

HASTANE ÇALIŞANLARINA GÖRE HASTANE CERRAHİ VE DAHİLİ POLİKLİNİKLERİNİN JCI AKREDİTASYON STANDARTLARINA UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ*

ACCORDING TO HOSPITAL STAFF EVALUATION OF HOSPITAL SURGICAL AND INTERNAL POLYCLINICS APPROPRIATENESS TO JCI ACCREDITATION STANDARDS

Dr. Nurcan COŞKUN US¹

Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN²

ÖZET

Çalışmanın amacı, hastane çalışanlarına göre hastane cerrahi ve dahili polikliniklerinin JCI Akreditasyon Standartlarına uygunluğunun değerlendirilmesidir. Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bağımsız değişkenler yer almaktadır. İkinci bölüm için hastane çalışanlarına uygulanan anketin hazırlanmasında "JCI Ayaktan Bakım Alan İncelemesi Standartları" 83 soruluk maddeden yararlanılmıştır. Bu sorular Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Uzman görüşleri alınarak 25 maddeye düşürülmüştür. Çalışmada, anketi değerlendirenlerin ifadelerine vermiş olduğu skorlar 5'li likert yöntemi ile değerlendirilmiştir. Polikliniklerden eşit sayıda kullanılabilir 13 anket çalışmaya alınarak araştırma yöntemleri açısından yansızlık ortaya konulmuştur. Çalışma Ağustos 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 400 yataklı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi ve dahili poliklinik çalışanları (n=411) oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup, %91,73 (n=377) hastane çalışanına ulaşılabilmektedir.

Çalışmada kullanılan anketteki toplam 25 maddenin cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,955 olarak bulunmuştur. Çalışmada elde edilen veriler SPSS for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların öğrenim durumuna, görevine, kadro durumuna, kurumda çalışma süresine göre algıladıkları JCI akreditasyon standartlarına uygunluk değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları, gelecekteki çalışmalara yol göstereceği ve ayrıca sağlık politikası yöneticilerine rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, JCI, Kalite, Akreditasyon, Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon.

JEL Sınıflandırma Kodları: I11, I15, I18, I19, M12.

ABSTRACT

The aim of this research, according to hospital staff, evaluation of hospital surgical and internal polyclinics appropriateness to JCI accreditation standards. In this research, questionnaire method was used. Questionnaire has two parts. In the first part, independent variables were featured. In the second part, for preparation of the questionnaire applied to researchers, quality unit employees and hospital staff involved in the research, 83 items were created through "JCI Outpatient Care Area Review Standards". These questions have been translated to Turkish. By seeking the opinion of expert, it was reduced to 25 items. In the research, participants scores were evaluated by 5-likert type scale. It was presented in terms of researching methods objectivity by picking

* Bu çalışma Nurcan COŞKUN US'un "Hastane Cerrahi ve Dahili Polikliniklerinin JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi" isimli tezinden türetilmiştir.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nurcan_coskun@yahoo.com

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, elifdikmetas@hotmail.com

applicable equal number of questionnaires from polyclinics. The research was conducted between August 2014-February 2015. Research population constitute surgical and internal polyclinics employees (n=411) from 400-bed Samsun Training and Research Hospital. In the research, any sample was selected and %91,73 (n=377) of hospital staff could be reached.

Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.955 of 25 items in questionnaire were found highly reliable. The data obtained were analyzed using SPSS for Windows 21.0 program. In terms of education level, duty, personel status and experience, significant differences were found between employees appropriateness assessment to JCI accreditation standards. It is thought that the results of the research will lead to future researches and findings of the research are expected to provide guidance to health policy administrators.

Keywords: Health Services, JCI, Quality, Accreditation, Health Services Accreditation.

JEL Classification Codes: I11, I15, I18, I19, M12.

1. KALİTE VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Kalite, geçmişten günümüze önemli rekabet aracı olarak değerlendirilmekte ve mal veya hizmet üreten işletmeler için stratejik önem teşkil etmektedir (Eroğlu, 2000: 199). İçinde bulunduğumuz yüzyılda sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel alanlarda yaşamımızı etkileyen en değerli kavram olarak değerlendirilmektedir (Aslantekin vd., 2007: 56). Kalite kavramının genel olarak tanımı; müşterilerin, mal ve hizmetlerden beklendiklerinin karşılanması ve beklentilerinin daha fazlasının verilmesi şeklindedir (Koçel, 2013: 374).

Kalite, müşteri istek ya da beklentilerinin karşılanmasıdır. Bu tanım, müşteri beklenti ve algılayışlarının odak noktası olarak kabul ettiğinin göstergesidir. Bir ürün ya da hizmetin daha önceden belirlenen ve ortaya çıkabilecek ihtiyaçları karşılamasına dayalı özelliklerin tamamı kalitenin varlığının göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Küçük vd., 2015: 563). Pazarlama bakış açısıyla bir hizmetin kaliteli olduğunun göstergesi; müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması olarak düşünülmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 469).

Sağlık hizmetleri sistemindeki öğelerin tamamı bireylerin hastalanmadan önceki sağlıklarını güvence altına almak için koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ile başlayan ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile devam etmekte olan iç içe geçmiş hizmetler bütünüdür sunumu ile gerçekleşmektedir. Hedef toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı hallerini sürdürebilmelerini sağlamak, hastalanmaları durumunda en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını temin edilmesi sistemin temel amacıdır (Yurtsever, 2013: 103). Sağlık hizmetlerinin kalitesi verilen hizmetin kalitesi ile doğrudan bağlantılıdır (Majeed vd., 2014: 113). Sağlık hizmetleri, hayati öneme sahip olan ve hata kabul etmeyen bir hizmet alanıdır. Birçok kamu hizmetiyle karşılaştırıldığında, sağlık hizmetlerinin üzerinde en fazla hassasiyetle durulması gereken hizmet alanı olduğu gerçeği ortaya çıkmakta ve sağlık hizmetlerinin olabildiğince yüksek kalitede üretilmesi kaçınılmaz bir sorumluluk olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldırım, 2014: 458). Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumunun ne olduğunu açıklamak ve standartlar oluşturmak çok zordur. Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı, "uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması" olarak tanımlanmıştır (Yurtsever, 2013: 103).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi konusundaki güncel çalışmalar, ideal kaliteli sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmek için dört temel ilke üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu ilkeler; hastanın ve toplumun beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak, sistemlere ve işleyişe odaklanmış bir şekilde çalışmak, hizmet sunumuna dair işlemleri analiz etmeyi sağlayan verilerden yararlanmak ve kalitenin geliştirilmesi ve problemlerin çözümüne dair takım çalışmasını teşvik etmektir (Arpat vd., 2014: 315). Sağlık hizmetinin kalitesi, sunulan hizmetin bilimsel standartlara (teknik kaliteye) uygunluk derecesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Devebakan, 2006: 130). Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, varlıklarını sürdürebilmek ve artan rekabet şartlarına uyum sağlayabilmek için hizmet farklılaşmalarıyla hizmet kalitesine verdikleri önem daha da artmıştır. Kaliteli hizmet sunumu, rakiplere karşı kullanılan stratejik yöntem olmuştur. Sıfır hata noktasına ulaşmak için hizmet mükemmelliğinin şart olması nedeniyle sunulan hizmetin kalitesinin artırılmasına önem verilmektedir (Tarım, 2002: 16). Sağlık bakım gereksinimindeki değişiklikler, sağlık hizmetinden faydalananların tutumlarındaki değişimler (Tatar vd., 2003: 5) ve sağlık harcamalarındaki artışlar, sağlık hizmetinin sunumunda farklı bakış açısının kazandırılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Akçakanat vd., 2015: 85).

2. AKREDİTASYON VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE AKREDİTASYON

Akreditasyon, bir organizasyonun, programın veya grubun standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi işlemdir (Bohigas vd., 1996: 583). Akreditasyon dünya çapında, gelişme için güçlü ve etkili değerlendirme aracı olarak önem kazanmıştır. Bu nedenle de birçok ülkede ve farklı sektörlerde akreditasyon kuruluşları oluşturulmuştur (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007: 54).

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon, yönetim ve kalite kontrolünü sürekli kalite gelişimi prensiplerini temel alan önemli bir terim olarak değerlendirilmektedir. (Türkeli, 2015: 114). Akreditasyon, “sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanan ve kuruluşun organizasyon ve hasta odaklılığını karşılayıp karşılamadığının müstakil ve bağımsız bir kuruluş tarafından değerlendirildiği süreç” olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 187). Önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, genel kabul gören tüzel kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi süreç ile sağlık kuruluşunun değerlendirmesinin yapılmasıyla gerçekleşmektedir (Türkeli, 2015: 114). Akreditasyon belgesi, sağlık kuruluşunun belirli bir standartta hizmet verdiğinin göstergesi olmaktadır (Kostak, 2007: 126). Literatürde sağlık kurumları işletim sistemlerinde doğru teşhis ve tedaviyi ölçülebilir ve iyileştirilebilir kriterlerin ele alınması akreditasyon ile sağlanacağı öngörülmüştür (Aslantekin vd., 2007: 63).

3. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI) AKREDİTASYONU

Uluslararası alanda akreditasyon belgesine sahip olan sağlık kuruluşu, tedavi amacıyla ülkesi dışına çıkacak hasta için sağlık kuruluşunu seçmesinde büyük önem arz etmektedir. Medikal turizmden pay almayı hedefleyen sağlık kuruluşu için uluslararası alanda alınan bir akreditasyon belgesi, o sağlık kuruluşunun belirli bir standartta hizmet verdiğinin göstergesi olmaktadır. Günümüzde sağlık kuruluşlarını akredite eden en saygın kuruluşlardan birisi JCI (Joint Commission International)'dır (Birdir ve Buzcu, 2014: 3). Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi, güvenlik ve kalitenin artırılması, performans iyileştirmesinin gerçekleştirilmesi için akreditasyon vermektedir. JCAHO tarafından hastanelerin belli performans ve kalite kriterlerini karşılayabilmelerini sağlamak amacıyla standartlar tanımlanmakta ve bu standartlar hastanelerin sürekli iyileştirme ve geliştirme faaliyeti içerisinde bulunmasına imkan sağlamaktadır (Yıldız ve Demirörs, 2008: 48).

Kaliteli hizmet sunma çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız dış kuruluş tarafından belgelenmesi ihtiyacını doğurmuştur. JCI, bu amaçla kurulmuştur. JCI, uluslararası alanda akreditasyon hizmeti sağlayarak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmayı amaçlamıştır. JCI akreditasyonu, sağlık kuruluşlarının sağladığı hizmeti standartlara dayalı olarak denetlemektedir (Öztürk vd., 2014: 180).

JCI akreditasyon standartlarından ilki, hasta merkezli standartlardır. Bunlar;

- Uluslar arası hasta güvenliği hedefleri,
- Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği,
- Hasta ve aile hakları,
- Hastaların değerlendirilmesi,
- Hastaların bakımı,
- Anestezi ve cerrahi bakım,
- İlaçla tedavi yönetimi ve kullanımı,
- Hasta ve aile eğitimi'dir.

JCI örgütünün sağlık bakım kurumu yönetim standartlarına yer verilmiştir. Bu standartlar;

- Kalite iyileştirme ve hasta güvenliği,
- Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü,
- Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme,

- Tesis yönetimi ve güvenliği,
- Personel nitelikleri ve eğitimi,
- Bilgi yönetimi'dir.

JCI Ayaktan Bakım Alanı Akreditasyon Standartları ise;

- Uluslar arası Hasta Güvenliği Hedefleri,
- Hasta Erişim ve Değerlendirme,
- Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği,
- Hasta Bakım ve Bakım Sürekliliği,
- Hasta Kayıt ve Bilgi Akışı,
- Anestezi ve Cerrahi Bakım,
- Enfeksiyon Kontrol ve Tesis Güvenliği,
- Tesis Yönetimi ve Güvenlik,
- İnsan Kaynakları Yönetimi,
- Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme,
- Kurumsal ve Klinik Etik'tir.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

Hastane Cerrahi ve Dahili Polikliniklerinin JCI Akreditasyon Standartlarına uygunluğunun hastane çalışanlarına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Poliklinik hizmetlerinin niteliğini güvence altına alacak olması gereken standartlar nelerdir?, Poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesinde var olan uluslararası standartlar yol gösterici midir?, Poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesinde var olan uluslararası standartlara uygunluk derecesi nedir? soruları, bu çalışmanın problem cümlelerini oluşturmaktadır. Çalışmanın evrenini 400 yataklı Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi ve dahili poliklinik çalışanları (n=411) oluşturmaktadır. Samsun ilinde Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı en büyük hastane olması nedeniyle Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi evren olarak seçilmiştir.

Hastane personel işleri idari biriminden alınan bilgilere göre poliklinik çalışan sayısı; hekim, hemşire, tıbbi sekreter ve diğer sağlık personelleri olmak üzere toplam 411 kişidir. Bu çalışmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş olup, çalışmaya katılmayı istememe, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olma gibi sebeplerle hastane çalışanlarının %91,73'üne (n=377) ulaşılmıştır. Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik değişkenler yer almaktadır. İkinci bölüm için hastane çalışanlarına uygulanan anketin hazırlanmasında "JCI Ayaktan Bakım Alan İncelemesi Standartları" (Joint Commission International Accreditation Ambulatory Care Standards, 2014) 83 soruluk maddeden yararlanılmıştır. Bu sorular Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Çalışma poliklinikte yapılıyor olunması nedeniyle anket sorularının uzunluğu cevaplamama riskini artıracığından uzman görüşleri alınarak 25 maddeye düşürülmüştür.

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi poliklinikleri; Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Göz Hastalıkları, Kalp Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Üroloji'de ve Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahili poliklinikleri; Acil, Çocuk Hastalıkları, Dermatoloji, Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Gastroenteroloji, Endokrinoloji, Hematoloji, Tıbbi Onkoloji, Nefroloji, Kardiyoloji, Nöroloji, Nükleer Tıp, Psikiyatri, Romatoloji, Radyasyon Onkolojisi, Radyoloji ve Radyodiagnostik'te anket uygulaması yapılmıştır.

Çalışmada polikliniklerde çalışan sayısı ağırlığına göre, katılımcıların alınmasına dikkat edilmiştir. Türkiye'de polikliniklerde çalışan sayıları dağılımları incelendiğinde her poliklinikte neredeyse eşit sayıda çalışanın olduğu

bilinmektedir. Bu bilgiler ışığında polikliniklerden eşit sayıda kullanılabilir 13 anket çalışmaya alınarak araştırma yöntemleri açısından yansızlık ortaya konulmuştur. Çalışma, Ağustos 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmada ankete katılan personel arasında taşeron çalışanlar da (n=87) bulunmaktadır. Taşeron çalışanlar, iş kaybı endişesi taşımaktadır. Bu nedenle anket sorularına vermiş oldukları puanların doğru olduğu varsayılarak çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Uygulamalar, bizzat araştırmacı tarafından yapılmıştır. Daha güvenilir sonuçların elde edilebilmesi için katılımcılara çalışmanın konusu ve amacı ile ilgili yönlendirici olmayan açıklamalar yapılmış ve soruların içtenlikle cevaplandırılması için en uygun koşullar oluşturulmaya çalışılmıştır.

Anketin alt boyutları uzmanlar tarafından;

- Etkin iletişimin iyileştirilmesi,
- Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi,
- Doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması,
- Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması,
- Hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması,
- Hasta erişim ve değerlendirme,
- Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği,
- Hasta bakım ve bakım sürekliliği,
- Hasta kayıt ve bilgi akışı,
- Anestezi ve cerrahi bakım,
- Enfeksiyon kontrol ve tesis,
- Tesis yönetimi ve güvenlik,
- İnsan kaynakları yönetimi,
- Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme,
- Kurumsal ve klinik etik,
- Genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk boyutlarına verdikleri önem dereceleri olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmanın teorik bölümünde ele alınan konular doğrultusunda ve çalışmanın amacına bağlı aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur.

A. Çalışanların genel olarak;

- A1. Etkin iletişimin iyileştirilmesi,
- A2. Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi,
- A3. Doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması,
- A4. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması,
- A5. Hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması,
- A6. Hasta erişim ve değerlendirme,
- A7. Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği,
- A8. Hasta bakım ve bakım sürekliliği,
- A9. Hasta kayıt ve bilgi akışı,
- A10. Anestezi ve cerrahi bakım,

- A11. Enfeksiyon kontrol ve tesis,
- A12. Tesis yönetimi ve güvenlik,
- A13. İnsan kaynakları yönetimi,
- A14. Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme,
- A15. Kurumsal ve klinik etik,
- A16. Genel JCI Akreditasyon Standartlarına uygunluğuna yönelik değerlendirmesi;
 - a. Çalışanların eğitim düzeyine,
 - b. Çalışanların görevine,
 - c. Çalışanların kadro durumuna,
 - d. Çalışanların kurumda çalışma süresine göre farklılık göstermektedir.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort), standart sapma (s.s.) kullanılmıştır.

Çalışmada, anketi değerlendirenlerin her bir ifadeye ne ölçüde katılıp katılmadıkları 5’li likert tipi ölçek yöntem ile ölçülmüştür. İfadelere verilen skorlar katılım derecesi “1 = hiçbir zaman katılmıyorum”, “2 = katılmıyorum”, “3 = orta düzeyde katılıyorum”, “4 = katılıyorum”, “5 = her zaman katılıyorum” arasında değişmektedir. Analizde boş bırakılan şık, “fikrim yok” olarak değerlendirilmiş ve hesaplama katılmamıştır.

Verilerin normal dağılımlı anakütleden geldiği test edilmiştir. Denek sayısı $n \geq 30$ ise parametrik testler ile, denek sayısı $n < 30$ ise non-parametrik testler ile değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) ANOVA testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey Post Hoc testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Güvenirlik analizi için Cronbach Alfa katsayısı kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Testlerin analizinde p değerinin 0,05’ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada kullanılan anketteki toplam 25 maddenin güvenilirlik katsayısı 0,955 olarak bulunması nedeniyle ölçek yüksek derece güvenilir bulunmuştur.

Çalışmanın geçerliliği için anket uygulamasına geçmeden önce konu hakkında bilgi sahibi olan kişilerle görüşülmüştür. Uzman görüşüyle kapsam geçerliliği sağlanan ankette tek sorudan oluşan bazı faktörler ile birlikte son halini almasından dolayı ankete faktör analizi uygulanmamıştır. Çalışmada uzmanların belirlediği faktörler incelenmiştir. Ayrıca Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde 36 hastane çalışanına birebir ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadaki anket sorularının cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,969 olarak bulunmuştur. Alınan geri bildirim sonucunda danışman öğretim üyeleri ve alan uzmanları tarafından incelendikten sonra veri toplama aracına son şekli verilmiştir.

5. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, çalışmaya katılan hastane çalışanlarından anket yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	205	54,4
	Erkek	172	45,6
	Toplam	377	100,0
Yaş	30 ve altı	40	10,6
	31-35	96	25,5
	36-40	109	28,9
	41-45	70	18,6
	46 ve üstü	62	16,4
	Toplam	377	100,0
Medeni Durum	Bekar	63	16,7
	Evli	314	83,3
	Toplam	377	100,0
Öğrenim Durumu	Lise	92	24,4
	Önlisans	45	11,9
	Lisans	44	11,7
	Yüksek Lisans	60	15,9
	Doktora	136	36,1
	Toplam	377	100,0
Görevi	Hekim	206	54,6
	Hemşire	42	11,1
	Tıbbi Sekreter	96	25,5
	Diğer Sağlık Personeli	33	8,8
	Toplam	377	100,0
Kadro Durumu	Kadrolu	278	73,7
	Sözleşmeli	12	3,2
	Firma Personeli	87	23,1
	Toplam	377	100,0
Mesleki Kıdemi (yıl)	1-7	59	15,6
	8-14	134	35,6
	15-21	120	31,8
	22 ve üstü	64	17,0
	Toplam	377	100,0
Kurumda Çalışma Süresi (yıl)	0-4	116	30,8
	5-9	119	31,6
	10-14	83	22,0
	15 ve üstü	59	15,6
	Toplam	377	100,0
Aylık Ortalama Kişisel Geliri	2500 TL ve Altı	128	34,0
	2501-5000 TL	93	24,7
	5001-7500 TL	59	15,6
	7501-10000 TL	97	25,7
	Toplam	377	100,0

Katılımcıların %54,4 (n=205)'ü kadındır. Katılımcıların %10,6 (n=40)'sı 30 yaş ve altı, %25,5 (n=96)'i 31-35 yaş, %28,9 (n=109)'u 36-40 yaş, %18,6 (n=70)'sı 41-45 yaş, %16,4 (n=62)'ü 46 yaş ve üstü olarak dağılmaktadır. Medeni duruma göre katılımcıların %16,7 (n=63)'si bekar, %83,3 (n=314)'ü evli olarak dağılmaktadır. Öğrenim durumları açısından katılımcıların %24,4 (n=92)'ü lise, %11,9 (n=45)'ü önlisans, %11,7 (n=44)'si lisans, %15,9 (n=60)'u yüksek lisans ve %36,1 (n=136)'i doktora mezundur. Katılımcıların %54,6 (n=206)'sı hekim, %11,1 (n=42)'i hemşire, %25,5 (n=96)'i tıbbi sekreter, %8,8 (n=33)'i diğer sağlık personelidir. Katılımcıların %73,7 (n=278)'si kadrolu, %3,2 (n=12)'si sözleşmeli, %23,1 (n=87)'i firma personeli olarak dağılmaktadır. Katılımcıların mesleki kıdemleri %15,6 (n=59)'sı 1-7 yıl, %35,5 (n=134)'i 8-14 yıl, %31,8 (n=120)'i 15-21 yıl, %17,0 (n=64)'i 22 yıl ve üstü olarak dağılmaktadır. Katılımcıların %30,8 (n=116)'i 0-4 yıl, %31,6 (n=119)'sı 5-9 yıl, %22,0 (n=83)'i 10-14 yıl ve %15,6 (n=59)'sı 15 yıl ve üstü kurumlarında çalışmaktadır. Katılımcıların %34,0 (n=128)'inin 2500 TL ve altı, %24,7 (n=93)'sinin 2501-5000 TL, %15,6 (n=59)'sının 5001-7500 TL ve %25,7 (n=97)'sinin 7501-10000 TL aylık gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına uygunluk değerlendirmelerinin ortalamaları Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk Değerlendirmelerinin Ortalamaları

Alt Boyutlar	n	Ort	ss
Etkin İletişimin İyileştirilmesi	377	3,609	0,785
Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi	377	3,744	0,905
Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Güvence Altına Alınması	377	4,374	0,878
Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması	377	4,393	0,857
Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması	377	4,093	0,896
Hasta Erişim ve Değerlendirme	377	3,438	1,022
Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği	377	3,708	0,841
Hasta Bakım ve Bakım Sürekliliği	377	3,464	1,013
Hasta Kayıt ve Bilgi Akışı	377	3,432	0,952
Anestezi ve Cerrahi Bakım	377	3,501	0,887
Enfeksiyon Kontrol ve Tesis	377	3,784	0,966
Tesis Yönetimi ve Güvenlik	377	3,907	1,160
İnsan Kaynakları Yönetimi	377	2,759	1,208
Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme	377	3,531	1,008
Kurumsal ve Klinik Etik	377	3,557	0,844
Genel JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk	377	3,686	0,679

Katılımcıların JCI akreditasyon standartlarına uygunluk düzeylerinin ortalamaları incelendiğinde, “sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması” ifadesine (4,393±0,857); “doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması” ifadesine (4,374±0,878); “hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması” ifadesine (4,093±0,896); “tesis yönetimi ve güvenlik” ifadesine (3,907±1,160); “enfeksiyon kontrol ve tesis” ifadesine (3,784±0,966); “yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi” ifadesine (3,744±0,905); “bakıma erişim ve bakımın sürekliliği” ifadesine (3,708±0,841); “genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk” ifadesine (3,686±0,679); “etkin iletişimin iyileştirilmesi” ifadesine (3,609±0,785); “kurumsal ve klinik etik” ifadesine (3,557±0,844); “üst yönetim, liderlik ve yönlendirme” ifadesine (3,531±1,008); “anestezi ve cerrahi bakım” ifadesine (3,501±0,887); “hasta bakım ve bakım sürekliliği” ifadesine (3,464±1,013); “hasta erişim ve değerlendirme” ifadesine (3,438±1,022); “hasta kayıt ve bilgi akışı” ifadesine (3,432±0,952); “insan kaynakları yönetimi” ifadesine (2,759±1,208) değerlendirme yaptıkları görülmektedir. Katılımcıların JCI akreditasyon standartlarına uygunluk düzeylerinin ortalamaları incelendiğinde en fazla katıldıkları alt boyut, “sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması” (4,393±0,857) iken, en az katıldıkları alt boyut “insan kaynakları yönetimi” (2,759±1,208) olmuştur.

Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına uygunluk düzeylerinin eğitim durumuna göre değerlendirmeleri Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk Düzeylerinin Öğrenim Durumuna Göre Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Grup	n	ort	ss	F	p*	Fark
Etkin İletişimin İyileştirilmesi	Lise	92	3,707	0,699	1,284	0,276	Fark yoktur
	Önlisans	45	3,548	0,616			
	Lisans	44	3,500	0,846			
	Yüksek Lisans	60	3,467	0,835			
	Doktora	136	3,662	0,842			
Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi	Lise	92	3,891	0,811	1,524	0,195	Fark yoktur
	Önlisans	45	3,600	0,908			
	Lisans	44	3,727	0,918			
	Yüksek Lisans	60	3,567	0,904			
	Doktora	136	3,776	0,952			
Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Güvence Altına Alınması	Lise	92	4,500	0,791	2,296	0,059	Fark yoktur
	Önlisans	45	4,256	0,654			
	Lisans	44	4,182	0,883			
	Yüksek Lisans	60	4,192	0,879			
	Doktora	136	4,471	0,973			
Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması	Lise	92	4,500	0,655	2,547	0,039	1 > 4 5 > 4
	Önlisans	45	4,311	0,733			
	Lisans	44	4,250	0,781			
	Yüksek Lisans	60	4,150	0,880			
	Doktora	136	4,500	0,996			

Alt Boyutlar	Grup	n	ort	ss	F	p*	Fark
Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması	Lise	92	4,261	0,768	4,237	0,002	1 > 4 5 > 4
	Önlisans	45	4,000	0,739			
	Lisans	44	3,932	0,846			
	Yüksek Lisans	60	3,750	0,876			
	Doktora	136	4,213	0,999			
Hasta Erişim ve Değerlendirme	Lise	92	3,685	0,864	2,700	0,030	1 > 5
	Önlisans	45	3,378	1,029			
	Lisans	44	3,614	0,970			
	Yüksek Lisans	60	3,300	1,139			
	Doktora	136	3,294	1,055			
Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği	Lise	92	4,207	0,704	14,598	0,000	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Önlisans	45	3,778	0,795			
	Lisans	44	3,727	0,694			
	Yüksek Lisans	60	3,517	0,854			
	Doktora	136	3,427	0,831			
Hasta Bakım ve Bakım Sürekliliği	Lise	92	3,848	0,851	5,875	0,000	1 > 4 1 > 5
	Önlisans	45	3,378	1,029			
	Lisans	44	3,591	0,972			
	Yüksek Lisans	60	3,150	1,117			
	Doktora	136	3,331	1,004			
Hasta Kayıt ve Bilgi Akışı	Lise	92	3,902	0,712	9,076	0,000	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Önlisans	45	3,289	0,727			
	Lisans	44	3,114	0,970			
	Yüksek Lisans	60	3,167	0,960			
	Doktora	136	3,382	1,040			
Anestezi ve Cerrahi Bakım	Lise	92	3,924	0,642	9,453	0,000	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Önlisans	45	3,489	0,635			
	Lisans	44	3,455	0,798			
	Yüksek Lisans	60	3,100	0,892			
	Doktora	136	3,412	1,014			
Enfeksiyon Kontrol ve Tesis	Lise	92	4,196	0,703	6,559	0,000	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Önlisans	45	3,722	0,743			
	Lisans	44	3,546	0,975			
	Yüksek Lisans	60	3,517	0,939			
	Doktora	136	3,721	1,107			
Tesis Yönetimi ve Güvenlik	Lise	92	3,957	1,058	2,845	0,024	5 > 3
	Önlisans	45	3,889	0,859			
	Lisans	44	3,477	1,285			
	Yüksek Lisans	60	3,733	1,326			
	Doktora	136	4,096	1,160			
İnsan Kaynakları Yönetimi	Lise	92	3,065	1,014	3,055	0,017	1 > 2
	Önlisans	45	2,378	1,284			
	Lisans	44	2,591	1,468			
	Yüksek Lisans	60	2,633	1,221			
	Doktora	136	2,787	1,170			
Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme	Lise	92	3,902	0,826	5,462	0,000	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Önlisans	45	3,400	0,837			
	Lisans	44	3,227	1,159			
	Yüksek Lisans	60	3,283	0,904			
	Doktora	136	3,529	1,095			
Kurumsal ve Klinik Etik	Lise	92	3,996	0,789	10,612	0,000	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Önlisans	45	3,427	0,638			
	Lisans	44	3,305	0,992			
	Yüksek Lisans	60	3,240	0,774			
	Doktora	136	3,525	0,809			
Genel JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk	Lise	92	3,978	0,536	7,470	0,000	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Önlisans	45	3,588	0,538			
	Lisans	44	3,535	0,722			
	Yüksek Lisans	60	3,441	0,667			
	Doktora	136	3,677	0,734			

1= Lise, 2=Önlisans, 3=Lisans, 4=Yüksek Lisans, 5=Doktora olarak kodlanmıştır.

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Katılımcıların sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A4a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=2,547$; $p=0,039<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması alt boyutuna yönelik lise mezunlarının puanları ($4,500\pm 0,655$), sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından ($4,150\pm 0,880$) yüksek bulunmuştur. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması alt boyutu doktora mezunlarının puanları ($4,500\pm 0,996$), sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından ($4,150\pm 0,880$) yüksek bulunmuştur. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması lise mezunlarının puanları ile doktora mezunlarının puanlarının eşit olması; poliklinik hizmetlerinde yoğunluklu olarak tıbbi sekreter meslek grubu ve hekim meslek grubu hizmet sunmaktadırlar. Çoğunlukla tıbbi sekreter meslek grubu lise mezuniyetine ve hekim meslek grubu doktora mezuniyetine sahiptir. Sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılmasına yönelik değerlendirmeyi hastayı ilk karşılayan ve değerlendirenlerin tıbbi sekreter ve hekim olduğu düşünülürse birbirine yakın değerlendirme yapmış olmaları gereken hassasiyetin yeterince gösterildiğinin kanıtı olarak düşünülebilir.

Katılımcıların hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A5a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=4,237$; $p=0,002<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutu lise mezunlarının puanları ($4,261 \pm 0,768$), hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından ($3,750\pm 0,876$) yüksek bulunmuştur. Hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutu doktora mezunlarının puanları ($4,213\pm 0,999$), hastane çalışanlarının hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından ($3,750\pm 0,876$) yüksek bulunmuştur. Hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutunu azalan sırasıyla; lise, doktora, önlisans, lisans, yüksek lisans mezunları katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Lise ve doktora mezunlarının puanları birbirine oldukça yakındır.

Katılımcıların hasta erişim ve değerlendirme puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A6a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=2,700$; $p=0,030<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hasta erişim ve değerlendirme alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,685\pm 0,864$), hasta erişim ve değerlendirme doktora mezunlarının puanlarından ($3,294\pm 1,055$) yüksek bulunmuştur. Hasta erişim ve değerlendirme alt boyutunu en yüksek uygunluk değerlendirmesini lise mezunları yaparken, en düşük uygunluk değerlendirmesini doktora mezunları yapmışlardır.

Katılımcıların bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A7a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=14,598$; $p=0,000<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutu lise mezunlarının puanları ($4,207\pm 0,704$), bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutu önlisans mezunlarının puanlarından ($3,778\pm 0,795$) yüksek bulunmuştur. Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutu lise mezunlarının puanlarından ($4,207\pm 0,704$), bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutu lisans mezunlarının puanlarından ($3,727\pm 0,694$) yüksek bulunmuştur. Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutu lise mezunlarının puanları ($4,207\pm 0,704$), bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından ($3,517\pm 0,854$) yüksek bulunmuştur. Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutu lise mezunlarının puanları ($4,207\pm 0,704$), bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutu doktora mezunlarının puanlarından ($3,427\pm 0,831$) yüksek bulunmuştur. Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutunu en yüksek uygunluk değerlendirmesini lise mezunları yaparken, en düşük uygunluk değerlendirmesini doktora mezunları yapmışlardır.

Katılımcıların hasta bakım ve bakım sürekliliği puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A8a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=5,875$; $p=0,000<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi

yapılmıştır. Hasta bakım ve bakım sürekliliği alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,848±0,851), hasta bakım ve bakım sürekliliği alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından (3,150±1,117) yüksek bulunmuştur. Hasta bakım ve bakım sürekliliği alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,848±0,851), hasta bakım ve bakım sürekliliği alt boyutu doktora mezunlarının puanlarından (3,331±1,004) yüksek bulunmuştur. Hasta bakım ve bakım sürekliliği alt boyurunu lise ve lisans mezunları orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların hasta kayıt ve bilgi akışı puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A9a** hipotezi kabul edilmiştir (F=9,076; p=0,000<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,902±0,712), hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutu önlisans mezunlarının puanlarından (3,289±0,727) yüksek bulunmuştur. Hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,902±0,712), hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutu lisans mezunlarının puanlarından (3,114±0,970) yüksek bulunmuştur. Hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,902±0,712), hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından (3,167±0,960) yüksek bulunmuştur. Hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,902±0,712), hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutu doktora mezunlarının puanlarından (3,382±1,040) yüksek bulunmuştur. Hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutunu uygunluk değerlendirmesini orta düzeyin üstünde katılarak en yüksek değerlendirmeyi lise mezunları yapmışlardır.

Katılımcıların anestezi ve cerrahi bakım puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A10a** hipotezi kabul edilmiştir (F=9,453; p=0,000<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Anestezi ve cerrahi bakım alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,924±0,642), anestezi ve cerrahi bakım alt boyutu önlisans mezunlarının puanlarından (3,489±0,635) yüksek bulunmuştur. Anestezi ve cerrahi bakım alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,924±0,642), anestezi ve cerrahi bakım alt boyutu lisans mezunlarının puanlarından (3,455±0,798) yüksek bulunmuştur. Anestezi ve cerrahi bakım alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,924±0,642), anestezi ve cerrahi bakım alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından (3,100±0,892) yüksek bulunmuştur. Anestezi ve cerrahi bakım alt boyutu lise mezunlarının puanları (3,924±0,642), anestezi ve cerrahi bakım alt boyutu doktora mezunlarının puanlarından (3,412±1,014) yüksek bulunmuştur. Anestezi ve cerrahi alt boyutunu en yüksek uygunluk değerlendirmesini lise mezunları yaparken, en düşük uygunluk değerlendirmesini yüksek lisans mezunları yapmışlardır.

Katılımcıların enfeksiyon kontrol ve tesis puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A11a** hipotezi kabul edilmiştir (F=6,559; p=0,000<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutu lise mezunlarının puanları (4,196±0,703), enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutu önlisans mezunlarının puanlarından (3,722±0,743) yüksek bulunmuştur. Enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutu lise mezunlarının puanları (4,196±0,703), enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutu lisans mezunlarının puanlarından (3,546±0,975) yüksek bulunmuştur. Enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutu lise mezunlarının puanları (4,196±0,703), enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından (3,517±0,939) yüksek bulunmuştur. Enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutu lise mezunlarının puanları (4,196±0,703), enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutu doktora mezunlarının puanlarından (3,721±1,107) yüksek bulunmuştur. Enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutunu en yüksek uygunluk değerlendirmesini lise mezunları yapmalarının yanı sıra, azalan sırasıyla önlisans, doktora, lisans, yüksek lisans mezunları orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların tesis yönetimi ve güvenlik puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A12a** hipotezi kabul edilmiştir (F=2,845; p=0,024<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tesis yönetimi ve güvenlik alt boyutu doktora mezunlarının puanları (4,096±1,160), tesis yönetimi ve güvenlik alt boyutu lisans mezunlarının puanlarından (3,477±1,285) yüksek bulunmuştur. Tesis yönetimi ve güvenlik alt boyutunu en yüksek uygunluk değerlendirmesini doktora mezunları yapmışlardır. Doktora mezuniyet derecesine

sahip olanların çoğunlukla uzman hekimlerden oluştuğu düşünülürse hastane yönetimi ve güvenliği konusunda olumlu düşünceye sahip oldukları düşünülebilir.

Katılımcıların insan kaynakları yönetimi puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A13a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=3,055$; $p=0,017<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. İnsan kaynakları yönetimi alt boyutuna ilişkin lise mezunlarının puanları ($3,065\pm 1,014$), insan kaynakları yönetimi alt boyutu önlisans mezunlarının puanlarından ($2,378\pm 1,284$) yüksek bulunmuştur. İnsan kaynakları yönetimi alt boyutunu lise mezunları orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra, azalan sırasıyla doktora, yüksek lisans, lisans, önlisans mezunları katılmayarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Çalışanların değerlendirmeleri çoğunlukla insangücü yetersizliği durumunu yansıttığı düşünülebilir.

Katılımcıların üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A14a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=5,462$; $p=0,000<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutuna ilişkin lise mezunlarının puanları ($3,902\pm 0,826$), üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutu önlisans mezunlarının puanlarından ($3,400\pm 0,837$) yüksek bulunmuştur. Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,902\pm 0,826$), üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutu lisans mezunlarının puanlarından ($3,227\pm 1,159$) yüksek bulunmuştur. Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,902\pm 0,826$), üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından ($3,283\pm 0,904$) yüksek bulunmuştur. Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,902\pm 0,826$), üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutu doktora mezunlarının puanlarından ($3,529\pm 1,095$) yüksek bulunmuştur. Üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutunu en yüksek uygunluk değerlendirmesini lise mezunları yaparken, en düşük uygunluk değerlendirmesini lisans mezunları yapmışlardır.

Katılımcıların kurumsal ve klinik etik puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A15a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=10,612$; $p=0,000<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumsal ve klinik etik alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,996\pm 0,789$), kurumsal ve klinik etik alt boyutu önlisans mezunlarının puanlarından ($3,427\pm 0,638$) yüksek bulunmuştur. Kurumsal ve klinik etik alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,996\pm 0,789$), kurumsal ve klinik etik alt boyutu lisans mezunlarının puanlarından ($3,305\pm 0,992$) yüksek bulunmuştur. Kurumsal ve klinik etik alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,996\pm 0,789$), kurumsal ve klinik etik alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından ($3,240\pm 0,774$) yüksek bulunmuştur. Kurumsal ve klinik etik alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,996\pm 0,789$), kurumsal ve klinik etik alt boyutu doktora mezunlarının puanlarından ($3,525\pm 0,809$) yüksek bulunmuştur. Kurumsal ve klinik etik alt boyutunu lise mezunları en yüksek orta düzeyin üstünde uygunluk değerlendirmesi yaparlarken, azalan sırasıyla, doktora, önlisans, lisans, yüksek lisans mezunları orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A16a** hipotezi kabul edilmiştir ($F=7,470$; $p=0,000<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutuna ilişkin lise mezunlarının puanları ($3,978\pm 0,536$), genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutu önlisans mezunlarının puanlarından ($3,588\pm 0,538$) yüksek bulunmuştur. Genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,978\pm 0,536$), genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutu lisans mezunlarının puanlarından ($3,535\pm 0,722$) yüksek bulunmuştur. Genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,978\pm 0,536$), genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutu yüksek lisans mezunlarının puanlarından ($3,441\pm 0,667$) yüksek bulunmuştur. Genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutu lise mezunlarının puanları ($3,978\pm 0,536$), genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutu doktora mezunlarının puanlarından ($3,677\pm 0,734$) yüksek bulunmuştur. Genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutunu lise ve doktora mezunları orta düzeyin üstünde katılarak

değerlendirme yapmalarının yanı sıra, azalan sırasıyla, önlisans, lisans, yüksek lisans mezunları orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların etkin iletişimin iyileştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış ve **A1a, A2a, A3a** hipotezleri reddedilmiştir ($p>0,05$). Etkin iletişimin iyileştirilmesi, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması alt boyutlarını lise mezunları en yüksek puanlama ile uygunluk değerlendirmesini yapmışlardır.

Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına uygunluk düzeylerinin görevine göre değerlendirmeleri Tablo 4'de yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk Düzeylerinin Görevine Göre Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Grup	n	ort	ss	F	p*	Fark
Etkin İletişimin İyileştirilmesi	Hekim	206	3,599	0,853	0,401	0,752	Fark yoktur
	Hemşire	42	3,516	0,773			
	Tıbbi Sekreter	96	3,670	0,708			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,616	0,554			
Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi	Hekim	206	3,728	0,944	0,693	0,557	Fark yoktur
	Hemşire	42	3,702	0,863			
	Tıbbi Sekreter	96	3,844	0,825			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,606	0,942			
Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Güvence Altına Alınması	Hekim	206	4,369	0,964	0,326	0,807	Fark yoktur
	Hemşire	42	4,274	0,700			
	Tıbbi Sekreter	96	4,432	0,790			
	Diğer Sağlık Personeli	33	4,364	0,773			
Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması	Hekim	206	4,379	0,964	0,187	0,905	Fark yoktur
	Hemşire	42	4,333	0,721			
	Tıbbi Sekreter	96	4,438	0,693			
	Diğer Sağlık Personeli	33	4,424	0,751			
Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması	Hekim	206	4,068	0,970	0,482	0,695	Fark yoktur
	Hemşire	42	4,024	0,841			
	Tıbbi Sekreter	96	4,125	0,771			
	Diğer Sağlık Personeli	33	4,242	0,830			
Hasta Erişim ve Değerlendirme	Hekim	206	3,325	1,067	3,163	0,025	3 > 1
	Hemşire	42	3,405	1,106			
	Tıbbi Sekreter	96	3,708	0,882			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,394	0,899			
Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği	Hekim	206	3,466	0,824	20,343	0,000	4 > 1 3 > 1 3 > 2 3 > 4
	Hemşire	42	3,619	0,697			
	Tıbbi Sekreter	96	4,208	0,780			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,879	0,600			
Hasta Bakım ve Bakım Sürekliliği	Hekim	206	3,286	1,036	9,279	0,000	3 > 1 3 > 2 3 > 4
	Hemşire	42	3,381	1,035			
	Tıbbi Sekreter	96	3,917	0,854			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,364	0,895			
Hasta Kayıt ve Bilgi Akışı	Hekim	206	3,272	0,995	11,529	0,000	3 > 1 3 > 2 3 > 4
	Hemşire	42	3,167	0,908			
	Tıbbi Sekreter	96	3,896	0,801			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,424	0,663			
Anestezi ve Cerrahi Bakım	Hekim	206	3,313	0,968	11,585	0,000	3 > 1 3 > 2 3 > 4
	Hemşire	42	3,405	0,783			
	Tıbbi Sekreter	96	3,927	0,641			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,561	0,670			

Alt Boyutlar	Grup	n	ort	ss	F	p*	Fark
Enfeksiyon Kontrol Ve Tesis	Hekim	206	3,658	1,054	5,901	0,001	3 > 1 3 > 2
	Hemşire	42	3,560	0,905			
	Tıbbi Sekreter	96	4,104	0,771			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,924	0,730			
Tesis Yönetimi ve Güvenlik	Hekim	206	3,966	1,223	2,959	0,032	1 > 2 3 > 2
	Hemşire	42	3,476	1,215			
	Tıbbi Sekreter	96	3,865	1,053			
	Diğer Sağlık Personeli	33	4,212	0,820			
İnsan Kaynakları Yönetimi	Hekim	206	2,748	1,195	12,161	0,000	3 > 1 1 > 2 3 > 2 1 > 4 3 > 4
	Hemşire	42	2,071	1,177			
	Tıbbi Sekreter	96	3,240	1,064			
	Diğer Sağlık Personeli	33	2,303	1,159			
Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme	Hekim	206	3,432	1,056	6,695	0,000	3 > 1 3 > 2 3 > 4
	Hemşire	42	3,238	0,983			
	Tıbbi Sekreter	96	3,906	0,872			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,424	0,830			
Kurumsal ve Klinik Etik	Hekim	206	3,427	0,827	14,838	0,000	3 > 1 3 > 2 3 > 4
	Hemşire	42	3,271	0,745			
	Tıbbi Sekreter	96	4,021	0,796			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,382	0,715			
Genel JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk	Hekim	206	3,600	0,724	7,840	0,000	3 > 1 3 > 2 3 > 4
	Hemşire	42	3,500	0,580			
	Tıbbi Sekreter	96	3,961	0,566			
	Diğer Sağlık Personeli	33	3,653	0,593			

1= Hekim, 2=Hemşire, 3= Tıbbi Sekreter, 4= Diğer Sağlık Personeli olarak kodlanmıştır.

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Katılımcıların etkin iletişimin iyileştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması, hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış ve **A1b**, **A2b**, **A3b**, **A4b**, **A5b** hipotezleri reddedilmiştir ($p>0,05$). Etkin iletişimin iyileştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması alt boyutlarını tıbbi sekreter meslek grubu en yüksek puanlama ile uygunluk değerlendirmesini yapmışlardır.

Katılımcıların hasta erişim ve değerlendirme puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A6b** hipotezi kabul edilmiştir ($F=3,163$; $p=0.025<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreter meslek grubunun hasta erişim ve değerlendirme puanları ($3,708\pm0,882$), hekim meslek grubu hasta erişim ve değerlendirme puanlarından ($3,325\pm1,067$) yüksek bulunmuştur. Hasta erişim ve değerlendirme alt boyutunu tıbbi sekreter meslek grubu en yüksek orta düzeyin üstünde uygunluk değerlendirmesi yaparken, azalan sırasıyla, hemşire meslek grubu, diğer sağlık personeli, hekim meslek grubu orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A7b** hipotezi kabul edilmiştir ($F=20,343$; $p=0<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Diğer sağlık personeli meslek grubunun bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanları ($3,879\pm0,600$), hekim meslek grubu bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanlarından ($3,466\pm0,824$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanları ($4,208\pm0,780$), hekim meslek grubu bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanlarından ($3,466\pm0,824$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanları ($4,208\pm0,780$), hemşire meslek grubu bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanlarından ($3,619\pm0,697$) yüksek

bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanları (4,208±0,780), diğer sağlık personeli meslek grubu bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanlarından (3,879±0,600) yüksek bulunmuştur. Bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutunu tıbbi sekreter meslek grubu katılarak en yüksek uygunluk değerlendirmesi yapmıştır.

Katılımcıların hasta bakım ve bakım sürekliliği puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A8b** hipotezi kabul edilmiştir (F=9,279; p=0<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreter meslek grubunun hasta bakım ve bakım sürekliliği puanları (3,917±0,854), hekim meslek grubu hasta bakım ve bakım sürekliliği puanlarından (3,286±1,036) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun hasta bakım ve bakım sürekliliği puanları (3,917±0,854), hemşire meslek grubu hasta bakım ve bakım sürekliliği puanlarından (3,381±1,035) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun hasta bakım ve bakım sürekliliği puanları (3,917±0,854), diğer sağlık personeli meslek grubu hasta bakım ve bakım sürekliliği puanlarından (3,364±0,895) yüksek bulunmuştur. Hasta bakım ve bakım sürekliliği alt boyutunu tıbbi sekreter meslek grubu orta düzeyin üstünde katılarak en yüksek uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra azalan sırasıyla, hemşire meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu, hekim meslek grubu orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların hasta kayıt ve bilgi akışı puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A9b** hipotezi kabul edilmiştir (F=11,529; p=0<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreterler meslek grubunun hasta kayıt ve bilgi akışı puanları (3,896±0,801), hekim meslek grubu hasta kayıt ve bilgi akışı puanlarından (3,272±0,995) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun hasta kayıt ve bilgi akışı puanları (3,896±0,801), hemşire meslek grubu hasta kayıt ve bilgi akışı puanlarından (3,167±0,908) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun hasta kayıt ve bilgi akışı puanları (3,896±0,801), diğer sağlık personeli meslek grubu hasta kayıt ve bilgi akışı puanlarından (3,424±0,663) yüksek bulunmuştur. Hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutunu tıbbi sekreter meslek grubu orta düzeyin üstünde katılarak en yüksek uygunluk değerlendirmesi yapmıştır. Hizmet sunumunda hasta ilk karşılama tıbbi sekreter meslek grubunun yapıyor olması, değerlendirme yaparlarken bu durumu göz önünde bulundurdıkları düşünülebilir.

Katılımcıların anestezi ve cerrahi bakım puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A10b** hipotezi kabul edilmiştir (F=11,585; p=0<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreter meslek grubunun anestezi ve cerrahi bakım puanları (3,927±0,641), hekim meslek grubu anestezi ve cerrahi bakım puanlarından (3,313±0,968) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun anestezi ve cerrahi bakım puanları (3,927±0,641), hemşire meslek grubu anestezi ve cerrahi bakım puanlarından (3,405±0,783) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun anestezi ve cerrahi bakım puanları (3,927±0,641), diğer sağlık personeli meslek grubu anestezi ve cerrahi bakım puanlarından (3,561±0,670) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların enfeksiyon kontrol ve tesis puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A11b** hipotezi kabul edilmiştir (F=5,901; p=0,001<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreter meslek grubunun enfeksiyon kontrol ve tesis puanları (4,104±0,771), hekim meslek grubu enfeksiyon kontrol ve tesis puanlarından (3,658±1,054) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun enfeksiyon kontrol ve tesis puanları (4,104±0,771), hemşire meslek grubu enfeksiyon kontrol ve tesis puanlarından (3,560±0,905) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tesis yönetimi ve güvenlik puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A12b** hipotezi kabul edilmiştir (F=2,959; p=0,032<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hekim meslek grubunun tesis yönetimi ve güvenlik puanları (3,966±1,223), hemşire meslek grubu tesis yönetimi ve güvenlik puanlarından (3,476±1,215) yüksek bulunmuştur. Diğer sağlık personeli meslek grubunun tesis yönetimi ve güvenlik puanları (4,212±0,820), hemşire meslek grubu tesis yönetimi ve güvenlik puanlarından (3,476±1,215) yüksek bulunmuştur. Tesis yönetimi ve güvenlik alt boyutunu diğer sağlık personeli meslek grubu katılarak en yüksek uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra hekim meslek grubu da orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk

değerlendirmesi yapmışlardır. Bu sonuç “sağlık personeline şiddete hayır” sağlık politikasının hastane yöneticileri tarafından gerekli hassasiyetin gösterildiği ve başarılı bir uygulama olduğu düşünülebilir.

Katılımcıların insan kaynakları yönetimi puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A13b** hipotezi kabul edilmiştir ($F=12,161$; $p=0<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreter meslek grubunun insan kaynakları yönetimi puanları ($3,240\pm 1,064$), hekim meslek grubu insan kaynakları yönetimi puanlarından ($2,748\pm 1,195$) yüksek bulunmuştur. Hekim meslek grubunun insan kaynakları yönetimi puanları ($2,748\pm 1,195$), hemşire meslek grubu insan kaynakları yönetimi puanlarından ($2,071\pm 1,177$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun insan kaynakları yönetimi puanları ($3,240\pm 1,064$), hemşire meslek grubu insan kaynakları yönetimi puanlarından ($2,071\pm 1,177$) yüksek bulunmuştur. Hekim meslek grubunun insan kaynakları yönetimi puanları ($2,748\pm 1,195$), diğer sağlık personeli meslek grubu insan kaynakları yönetimi puanlarından ($2,303\pm 1,159$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun insan kaynakları yönetimi puanları ($3,240\pm 1,064$), diğer sağlık personeli meslek grubu insan kaynakları yönetimi puanlarından ($2,303\pm 1,159$) yüksek bulunmuştur. İnsan kaynakları yönetimi alt boyutunu tıbbi sekreter meslek grubu orta düzeyde katılarak en yüksek uygunluk değerlendirmesi yapmıştır. Azalan sırasıyla, hekim meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu, hemşire meslek grubu katılmayarak uygunluk değerlendirmesi yapmıştır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan insangücü eksikliğinin sonucu olarak değerlendirilebilir. Hemşire meslek grubunun hizmet sunumunda polikliniklerden çok servislerde görevlendiriliyor olmaları, polikliniklerde çalışanların insan kaynağını yetersiz değerlendirdikleri düşünülebilir.

Katılımcıların üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A14b** hipotezi kabul edilmiştir ($F=6,695$; $p=0<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreter meslek grubunun üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanları ($3,906\pm 0,872$), hekim meslek grubu üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanlarından ($3,432\pm 1,056$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanları ($3,906\pm 0,872$), hemşire meslek grubu üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanlarından ($3,238\pm 0,983$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanları ($3,906\pm 0,872$), diğer sağlık personeli meslek grubu üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanlarından ($3,424\pm 0,830$) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kurumsal ve klinik etik puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A15b** hipotezi kabul edilmiştir ($F=14,838$; $p=0<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreter meslek grubunun kurumsal ve klinik etik puanları ($4,021\pm 0,796$), hekim meslek grubu kurumsal ve klinik etik puanlarından ($3,427\pm 0,827$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun kurumsal ve klinik etik puanları ($4,021\pm 0,796$), hemşire meslek grubu kurumsal ve klinik etik puanlarından ($3,271\pm 0,745$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun kurumsal ve klinik etik puanları ($4,021\pm 0,796$), diğer sağlık personeli meslek grubu kurumsal ve klinik etik puanlarından ($3,382\pm 0,715$) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puan ortalamalarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A16b** hipotezi kabul edilmiştir ($F=7,840$; $p=0<0,05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Tıbbi sekreter meslek grubunun genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanları ($3,961\pm 0,566$), hekim meslek grubu genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanlarından ($3,600\pm 0,724$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanları ($3,961\pm 0,566$), hemşire meslek grubu genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanlarından ($3,500\pm 0,580$) yüksek bulunmuştur. Tıbbi sekreter meslek grubunun genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanları ($3,961\pm 0,566$), diğer sağlık personeli meslek grubu genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanlarından ($3,653\pm 0,593$) yüksek bulunmuştur. Genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutunu tıbbi sekreter meslek grubu orta düzeyin üstünde katılarak en yüksek uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra azalan sırasıyla, diğer sağlık personeli meslek grubu, hekim meslek grubu, hemşire meslek grubu, orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına uygunluk düzeylerinin kadro durumuna göre değerlendirmeleri Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk Düzeylerinin Kadro Durumuna Göre Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Grup	n	ort	ss	KW	p*,**	Fark
Etkin İletişimin İyileştirilmesi	Kadrolu	278	3,573	0,812	4,855	0,088	Fark yoktur
	Sözleşmeli	12	3,944	0,489			
	Firma Personeli	87	3,678	0,720			
Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi	Kadrolu	278	3,689	0,927	5,454	0,065	Fark yoktur
	Sözleşmeli	12	4,208	0,782			
	Firma Personeli	87	3,856	0,828			
Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Güvence Altına Alınması	Kadrolu	278	4,345	0,912	0,570	0,752	Fark yoktur
	Sözleşmeli	12	4,542	0,656			
	Firma Personeli	87	4,443	0,790			
Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması	Kadrolu	278	4,371	0,913	1,038	0,595	Fark yoktur
	Sözleşmeli	12	4,667	0,492			
	Firma Personeli	87	4,425	0,693			
Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması	Kadrolu	278	4,065	0,932	2,999	0,223	Fark yoktur
	Sözleşmeli	12	4,500	0,798			
	Firma Personeli	87	4,126	0,775			
Hasta Erişim ve Değerlendirme	Kadrolu	278	3,345	1,059	8,474	0,014	3 > 1
	Sözleşmeli	12	3,667	0,888			
	Firma Personeli	87	3,701	0,864			
Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği	Kadrolu	278	3,540	0,800	52,078	0,000	3 > 1 3 > 2
	Sözleşmeli	12	3,667	0,651			
	Firma Personeli	87	4,253	0,766			
Hasta Bakım ve Bakım Sürekliliği	Kadrolu	278	3,317	1,020	24,653	0,000	3 > 1
	Sözleşmeli	12	3,583	0,996			
	Firma Personeli	87	3,920	0,852			
Hasta Kayıt ve Bilgi Akışı	Kadrolu	278	3,295	0,968	29,532	0,000	3 > 1 3 > 2
	Sözleşmeli	12	3,333	0,779			
	Firma Personeli	87	3,885	0,769			
Anestezi ve Cerrahi Bakım	Kadrolu	278	3,360	0,898	35,435	0,000	3 > 1
	Sözleşmeli	12	3,542	1,157			
	Firma Personeli	87	3,948	0,634			
Enfeksiyon Kontrol ve Tesis	Kadrolu	278	3,664	1,005	16,078	0,000	3 > 1
	Sözleşmeli	12	4,208	0,620			
	Firma Personeli	87	4,109	0,772			
Tesis Yönetimi ve Güvenlik	Kadrolu	278	3,907	1,201	2,106	0,349	Fark yoktur
	Sözleşmeli	12	4,333	0,651			
	Firma Personeli	87	3,851	1,073			
İnsan Kaynakları Yönetimi	Kadrolu	278	2,590	1,207	18,864	0,000	3 > 1
	Sözleşmeli	12	3,250	1,422			
	Firma Personeli	87	3,230	1,042			
Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme	Kadrolu	278	3,392	1,017	23,149	0,000	2 > 1 3 > 1
	Sözleşmeli	12	4,083	0,900			
	Firma Personeli	87	3,897	0,877			
Kurumsal ve Klinik Etik	Kadrolu	278	3,386	0,797	47,658	0,000	2 > 1 3 > 1
	Sözleşmeli	12	4,100	0,695			
	Firma Personeli	87	4,028	0,806			
Genel JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk	Kadrolu	278	3,584	0,688	27,809	0,000	2 > 1 3 > 1
	Sözleşmeli	12	4,017	0,592			
	Firma Personeli	87	3,967	0,562			

1= Kadrolu, 2=Sözleşmeli, 3=Firma Personeli olarak kodlanmıştır.

* Kruskal Wallis Testi

** Mann Whitney U Testi (Z testi)

Katılımcıların hasta erişim ve değerlendirme puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A6c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=8,474; p=0,014<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu firma personeli çalışanların hasta erişim ve değerlendirme puanları (3,701±0,864), kadro durumu kadrolu çalışanların hasta erişim ve değerlendirme puanlarından (3,345±1,059) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A7c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=52,078; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu firma personeli çalışanların bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanları (4,253±0,766), kadro durumu kadrolu çalışanların bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanlarından (3,540±0,800) yüksek bulunmuştur. Kadro durumu firma personeli çalışanların bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanları (4,253±0,766), kadro durumu sözleşmeli çalışanların bakıma erişim ve bakımın sürekliliği puanlarından (3,667±0,651) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hasta bakım ve bakım sürekliliği puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A8c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=24,653; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu firma personeli çalışanların hasta bakım ve bakım sürekliliği puanları (3,920±0,852), kadro durumu kadrolu çalışanların hasta bakım ve bakım sürekliliği puanlarından (3,317±1,020) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hasta kayıt ve bilgi akışı puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A9c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=29,532; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu firma personeli çalışanların hasta kayıt ve bilgi akışı puanları (3,885±0,769), kadro durumu kadrolu çalışanların hasta kayıt ve bilgi akışı puanlarından (3,295±0,968) yüksek bulunmuştur. Kadro durumu firma personeli çalışanların hasta kayıt ve bilgi akışı puanları (3,885±0,769), kadro durumu sözleşmeli çalışanların hasta kayıt ve bilgi akışı puanlarından (3,333±0,779) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların anestezi ve cerrahi bakım puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A10c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=35,435; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu firma personeli çalışanların anestezi ve cerrahi bakım puanları (3,948 ± 0,634), kadro durumu kadrolu çalışanların anestezi ve cerrahi bakım puanlarından (3,360 ± 0,898) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların enfeksiyon kontrol ve tesis puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A11c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=16,078; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu firma personeli çalışanların enfeksiyon kontrol ve tesis puanları (4,109±0,772), kadro durumu kadrolu çalışanların enfeksiyon kontrol ve tesis puanlarından (3,664±1,005) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların insan kaynakları yönetimi puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A13c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=18,864; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu firma personeli çalışanların insan kaynakları yönetimi puanları (3,230±1,042), kadro durumu kadrolu çalışanların insan kaynakları yönetimi puanlarından (2,590±1,207) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A14c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=23,149; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu sözleşmeli çalışanların üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanları (4,083±0,900), kadro

durumu kadrolu çalışanların üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanlarından (3,392±1,017) yüksek bulunmuştur. Kadro durumu firma personeli çalışanların üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanları (3,897±0,877), kadro durumu kadrolu çalışanların üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanlarından (3,392±1,017) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kurumsal ve klinik etik puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A15c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=47,658; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu sözleşmeli çalışanların kurumsal ve klinik etik puanları (4,100±0,695), kadro durumu kadrolu çalışanların kurumsal ve klinik etik puanlarından (3,386±0,797) yüksek bulunmuştur. Kadro durumu firma personeli çalışanların kurumsal ve klinik etik puanları (4,028±0,806), kadro durumu kadrolu çalışanların kurumsal ve klinik etik puanlarından (3,386±0,797) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş ve **A16c** hipotezi kabul edilmiştir (KW=27,809; p=0,000<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi (Z testi) uygulanmıştır. Buna göre; kadro durumu sözleşmeli çalışanların genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanları (4,017±0,592), kadro durumu kadrolu çalışanların genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanlarından (3,584±0,688) yüksek bulunmuştur. Kadro durumu firma personeli çalışanların genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanları (3,967±0,562), kadro durumu kadrolu çalışanların genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanlarından (3,584±0,688) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların etkin iletişimin iyileştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması, hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması, tesis yönetimi ve güvenlik puan ortalamalarının kadro durumu değişkeni açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis testi sonucuna göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamış ve **A1c, A2c, A3c, A4c, A5c, A12c** hipotezleri reddedilmiştir (p>0,05).

Katılımcıların kadro durumuna göre azalan sırasıyla sözleşmeli statüye sahip olanlar, firma personeli statüsüne sahip olanlar, kadrolu statüde çalışanlar gruplamasında; etkin iletişimin iyileştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması, hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması, enfeksiyon kontrol ve tesis, insan kaynakları yönetimi, üst yönetim liderlik ve yönlendirme, kurumsal ve klinik etik, genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutlarına en yüksek puanlamayı sözleşmeli statüde çalışanlar yapmışlardır. Tesis yönetimi ve güvenlik alt boyutunu sözleşmeli statüde çalışanlar katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra, kadrolu çalışanlar orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmıştır. Firma personeli statüde çalışanlar ise orta düzeyin üstünde uygunluk değerlendirmesi yaparken bu statüde çalışanlar en düşük uygunluk değerlendirmesi yapan grup olmuştur. Hasta erişim ve değerlendirme, bakıma erişim ve bakımın sürekliliği, hasta bakım ve bakım sürekliliği, hasta kayıt ve bilgi akışı, anestezi ve cerrahi bakım alt boyutlarına azalan sırasıyla firma personeli, sözleşmeli, kadrolu statüde çalışanlar orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların JCI Akreditasyon standartlarına uygunluk düzeylerinin kurumda çalışma süresine göre değerlendirmeleri Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresine Göre Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Grup	n	ort	ss	F	p*	Fark
Etkin İletişimin İyileştirilmesi	0-4 Yıl	116	3,546	0,833	1,262	0,287	Fark yoktur
	5-9 Yıl	119	3,569	0,831			
	10-14 Yıl	83	3,751	0,652			
	15 Yıl ve üstü	59	3,616	0,760			
Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi	0-4 Yıl	116	3,578	0,922	3,090	0,027	3 > 1
	5-9 Yıl	119	3,740	0,970			
	10-14 Yıl	83	3,970	0,778			
	15 Yıl ve üstü	59	3,763	0,853			

Alt Boyutlar	Grup	n	ort	ss	F	p*	Fark
Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Güvence Altına Alınması	0-4 Yıl	116	4,121	0,993	6,827	0,000	3 > 1
	5-9 Yıl	119	4,391	0,862			
	10-14 Yıl	83	4,675	0,646			
	15 Yıl ve üstü	59	4,415	0,826			
Sağlık Bakımıyla İlişkili Enfeksiyon Riskinin Azaltılması	0-4 Yıl	116	4,216	0,985	2,619	0,051	Fark yoktur
	5-9 Yıl	119	4,437	0,850			
	10-14 Yıl	83	4,530	0,754			
	15 Yıl ve üstü	59	4,458	0,678			
Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması	0-4 Yıl	116	3,897	0,999	3,213	0,023	3 > 1
	5-9 Yıl	119	4,135	0,901			
	10-14 Yıl	83	4,277	0,801			
	15 Yıl ve üstü	59	4,136	0,730			
Hasta Erişim ve Değerlendirme	0-4 Yıl	116	3,595	1,030	1,465	0,224	Fark yoktur
	5-9 Yıl	119	3,336	1,036			
	10-14 Yıl	83	3,361	0,970			
	15 Yıl ve üstü	59	3,441	1,038			
Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği	0-4 Yıl	116	3,681	0,776	0,128	0,944	Fark yoktur
	5-9 Yıl	119	3,714	0,884			
	10-14 Yıl	83	3,699	0,866			
	15 Yıl ve üstü	59	3,763	0,858			
Hasta Bakım ve Bakım Sürekliliği	0-4 Yıl	116	3,328	1,037	1,232	0,298	Fark yoktur
	5-9 Yıl	119	3,529	1,032			
	10-14 Yıl	83	3,578	0,952			
	15 Yıl ve üstü	59	3,441	1,005			
Hasta Kayıt ve Bilgi Akışı	4 Yıl	116	3,267	0,999	2,547	0,056	Fark yoktur
	5-9 Yıl	119	3,462	0,972			
	10-14 Yıl	83	3,639	0,820			
	15 Yıl ve üstü	59	3,407	0,949			
Anestezi ve Cerrahi Bakım	0-4 Yıl	116	3,172	0,989	9,555	0,000	2 > 1 3 > 1 4 > 1
	5-9 Yıl	119	3,559	0,824			
	10-14 Yıl	83	3,801	0,715			
	15 Yıl ve üstü	59	3,610	0,831			
Enfeksiyon Kontrol ve Tesis	0-4 Yıl	116	3,591	1,103	3,030	0,029	3 > 1
	5-9 Yıl	119	3,803	0,930			
	10-14 Yıl	83	4,000	0,733			
	15 Yıl ve üstü	59	3,822	0,986			
Tesis Yönetimi ve Güvenlik	0-4 Yıl	116	3,724	1,276	4,233	0,006	3 > 1 3 > 4
	5-9 Yıl	119	3,966	1,134			
	10-14 Yıl	83	4,241	0,995			
	15 Yıl ve üstü	59	3,678	1,090			
İnsan Kaynakları Yönetimi	0-4 Yıl	116	2,741	1,320	1,336	0,262	Fark yoktur
	5-9 Yıl	119	2,857	1,181			
	10-14 Yıl	83	2,831	1,022			
	15 Yıl ve üstü	59	2,492	1,265			
Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme	0-4 Yıl	116	3,276	1,084	5,279	0,001	3 > 1 4 > 1
	5-9 Yıl	119	3,504	1,088			
	10-14 Yıl	83	3,807	0,706			
	15 Yıl ve üstü	59	3,695	0,933			
Kurumsal ve Klinik Etik	0-4 Yıl	116	3,331	0,868	5,848	0,001	3 > 1
	5-9 Yıl	119	3,580	0,878			
	10-14 Yıl	83	3,827	0,661			
	15 Yıl ve üstü	59	3,576	0,854			
Genel JCI Akreditasyon Standartlarına Uygunluk	0-4 Yıl	116	3,518	0,739	5,057	0,002	3 > 1
	5-9 Yıl	119	3,701	0,681			
	10-14 Yıl	83	3,890	0,560			
	15 Yıl ve üstü	59	3,698	0,632			

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Katılımcıların yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A2d** hipotezi kabul edilmiştir (F=3,090; p=0,027<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının yüksek riskli ilaçların

güvenliğinin iyileştirilmesi puanları (3,970±0,778), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi puanlarından (3,578±0,922) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A3d** hipotezi kabul edilmiştir (F=6,827; p=0,000<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması puanları (4,675±0,646), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması puanlarından (4,121±0,993) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A5d** hipotezi kabul edilmiştir (F=3,213; p=0,023<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması puanları (4,277±0,801), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması puanlarından (3,897±0,999) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların anestezi ve cerrahi bakım puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A10d** hipotezi kabul edilmiştir (F=9,555; p=0,000<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 5-9 yıl olan hastane çalışanlarının anestezi ve cerrahi bakım puanları (3,559±0,824), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının anestezi ve cerrahi bakım puanlarından (3,172±0,989) yüksek bulunmuştur. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının anestezi ve cerrahi bakım puanları (3,801±0,715), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının anestezi ve cerrahi bakım puanlarından (3,172±0,989) yüksek bulunmuştur. Kurumda çalışma süresi 15 yıl ve üstü olan hastane çalışanlarının anestezi ve cerrahi bakım puanları (3,610±0,831), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının anestezi ve cerrahi bakım puanlarından (3,172±0,989) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların enfeksiyon kontrol ve tesis puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A11d** hipotezi kabul edilmiştir (F=3,030; p=0,029<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının enfeksiyon kontrol ve tesis puanları (4,000±0,733), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının enfeksiyon kontrol ve tesis puanlarından (3,591±1,103) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların tesis yönetimi ve güvenlik puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A12d** hipotezi kabul edilmiştir (F=4,233; p=0,006<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının tesis yönetimi ve güvenlik puanları (4,241±0,995), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının tesis yönetimi ve güvenlik puanlarından (3,724±1,276) yüksek bulunmuştur. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının tesis yönetimi ve güvenlik puanları (4,241±0,995), kurumda çalışma süresi 15 yıl ve üstü olan hastane çalışanlarının tesis yönetimi ve güvenlik puanlarından (3,678±1,090) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A14d** hipotezi kabul edilmiştir (F=5,279; p=0,001<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanları (3,807±0,706), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanlarından (3,276±1,084) yüksek bulunmuştur. Kurumda çalışma süresi 15 yıl ve üstü

olan hastane çalışanlarının üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanları (3,695±0,933), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının üst yönetim, liderlik ve yönlendirme puanlarından (3,276±1,084) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kurumsal ve klinik etik puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A15d** hipotezi kabul edilmiştir (F=5,848; p=0,001<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının kurumsal ve klinik etik puanları (3,827±0,661), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının kurumsal ve klinik etik puanlarından (3,331±0,868) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş ve **A16d** hipotezi kabul edilmiştir (F=5,057; p=0,002<0,05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Kurumda çalışma süresi 10-14 yıl olan hastane çalışanlarının genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanları (3,890±0,560), kurumda çalışma süresi 0-4 yıl olan hastane çalışanlarının genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk puanlarından (3,518±0,739) yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların etkin iletişimin iyileştirilmesi, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması, hasta erişim ve değerlendirme, bakıma erişim ve bakımın sürekliliği, hasta bakım ve bakım sürekliliği, hasta kayıt ve bilgi akışı, insan kaynakları yönetimi puan ortalamalarının kurumda çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamış ve **A1d, A4d, A6d, A7d, A8d, A9d, A13d** hipotezleri reddedilmiştir (p>0,05).

Katılımcıların kurumda çalışma süresine göre azalan sırasıyla 10-14 yıl, 15 yıl ve üstü, 5-9 yıl, 0-4 yıl hizmet sunanların gruplamasında; etkin iletişimin iyileştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması, hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması, anestezi ve cerrahi bakım, enfeksiyon kontrol ve tesis, üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutlarını 10-14 yıl aralığında hizmet sunanlar en yüksek puanlama yaparak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Bu grup kurumlarında mesleki doyuma ulaştıkları için olabilir. 0-4 yıl aralığında hizmet sunanların ise kuruma henüz bağlılıkları oluşmadığı için diğer gruplara daha düşük değerlendirme yapmalarına sebep olduğu düşünülebilir.

6. TARTIŞMA

Bu bölümde istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgular tartışılarak yazında yapılmış benzer nitelikteki çalışmaların bulgularıyla karşılaştırma yapılmıştır.

Katılımcıların genel olarak JCI akreditasyon standartlarına uygunluğuna yönelik alt boyutlarına ilişkin düşünceleri bağımsız değişkenlere göre incelendiğinde;

Çalışmada katılımcıların öğrenim durumuna göre azalan sırasıyla lise, doktora, önlisans, lisans, yüksek lisans mezunlarının gruplamasında; lise mezunları, etkin iletişimin iyileştirilmesi alt boyutunu orta düzeyin üstünde katılarak, hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutunu katılarak, kurumsal ve klinik etik alt boyutunu orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Katılımcıların öğrenim durumuna göre genel olarak hastane çalışanlarının JCI akreditasyon standartlarına uygunluk değerlendirmesinde, en yüksek puanlama lise mezunları değerlendirirken, en düşük puanlamayı yüksek lisans mezunları değerlendirmiştir. Doktora mezunları, JCI akreditasyon standartlarına orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yaparken, azalan sırayla önlisans mezunları ve lisans mezunları orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. En düşük puanlama, lisans mezunları orta düzeyin üstünde katılarak ve yüksek lisans mezunları da orta düzeyde katılarak değerlendirme yapmışlardır.

Katılımcıların öğrenim durumuna göre azalan sırasıyla lise, doktora, önlisans, yüksek lisans, lisans mezunlarının gruplamasında; lise mezunları doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması alt

boyutunu her zaman katılarak, hasta kayıt ve bilgi akışı ve üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutlarını katılarak uygunluk değerlendirmeleri yapmışlardır.

Tapaneeyakom'un (2002: 79) Tayland'da yönetici hemşirelerin, kaliteli hemşirelik hizmetinin sunumu için yönetici hemşirelerin algılarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada "yönetici hemşire algılarının yaş, eğitim ve deneyimi ile hemşirelik kalite göstergeleri arasında fark var mıdır?" hipotezini redderek, kalite algıları ile eğitim durumları arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit etmiştir.

Escoto (2006: 203), hemşirelerin (n=222) kişisel özelliklerinin hizmet kalitesi algılamalarına etkisini araştırmıştır. Çalışmada hemşirelerin eğitim durumları ile kalite algıları arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit etmiştir.

Yıldız (2010: 119)'ın, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde çalışan hemşireler (n=258) üzerinde yaptığı araştırmada öğrenim düzeyindeki artışın, kalite iyileştirme çalışmaları ve akreditasyon hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları ve kalite iyileştirme çabalarının önemini daha iyi kavramış olmaları ile aralarında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Akar vd. (2015: 80), Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yönetici olarak görev yapmakta olan çalışanlar (n=182) üzerinde yaptıkları araştırmada çalışmaya katılan hedef grubun kalite yönetimi algıları ile öğrenim durumları arasında anlamlı ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Kıngır vd. (2009: 17,18), Düzce Üniversitesinde görev yapan personelin (n=285) toplam kalite yönetimine ilişkin sorunlarla ilgili yargılara, katılım düzeyleri arasında fark olup olmadığı, fark yoksa ortak görüşlerin ne olduğu, fark varsa farkın yönünün belirlenmesi amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında öğrenim düzeyi arttıkça bilinçli cevap vermenin de arttığını tespit etmişlerdir. Bununla birlikte öğrenim düzeyinin artması ile toplam kalite yönetimi ile ilgili çalışmalara katılım düzeyi arasında doğrudan ilişkinin olmadığı belirlenmiştir.

Çıraklı vd. (2014: 75)'nin, sağlık kurumlarında hastaların algıladıkları hizmet kalitesi düzeylerini ölçmek ve hastalarca algılanan hizmet kalitesinin hastanenin mülkiyet yapısına ve hastaların sosyo-demografik özelliklere göre değişip değişmediğini ortaya koymak amacıyla Yozgat ilinde yer alan bir devlet hastanesi ve bir özel hastanede yapmış oldukları araştırmada devlet hastanesinden 29 hasta ve özel hastaneden 13 hasta olmak üzere toplam 42 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların öğrenim durumuna göre algılanan hizmet kalitesi arasında istatistiksel farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Öğrenim seviyesi arttıkça hizmet kalitesinin algılamasında azalma olduğu saptanmıştır.

Tanrıverdi ve Erdem (2010: 87), sağlık hizmetlerindeki hizmet kalitesi algısı ve hizmet kalitesi beklentisi ile tatmin düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Kocaeli ilindeki Kocaeli Devlet Hastanesi, Derince Devlet Hastanesi, Kocaeli Kadın Doğum Hastanesi ve Seka Devlet Hastanesi'nde muayene olmuş ya da olmayı beklemekte olan hastalara (n=585) yüz yüze anket yöntemi uygulamışlardır. Çalışmada katılımcıların öğrenim seviyesi arttıkça hizmet kalitesindeki algılama ve dolayısıyla tatminin azalmakta olduğu bulunmuştur.

Özçakar (2010: 119), Toplam Kalite Yönetimi'ni tüm şubelerinde uygulayan bir kamu kuruluşu olan İstanbul İl Müdürlüğü ve ilçe şubelerinde çalışanların Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili uygulamaları nasıl değerlendirdiklerini ve değerlendirmeler arasındaki farklılıkların nelerden kaynaklandığını belirlemek amacıyla çalışma yapmıştır. Çalışmada 112 çalışanın anketlerini değerlendirmiştir ve araştırmaya katılanların toplam kalite yönetiminin ilkelerini değerlendirmeleri ile öğrenim düzeyleri arasında farklılık olduğunu bulmuştur.

Akyurt (2007: 277), İstanbul'da faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerin radyoloji bölümlerindeki akreditasyon denetimine yönelik çalışmalar ve akreditasyon denetimine hazırlanan veya denetim sürecini başarı ile geçirmiş olan hastanelerin radyoloji yöneticilerinin radyoloji bölümlerindeki JCI akreditasyon standartlarını ne ölçüde yerine getirildiği konusundaki görüşleri belirlemek amacıyla çalışma yapmıştır. Kamu ve özel hastanelerin radyoloji bölümlerinde yönetici olarak görev alan "radyoloji uzmanı ve/veya radyoloji başteknisyen/koordinatörlük" görevini üstlenmiş toplam 201 radyoloji yöneticisi üzerinde araştırma yapmıştır. Araştırmaya katılanların öğrenim durumları açısından JCI akreditasyon standartlarının yerine getirilmesi konusundaki görüşleri bakımından farklılık olduğunu bulmuştur.

Al-Qahtani vd. (2012: 43)'nin, Suudi Arabistan'ın Al-Khobar ilinde yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin (n=164) demografik değişkenlerinin, kalite üzerindeki algılarını değerlendirmişlerdir ve öğrenim düzeyi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmamışlardır.

Jaber (2014: 108), sağlık hizmetlerinin kalitesinde JCI akreditasyonun etkisinin hemşirelerdeki (n=353) algısını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin kalite algıları ile öğrenim düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadığını tespit etmiştir.

Yıldız ve Kaya (2014: 76), Türk hemşirelerin (n=258) algılarının bakım kalitesine akreditasyonun etkisi ve kalite sonuçlarına akreditasyonun etkisini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin demografik değişkenleri ile akreditasyonun kaliteye etkisi değerlendirmiş, öğrenim düzeyi ile aralarında anlamlı ilişki olmadığını tespit etmişlerdir.

Çalışmada hastane çalışanlarının görevine göre azalan sırasıyla tıbbi sekreter meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu, hekim meslek grubu, hemşire meslek gruplamasında; tıbbi sekreter meslek grubu, etkin iletişimin değerlendirilmesi, hasta kayıt ve bilgi akışı ve genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutlarını orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmeleri yapmalarının yanı sıra sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması ve enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutlarını katılarak uygunluk değerlendirmeleri yapmışlardır.

Çalışmada katılımcıların görevine göre azalan sırasıyla tıbbi sekreter meslek grubu, hemşire meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu, hekim meslek gruplamasında; tıbbi sekreter meslek grubu, hasta erişim ve değerlendirme ve hasta bakım ve bakım sürekliliği alt boyutlarını orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Çalışmada katılımcıların görevine göre azalan sırasıyla tıbbi sekreter meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu, hemşire meslek grubu, hekim meslek gruplamasında; tıbbi sekreter meslek grubu, bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutuna katılarak ve anestezi ve cerrahi bakım alt boyutunu orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Çalışmada hastane çalışanlarının görevine göre azalan sırasıyla tıbbi sekreter meslek grubu, hekim meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu ve hemşire meslek gruplamasında; tıbbi sekreter meslek grubu, insan kaynakları yönetimi alt boyutunu orta düzeyde katılarak, üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutunu orta düzeyin üstünde katılarak, kurumsal ve klinik etik alt boyutunu katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. İnsan kaynakları yönetimine ilişkin uygun değerlendirmelerine verilen puanlara bakıldığında tıbbi sekreter meslek grubu dışında çalışan grupların yani hekim meslek grubunun, hemşire meslek grubunun ve diğer sağlık personeli meslek grubunun daha az puanlama yaparak değerlendirmişlerdir. Hemşire meslek grubu ve diğer sağlık personeli meslek grubu JCI akreditasyon standartlarına çoğunlukla katılmayarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Bu durum Türkiye’de sağlık insan gücünün yeterli olmaması nedeniyle iş yoğunluğunu artırmaktadır. İşten arta kalan zamanlarda özel yaşantılarına yeterli zaman ayıramama gibi sorunlar yaşamaları nedeniyle özellikle bu alt boyuta katılımları daha az olduğu düşünülmektedir.

Al-Qahtani vd. (2012: 43)’nin, Suudi Arabistan’ın Al-Khobar şehrinde yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin (n=164) demografik değişkenlerinin, kalite üzerindeki algıları değerlendirilmiştir. Buna göre hemşirelerin mesleki statü ile kalite üzerindeki algıları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Jaber (2014: 108), sağlık hizmetlerinin kalitesinde JCI akreditasyonun etkisinin hemşirelerdeki (n=353) algısını değerlendirmek amacıyla çalışma yapmıştır. Hemşirelerin demografik değişkenlerinin kalite algıları üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir. Hemşirelerin kalite algıları ile mesleki statü arasında anlamlı ilişki bulunmadığını tespit etmiştir.

Duclos vd. (2008: 16), sağlık profesyonellerinin çeşitli kategorilerdeki algısını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, Fransa’nın Paris ilinde sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire ve hemşirelik hizmetleri yardımcıları) (n= 272) kalite algıları ile mesleki statüsü arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Çalışmada katılımcıların kadro durumuna göre azalan sırasıyla sözleşmeli, firma personeli ve kadrolu gruplamasında; sözleşmeli statüde çalışanlar etkin iletişimin iyileştirilmesi alt boyutunu orta düzeyin üstünde katılarak, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, enfeksiyon kontrol ve tesis, üst yönetim, liderlik ve yönlendirme, kurumsal ve klinik etik ve genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutlarını katılarak uygunluk değerlendirmesi yaparlarken, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması ve hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutlarını her zaman katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra insan kaynakları yönetimi alt boyutunu orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Çalışmada katılımcıların kadro durumuna göre azalan sırasıyla firma personeli, sözleşmeli ve kadrolu statüde çalışanlar gruplamasında; firma personelleri, hasta erişim ve değerlendirme, hasta bakım ve bakımın sürekliliği, hasta kayıt ve bilgi akışı, anestezi ve cerrahi bakım alt boyutlarını orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutunu katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır.

Çalışmada katılımcıların kurumda çalışma süresine göre azalan sırasıyla 10-14 yıl, 15 yıl ve üstü, 5-9 yıl, 0-4 yıl aralığında hizmet sunanlar gruplamasında; 10-14 yıl aralığında hizmet sunanlar, etkin iletişimin iyileştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, anestezi ve cerrahi bakım, üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutlarını orta düzeyin üstünde katılarak, hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması ve enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutlarını katılarak uygunluk değerlendirme yapmalarının yanı sıra doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması alt boyutlarını her zaman katılarak uygunluk değerlendirme yaptıkları görülmüştür.

Çalışmada katılımcıların kurumda çalışma süresine göre 10-14 yıl, 5-9 yıl, 15 yıl ve üstü, 0-4 yıl aralığında hizmet sunanlar gruplamasında; hasta bakım ve bakımın sürekliliği ve hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutlarını çoğunlukla katılarak uygunluk değerlendirme yapmışlardır.

Katılımcıların kurumda çalışma süresine göre genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutuna verdikleri puanlara bakıldığında 10-14 yıl aralığında hizmet sunanlar çoğunlukla katılarak uygunluk değerlendirme yapmışlardır.

Akar vd. (2015: 80), Ankara'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yönetici olarak görev yapmakta olan çalışanlar (n=182) üzerinde yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan hedef grubun çalışma süresi ile kalite yönetimi algıları arasında anlamlı ilişki olmadığını tespit etmişlerdir.

Al-Qahtani vd. (2012: 43) , Suudi Arabistan'ın Al-Khobar ilinde hemşirelerin (n=164) demografik değişkenlerinin, kalite üzerindeki algılarını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin kurumda çalışma süresi ile kalite üzerindeki algıları arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır.

Jaber (2014: 108), sağlık hizmetlerinin kalitesinde JCI akreditasyonunun etkisinin hemşirelerdeki (n=353) algısını değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin demografik değişkenlerinin kalite algılarını üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Hemşirelerin kurumda çalışma süresi ile kalite algıları arasında anlamlı ilişki bulunmadığını tespit etmiştir.

Yıldız ve Kaya (2014: 76), Türk hemşirelerin algılarının bakım kalitesine akreditasyonunun etkisi ve kalite sonuçlarına akreditasyonunun etkisini araştırmak amacıyla 258 hemşireye anket uygulamıştır. Hemşirelerin demografik değişkenleri ile akreditasyonun kaliteye etkisi değerlendirilmiş, kurumda çalışma süresi ile aralarında anlamlı ilişki olmadığını tespit etmişlerdir.

Duclos vd. (2008: 16) yaptıkları çalışmaya sağlık profesyonellerinin çeşitli kategorilerdeki algısını belirlemek amacıyla Fransa'nın Paris ilinde sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire ve hemşirelik hizmetleri yardımcıları) (n=272) kurumda çalışma süresi ile kalite algıları arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır.

Blegen vd., (2001: 36) hasta bakım kalitesi ile hemşirelerin eğitim ve deneyimleri arasındaki ilişkiyi tanımlamak amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin çalışma sürelerinin kaliteye etkisi arasında anlamlı ilişki olduğu tespit etmişlerdir. Hizmet sürelerindeki artış hemşirelere deneyim kazandırması nedeniyle hizmet sunumuna olumlu etki ettiğini düşünmektedirler.

Literatür taraması, sağlık hizmetlerinde kalite kavramının belirlenmesinin karmaşık olduğunu göstermektedir (Campbell vd., 2000: 1613; McGlynn, 1997: 8). Kaliteye etki eden çok sayıda etmenin olması bu durumun sonucu olarak değerlendirilmektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

JCI dünyada en yaygın ve en çok kabul gören birikim ve deneyimine sahip kuruluş olarak bilinmektedir. JCI akreditasyon standartları sağlık kurumlarında sunulan hizmetin düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracı olarak değerlendirilmektedir. Türkiye, dünya turizmde yer edinmiş olsa da aynı zamanda dünya sağlık hizmetlerinde de belli bir yerde olması için uluslararası standartlara, sertifikasyonlara ve akreditasyonlara

sahip tesislerin varlığı ile önemli avantaj sağlayacaktır. Var olan bu uluslararası standart, sertifikasyon ve akreditasyonların sağlık tesislerinde uygulanması, ilgili tesislerde kalite güvencesinin sağlandığının da göstergesi olacaktır.

Katılımcıların JCI akreditasyon standartlarına uygunluk düzeylerinin ortalamaları incelendiğinde, en fazla katıldıkları alt boyut “sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması” olur iken, en az katıldıkları alt boyut “insan kaynakları yönetimi” olduğu görülmektedir.

Katılımcıların öğrenim durumuna göre azalan sırasıyla lise, doktora, önlisans, lisans, yüksek lisans mezunlarının gruplamasında; lise mezunları, etkin iletişimin iyileştirilmesi alt boyutunu orta düzeyin üstünde katılarak, hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutuna katılarak, kurumsal ve klinik etik alt boyutunu orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Hastane çalışanlarının eğitim durumuna göre genel olarak hastane çalışanlarının JCI akreditasyon standartlarına uygunluk değerlendirmesinde, en yüksek puanlama lise mezunları değerlendirirken, en düşük puanlamayı yüksek lisans mezunları değerlendirmiştir. Doktora mezunları, JCI akreditasyon standartlarına orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yaparken, azalan sırayla önlisans mezunları ve lisans mezunları orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Katılımcıların öğrenim durumuna göre azalan sırasıyla lise, doktora, önlisans, yüksek lisans, lisans mezunlarının gruplamasında; lise mezunları doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması alt boyutuna her zaman katılarak, hasta kayıt ve bilgi akışı ve üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutlarına katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Öğrenim düzeyi yüksek olan grubun söz konusu uygulamalardaki eksikliklerin daha farkında olmaları olabilir. Bu durum karşısında Türkiye öğrenim düzeyindeki artışla, artan beklentilere karşılık veren sağlık hizmeti sunma yolunda daha fazla ilerlemelidir.

Çalışmada katılımcıların görevine göre azalan sırasıyla tıbbi sekreter meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu, hekim meslek grubu, hemşire meslek gruplamasında; tıbbi sekreter meslek grubu, etkin iletişimin değerlendirilmesi, hasta kayıt ve bilgi akışı ve genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutlarına orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması ve enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutlarına katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Çalışmada katılımcıların görevine göre azalan sırasıyla tıbbi sekreter meslek grubu, hemşire meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu, hekim meslek gruplamasında; tıbbi sekreter meslek grubu, hasta erişim ve değerlendirme ve hasta bakım ve bakım sürekliliği alt boyutlarına orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Çalışmada katılımcıların görevine göre azalan sırasıyla tıbbi sekreter meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu, hemşire meslek grubu, hekim meslek gruplamasında; tıbbi sekreter meslek grubu, bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutuna katılarak ve anestezi ve cerrahi bakım alt boyutuna orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Çalışmada katılımcıların görevine göre azalan sırasıyla tıbbi sekreter meslek grubu, hekim meslek grubu, diğer sağlık personeli meslek grubu ve hemşire meslek gruplamasında; tıbbi sekreter meslek grubu, insan kaynakları yönetimi alt boyutuna orta düzeyde katılarak, üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutuna orta düzeyin üstünde katılarak, kurumsal ve klinik etik alt boyutuna katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. İnsan kaynakları yönetimine ilişkin uygun değerlendirmelerine verilen puanlara bakıldığında tıbbi sekreter meslek grubu dışında çalışan grupların yani hekim meslek grubunun, hemşire meslek grubunun ve diğer sağlık personeli meslek grubunun daha az puanlama yaparak değerlendirmişlerdir. Hemşire meslek grubu ve diğer sağlık personeli meslek grubu JCI akreditasyon standartlarına çoğunlukla katılmayarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Bu durum Türkiye’de sağlık insan gücünün yeterli olmaması nedeniyle iş yoğunluğunu artırmaktadır. İşten arta kalan zamanlarda özel yaşantılarına yeterli zaman ayıramama gibi sorunlar yaşamaları nedeniyle özellikle bu alt boyuta katılımları daha az olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların görevine göre en çarpıcı sonuç JCI akreditasyon standartlarına çoğunlukla katılarak değerlendirmelerine rağmen düşük puanlama yapanlar hekim meslek grubu ve hemşire meslek grubudur. Sağlık hizmeti sunumunun mihenk taşları olan hekim meslek grubu ve hemşire meslek grubu değerlendirmelerinin düşük düzeyde olması hizmet sunumundaki gerekli hassasiyete daha fazla önem vermelerinden kaynaklanabilir. Katılımcıların kadro durumuna göre azalan sırasıyla sözleşmeli, firma personeli ve kadrolu gruplamasında; sözleşmeli statüde çalışanlar etkin iletişimin iyileştirilmesi alt boyutunu orta düzeyin üstünde katılarak, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, enfeksiyon kontrol ve tesis, üst yönetim, liderlik ve yönlendirme, kurumsal ve klinik etik ve genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutlarına katılarak uygunluk değerlendirmesi yaparlarken, doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması ve hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması alt boyutlarına her zaman katılarak uygunluk değerlendirmesi

yapmalarının yanı sıra insan kaynakları yönetimi alt boyutuna orta düzeyde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Katılımcıların kadro durumuna göre azalan sırasıyla firma personeli, sözleşmeli ve kadrolu statüde çalışanlar gruplamasında; firma personelleri, hasta erişim ve değerlendirme, hasta bakım ve bakımın sürekliliği, hasta kayıt ve bilgi akışı, anestezi ve cerrahi bakım alt boyutlarına orta düzeyin üstünde katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra bakıma erişim ve bakımın sürekliliği alt boyutuna katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. JCI akreditasyon standartlarına katılarak değerlendirme yapan firma personellerinin iş kaybı endişesi yaşamaları, sözleşmeli statüde çalışanların ise yönetim gibi departmanlarda çalışmaları ve sahip oldukları pozisyon kaybı gibi endişe yaşamalarından olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların kurumda çalışma süresine göre azalan sırasıyla 10-14 yıl, 15 yıl ve üstü, 5-9 yıl, 0-4 yıl aralığında hizmet sunanlar gruplamasında; 10-14 yıl aralığında hizmet sunanlar, etkin iletişimin iyileştirilmesi, yüksek riskli ilaçların güvenliğinin iyileştirilmesi, anestezi ve cerrahi bakım, üst yönetim, liderlik ve yönlendirme alt boyutlarına orta düzeyin üstünde katılarak, hastaların düşme olayları sonucu zarar görme riskinin azaltılması ve enfeksiyon kontrol ve tesis alt boyutlarını katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmalarının yanı sıra doğru taraf, doğru işlem, doğru hasta cerrahisinin güvence altına alınması, sağlık bakımıyla ilişkili enfeksiyon riskinin azaltılması alt boyutlarına her zaman katılarak uygunluk değerlendirmesi yaptıkları görülmüştür. Çalışmada hastane çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre 10-14 yıl, 5-9 yıl, 15 yıl ve üstü, 0-4 yıl aralığında hizmet sunanlar gruplamasında; hasta bakım ve bakımın sürekliliği ve hasta kayıt ve bilgi akışı alt boyutlarına çoğunlukla katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Hastane çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre genel JCI akreditasyon standartlarına uygunluk alt boyutuna verdikleri puanlara bakıldığında 10-14 yıl aralığında hizmet sunanlar çoğunlukla katılarak uygunluk değerlendirmesi yapmışlardır. Hizmet süresi düşük olan diğer iki gruba (0-4 yıl ve 5-9 yıl) göre 10-14 yıl kurumda çalışma süresine sahip çalışanların kuruma olan bağlılıklarının yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda konu ile ilgili olarak aşağıdaki önerilerde bulunabilir;

- Hastane birimleri arasındaki iletişim ve sağlık personelinin kendi aralarındaki iletişim geliştirilerek uyum içerisinde çalışması sağlanabilir.
- Hasta, çalışanlar ve ziyaretçileri korumak amacıyla, enfeksiyon riskleri sürekli tespit edilerek gerekli önlemler alınabilir. 'Hasta güvenliği' anlayışına daha çok sahip çıkmaya ve ortaya çıkabilecek tıbbi hataların önlenmesi sağlanabilir. "Hasta mahremiyeti" en üst düzeyde korunabilir. Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyi sürekli ölçülebilir ve artırılabilir.
- Hizmet sunumunda multidisipliner anlayışla, her gerektiğinde, hastalıkla ilgili tüm branşlardan görüşler alınarak varılan ortak kararlarla tedaviye yön verilip ekip çalışması güçlendirilebilir.
- Hasta ve hasta yakınlarının, çalışanların ve hastane ortamında bulunan diğer kişilerin güvenliklerini tehdit edecek tüm risklerin önceden tespit edilip, yangın, doğal afetler gibi acil durumlarda yapılacakların planlanarak kontrol altına alınması ve güvenli çevre oluşturulması sağlanabilir.
- Sağlık çalışanlarını, olumlu çalışma ortamı etkilemesi nedeniyle hizmette mükemmelliğe erişileceği ve hizmetten yararlananlarla ilgili olumlu sonuçlar elde edileceği düşünülebilir.
- Sağlık çalışanları sayısının, yetersiz olduğu durumlarda artan iş yükü ve azalan iş tatmini tıbbi hataların oluşmasına neden olabileceği göz önünde bulundurularak, iş yükünü kaldırabilecek nitelik ve nicelikte insan kaynakları yönetimi sağlanabilir.
- Sağlık çalışanlarının, gelişen tıp teknolojisine uyum için yeterli bilgi ve beceriye sahip olması sağlanabilir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta kalite alanında diğer ülkelerle ve uluslararası kuruluşlarla ortak çalışmalarda paydaş olarak yer almaya imkan tanınabilir.
- Sağlıkta akreditasyon alanında ulusal ve uluslararası gelişmelerin takibi yapılması, izlenecek stratejilerin belirlenmesini sağlayabilir.
- Sağlık politikaları açısından JCI akreditasyon standartları belgesine sahip olunması için Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından çalışmalar artırılabilir.
- Her yıl kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği ekseninde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından uluslararası katılımlı kongre, konferans ve toplantılar düzenlemesi konusunda

koordinasyon yapılabilir. Tema, JCI akreditasyon standartları olarak belirlenebilir ve bu sayede güncel ve detaylı bilgiye imkan sağlayabilir.

- Sağlık Bakanlığının Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından, JCI akreditasyon standartları konusunda bilinçlendirme için her ilde, her hastanede eğitim ve bilgilendirme toplantıları düzenlenebilir. Hizmet içi eğitim ile desteklenebilir. Bu eğitimler sağlık çalışanlarının gelişme ve değişimleri takip etme olanağı sağlayarak, öğrendiklerini uygulayabilme beceresi kazandırabilir. Ayrıca kendilerini geliştirme ve yenileme isteklerini artırabilir.
- JCI akreditasyon belgesine sahip olunması için Sağlık Bakanlığı tarafından teşvik ödemeler yapılabilir.
- Hastanelerin hedeflerine ulaşabilmesi için, akademik düzeyde bilgi üreten üniversiteler ile işbirliği içine girmeleri sağlanabilir.
- Türkiye'nin Avrupa Birliği üyeliği sürecinde olması ve uluslararası tanınırlık ve rekabet şartları da göz önünde bulundurulduğunda hastanelerin JCI tarafından akredite olmalarının gerekliliği önemli bir husustur. Teknolojik, bilimsel ve insan kaynakları açısından sürekli gelişen hizmet sunumu gerçekleştirmek için kalite artırmaya yönelik çalışmaların uluslararası boyutta olması kurumlara rekabet avantajı sağlayabilir.
- Bu çalışma, Türkiye'de bu alanda yapılacak çalışmalara rehberlik ederek, uluslararası standartların belirlenmesi ve korunmasında etkin rol oynaması sağlayacak ve öncülük edecek niteliktedir.
- Bu çalışmanın sonuçlarının, gelecekteki çalışmalara yol göstereceği ve çalışmanın bulgularının, sağlık politikası yöneticilerine rehberlik edeceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Akar, Y.-Gülhan Yıldırım, B.-Acar, P. (2015). Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği), Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2(2), ss. 76-81.
- Akçakanat, T.-Toraman, A.-Çarıkcı, İ. H. (2015). Tıp Fakültesi Öğretim Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(13), ss. 84-97.
- Akyurt, N. (2007). Hastanelerde Akreditasyon Standartları: İstanbul'daki Özel Hastanelerin Radyoloji Yöneticilerinin Standartları Ne Ölçüde Yerine Getirildiği Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Işıl Pekdemir).
- Al-Qahtani, M.-Al-Medaires, M.-Al-Dohailan, S.-Al-Sharani, H.-Al-Dossary, N.-Khuridah, E. (2012). Quality of care in accredited and nonaccredited hospitals: Perceptions of nurses in the Eastern Province, Saudi Arabia. Journal of the Egyptian Public Health Association, 87(3&4), pp. 39-44..
- Arpat B.-Şaşmaz N.-Yürekli E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Maliyetleri, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(3), ss. 313-332.
- Aslantekin F.-Göktaş B.-Uluşen M.-Erdem R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(2), ss. 55-71.
- Birdir K.-Buzcu Z. (2014). JCI Akreditasyon Belgesine Sahip Olan Sağlık Kuruluşlarının WEB Sitelerinin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), ss. 1-19.
- Blegen M. A.-Vaughn T. E.-Goode C. J. (2001). Nurse Experience and Education: Effect on Quality of Care, The Journal of Nursing Administration, 31(1), pp. 33-39.
- Bohigas L.-Smith D.-Brooks T.-Donahue T.-Heidemann E.-Donaldson B.-Shaw C. (1996). Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation, International Journal for Quality in Health Care, 8 (6), pp. 583-589.

- Campbell S. M.-Roland M. O.-Buetow S. A. (2000). Defining quality of care, *Social Science and Medicine*, 51(11), pp. 1611-1625.
- Çıraklı Ü.-Gözlü M.-Gözlü K. (2014). Sağlık Kurumlarında Algılanan Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Yozgat'ta Yer Alan İki Hastanenin Yatan Hastaları Üzerinde Bir Çalışma, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 7, ss. 61-82.
- Devebakan N. (2006). Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1), ss. 120-149.
- Duclos A.-Gillaizeau F.-Colombet I.-Coste J.-Durieux P. (2008). Health Staff Perception Regarding Quality of Delivered Information to Inpatients, *International Journal for Quality in Health Care*, 20(1), pp. 13-21.
- Ergenoğlu A.S.-Aytuğ A. (2007). Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi, *YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi*, 2(1), ss. 44-63.
- Eroğlu E. (2000). Eğitimde Algılanan Hizmet Kalitesi, *Kurgu Dergisi*, 17, ss. 199-200.
- Escoto K.H. (2006). An Exploration of the Impact of Work Factors on Nurses' Perceptions of Quality of Care, *University of Wisconsin-Madison, PhD. Thesis, USA*.
- Jaber H. (2014). The Impact of Accreditation on Quality of Care: Perception of Nurses in Saudi Arabia, *Walden University College of Health Sciences, Doctoral Dissertation, (Chief Academic Officer PhD. Eric Riedel)*.
- Joint Commission International Accreditation Ambulatory Care Standards (2014). 3rd Edition Field Review.
- Kavuncubaşı Ş.-Yıldırım S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, *Siyasal Kitabevi*, 3. Baskı, Ankara.
- Kıngır S.-Karagöz Y.-Yıldız M.S.-Ağraş S. (2009). Toplam Kalite Yönetimi İle İlgili Çalışmalara Katılım Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(2), ss. 255-278.
- Koçel T. (2013). İşletme Yöneticiliği, *Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.*, 14. Baskı, İstanbul.
- Kostak D. (2007). Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi), *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Uluslar arası İktisat Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. O. Küçükahmetoğlu)*.
- Küçük O.-Kaya Budak S.-Akyol H.-Altınkurt T. (2015). Afet Müdahale Kurumu Olarak Hastane ve Ambulans Hizmet Kalitesi İle Hasta Memnuniyet İlişkisi Bağlamında Bir Uygulama, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 41, Winter II, ss. 561-582.
- Majeed A. I.-Shaikh A. W.-Zulnooran M. (2014). Effective Management of Patients' Record – Pakistan Institute of Medical Sciences, Islamabad, *Ann. Pak. Inst. Med. Sci. C/S*. 10(2), pp. 113-116.
- McGlynn E. (1997). Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care, *Health Affairs*, 16(3), pp. 7-21.
- Öztürk N.-Ayan B.-Keser M.-Halaç E. (2014). JCI'nin Tesis Yönetimi ve Güvenliğine Bakış Açısı, *Tıp Teknolojileri Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı*, ss. 180-183.
- Tanrıverdi H.-Erdem Ş. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi İle Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Ve Bir Uygulama, *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), ss. 73-92.
- Tapaneeyakom W. (2002). Nurse Administrators' Perceptions of Quality Indicators of Nursing Care in Thailand, *The University of Iowa PhD., Thailand (Thesis Supervisor: Professor Joanne McCloskey Dochterman)*
- Tarım M. (2002). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi: SERVQUAL Modeli Ve Bir Hastane Uygulaması, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 52 (2), ss. 15-36.
- Tengilimoğlu D.-Işık O.-Akbolat M. (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, *Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Geliştirilmiş 5. Basım, Ankara*.
- Türkeli S. (2015). Standart Belge İle Farklılaşma Mümkün mü? Akreditasyon Söylem Analizi, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14 (27), ss. 111-131.

- Yıldırım A. (2014). Sağlık Kurumlarında Üretim ve Süreç Yönetimi Üzerine Bir Değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 29, ss. 457-474.
- Yıldız Ö.-Demirörs O. (2008). Sağlık Sektöründe ISO 9126' nın Uygulanabilirliği, IV. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, ss. 48-54.
- Yıldız A.-Kaya S. (2014). Perceptions of Nurses on the Impact of Accreditation on Quality of Care A Survey in a Hospital in Turkey, *Clinical Governance: An International Journal*, 19(2), pp. 69-82.
- Yıldız A. (2010). Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, (Tez Danışmanı: Prof.Dr. Sıdıka Kaya).
- Yurtsever S. (2013). Hastanelerin Hizmet Kalitesinin Hasta Tatmin Ölçeği İle Ölçülmesi: Karabük Devlet Hastanesinde Yatan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma, *Uluslar arası İşletme ve Yönetim Dergisi*, 1(1), ss. 100-126.