstanbul ilinde yer alan ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan 23 adet kamu kurumuyla (Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri (ADSH)) sınırlıdır. Bu kurumların da tüm çalışanları çalışmaya dahil edilmemiş olup; sadece kalite çalışmalarında yer alan Kalite Yönetim Direktörleri, Kalite Birim Sorumluları, Kalite Birim Çalışanları, Kalite Bölüm Sorumluları ve Kalite Gösterge Sorumluları kapsama alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Dair Tanımlayıcı Bulgular

		n	%
Cinsiyet	Kadın	96	73,8
	Erkek	34	26,2
Yaş	25 yaş altı	6	4,6
	26-35 yaş	44	33,8
	36-45 yaş	55	42,3
	46 yaş ve üzeri	25	19,2
Medeni Durum	Evli	97	74,6
	Bekar	33	25,4
Eğitim Durumu	Ön lisans	29	22,3
	Lisans	86	66,2
	Yüksek lisans	15	11,5
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi	5 yıldan az	19	14,6
	6-9 yıl	28	21,5
	10 yıl ve üzeri	83	63,8
Kurumdaki Çalışma Süresi	5 yıldan az	48	36,9
	6-9 yıl	45	34,6
	10 yıl ve üzeri	37	28,5
Kalite Çalışmalarıyla İlgili Görev	Bölüm Kalite Sorumlusu	46	35,4
	Kalite Birim Çalışanı	28	21,5
	Kalite Birim Sorumlusu	27	20,8
	Kalite Gösterge Takip Sorumlusu	7	5,4
	Kalite Yönetim Direktörü	22	16,9
Kalite Çalışmalarıyla İlgili Çalışma Süresi	1 yıl ve altı	27	20,8
	2-5 yıl	54	41,5
	6-9 yıl	29	22,3
	10 yıl ve üzeri	20	15,4
Çalışılan Kurum	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	27	20,8
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	103	79,2
Kalite İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	98	75,4
	Hayır	32	24,6

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan 130 katılımcının demografik özelliklerine yönelik bilgiler yer almaktadır.

4.2 Katılımcıların Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 4.2. Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistik

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği				
Alt Boyutları	Ort.	Ss.	Minimum	Maximum
Ölçme ve Değerlendirme	64,02	9,36	32,00	80,00
Verimlilik	15,51	2,70	6,00	20,00
Güvenlik	20,40	3,14	7,00	25,00
Yararlılık	20,75	3,11	10,00	25,00
Personel uyumu	8,12	1,29	2,00	10,00
Bildirim ve kayıt kültürü	18,28	3,02	10,00	25,00
Toplam	147,08	20,07	74,00	185,00

Tablo 4.2’de Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutlara ve Toplam puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistiklere ait bulgular yer almaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça kalite gösterge yönetimi sistemine bakış açısının iyi düzeyde olduğu şeklinde yorumlanır. Katılımcıların, ortalama 64,02 puanlama ile en yüksek “Ölçme ve Değerlendirme” boyutuna, ortalama 8,12 puanlama ile en düşük “Personel Uyumu” boyutuna puanlama yaptıkları saptanmıştır.

Tablo 4.3 Cinsiyetin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort. $\pm$ Ss.	t*	p
Ölçme ve Değerlendirme	Kadın	96	64,75 $\pm$ 8,8	1,494	0,138
	Erkek	34	61,97 $\pm$ 10,69		
Verimlilik	Kadın	96	15,79 $\pm$ 2,55	2,042	0,043
	Erkek	34	14,71 $\pm$ 2,96		
Güvenlik	Kadın	96	20,59 $\pm$ 2,82	1,185	0,238
	Erkek	34	19,85 $\pm$ 3,9		
Yararlılık	Kadın	96	21,18 $\pm$ 2,7	2,721	0,007
	Erkek	34	19,53 $\pm$ 3,84		
Personel Uyumu	Kadın	96	8,19 $\pm$ 1,32	0,958	0,340
	Erkek	34	7,94 $\pm$ 1,18		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	Kadın	96	18,4 $\pm$ 3,03	0,753	0,453
	Erkek	34	17,94 $\pm$ 3,02		
Toplam	Kadın	96	148,9 $\pm$ 18,55	1,750	0,083
	Erkek	34	141,94 $\pm$ 23,42		

*Student t test

Tablo 4.3'te katılımcıların cinsiyetlerinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Verimlilik ve Yararlılık puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuçlara göre kadınların verimlilik ve yararlılık puanları erkeklere kıyasla daha fazladır.

Katılımcıların cinsiyetlerinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Güvenlik, Personel Uyumu, Bildirim ve Kayıt Kültürü ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.4. Yaşın Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları		Yaş	n	Ort. ± Ss.	F*	p	Tukey
Ölçme ve Değerlendirme	25 yaş altı (1)	6	6	58 ± 6,16	2,883	0,038	4>1
	26-35 yaş (2)	44	44	66,86 ± 9,91			
	36-45 yaş (3)	55	55	63,47 ± 9,96			
	46 yaş üzeri (4)	25	25	61,68 ± 5,83			
Verimlilik	25 yaş altı (1)	6	6	14,33 ± 1,63	1,758	0,159	
	26-35 yaş (2)	44	44	16,2 ± 3,08			
	36-45 yaş (3)	55	55	15,29 ± 2,63			
	46 yaş üzeri (4)	25	25	15,04 ± 2,11			
Güvenlik	25 yaş altı (1)	6	6	19 ± 2	0,833	0,478	
	26-35 yaş (2)	44	44	20,61 ± 3,87			
	36-45 yaş (3)	55	55	20,64 ± 3,02			
	46 yaş üzeri (4)	25	25	19,84 ± 1,93			
Yararlılık	25 yaş altı (1)	6	6	19,5 ± 0,84	1,917	0,130	
	26-35 yaş (2)	44	44	21,61 ± 3,39			
	36-45 yaş (3)	55	55	20,33 ± 3,42			
	46 yaş üzeri (4)	25	25	20,44 ± 1,64			
Personel Uyumu	25 yaş altı (1)	6	6	8,52 ± 2,45	3,591	0,016	1>4
	26-35 yaş (2)	44	44	8,05 ± 1,15			
	36-45 yaş (3)	55	55	7,84 ± 1,28			
	46 yaş üzeri (4)	25	25	7 ± 0,94			
Bildirim ve Kayıt Kültürü	25 yaş altı (1)	6	6	18,67 ± 1,03	1,035	0,379	
	26-35 yaş (2)	44	44	18,89 ± 3,49			
	36-45 yaş (3)	55	55	17,96 ± 3,19			
	46 yaş üzeri (4)	25	25	17,8 ± 1,73			
Toplam	25 yaş altı (1)	6	6	136,5 ± 8,64	2,260	0,085	
	26-35 yaş (2)	44	44	152,7 ± 22,63			
	36-45 yaş (3)	55	55	145,75 ± 21,1			
	46 yaş üzeri (4)	25	25	142,64 ± 10,99			

* One Way ANOVA

Tablo 4.4’te katılımcıların yaşlarının Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme ve Personel Uyumu puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc

testlerinden Tukey testi sonucunda anlamlı farklılık 25 yaş altı ve 46 yaş üzeri ikilileri arasındadır. Bu sonuca göre çalışmaya katılanların ölçme ve değerlendirme puanları 25 yaş bireylere kıyasla daha fazlayken, personel uyumu puanları 25 yaş altı bireylerin 46 yaş üzeri bireylere kıyasla daha yüksek olduğu sonucu görülmektedir.

Katılımcıların yaşlarının Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Bildirim ve Kayıt Kültürü ve toplam puanları üzerindeki etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Medeni Durumun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort. $\pm$ Ss.	t*	p
Ölçme ve Değerlendirme	Evli	97	64,9 $\pm$ 8,5	1,841	0,068
	Bekar	33	61,45 $\pm$ 11,3		
Verimlilik	Evli	97	15,62 $\pm$ 2,68	0,802	0,424
	Bekar	33	15,18 $\pm$ 2,77		
Güvenlik	Evli	97	20,61 $\pm$ 3,19	1,301	0,195
	Bekar	33	19,79 $\pm$ 2,93		
Yararlılık	Evli	97	21,03 $\pm$ 2,8	1,806	0,073
	Bekar	33	19,91 $\pm$ 3,79		
Personel Uyumu	Evli	97	8,2 $\pm$ 1,27	1,106	0,271
	Bekar	33	7,91 $\pm$ 1,33		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	Evli	97	18,34 $\pm$ 2,93	0,408	0,684
	Bekar	33	18,09 $\pm$ 3,31		
Toplam	Evli	97	148,69 $\pm$ 18,49	1,581	0,116
	Bekar	33	142,33 $\pm$ 23,84		

*Student t test

Tablo 4.5'te katılımcıların medeni durumlarının Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Personel Uyumu, Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Eğitim Durumun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ort. ± Ss.	F*	p
Ölçme ve Değerlendirme	Ön lisans	29	64,76 ± 10,62	0,134	0,875
	Lisans	86	63,73 ± 8,98		
	Yüksek lisans	15	64,27 ± 9,53		
Verimlilik	Ön lisans	29	15,97 ± 2,77	0,535	0,587
	Lisans	86	15,37 ± 2,7		
	Yüksek lisans	15	15,4 ± 2,61		
Güvenlik	Ön lisans	29	20,66 ± 3,22	0,125	0,883
	Lisans	86	20,34 ± 3,17		
	Yüksek lisans	15	20,27 ± 2,94		
Yararlılık	Ön lisans	29	20,86 ± 3,18	0,032	0,968
	Lisans	86	20,7 ± 3,21		
	Yüksek lisans	15	20,8 ± 2,46		
Personel Uyumu	Ön lisans	29	8,07 ± 1,71	0,060	0,942
	Lisans	86	8,15 ± 1,09		
	Yüksek lisans	15	8,07 ± 1,49		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	Ön lisans	29	18,55 ± 2,67	0,169	0,845
	Lisans	86	18,22 ± 3,25		
	Yüksek lisans	15	18,07 ± 2,37		
Toplam	Ön lisans	29	148,86 ± 22,36	0,148	0,863
	Lisans	86	146,51 ± 19,8		
	Yüksek lisans	15	146,87 ± 18,04		

*One Way ANOVA

Tablo 4.6’da katılımcıların eğitim durumlarının Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Personel Uyumu, Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7 Meslekte Çalışma Süresinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Meslekte çalışma süresi	n	Ort. $\pm$ Ss.	F*	p
Ölçme ve Değerlendirme	5 yıldan az	19	62,58 $\pm$ 9,83	1,043	0,355
	6-9 yıl	28	66,18 $\pm$ 9,25		
	10 yıl ve üzeri	83	63,63 $\pm$ 9,29		
Verimlilik	5 yıldan az	19	15,21 $\pm$ 2,68	0,555	0,576
	6-9 yıl	28	15,96 $\pm$ 2,92		
	10 yıl ve üzeri	83	15,42 $\pm$ 2,64		
Güvenlik	5 yıldan az	19	19,58 $\pm$ 3,4	0,784	0,459
	6-9 yıl	28	20,43 $\pm$ 4		
	10 yıl ve üzeri	83	20,58 $\pm$ 2,73		
Yararlılık	5 yıldan az	19	20,26 $\pm$ 3,21	1,685	0,190
	6-9 yıl	28	21,68 $\pm$ 3,23		
	10 yıl ve üzeri	83	20,54 $\pm$ 3,02		
Personel Uyumu	5 yıldan az	19	8 $\pm$ 1,2	0,610	0,545
	6-9 yıl	28	8,36 $\pm$ 1,54		
	10 yıl ve üzeri	83	8,07 $\pm$ 1,22		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	5 yıldan az	19	17,68 $\pm$ 2,6	1,134	0,325
	6-9 yıl	28	18,96 $\pm$ 3,27		
	10 yıl ve üzeri	83	18,18 $\pm$ 3,02		
Toplam	5 yıldan az	19	143,32 $\pm$ 20,92	1,081	0,342
	6-9 yıl	28	151,57 $\pm$ 21,08		
	10 yıl ve üzeri	83	146,42 $\pm$ 19,52		

* One Way ANOVA

Tablo 4.7’de katılımcıların meslekte çalışma sürelerinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Personel Uyumu, Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Kurumda Çalışma Süresinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Kurumda çalışma süresi	n	Ort. $\pm$ Ss.	F*	p
Ölçme ve Değerlendirme	5 yıldan az	48	64,5 $\pm$ 10,17	0,173	0,841
	6-9 yıl	45	64,11 $\pm$ 8,99		
	10 yıl ve üzeri	37	63,3 $\pm$ 8,93		
Verimlilik	5 yıldan az	48	15,5 $\pm$ 3,14	0,212	0,810
	6-9 yıl	45	15,69 $\pm$ 2,23		
	10 yıl ve üzeri	37	15,3 $\pm$ 2,64		
Güvenlik	5 yıldan az	48	19,92 $\pm$ 3,83	1,286	0,280
	6-9 yıl	45	20,96 $\pm$ 2,3		
	10 yıl ve üzeri	37	20,35 $\pm$ 2,99		
Yararlılık	5 yıldan az	48	21,08 $\pm$ 3,52	0,620	0,540
	6-9 yıl	45	20,73 $\pm$ 2,9		
	10 yıl ve üzeri	37	20,32 $\pm$ 2,79		
Personel Uyumu	5 yıldan az	48	8,17 $\pm$ 1,65	0,234	0,792
	6-9 yıl	45	8,18 $\pm$ 0,96		
	10 yıl ve üzeri	37	8 $\pm$ 1,11		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	5 yıldan az	48	18,67 $\pm$ 3,08	0,677	0,510
	6-9 yıl	45	17,96 $\pm$ 3,1		
	10 yıl ve üzeri	37	18,16 $\pm$ 2,88		
Toplam	5 yıldan az	48	147,83 $\pm$ 22,42	0,173	0,842
	6-9 yıl	45	147,62 $\pm$ 17,98		
	10 yıl ve üzeri	37	145,43 $\pm$ 19,71		

* One Way ANOVA

Tablo 4.8’de katılımcıların kurumda çalışma sürelerinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Personel Uyumu, Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Kalite Çalışmaları İle İlgili Görevlerin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Kalite Çalışmaları İle İlgili Görevler	n	Ort. $\pm$ Ss.	F*	p
Ölçme ve Değerlendirme	Bölüm Kalite Sorumlusu	46	64,33 $\pm$ 9,37	0,313	0,869
	Kalite Birim Çalışanı	28	64,14 $\pm$ 10,41		
	Kalite Birim Sorumlusu	27	63,26 $\pm$ 9,21		
	Kalite Gösterge Takip Sorumlusu	7	67,29 $\pm$ 7,13		
	Kalite Yönetim Direktörü	22	63,14 $\pm$ 9,3		
Verimlilik	Bölüm Kalite Sorumlusu	46	15,74 $\pm$ 2,84	0,996	0,412
	Kalite Birim Çalışanı	28	15,64 $\pm$ 2,95		
	Kalite Birim Sorumlusu	27	15,33 $\pm$ 2,39		
	Kalite Gösterge Takip Sorumlusu	7	16,71 $\pm$ 2,06		
	Kalite Yönetim Direktörü	22	14,68 $\pm$ 2,57		
Güvenlik	Bölüm Kalite Sorumlusu	46	20,57 $\pm$ 3,09	0,241	0,915
	Kalite Birim Çalışanı	28	20,71 $\pm$ 3,53		
	Kalite Birim Sorumlusu	27	20,22 $\pm$ 2,04		
	Kalite Gösterge Takip Sorumlusu	7	20,14 $\pm$ 4,53		
	Kalite Yönetim Direktörü	22	19,95 $\pm$ 3,54		
Yararlılık	Bölüm Kalite Sorumlusu	46	20,48 $\pm$ 3,2	0,777	0,542
	Kalite Birim Çalışanı	28	20,14 $\pm$ 3,92		
	Kalite Birim Sorumlusu	27	21,11 $\pm$ 2,5		
	Kalite Gösterge Takip Sorumlusu	7	21,57 $\pm$ 2,37		
	Kalite Yönetim Direktörü	22	21,36 $\pm$ 2,63		
Personel Uyumu	Bölüm Kalite Sorumlusu	46	8,11 $\pm$ 1,42	0,123	0,974
	Kalite Birim Çalışanı	28	8,04 $\pm$ 1,5		
	Kalite Birim Sorumlusu	27	8,15 $\pm$ 1,1		
	Kalite Gösterge Takip Sorumlusu	7	8 $\pm$ 1,15		
	Kalite Yönetim Direktörü	22	8,27 $\pm$ 1,03		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	Bölüm Kalite Sorumlusu	46	18,65 $\pm$ 3,31	0,457	0,767
	Kalite Birim Çalışanı	28	17,79 $\pm$ 3,32		
	Kalite Birim Sorumlusu	27	18,44 $\pm$ 2,74		
	Kalite Gösterge Takip Sorumlusu	7	18,29 $\pm$ 2,98		
	Kalite Yönetim Direktörü	22	17,91 $\pm$ 2,43		
Toplam	Bölüm Kalite Sorumlusu	46	147,87 $\pm$ 21,06	0,173	0,952
	Kalite Birim Çalışanı	28	146,46 $\pm$ 23,88		
	Kalite Birim Sorumlusu	27	146,52 $\pm$ 16,44		
	Kalite Gösterge Takip Sorumlusu	7	152 $\pm$ 18,55		
	Kalite Yönetim Direktörü	22	145,32 $\pm$ 18,57		

Tablo 4.9 'da katılımcıların kalite ile ilgili görevlerinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Personel Uyumu, Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Kalite Çalışmaları ile İlgili Çalışma Süresinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Kalite Çalışmalarıyla İlgili Çalışma Süresi	n	Ort. $\pm$ Ss.	F*	p
Ölçme ve Değerlendirme	1 yıl ve altı	27	62,85 $\pm$ 10,04	0,958	0,415
	2-5 yıl	54	65,35 $\pm$ 9,1		
	6-9 yıl	29	64,31 $\pm$ 8,69		
	10 yıl ve üzeri	20	61,6 $\pm$ 10,11		
Verimlilik	1 yıl ve altı	27	15,33 $\pm$ 2,56	0,077	0,973
	2-5 yıl	54	15,63 $\pm$ 2,98		
	6-9 yıl	29	15,48 $\pm$ 2,34		
	10 yıl ve üzeri	20	15,45 $\pm$ 2,74		
Güvenlik	1 yıl ve altı	27	20,26 $\pm$ 2,73	0,387	0,763
	2-5 yıl	54	20,72 $\pm$ 3,62		
	6-9 yıl	29	20,28 $\pm$ 2,7		
	10 yıl ve üzeri	20	19,9 $\pm$ 2,97		
Yararlılık	1 yıl ve altı	27	20,04 $\pm$ 3,44	1,254	0,293
	2-5 yıl	54	21,28 $\pm$ 2,91		
	6-9 yıl	29	20,83 $\pm$ 3,21		
	10 yıl ve üzeri	20	20,15 $\pm$ 2,96		
Personel Uyumu	1 yıl ve altı	27	7,96 $\pm$ 1,02	0,418	0,740
	2-5 yıl	54	8,24 $\pm$ 1,49		
	6-9 yıl	29	8,17 $\pm$ 0,97		
	10 yıl ve üzeri	20	7,95 $\pm$ 1,47		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	1 yıl ve altı	27	18,56 $\pm$ 2,55	0,250	0,861
	2-5 yıl	54	18,06 $\pm$ 3,32		
	6-9 yıl	29	18,21 $\pm$ 2,76		
	10 yıl ve üzeri	20	18,6 $\pm$ 3,3		

Toplam	1 yıl ve altı	27	145 ± 19,82		
	2-5 yıl	54	149,28 ± 20,67	0,502	0,682
	6-9 yıl	29	147,28 ± 18,12		
	10 yıl ve üzeri	20	143,65 ± 22,14		

* One Way ANOVA

Tablo 4.10 'da katılımcıların kalite çalışmaları ile ilgili çalışma süresinin Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Personel Uyum, Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Çalışılan Kurumun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Çalışılan kurum	n	Ort. ± Ss.	t*	p
Ölçme ve Değerlendirme	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	27	64,52 ± 11,19	0,308	0,759
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	103	63,89 ± 8,88		
Verimlilik	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	27	15,56 ± 2,94	0,103	0,918
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	103	15,5 ± 2,65		
Güvenlik	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	27	20,56 ± 3,6	0,288	0,773
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	103	20,36 ± 3,02		
Yararlılık	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	27	21 ± 3,44	0,475	0,635
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	103	20,68 ± 3,03		
Personel Uyum	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	27	8,07 ± 1,36	-0,221	0,825
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	103	8,14 ± 1,28		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	27	17,37 ± 3,18	-1,766	0,040
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	103	19,51 ± 2,95		
Toplam	Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	27	147,07 ± 23,82	-0,001	0,999
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	103	147,08 ± 19,1		

*Student t test

Tablo 4.11'de katılımcıların çalıştıkları kurumun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre ağız diş

sağlığı merkezinde çalışanların bildirim ve kayıt kültürü puanları ağız diş sağlığı hastanesinde çalışan bireylere kıyasla daha yüksektir.

Katılımcıların çalıştıkları kurumun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Personel Uyum ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Kalite ile ilgili Eğitim Alma Durumunun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları Puanları Üzerine Etkisi

Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Alt Boyutları	Kalite ile ilgili eğitim alma			t*	p
		n	Ort. $\pm$ Ss.		
Ölçme ve Değerlendirme	Evet	98	64,49 $\pm$ 9,59	0,994	0,322
	Hayır	32	62,59 $\pm$ 8,61		
Verimlilik	Evet	98	15,57 $\pm$ 2,8	0,470	0,639
	Hayır	32	15,31 $\pm$ 2,39		
Güvenlik	Evet	98	20,52 $\pm$ 3,23	0,765	0,446
	Hayır	32	20,03 $\pm$ 2,83		
Yararlılık	Evet	98	20,73 $\pm$ 3,35	-0,073	0,942
	Hayır	32	20,78 $\pm$ 2,27		
Personel Uyum	Evet	98	8,24 $\pm$ 1,13	1,906	0,049
	Hayır	32	7,75 $\pm$ 1,65		
Bildirim ve Kayıt Kültürü	Evet	98	18,31 $\pm$ 2,97	0,192	0,848
	Hayır	32	18,19 $\pm$ 3,22		
Toplam	Evet	98	147,87 $\pm$ 20,71	0,784	0,434
	Hayır	32	144,66 $\pm$ 18,08		

*Student t test

Tablo 4.12’de katılımcıların kalite ile ilgili eğitim alma durumunun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Personel Uyum puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre kalite ile ilgili eğitim alan bireylerin personel uyumu puanı kalite ile ilgili eğitim almayanlara kıyasla daha yüksektir.

Katılımcıların kalite ile ilgili eğitim alma durumunun Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme çalışmalarının yapılabilmesi için en temel esas kalite ölçümüdür (Doğan, 2016). “Ölçülemeyen şey iyi yönetilemez” prensibi doğrultusunda oluşturulan Kalite Göstergelerinin doğru verilerle ölçülüyor olması gerekir. Böylece Sağlık Bakanlığı da yönetim stratejilerini bu veriler doğrultusunda belirleyecek ortaya kamu yararına çalışmalar çıkartılabilecektir. İşte bu ölçüm sürecinde gösterge verilerine doğru bir şekilde ulaşılması, yorumlanması, analiz edilmesi, belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılamaması, ulaşılamaması durumunda nedenleri ve iyileştirme doğrultusunda yapılabileceklerin tespiti ve uygulanabilirliği gibi birçok aşamada görev alan kalite çalışanlarının görüşlerinin ele alınmasının ve bunlara yönelik farkındalık oluşturulmasının kamu yararı açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmanın Ağız ve Diş Sağlığı hizmet sunumu sağlayan kurumlarda Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde yer alan kalite göstergelerinin izlenmesine, değerlendirilmesine ve iyileştirme süreçlerine yönelik katkı sağlayacağı beklenmektedir. Ayrıca bu alanda ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kamu kurumlarına yönelik çalışma yapılmamış olması çalışmamızı önemli kılmaktadır.

Bu doğrultuda, İstanbul ilindeki Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde kalite çalışmalarında yer alan çalışanların kalite gösterge yönetimi konusundaki görüşlerinin belirlenmesini ve bu görüşleri etkileyen unsurların tespit edilmesini amaçlayan bu araştırma 130 çalışanın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada katılımcıların demografik özellikleri ile ölçek sorularına verdikleri yanıtların puanları arasında kıyaslama yapılmıştır.

Kalite Gösterge yönetimi konusunda tüm boyutlarda katılımcı görüşleri arasında anlamlı farklılıklar gözlenirken; Güvenlik boyutunda herhangi bir anlamlı farklılığa rastlanmamıştır. Katılımcıların, gösterge yönetiminin hasta ve çalışan güvenliğine etkisi konusunda aynı şekilde düşündükleri ortaya çıkmıştır.

Kıraç tarafından 2015 yılında Konya merkez ilçelerinde bulunan hastanelerin birim sorumlularının ulusal kalite ve gösterge yönetim sistemlerinin işleyişiyle ilgili görüşlerinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmada, katılımcıların cinsiyeti ile gösterge yönetiminin genel ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Erkeklerin ve kadınların aynı görüşte olduğu saptanmıştır.

Doğan tarafından 2016 yılında Kartal Koşuyolu Kalp ve Yüksek İhtisas Hastanesi'nde çalışan hemşire ve sağlık personelinin, gösterge yönetimi konusundaki algı düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmada, Anova analizinde P (anlamlılık) değerinin 0,924 olduğu görülmüş ve cinsiyet ile gösterge algısal bakış açısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığına ulaşılmıştır ($p > 0,05$).

Kaya tarafından 2021 yılında Sivas il merkezinde hizmet veren hastanelerin kalite direktörlerinin, kalite birimi çalışanlarının ve klinik kalite sorumlularının Kalite Gösterge Yönetimiyle ilgili görüşlerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan araştırmada ise bu iki çalışmanın aksine kadınların KİYÖ puan ortalamalarının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Bu araştırma sonuçlarında ise katılımcıların cinsiyetleri ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Güvenlik, Personel Uyumu, Bildirim ve Kayıt Kültürü ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Ancak katılımcıların cinsiyetleri ile ölçeğin alt boyutları olan Verimlilik ve Yararlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuçlara göre kadınların verimlilik ve yararlılık puanları erkeklere kıyasla daha fazladır (Tablo 4.3). Zamanla kadınların eğitim seviyelerinin yükselmiş olması; bilgi düzeyleri ve tecrübelerini arttırmış ve gösterge yönetimi çalışmalarını erkeklere göre daha verimli ve yararlı bulmuşlardır.

2015 ve 2016 yıllarında yapılan çalışmalarda kadınlar ile erkeklerinin görüşleri arasında herhangi bir farklılık görülmezken; 2021 yılında yapılan çalışmada, aradan geçen zamanla birlikte kadınların eğitim seviyelerinin yükselmiş olması erkeklerden

farklı düşünmelerine ve kalite çalışmalarına farklı bir bakış açısıyla yaklaşımlarına yol açmış olabilir

Bu araştırma bulguları, 2021 yılında Kaya tarafından yapılan araştırmanın katılımcılarının cinsiyetleri ile ilgili olan bulgularıyla örtüşürken, 2015 ve 2016 yıllarında yapılan çalışmalardan farklı sonuçlar verdiği görülmüştür. Bu durumun nedeninin, kadınların eğitim seviyelerinin yükselmesi ve kalite çalışmalarında yer aldıkları zaman dilimin genişlemesiyle birlikte kalite konusunda edindikleri bilgi ve tecrübelerinin artması olduğu düşünülmektedir. Böylece kadınlar, sağlık hizmetlerinde yer alan kalite çalışmalarıyla verimliliğin ve yararlılığın arttığına dair görüş belirtirken ölçeğin verimlilik ve yararlılık alt boyutlarında erkeklerden daha fazla puanlama yapmışlardır.

Kıraç (2015), Doğan (2016) ve Kaya'nın (2021) araştırmalarında katılımcıların yaş grupları ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu araştırmalarda yaş değişkeninin istatistiksel anlamda gösterge yönetimi algısal bakış açısına etki etmediği görülmüştür.

Yapılan bu araştırmada ise katılımcıların yaşlarının, KİYÖ alt boyutları olan Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Bildirim ve Kayıt Kültürü ve toplam puanları üzerindeki etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamazken ($p>0,05$), Ölçme ve Değerlendirme ve Personel Uyumuna alt boyut puanları arasında anlamlı fark olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında çalışmaya katılanların ölçme ve değerlendirme puanları 25 yaş bireylere kıyasla daha fazlayken, personel uyumu puanları 25 yaş altı bireylerin 46 yaş üzeri bireylere kıyasla daha yüksek olduğu sonucu görülmüştür (Tablo 4.4). Ölçme ve değerlendirme konusunu ileri yaş grubu olanlar daha çok önemserken, gençler personel uyumuna önemiyet göstermişlerdir.

Araştırmanın katılımcılarının yaşı ile ilgili bulguları literatürle uyumlu değildir. Gençlerin, kalite kavramıyla beraber büyümüş olmaları, onların ileri yaş grubuna

kıyasla tüm personelle daha bir uyum içinde çalışmalar yürütmelerini sağlamış olabilir. Çünkü ileri yaş grubunun sahip olduğu tecrübeyi henüz elde edememiş, mevcut SKS kriterlerini kitabına/prosedürüne uygun bir şekilde yürütmek için birbirleriyle uyum içinde olmaları gerektiğini düşünmüşlerdir. Bununla birlikte yürütülen çalışmaların neticesinde hasta güvenliği söz konusudur. Hasta güvenliğini riske atacak herhangi bir yanlış uygulama geri dönüşü mümkün olmayan olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle gençlerin gerek kurumsal gerek bireysel olarak düzenlenen eğitim olanaklarına daha kolay ulaşabildikleri gözlenmektedir. Aynı zamanda gençlerin, yaşı büyük olan çalışanlara kıyasla daha sosyal, hareketli ve özgür ruhlu bireyler olmaları, disiplinli çalışma ve sorumluluk bilinci gerektiren ölçme ve değerlendirme sürecine karşı bakış açılarını negatif yönde etkilediği söylenebilir. Bu doğrultuda, gösterge yönetimi konusundaki ölçme ve değerlendirme süreçlerinin genç katılımcılar tarafından çok önemsenmediği ve dolayısıyla yaşı büyük olan katılımcılara oranla daha düşük puanlama yapmalarına sebep olduğu ifade edilebilir.

Kıraç (2015) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların medeni durumu ile gösterge yönetiminin genel ortalaması arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir.

Bu araştırmada da katılımcıların medeni durumları ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; medeni durum ile gösterge yönetimi ölçeğinin puanlaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.5). Yapılan bu araştırma literatürle örtüşmektedir.

Kıraç (2015), Doğan (2016) ve Kaya'nın (2021) araştırmalarında katılımcıların eğitim durumları ile KİYÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark olmadığına ulaşılmıştır. Bu çalışmalara göre farklı eğitim düzeyine sahip katılımcıların ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Katılımcıların eğitim durumunun artması ile birlikte KİYÖ puanlarının da artması beklenirken aynı durum bu araştırma bulgularında da gözlenmiştir. Araştırmada

katılımcıların eğitim durumları ile KİYÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumları ile göstergelere yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 4.6).

Bu durumun, kalite gösterge yönetimine yönelik kurum içinde periyodik olarak gerçekleştirilen eğitimlerden ve düzenli yürütülen gösterge analiz çalışmalarından kaynaklandığı ve çalışanın mevcut eğitim seviyesinin ne olursa olsun görüşlerini etkilemediği düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular literatürü desteklemektedir.

Yılmaz ve Yıldırım Kaptanoğlu'nun 2013 yılında Karamürsel Devlet Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin gösterge konusundaki algı düzeylerinin ölçülmesi ve farklılıklarının ortaya konulmasını amaçladıkları çalışmalarında meslekte çalışma süresi arttıkça indikatör algı düzeyinin de arttığı ve çalışma süresi ile indikatör algı ve bilgi düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür.

Kaya tarafından 2015 yılında yapılan araştırmada katılımcıların meslekte çalışma süresi ile KİYÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Doğan tarafından 2016 yılında Kartal Koşuyolu Kalp ve Yüksek İhtisas Hastanesi'nde çalışan hemşire ve sağlık personelinin gösterge yönetimi konusundaki algı düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapılan araştırmada Anova analizinde P (anlamlılık) değerinin 0,016 olduğu görülmekte, yani $0,016 < 0,005$ olduğundan meslekte çalışma süresi ile indikatör algısal bakış açısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olduğu gözlenmektedir. Bu sonuca göre kalite gösterge yönetimi çalışmalarında çalışma yılı arttıkça algısal bakış açısı değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu ortaya çıkmaktadır.

Bu araştırmada katılımcıların meslekte çalışma süresi ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; meslekteki toplam çalışma süresi ile gösterge yönetimi ölçeğinin puanlaması arasında anlamlı

bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.7). Araştırma bulgularının, 2013 ve 2016 yıllarında yapılan araştırma bulgularından farklı olduğu görülürken, Kaya'nın (2015) yaptığı çalışma bulgularıyla uyum sağladığı tespit edilmiştir. Bu hususun katılımcıların çalıştıkları kurum ya da birimle alakalı bireysel görüş farklılığından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca kalite çalışmalarını benimsemiş olan çalışanların görüşlerinde farklılıklara yer verdikleri sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmada katılımcıların kurumdaki çalışma süreleri ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kurumdaki çalışma süreleri ile gösterge yönetimi ölçeğinin puanlaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 4.8). Literatürde kurumdaki çalışma sürelerini karşılaştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Baştürk vd.'nin (2013) Yozgat ilinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yönünü belirlemek, yeniliklere uyum sürecini değerlendirmek ve hizmet sunum şartlarındaki değişiklikleri ölçmek amacıyla 180 çalışana yönelik yapılan araştırmasında katılımcıların %32,8'i klinik kalite sorumlusu, %5,6'sı kalite direktörü ve %5'i kalite birim çalışanı oluşturmuştur. Kırac'ın (2015) 186 kişiyle yaptığı araştırmasında katılımcıların %16,1'i klinik kalite sorumlusu, %9,1'i kalite birim çalışanı ve %7'si kalite yönetim direktörlerinden oluşmaktadır.

Bu araştırmada katılımcıların kalite ile ilgili görevlerine bakıldığında ise %16,9'unun Kalite Yönetim Direktörü, %20,8'inin Kalite Birim Sorumlusu, %21,5'inin Kalite Birim Çalışanı, %35,4'ünün Bölüm Kalite Sorumlusu ve %5,4'ünün Kalite Gösterge Takip Sorumlusu olduğu görülmüştür (Tablo 4.1). Katılımcıların görevlerine göre yüzdelik katılım oranları literatürle benzerlik göstermektedir.

Kırac (2015) ve Kaya'nın (2021) araştırmalarında katılımcıların kalite çalışmalarıyla ilgili görevleri ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; kalite ile ilgili farklı görevlerde çalışan bireylerin ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bu araştırmada katılımcıların kalite çalışmalarıyla ilgili görevleri ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi leği (KİYÖ) puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında da aralarında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.9). Kalite çalışmalarıyla ilgili görevler farklılaştıkça ölçek puanlamasında anlamlı farklılıklar oluşması beklenirken literatürü destekler nitelikte bir bulguya varılmıştır. Kalite çalışmalarında yer alan çalışanların kalite ile ilgili görevleri ne olursa olsun gösterge yönetimiyle ilgili görüşlerinin eşit düzeyde olduğu söylenebilir.

Literatürü incelendiğinde Baştürk vd. (2013) alışmasında katılımcıların %78,4'ünün 4 yıl ve altı, Kır'ın (2015) alışmasında katılımcıların %52,2'sinin 1-4 yıl arası, Kaya'nın (2021) alışmasında ise katılımcıların %38'inin 2-5 yıl, %20'sinin 1 yıl ve altı sürede kalite ile ilgili görevde çalıştıkları görülmektedir. Elde edilen bu bulgular, katılımcıların çoğunluğunun 5 yıl ve altında kalite ile ilgili görevlerde çalıştıklarını göstermektedir.

Bu araştırmada katılımcıların kalite ile ilgili görevde çalışma süreleri incelendiğinde %20,8'inin 1 yıl ve altı, %41,5'inin 2-5 yıl, %22,3'ünün 6-9 yıl ve %15,4'ünün 10 yıl ve üzeri sürede çalıştıkları görülmektedir (Tablo 4.1). Katılımcı yüzdelerini literatrle kıyasladığımızda kalite ile ilgili görevlerde 5 yıl ve altında çalışan bireylerin daha çoğunlukta olduğu, dolayısıyla literatrde yer alan çalışmalarla uyumlu oranda katılım sağlandığı gözlenmiştir.

Kır (2015) ve Kaya'nın (2021) araştırmalarında katılımcıların kalite ile ilgili görevde çalışma süresi ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi leği (KİYÖ) ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir farkın olmadığı gözlenmiştir.

Aynı şekilde bu araştırmada da katılımcıların kalite ile ilgili çalışma süresiyle KİYÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10). Kalite çalışmalarıyla ilgili çalışma süresi arttıkça katılımcıların ölçek puanlamasında artış beklenirken, anlamlı bir farkın olmaması literatürü destekler niteliktedir. Kalite çalışmalarıyla ilgili göreve yeni

başlayan çalışanlarla uzun yıllardır kalite çalışmalarında yer alan çalışanların gösterge yönetimiyle ilgili aynı görüşte olduğu söylenebilir. Bunun nedeninin gösterge yönetimi çalışmalarının, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan belli bir rehber doğrultusunda yürütülmesi ve kurum gösterge verilerinin belli periyotlarda Sağlık Bakanlığının TÜR-GÖS sistemine girilmesi gibi sistematik bir işleyiş içinde sürdürülüyor olması şeklinde yorumlanabilir.

Kıraç'ın 2015 yılında yaptığı araştırmasında katılımcıların çalıştıkları kurum ile Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada katılımcıların çalıştıkları kurum ile KİYÖ alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Personel Uyumu ve toplam puanları üzerindeki etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak katılımcıların çalıştıkları kurum ile ölçeğin alt boyutları olan Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre ağız diş sağlığı merkezinde çalışanların bildirim ve kayıt kültürü puanları ağız diş sağlığı hastanesinde çalışan bireylere kıyasla daha yüksektir (Tablo 4.11). Bu durumun nedeni, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ağız ve diş sağlığı hastanelerine kıyasla daha küçük bir yapıya sahip olması ve birimlerin birbirleriyle daha iç içe bulunması şeklinde ifade edilebilir. Daha küçük kurum olması sonucu birim çalışanlarının birbiriyle kurdukları güçlü iletişimden dolayı bildirim yapılması ya da kayıt altına alınması gereken çalışmaları ihmal etmedikleri ve daha çok önemsedikleri düşünülmektedir. Dolayısıyla ağız ve diş sağlığı merkezlerinde çalışanların ölçeğin bildirim ve kayıt kültürü alt boyutlarına daha fazla puanlama yaptıkları görülmektedir.

Gürcü vd. (2011) tarafından 70 kişiye yönelik yapılan çalışmada katılımcıların %70'i, Baştürk vd.'nin (2013) araştırmasında katılımcıların %51,1'i, Kıraç'ın (2015) araştırmasında katılımcıların %41,9'u, Kaya'nın (2021) araştırmasında katılımcıların %61'i kalite ile ilgili eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada ise katılımcıların %24,6'sının eğitim almadığı ortaya çıkmıştır (Tablo 4.1). Çalışmaların

yapıldığı yıllara göre baktığımızda 2011 yılında eğitim almayanların oranı %70'ten 2023 yılında %24'e düştüğü görülmüştür. Aradan geçen zamanla kalite çalışmalarına verilen önemin ve eğitim faaliyetlerinin arttığı söylenebilir.

Gürcü vd. (2011), Kırar (2015) ve Kaya'nın (2021) araştırmalarında katılımcıların kalite ile ilgili eğitim alma durumuyla KİYÖ puanları üzerindeki etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma görülmemiştir ($p>0,05$). Literatürde yer alan bu çalışmalarda katılımcıların çoğunluğunun kalite ile ilgili eğitim almadığı tespit edilmiş olmakla birlikte; eğitim alanlarla eğitim almayanların gösterge yönetimiyle ilgili aynı görüşe sahip oldukları söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada da katılımcıların kalite ile ilgili eğitim alma durumuyla KİYÖ alt boyutları olan Ölçme ve Değerlendirme, Verimlilik, Güvenlik, Yararlılık, Bildirim ve Kayıt Kültürü puanları ve toplam puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak katılımcıların kaliteye yönelik eğitim alma durumları ile ölçeğin alt boyutları olan Personel Uyumu puanları üzerinde etkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre kalite ile ilgili eğitim alan bireylerin personel uyumu puanı kalite ile ilgili eğitim almayanlara kıyasla daha yüksektir (Tablo 4.12). Kalite ile ilgili eğitim alan çalışanlar, gösterge yönetimi çalışmalarını birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirmektedirler.

Literatürde yer alan çalışmalara katılımcıların çoğunluğu eğitim almadığını belirttiği halde eğitim alanlarla almayanların görüşleri arasında anlamlı bir fark oluşmamıştır. Bu araştırmada ise eğitim alma oranı yüksek olduğu halde ölçeğin Personel Uyumu alt boyutunda anlamlı bir fark çıkması eğitim faktörünün personellerle uyum sağlama konusuna etki ettiğini göstermektedir. Yani eğitim alan çalışanlar personel uyumuna daha fazla puanlama yapmışlardır. Bunun nedeninin eğitim alan çalışanların çalışmalarını birbirleriyle uyum içerisinde ve daha sosyal bir şekilde yürütüyor olmaları olarak düşünülebilir. Yapılan bu araştırma bulguları literatürün aksini göstermektedir. Çünkü alınan eğitimler çalışanların farklı fikirler üretmesine daha geniş yelpazede düşünmesine ve farklı görüşlere sahip olmasına yol açmış olabilir.

Bu çalışma bulgularına göre kurum yöneticilerine bazı önerilerde bulunulabilir;

Gösterge Yönetimi çalışmalarının daha verimli ve daha yararlı hale getirebilmek için yöneticilerin öncülüğünde herkesin kalite çalışmalarına dahil edilmesi gerekir. Yönetim, gerekirse tüm çalışanların katılımını sağlamak için bir takım teşvik edici yöntemler geliştirebilir. Örneğin kalite çalışmalarını personel arasında bir iş bölümü yaparak dağıtır ve en iyi şekilde yerine getirene çeşitli ödüllerle çalışmalar daha verimli hale getirilebilir. Böylece herkesin tam katılımı ile kalite çalışmalarına verilen önem ve farkındalık artacak, herkes üstüne düşeni en mükemmel seviyede seve seve yerine getirecektir. Sonunda ise çalışmalardan yüksek verim elde edilecek, hasta ve çalışanlar en yüksek seviyede faydalanacaktır.

Çalışanlara ölçme ve değerlendirme kültürünü yerleştirmek ve her an değerlendirmeye tabi tutulacakmış gibi bir çalışma sistemini oturtmak için kurum içi öz değerlendirme faaliyetlerini periyodik hale getirmek, aynı zamanda hedeflenen belli bir puana ulaşıldığında bir takım kutlama faaliyetleriyle bu durumu kurum kültürünün bir parçası olarak gelenekselleştirmek önem arz edebilir.

Bildirim yapma ve kayıt altına alma süreçlerinin kurum kültürü haline getirilmesi için kurum için gereken düzenlemeler sağlanmalıdır. Periyodik olarak toplantılar düzenlenmeli, toplantılarda iyileştirilmesi gereken hususlar belirlenmeli ve kayıt altına alınarak bir sonraki toplantı periyoduna kadar gereken iyileştirmelerin gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.

Ağız ve diş sağlığı kurum yöneticileri gösterge yönetimi çalışmaları sırasında personel uyumunun sağlanması için gereken önlemleri almalıdır. Özellikle ağız ve diş sağlığı hastaneleri gibi daha fazla çalışanın yer aldığı ve birimler arası iletişimin daha zor olduğu büyük kurum yöneticilerinin bu konuda ciddi çalışmalar yapması gerekir. Ekip ruhunu oluşturmak üzere çeşitli alt yapının oluşturulmasına yönelik gereken tüm çalışmalara ehemmiyet göstermelidir. Çünkü kalite gösterge yönetimi çalışmaları bir ekip ruhunu gerektirir. Personeller ya da birimler arasında oluşan uyumsuzluk, iletişimsizlik çalışmalarda veri kaybına, aksaklığa ve istenen

performansın elde edilememesine yol açar. Örneğin; tekrarlanan protez oranıyla ilgili ulaşılan gösterge verileri hedef değerin üstünde yer aldığında bu sorun en kısa sürede protez değerlendirme komisyonunda değerlendirilip kök-neden analizi ile sorunun nedeni tespit edilmiyorsa çözümü konusunda da herhangi bir çalışma başlatılamayacaktır. Dolayısıyla sorun büyüyecek ve hem hasta memnuniyetini olumsuz etkileyecek hem de protez laboratuvarına gereksiz iş yükü ve kurum giderlerinde artışa neden olacaktır. Bu sorunun çözümü için ölçüyü alan diş hekiminden diş protez teknisyenine, hasta hakları biriminden kalite yönetim birimine, gider fatura biriminden istatistik sorumlusuna kadar birbirinden farklı birçok birim ve çalışan personelin birbirleriyle ekip olarak iletişim halinde uyum içinde çalışıyor olması gerekir. Bunu sağlamak için de yönetimin birtakım sosyal faaliyetlerle personel uyumunu arttırıcı çalışmalar yapması gerekir. Örneğin belli periyotlarda tüm personelin keyifle katılım sağlayacağı yemek programları, kahvaltı etkinlikleri, piknikler, kültürel geziler gibi birçok etkinlikler düzenlenebilir.

Kalite gösterge çalışmalarının daha verimli ve yararlı olabilmesi için çalışmada yer alan tüm kalite çalışanlarının katılımının sağlandığı periyodik değerlendirme toplantılarına istisnasız katılım sağlanmalı ve bu toplantılara yöneticiler başkanlık etmelidir. Böylece gösterge çalışmalarında yer alan tüm çalışanların sorumlu oldukları kalite göstergelerini daha da bir önemsemeleri sağlanabilir. Ayrıca gösterge verilerinin hedef değerin altında ya da üstünde olması durumunda, sorunun çözümü için söz konusu gösterge ile alakalı tüm çalışanların söz hakkı olarak katkı sağlaması faydalı olacaktır.

Kurumlarda kalite çalışmalarında yer alan personele kalite ile ilgili eğitimler periyodik olarak verilmelidir. Özellikle de personelin aktif katılımını gerektiren eğitimlerle personelin daha çok fayda elde etmesi sağlanabilir. Ayrıca çalışanların bu eğitimlere katılımını gönüllü hale getirecek teşvikler oluşturulmalıdır. Örneğin; bazı üniversitelerle yapılan protokoller doğrultusunda üniversitelerin eğitim salonlarında uzman eğitimciler tarafından düzenlenen eğitimlere herkesin aktif ve gönüllü olarak katılımı sağlanabilir. Böylece farklı bir ortamda uzman kişiler tarafından verilen eğitimler daha akılda kalıcı, etkili, verimli ve faydalı olacaktır. Bu şekilde sadece

kalite göstergeleri konusunda değil, yıllık eğitim planında yer alan tüm eğitimler için de tüm personelin katılımının sağlanacağı eğitimler düzenlenebilir. Böylece yapılan eğitimlerden personelin fayda elde etme oranı arttırılırken aynı zamanda personel uyumunu arttıracak sosyal faaliyetler de gerçekleştirilmiş olur.

Kurumlarda kalite çalışmalarında yer alan personelin bilgi düzeyini yükseltmek ve yapılan çalışmaları daha anlamlı hale getirebilmek adına onları eğitime teşvik edecek projeler düşünülebilir. Örneğin personelin hem kişisel ve akademik eğitim seviyesini arttırmak hem de kurumsal çalışmalarda verimli olmasını sağlamak adına üniversitelerin lisans veya yüksek lisans programlarına dahil olmaları teşvik edilebilir. Böylece üniversitelerin müfredatlarında yer alan kalite yönetimi dersleri, çalışanlara çok büyük katkı sağlayacak ve kalite gösterge yönetiminin yararlılık konusundaki bakış açılarını olumlu yönde etkileyecektir. Böylece çalışanların akademik olarak terfi almaları da sağlanırken aynı zamanda kurumlarında daha faydalı çalışmalar yapmaları mümkün hale gelecektir.

6. KAYNAKLAR

Acar, E. İzmir İli Aile Hekimliği Asistanlarının Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2021, İzmir.

Adams, C.E, Wells, N.C, Clifton, A, Jones, H, Simpson, J, Tosh, G, et al. Monitoring Oral Health Of People In Early Intervention For Psychosis (EIP) Teams: The Extended Three Shires Randomised Trial. Int J Nurs Stud [Internet]. 2017;77:106-114.

Akbulut, F. Sağlık Kuruluşlarında Hasta İle Sağlık Personeli İletişimi; Sivas Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi Örneği. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Sivas.

Akın, Z. Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 6.0'ya Göre Hasta Bakım Kalitesiyle İlişkili Standartlarında Hasta Yakınlarının Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İzmir.

Aksan, E. Kalite Uygulamaları Bağlamında Tıbbi Hata Raporlama Sistemleri: Bir Araştırma. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017.

Alay, F. Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunumunda Suriyeli Sığınmacıların Yol Açtığı Bölgelerarası Dengesizliğin Analizi. Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Edirne.

Albayrak, M. Kamu Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Ve Hastanelerinde Hekim-Hasta İletişimi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul.

Alptekin, B. Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 5'i Uygulayan Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı Polikliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İzmir.

Amirigargari, A. Sağlık Kurumlarında Altı Sigma Yönetiminin Önemi Ve Bir Model Yaklaşımı. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2018, İstanbul.

Arpat, Ö.G.B, Şaşmaz, U.N, Yürekli, Ö.G.E. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Maliyetleri. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2014;19(3):313-332.

Aslantekin, F, Göktaş, B, Uluşen, M, Erdem, R. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(6):55-71.

Ata, A.N, Toraman, A. Klinik Kalite Kavramı ve Önemi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2021;8(4):342-349.

Atalıç, H. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kurumsal Karne ve İş Mükemmelliyeti Ölçeklerinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2019, Burdur.

Atasoy, A. Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeğinin Geliştirilme Çalışması. 5. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiri Kitabı. Miki Maatbacılık, Cilt 2. Ankara; 2014, s:223-240.

Avcı, K. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi. 2018;1-5.

Bakan, E. Hasta Memnuniyetinin Artırılmasında Hizmet Kalitesinin Önemi Üzerine Bir Alan Araştırması. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Sivas.

Baştürk, F, Gürcü, M, Erdoğan, F, Uyanık, M. Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemi Yapılanmasının Çalışmalara Yansımaları ve Uyum Süreci. 4. Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiri Kitabı. Pozitif Matbaa, Cilt 1. Ankara; 2013, s:77-92.

Biçimli, M. Üniversite Hastanelerinde Kalite Yönetim Sistemi (Dicle Üniversitesi Hastaneleri Örneği). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul.

Bij, J.D, Vissers, J.M.H. Monitoring Healt Care Processes: A Framework for Performans Indicators. International Journal of Health Care Quality Assurance. 1999;12 (5):214-221.

Bozkurt, R. Kalite İyileştirme Araç ve Yöntemleri (İstatistiksel Teknikler). Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, No:630, 5.Baskı, Ankara; 2010, s: 1-246.

Burçoğlu-Karaca, Ş. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 2014, Aydın.

Coşgun, Y. Sağlık Hizmetinde Algılanan Kalite Ve Değerin Hasta Tutum, Tatmin Ve Davranışsal Niyetleri Üzerine Etkisi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Sivas.

Crosby, P.B. Quality Without Tears, McGraw-Hill, 1984.

Çabuk, S.N. Kalite Yönetim Sistemlerinde Temel Kavramlar: Kalite Kontrol, Kalite Güvence ve Kalite İyileştirme. Ed. D. Taşçı, S.N. Çabuk (Ed.), 2013, Eskişehir.

Çınar, Y. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Anlayışıyla Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolü Ve Önlenmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.

Çolakoğlu-Babacan, A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.

Demir, B. Sağlığın kavramsallaştırılması ve insan odaklı sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon perspektifi. İnsan ve İnsan. 2020;7(24):62-83.

Demirbilek, S, Çolak, M. Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. Journal of the Institute of Social Sciences Sayı Number 2, Sonbahar Autumn 2008;91-111.

Doğan, D. Kalite Ve İndikatör Yönetiminde Çalışanların Bildirim Düzeylerinin Saptanması Ve Geliştirilmesi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul.

Doğan, Y.S. Dokuzuncu Kalkınma Planı Sağlık Sektörü Hedeflerinin Ankara'daki Hastane Yöneticilerine İrdelenmesi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,

İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara.

Doğru, H. Sağlıkta Kalite Standartları (Sks) Hastane (Versiyon 5) Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Standartlarının Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: Diyarbakır Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İzmir.

Eker, T. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde Görev Alan Eczane Çalışanlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Kapsamına Göre İlaç Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Geliştirme Ve Akreditasyon, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İzmir.

Ekici Ö. Türkiye'de Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması: Sorunlar ve Öneriler. Gazi Üniversitesi, Doktora Tezi, 2013, Ankara.

Ekici, D. Sağlık Hizmetinde Yönetimsel Sorunların Analizi. 1.Baskı, SİM Matbaası, Ankara; 2016, s: 171-172.

Erkaya-Daştan, B. Hastane İşletmelerinde Kalite Maliyetlerinin Paf Modeline Göre Analizi: Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama. Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Düzce.

Ertaş, H, Çelik, Ö. Sağlıkta Kalite Standartları Üzerine Nitel Bir Değerlendirme. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2018;2 (1):18-40. Retrieved from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/saglik/issue/38403/445517>

Feigenbaum, A.V. Total Quality Control. 3.Baskı, McGraw-Hill, 1983.

Gitlow H.S, Gitlow S.J. The Deming Guide to Quality and Competitive Position. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1987; p:7.

Güdük, Ö, Kılıç, C.H. Sağlık hizmetleri akreditasyonu ve Türkiye’de gelişimi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;7(2):102-107.

Gültaş, M.P. Sağlıkta Kalite Ve Mükemmellik Arayışı: Altı Sigma. İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, Malatya.

Gündüz-Hoşgör, D. İletişim Ve Sağlık İletişimi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.

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

Hansluwka, H.E. Measuring the Health of Populations, Indicators and Interpretations. Social Science and Medicine. Vol.20, N.12, 1985, p.1207-1224.

Harrington, H.J. Quality’s Footprints in Time. IBM Technical Report. TR 02,1064, September 20, 1983; p:7.

Hupal, A.F. Sağlıkta Kalite Standartlarına Yönelik Uygulamaların, Sağlık Çalışanlarının Kalite Algılarına Etkisi (Amasya Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği). İstanbul Esenyurt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.

Işık, T. Özel Hastanelerde Kalite Göstergelerinin Geçerliliği Üzerine Bir Araştırma. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı,

Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul.

İlhan O.O, İlhan, E.E. Tam Protezlerde Hasta Memnuniyetinin İzlenmesi. IV. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi. Poster Bildiriler, Ankara; 2013, s:129-140.

İnam, Ö, Koç-Tütüncü, S. Türkiye’de Sağlık Alanında Toplam Kalite Yönetimi Konusunda Yapılmış Tez Profillerinin İncelenmesi (2012-2016). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;(2):109-122. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/igusabder/issue/30932/293956>

İpekten, O.B, Kutlu, H.A. İktisadi ve idari Bilimler Dergisi, CW: 17 Ekim 2003 2003; sayı:3-4; 367-380.

Juran, J.M. Juran On Leadership For Quality. The Free Press, 1989.

Karahan, A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirilmesi Afyon Göğüs Hastanesinde Bir Uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2000, Afyon.

Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 1. Baskı, Siyasal Yayınevi, Ankara; 2000, s:18-56.

Kaya, C. Hastanelerin Kalite Direktörlerinin, Kalite Birim Çalışanlarının Ve Klinik Kalite Sorumlularının Kalite İndikatör Yönetimi Hakkındaki Görüşlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2021, Sivas.

Kayral, İ.H, Beylik, U. Kurumsal Yönetim Standartları Ağırlıklandırılmış Kalite Analizi. İşletme Araştırmaları Dergisi. 2016;8(1):208-222.

Kılçar, A.H. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Uygulamalarının Hastalar Tarafından Algılanması ve Bir Örnek. Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2013, Manisa.

Kıraç, R. Hastane Birim Sorumlularının Sağlıkta Ulusal Kalite Ve İndikatör Sistemine Bakışlarının Değerlendirilmesi (Konya Örneği). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Konya.

Kibar, E. Kalite Ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları (Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul.

Koç, K. Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Kalite Algılarının Belirlenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2022, Nevşehir.

Konaçoğlu, D. Hastanelerde Bilgi Yönetim Sistemlerinin Sağlık Bakanlığı Sağlık Kalite Standartları Yönünden Değerlendirilmesi. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Yönetimi, Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul.

Konca, İ. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartlarının Çalışan Motivasyonu Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi. İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2021, İstanbul.

Kömürcü N, Durmaz A, Bayram N, Koyucu R.G, Karaman Ö.E, Toker E. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Ve Modelleri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2014;7(1):95-114.

Küçük, O. Toplam Kalite Yönetimi, Sınırsız İyileşme EFQM Mükemmellik Modeli. Seçkin Yayıncılık, İşletme ve Finans, 3.Baskı, Ankara; 2016, s:1-344

Lovelock, Cristopher H. Services Marketing. Second Edition. Prentice Hall Inc; 1991:366.

Mohanta A. Oral Health 21st Century; An Emerging Challenge. EC Dental Science. 2017;8(1):12-14.

Oksay, A. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?-What Actually Is Quality In Healthcare? Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;8(14):181-192.

Özkan, A. Hasta Güvenliği Önlemlerinin Perinatal Kliniklere Uyarlanması ve Uygulama Rehberlerinin Geliştirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, İstanbul.

Özkan, E. Ağız Ve Diş Sağlığı Kliniği Çalışanlarının İş Güvenliğine İlişkin Algı Düzeylerinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Samsun.

Öztürk, Y.E, Kırac, R. Sağlık ve Hastalık. Scientific Developments, 2019;382.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Gösterge Yönetimi Rehberi (Sürüm 2.3), ISBN: 978-975-590-770-3 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1175, 1-260, 2023, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ADSH (Versiyon-3), 2017, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ADSH (Sürüm 4), 2023, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane (Versiyon-5), 2016, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 06.10.2010 tarihli ve 39939 sayılı “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması” yazısı. <http://dishekimligi.gantep.edu.tr/upload/files/di%C5%9Fhekimli%C4%9Fiyenidenyap%C4%B1land%C4%B1rmagenelgesi2.pdf> (Erişim Tarihi: 27.01.2023)

Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020 <https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/ekler/ADSM.pdf> (Erişim Tarihi: 27.01.2023)

Saracci, R. The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health. British Medical Journal, 1997;314:1409 (10 May).

Somunoğlu, S. Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi, Sağlık Kurumları Yönetimi-1. Eskişehir: Anadolu Üniv. Yayınları. 2012;7-20.

Şan-Sağır, F. Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Ölçüm Ve İzlenmesinde Gösterge Yönetimi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Ankara.

TDB, Mevzuat, 2017 https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Mevzuat_Dizisi/mevzuatdizisi_6.pdf (Erişim Tarihi: 27.01.2023)

Tengilimoğlu, D, Işık, O, Akbolat, M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 3. Baskı, Nobel Yayınevi, Ankara; 2011, s:71-380.

Tosun, Y. Sağlık Bakanlığına Bağlı Dal Hastanelerinde Birim Maliyet Analizi Denizli Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi Örneği. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul.

Tuncer-Hancı, S. Türkiye’deki Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Ağız Ve Diş Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi,

Diş Hekimliği Fakültesi, Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2021, Samsun.

Walton M. The Deming Management Method. Perigee Books, Putnam Publishing Group, NY, 1988.

WHO, Basic Documents. Fourty-First Edition, Geneva, 1996.

Yıldırım, K. Hasta Perspektifinden Sağlık Kuruluşlarındaki Süreç Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, İşletme Bölümü Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi Ve Pazarlama Bilim Dalı, Doktora Tezi, 2021.

Yıldız, B. Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans, 1. Baskı, Hiper yayın, İstanbul; 2019, s: 1-260.

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

Yılmaz, M. Kalite Yönetim Sistemlerinin Evrimi ve Toplam Kalite Yönetiminin Banknot Matbaası Genel Müdürlüğüne Uygulanabilirliği. Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Piyasalar Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Yeterlik Tezi, 2003, Ankara.

Yurtsal, K. Kamu Hastanelerinde Hizmet Kalitesi Ve Müşteri Memnuniyeti Algısı: Sivas-Yozgat İli Karşılaştırılması. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, 2020, Sivas.

Yurtseven, F.M. T.C. Sağlık Bakanlığı Tarafından Uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 5 (Sks-Hastane V5)'İN Efqm Mükemmellik Modeli (Efqm Mm) İle Karşılaştırılmasına Yönelik Durum Çalışması. Beykent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Yönetimi Bilim Dalı, Doktora Tezi, 2019, İstanbul.

Yüksel, O. Sağlık Bakanlığı Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Verimlilik Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2020, Isparta.

Zerenler M, Öğüt A. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007;18:501-519.



EKLER

EK-1 : Aydınlatılmış Onam

Sayın Katılımcı;

Bu araştırmada elde edilecek bilgiler, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programında Doç. Dr. İtir ERKAN Danışmanlığında, Yüksek Lisans Öğrencisi Yasemen KARATAŞ'ın “Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarındaki Kalite Çalışanlarının Kalite Gösterge Yönetimi Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi” başlıklı tez araştırmasında kullanılacaktır.

Çalışmanın amacı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde kalite çalışmalarında yer alan kalite çalışanlarının (kalite yönetim direktörleri, kalite birim sorumluları, kalite birim çalışanları, bölüm kalite sorumluları ve kalite gösterge sorumluları) kalite gösterge yönetimi konusundaki görüşlerinin belirlenmesidir. Araştırmanın Ağız ve Diş Sağlığı hizmet sunumu sağlayan kurumlarda Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde yer alan kalite göstergelerinin izlenmesine, değerlendirilmesine ve iyileştirme süreçlerine yönelik katkı sağlayacağı beklenmektedir. Bu alanda ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kamu kurumlarına yönelik çalışma yapılmamış olması çalışmamızı önemli kılmaktadır.

Bu anket çalışmasından elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak olup, amacının dışında herhangi bir kişi ya da kurumla paylaşılmayacaktır. Katılımın tamamen gönüllülük esaslı olduğu bu çalışma için gerekli izin ve onaylar alınmıştır. Sizden beklenen çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği açısından bu anket formunu samimiyetinizle yanıtlamanızdır. Anketin tamamlanma süresi ortalama 8-13 dakikanızı alacaktır. Değerli vaktinizi ayırarak çalışmamıza sunduğunuz katkınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yasemen KARATAŞ

Anket sorularına vereceğim cevapların araştırma amaçlı olarak kullanılması konusunda bilgilendirildim ve hiçbir baskı altında kalmadan elde edilen sonuçların anonim bir şekilde bilimsel yayınlarda kullanmalarını **kabul ediyorum.**

Tarih:

İmza:

XXXXXX

EK-2 : Demografik Veriler

DEMOGRAFİK BİLGİLER:

Aşağıdaki soruları durumunuza uygun şekilde cevaplayınız.

1- Cinsiyetiniz: Kadın ☐ Erkek ☐

2- Yaşınız: 25 yaş ve altı ☐ 26-35 yaş arası ☐ 36-45 yaş arası ☐ 46 yaş ve üstü ☐

3- Medeni Haliniz: Evli ☐ Bekar ☐

4- Eğitim Durumunuz:

Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora ☐

5- Meslekteki toplam çalışma süreniz

1 yıl ve altı ☐ 2-5 yıl arası ☐ 6-9 yıl arası ☐ 10 yıl ve üstü ☐

6- Şuan bulunduğunuz kurumdaki çalışma süreniz:

1 yıl ve altı ☐ 2-5 yıl arası ☐ 6-9 yıl arası ☐ 10 yıl ve üstü ☐

7- Kalite Çalışmalarıyla ilgili göreviniz:

Kalite Yönetim Direktörü ☐ Kalite Birim Sorumlusu ☐ Kalite Birim Çalışanı ☐ Bölüm Kalite Sorumlusu ☐ Kalite Gösterge Takip Sorumlusu ☐

8- Kalite çalışmalarıyla ilgili çalışma süreniz

1 yıl ve altı ☐ 2-5 yıl arası ☐ 6-9 yıl arası ☐ 10 yıl ve üstü ☐

9- Çalıştığınız Kurum

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ☐ Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ☐

10- Kalite ile ilgili eğitim aldınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

11- Kalite ile ilgili eğitim aldığınız kurum (10. Soruya cevabınız Evet ise yanıtlanacaktır) Kurum içi bilgilendirme eğitimi ☐

İl Sağlık tarafından düzenlenen eğitim ☐

Kongre/Sempozyum ☐

Özel Eğitim ☐

Diğer ☐ (Belirtiniz)



EK-3 : Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ)

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Kalite göstergeleriyle hasta bakım süreçlerinin uygunluğu değerlendirilir.	1	2	3	4	5
2	Kurumumuzda güvenilir ölçüm araçları kullanılır.	1	2	3	4	5
3	Kurumumuzda kalite ölçümünde araştırma yapılmasını destekleyen bir ortam vardır.	1	2	3	4	5
4	Kurumumuzda ölçümlere yönelik yazılı düzenlemeler bulunur.	1	2	3	4	5
5	Kalite iyileştirme çalışmalarında doğru yaptık mı? Sorusuna cevap bulunmaya çalışılır.	1	2	3	4	5
6	Kurumumuzda kalite ölçümleri bir ekip tarafından yapılır.	1	2	3	4	5
7	Kurumumuzda kalite iyileştirme çalışmaları kalite hedefleri dikkate alınarak uygulanır.	1	2	3	4	5
8	Çalışanlarımız hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığını kontrol etmede işbirliği yaparlar.	1	2	3	4	5
9	Belli aralıklarla belirlenen kalite göstergelerinin kullanılabilirliği değerlendirilir.	1	2	3	4	5
10	Bakım ve hizmet verilerimiz diğer hastanelerin verileri ile karşılaştırılır.	1	2	3	4	5
11	Kurumumuzda hasta bakım hizmetlerini iyileştirmede kalite ölçüm listeleri oluşturulur.	1	2	3	4	5
12	Olumsuz giden çalışmaların ölçümlerle düzeleceğini inanırım.	1	2	3	4	5
13	Kurumumuzun topluma rapor edilebilen temel ölçümleri vardır.	1	2	3	4	5
14	Yöneticilerimiz kalite değerlendirilmesinde görüşlerimizi alırlar.	1	2	3	4	5
15	Ölçmenin kalite iyileştirmenin temeli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
16	Kurumumuzda kalite göstergeleriyle hasta bakım sonuçları incelenir.	1	2	3	4	5
17	Kurumumuzda kaynakların erişim düzeyinin izlemesi kalite göstergeleriyle yapılır.	1	2	3	4	5
18	Kurumumuzda hasta bakım çıktılarına ilişkin girdiler değerlendirilir.	1	2	3	4	5
19	Kurumumuzda olabilecek en iyi bakım için teknolojiler kullanılır.	1	2	3	4	5
20	Kurumumuz kaynaklarının hazır bulunuşluğu kalite göstergeleriyle takip edilir.	1	2	3	4	5

21	Kalite gösterge yönetiminde tıbbi cihaz güvenliği değerlendirilir.	1	2	3	4	5
22	Kalite gösterge yönetiminde çalışan güvenliği değerlendirilir.	1	2	3	4	5
23	Kalite gösterge yönetiminde çevre güvenliği değerlendirilir.	1	2	3	4	5
24	Kalite gösterge yönetiminde tesis güvenliğini değerlendirilir.	1	2	3	4	5
25	Kalite gösterge yönetiminde hasta güvenliği değerlendirilir.	1	2	3	4	5
26	Kalite göstergeleri hedeflere ulaşma düzeyinin değerlendirilmesinde bir araçtır.	1	2	3	4	5
27	Hizmet planlamasına yönelik kararlar alabilmeyi kolaylaştırır.	1	2	3	4	5
28	Kalite hedeflerine uygun ölçme araçlarının geliştirilmesini sağlar.	1	2	3	4	5
29	Hizmetin kalitesini farklı açılardan yorumlayabilmeyi sağlar.	1	2	3	4	5
30	Hizmetin yürütülmesindeki sorunların çözümünde yöntem geliştirmeye yardımcı olur.	1	2	3	4	5
31	Çalışanlarımızın veri toplamasında gerekli kaynakları hazır halde bulundurulur.	1	2	3	4	5
32	Çalışanlarımız kalite gösterge yönetimi konularında eğitilirler.	1	2	3	4	5
33	Kurumumuzda her çalışanın yaptığı yazması anlayışı hakimdir.	1	2	3	4	5
34	Olay bildirimi için yeterli zamanım yoktur.	1	2	3	4	5
35	Kurumumuzda beklenen sonuçlardan sapmalar uygun şekilde kaydedilir.	1	2	3	4	5
36	Olay bildiriminde yöneticilerimiz tarafından desteklenirim.	1	2	3	4	5
37	Kayıtların hasta bakım sürekliliğini sağladığına inanırım.	1	2	3	4	5

EK-4 : İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
ve TEŞCİL BİRDİM
15/06/2022 22:23 - E-15916306 - 604.01.01 - 7183



Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Yasemen KARATAŞ'ın Yüksek
Lisans Tezi Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 30/05/2022 tarihli ve 71211201-E-70350156-300-16350 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazı ile Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemen KARATAŞ'ın "**Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarındaki Kalite Çalışanlarının Kalite Gösterge Yönetimi Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi**" başlıklı çalışmasını yazımızın dağıtım listesine ekli Müdürlüğümüze bağlı tüm Ağız Diş Hastaneleri ve Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinde yapma talebi Birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **09.06.2022 tarih ve 2022/12** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

EK-5 : Kalite İndikatör (Gösterge) Yönetimi Ölçeği (KİYÖ) ‘nin Kullanım İzni



Yasemen Karataş

Alıcı:

26 Oca 2022 Çar 23:28



Merhaba Ahmet Bey

Öncelikle kendimi tanıtayım. Ben İstanbul Beykoz Ağız ve Diş Merkezi Kalite Yönetim Direktörü Yasemen Karataş. Sağlık Yönetimi alanında yüksek lisans yapıyorum. "Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde kalite çalışanlarının kalite gösterge yönetimi konusundaki görüşlerinin incelenmesi" konulu tez çalışmam için yaptığım literatür taramaları sırasında sizin geliştirmiş olduğunuz ölçeğe rastladım. 2014 yılı V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı'nda yayınlanan "Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği Geliştirme Çalışması" adı altında geliştirdiğiniz Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeğinizi kendi tez çalışmamda kullanmak üzere izninizi rica ediyorum. Ölçeğin orjinal word halini, ölçek üzerinde yaptığınız geçerlilik ve güvenirlik analiz sonuçlarını tablolar halinde ve yine bu ölçek ile ilgili bana katkısı olacağını düşündüğünüz verileriniz varsa benimle paylaşırsanız çok sevinirim.

Çok değerli katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ediyorum. En kısa sürede sizden dönüş bekliyorum.

Sağlıklı günler diliyorum.



Ahmet Atasoy

Alıcı: ben

6 Eki 2022 19:27



Yasemen Karataş,
Geliştirdiğim "Kalite İndikatör Yönetimi Ölçeği"ni kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar diliyorum

Yasemen Karataş < >, 6 Eki 2022 Per, 13:23 tarihinde şunu yazdı:

