

Seher DOĞAN

HEMŞİRELİK ESASLARI ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS

2026



T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERİN SAĞLIKTA KALİTE
OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIKTA KALİTE ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Seher DOĞAN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK PROGRAMI

ERZİNCAN
Haziran 2026
Her Hakkı Saklıdır.

**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN SAĞLIKTA KALİTE OKURYAZARLIĞI İLE
SAĞLIKTA KALİTE ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Seher DOĞAN

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI TEZLİ YÜKSEK PROGRAMI**

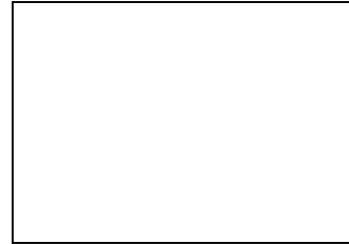
**ERZİNCAN
Haziran 2026
Her Hakkı Saklıdır.**



TC
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tez Kabul ve Onay

Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı ile Sağlıkta Kalite Algısı Arasındaki İlişki
Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN danışmanlığında, Seher DOĞAN tarafından hazırlanan
bu çalışma 03/07/2026 tarihinde jüri tarafından Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans tezi olarak oybirliği ile kabul edilmiştir.



Bilimsel Etiğe Uygunluk

“Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı ile Sağlıkta Kalite Algısı Arasındaki İlişki” isimli “Yüksek Lisans” tezimin tarafımda intihal tespit programı ile incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim.

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim. 03/07/2026

Seher DOğAN

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

HEMŞİRELERİN SAĞLIKTA KALİTE OKURYAZARLIĞI İLE SAĞLIKTA KALİTE ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Seher DOĞAN

Erzincan Binali Yıldırım Üniveristesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütüldü.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı türdeki bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerle yürütüldü. Araştırmanın örneklemini, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 300 hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu, Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği ve Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği kullanılarak, araştırmacı tarafından yüz yüze toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallisve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı toplam puan ortalaması $69,14 \pm 16,24$; sağlıkta kalite algısı toplam puan ortalaması ise $68,95 \pm 14,75$ olarak belirlendi. Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerinin eğitim durumu, aynı birimde çalışma yılı, kalite eğitimi alma ve mesleki gelişmeleri takip etme değişkenlerine göre anlamlı farklılık gösterdiği; kalite algısının ise; hemşirelikte çalışma yılı, aynı birimde çalışma yılı, hemşire sayısını yeterli bulma ve servisten memnuniyet durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. ($p < 0.05$). Sağlıkta kalite okuryazarlığı ile kalite algısı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi ($p < 0.01$)

Sonuç: Araştırma sonucunda hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlıkta kalite algılarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlendi. Sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyi arttıkça hemşirelerin kalite algısının da arttığı saptandı. Bu doğrultuda, hemşirelerin kalite süreçlerine yönelik bilgi ve farkındalıklarını geliştirmeye yönelik sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi, personel planlamasının güçlendirilmesi ve çalışma koşullarına ilişkin kurumsal iyileştirmelerin yapılması önerilmektedir.

2026, 81 Sayfa

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı, Sağlıkta Kalite Algısı, Kalite Yönetimi

ABSTRACT

MSc Thesis

THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES HEALTHCARE QUALITY LITERACY AND THEIR PERCEPTIONS OF HEALTHCARE QUALITY

Seher DOĞAN

Erzincan Binali Yıldırım University

Graduate School of Health Sciences

Department of Fundamentals of Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Serap SÖKMEN

Aim: This study was conducted to examine the relationship between nurses' health quality literacy and their perceptions of healthcare quality.

Material and Methods: This descriptive, cross-sectional, and correlational study was conducted with nurses working at a training and research hospital. The study sample consisted of 300 nurses who met the inclusion criteria and voluntarily agreed to participate. Data were collected through face-to-face interviews by the researcher using the Personal Information Form, the Health Quality Literacy Scale, and the Healthcare Professionals' Quality Perception Scale. Descriptive statistics, the Mann–Whitney U test, the Kruskal–Wallis test, and Spearman's correlation analysis were used for data analysis.

Results: The mean total score for nurses' health quality literacy was 69.14 ± 16.24 , while the mean total score for healthcare quality perception was 68.95 ± 14.75 . Health quality literacy levels differed significantly according to educational status, years of service in the same unit, receiving quality-related training, and following professional developments. Healthcare quality perception differed significantly according to years of nursing experience, years of service in the same unit, perceived adequacy of the number of nurses, and satisfaction with the unit ($p < 0.05$). A statistically significant, moderate, and positive correlation was found between health quality literacy and healthcare quality perception ($p < 0.01$).

Conclusion: The findings indicated that nurses had above-moderate levels of both health quality literacy and healthcare quality perception. As health quality literacy increased, nurses' perceptions of healthcare quality also improved. Accordingly, it is recommended that continuous educational programs be implemented to enhance nurses' knowledge and awareness of quality processes, workforce planning be strengthened, and institutional improvements be made to optimize working conditions.

2026, 81 Pages

Keywords: Nurses; Healthcare Quality Literacy; Perception of Healthcare Quality; Quality Management

TEŞEKKÜR

Danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN'e tüm çalışma boyunca yol gösterdiği ve desteğini esirgemediği için,

Değerli hocalarım, Prof. Dr. Papatya KARAKURT, Dr. Öğr. Üyesi Özlem KARA ve Dr. Öğr. Üyesi Meltem ŞİRİN GÖK'e gösterdikleri anlayış ve değerli katkıları için,

Manevi desteklerini hissettiğim ailem ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Seher DOĞAN
Temmuz, 2026

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
Tez Kabul ve Onay	i
Bilimsel Etiğe Uygunluk.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kalite Kavramı ve Tarihsel Gelişimi	5
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	6
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi.....	7
2.2.2. Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite	8
2.3. Türkiye’de Sağlıkta Kalitenin Gelişimi	9
2.4. Sağlıkta Kalite Algısı	12
2.5. Kalite Algısıyla İlişkili Faktörler	13
2.5.1. Bireysel Özellikler	13
2.5.2. Mesleki Özellikler.....	13
2.5.3. Örgütsel Özellikler.....	14
2.6. Hemşirelerin Kalite Algısına İlişkin Çalışmalar	15
2.7. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı	16
2.7.1. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığının Kapsamı ve Boyutları	17
2.8. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığıyla İlişkili Faktörler	19
2.8.1. Bireysel Özellikler	19
2.8.2. Mesleki Özellikler.....	19
2.9. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığının Önemi	20
2.10. Kalite Algısı ile Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	21
3. MATERYAL ve METOT.....	24
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	25

3.3. Veri Toplama Araçları	25
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	25
3.3.2. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği.....	25
3.3.3. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği.....	26
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.5. Verilerin Analizi	28
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR.....	55
EKLER	58
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	59
Ek 2. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği	60
Ek 3. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği	65
Ek 5. Etik Kurul Kararı	67
Ek 6. Ölçek İzin Mailleri	69
ÖZ GEÇMİŞ	70

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 3. 1: SKO Ölçeği ve KAO ve Alt Boyutları Madde Sayısı ve Cronbach α Güvenirlik Katsayıları.....	27
Tablo 3. 2: Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Normallik Analizleri	28
Tablo 3. 3: Kalite Algı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Normallik Analizleri	29
Tablo 4. 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	31
Tablo 4. 2: Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	33
Tablo 4. 3: Hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	33
Tablo 4. 4: Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 4. 5: Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Kalite Algı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4. 6: Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları ile Kalite Algı Ölçeği ve alt boyutları arasındaki Spearman korelasyon analizi sonuçları	40

SİMGELER ve KISALTMALAR

Simgeler

%	Yüzde
r	Korelasyon Katsayısı
Sd	Serbestlik Derecesi
α	Güvenirlilik Katsayısı

Kısaltmalar

H	Kruskal-Wallis H Testi
JCI	Uluslararası Birleşik Komisyon (Joint Commission International)
K	Basıklık (Kurtosis)
KAÖ	Kalite Algı Okuryazarlığı
K-S	Kolmogorov-Smirnov Testi
S	Çarpıklık (Skewness),
SE	Standart Hata
SKÖ	Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
S-W	Shapiro-Wilk Testi
U	Mann-Whitney U Testi

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde kalite, yalnızca sunulan hizmetin teknik doğruluğu ile sınırlı olmayan; insan gücü, teknolojik altyapı, çalışan yeterliliği, liderlik, ekip çalışması, kurum içi iletişim, kalite eğitimi, hasta ve çalışan güvenliği gibi birçok değişkenin etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir kavramdır (Çerçi ve Baykal, 2022; Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023). Kalite yönetiminin etkili biçimde yürütülebilmesi, standartların yalnızca yazılı olarak oluşturulmasına değil; üst yönetimin desteğine, çalışanların kalite süreçlerine aktif katılımına, sürekli eğitime, ekip çalışmasının güçlendirilmesine ve sürekli iyileştirme kültürünün kurum içinde yerleşmesine bağlıdır (Bayer ve Baykal, 2018b; Ecek ve Başaran, 2026; Turan ve Altıntaş, 2024). Buna karşın, personel yetersizliği, iş yükünün fazlalığı, iletişim sorunları ve kalite uygulamalarının ek bir yük olarak algılanması, kalite yönetiminin etkinliğini azaltabilmektedir (Çerçi ve Baykal, 2022).

Hemşireler, hastalarla sürekli iletişim kurmaları ve bakım hizmetlerini doğrudan yürütmeleri nedeniyle kalite yönetiminin en önemli paydaşları arasında yer almaktadır. Hemşirelerin hastayı değerlendirme, bakımı planlama, uygulama, izleme, kayıt altına alma ve bakım sonuçlarını değerlendirme sorumlulukları, onların hasta güvenliği ve bakım kalitesinin geliştirilmesinde merkezî bir rol üstlenmesini sağlamaktadır (Seren İntepeler, 2014; Cihan Erdoğan ve ark., 2024).

Hemşirelik hizmetlerinde kalite; bakım standartlarının belirlenmesi, bakım sonuçlarının sistematik biçimde izlenmesi, hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerinin değerlendirilmesi ve bakım sürecindeki risklerin azaltılması ile geliştirilebilmektedir (Seren İntepeler, 2014). Bu süreçte yönetici hemşireler, kalite hedeflerinin belirlenmesi, çalışan katılımının sağlanması, bakım sonuçlarının değerlendirilmesi ve kaliteye yönelik eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinden sorumludur (Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023).

Hemşirelerin kalite uygulamalarını benimsemeleri ve bu uygulamaları mesleki rollerinin doğal bir parçası olarak görmeleri, kalite yönetiminin başarıyla uygulanmasında belirleyici unsurlardan biridir (Değirmenci Öz ve ark., 2025). Ancak hemşirelerin kaliteye katılımını ve kalite uygulamalarına yönelik tutumlarını açıklamak için yalnızca kurumsal düzenlemeleri incelemek yeterli değildir. Çünkü hemşirelerin kalite algısı; kurumda sunulan hizmetleri, yönetim süreçlerini ve kalite uygulamalarının hasta, çalışan ve kuruma sağladığı katkıları nasıl değerlendirdikleriyle yakından ilişkilidir. Bu algı, bireyin önceki deneyimlerinden, beklentilerinden, gereksinimlerinden ve kurum içi iletişim süreçlerinden etkilenmektedir; bu nedenle aynı kurumda, benzer çalışma koşullarında çalışan hemşirelerin kalite algıları bile farklılık gösterebilmektedir (Bayer ve Baykal, 2018b; Elmas ve Yüksel, 2024).

Literatürde hemşirelerin kalite algısının genel olarak olumlu olduğu bildirilmekte; kalite algısı alt boyutlarından bazılarının daha düşük bazılarının daha yüksek değerlendirildiği; özellikle kalite eğitimi, kurum ve çalışan yararı gibi boyutların daha olumlu, buna karşın insan kaynaklarının kullanımı, yönetim ve liderlik boyutlarının daha düşük puanlarla değerlendirildiği bildirilmektedir (Bayer ve Baykal, 2018b; Yorulmaz ve Pirol, 2019; Koç ve Güven, 2023; Cihan Erdoğan ve ark., 2024; Elmas ve Yüksel, 2024). Bununla birlikte araştırmalar hemşirelerin kalite algısının kurumun özellikleri ve çalışma koşullarıyla birlikte bireysel ve mesleki özelliklerden de etkilendiğini göstermektedir. Kalite algısının eğitim düzeyi, çalışılan kurum/birim, pozisyon, mesleki deneyim, kalite eğitimi alma durumu, yönetici desteğı, iş yükü, kalite çalışmalarına katılım ve iş/birim memnuniyeti gibi değişkenlere göre farklılaştığı, ek olarak iş doyumu, hasta güvenliğı kültürü ve bireysel iş performansı ile pozitif, işe yabancılaşma ile ise negatif yönde ilişkili olduğu bildirilmektedir (Bayer ve Baykal, 2018b; Cihan Erdoğan ve ark., 2024; Değirmenci Öz ve ark., 2025; Durduran ve ark., 2025; Soysal ve ark., 2022;; Kapıkıran ve ark., 2023; Kurt ve ark., 2023). Bu bulgular, sağlıkta kalite algısının yalnızca kurumun sunduğu olanakların bir yansıması olmadığını; aynı zamanda hemşirelerin çalışma yaşamı, mesleki deneyimleri, kalite süreçlerine katılımları ve bakım hizmetine ilişkin yaklaşımlarıyla şekillenen çok boyutlu ve dinamik bir yapı olduğunu göstermektedir (Bayer ve Baykal, 2018b; Elmas ve Yüksel, 2024; Durduran ve ark., 2025).

Hemşirelerin sağlıkta kalite algısını etkileyebilecek önemli bireysel faktörlerden biri,

kaliteye ilişkin bilgi düzeyi, kalite standartlarını anlama ve yorumlama becerisi ile bu bilgiyi bakım süreçlerine yansıtabilme yeterliliğini kapsayan sağlıkta kalite okuryazarlığıdır. Sağlıkta kalite okuryazarlığı, kalite yönetiminin yalnızca yönetsel ve teknik bir süreç olmadığını; aynı zamanda sağlık çalışanlarının kaliteye ilişkin bilgi, tutum, değer ve yeterliliklerinin sürekli kalite iyileştirmenin temel bileşenleri olduğunu kabul eden bir yaklaşıma dayanmaktadır (Ehlers, 2007; Turan ve Altıntaş, 2024). Bu kavram, çalışanların kalite hakkında bilgi sahibi olmasının ötesinde; kalite stratejilerini uygulayabilmelerini, uygulama sonuçlarını değerlendirebilmelerini, mevcut uygulamaları geliştirebilmelerini ve kalite süreçlerini eleştirel bir bakış açısıyla analiz edebilmelerini de kapsamaktadır (Ehlers, 2007). Bu doğrultuda sağlıkta kalite okuryazarlığı; sağlık çalışanlarının kalite kavramını ve kalite yönetim sistemlerini tanıma, kalite standartlarının farkında olma, kalite uygulamalarının gerekliliğini benimseme ve bu süreçlere gönüllü olarak katılma yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (Turan ve Altıntaş, 2024; Kınış ve ark., 2024).

Literatürde sağlık çalışanlarının sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerinin genellikle orta düzeyin üzerinde olduğu, ancak bu düzeyin yaş, mesleki deneyim, gelir durumu, meslek grubu ve çalışma süresi gibi bireysel özelliklerden etkilenebildiği bildirilmektedir (Turan ve Altıntaş, 2024; Kınış ve ark., 2024).

Hemşirelerin bakım hizmetini kesintisiz sürdürmeleri, kalite standartlarını günlük uygulamalarına yansıtmaları, hasta güvenliği süreçlerinde aktif rol almaları ve bakım sonuçlarını değerlendirmeleri dikkate alındığında, sağlıkta kalite okuryazarlığı ile kalite algısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi önemlidir. Bu ilişkinin ortaya konulması, hemşirelerin yalnızca kaliteye ilişkin bilgi düzeylerini değil; kalite farkındalıklarını, kalite uygulamalarının gerekliliğine yönelik tutumlarını ve kalite yönetimi süreçlerine katılım isteklerini birlikte değerlendirmeye katkı sağlayacaktır. Bu gereksinim doğrultusunda yürütülen bu araştırmanın amacı, hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı ile kalite algıları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Araştırmada şu sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemřirelerin saęlıkta kalite okuryazarlıęı dűzeyi nedir?
2. Hemřirelerin saęlıkta kalite algısı ne dűzeydedir?
3. Hemřirelerin saęlıkta kalite okuryazarlıęını etkileyen faktűrler nelerdir?
4. Hemřirelerin saęlıkta kalite algısını etkileyen faktűrler nelerdir?
5. Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı ile sağlıkta kalite algısı arasında bir ilişki var mıdır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalite Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Kalite, bir ürünün ya da hizmetin belirlenen gereksinimleri karşılama yeterliliğine dayanan özelliklerinin bütünü (Çerçi ve Baykal, 2022; Avcı, 2018); mükemmellik derecesi veya amaca uygunluğu olarak tanımlanmaktadır (Turan ve Altıntaş, 2024).

Kalite kavramı, tarihsel süreçte yaklaşık MÖ 18. yüzyılda Hammurabi Kanunları'na kadar uzanmakla birlikte (Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023), modern kalite yönetimi anlayışı özellikle 1950'li yıllardan sonra Japonya'da gelişen sürekli iyileştirme yaklaşımıyla daha sistematik bir nitelik kazanmıştır (Turan ve Altıntaş, 2024).

Kalitenin tarihsel gelişimi; muayene, kalite kontrol, kalite güvencesi ve toplam kalite olmak üzere dört temel aşamada ele alınmaktadır. Bu aşamalar, kalite anlayışının yalnızca hatalı ürünlerin belirlenmesine dayalı bir yaklaşımdan, örgütün tüm çalışanlarını ve süreçlerini kapsayan bütüncül bir yönetim anlayışına doğru gelişimini göstermektedir (Doğan, 2022). Muayene aşamasında üretim sonrasında kusurlu ürünlerin ayıklanması amaçlanırken, kalite kontrol döneminde istatistiksel yöntemlerden yararlanılarak üretim sürecindeki sapmaların belirlenmesine odaklanılmıştır. Kalite güvencesi yaklaşımıyla hataların oluşmadan önlenmesi ve süreçlerin belirli standartlar doğrultusunda yürütülmesi önem kazanmıştır. Toplam kalite anlayışında ise kalite, üst yönetimden başlayarak tüm çalışanların katılımını ve sürekli iyileştirmeyi esas alan, örgütün bütününe yayılan bir yönetim felsefesine dönüşmüştür (Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2022).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite, mevcut bilimsel bilgi ve mesleki standartlar doğrultusunda bireylerin ve toplumun istenen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artıran hizmet sunumu olarak tanımlanmaktadır (Çerçi ve Baykal, 2022; Avcı, 2018). İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri kaliteyi doğru işlemlerin doğru kişilere, doğru zamanda ve ilk uygulamada doğru biçimde gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlarken, Amerikan Hemşireler Birliği mümkün olan en iyi hemşirelik bakımının hastaya sunulması için gerekli işlevlerin bütünü olarak değerlendirmektedir. Genel bir çerçevede ise sağlık hizmetlerinde kalite, uluslararası geçerliliğe sahip göstergelere uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetleri sunulurken hizmet alanların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması olarak ifade edilmektedir (aktaran Cihan Erdoğan ve ark., 2024).

Sağlık hizmetlerinde kalite, hastada istenen sonuçların elde edilmesi ve istenmeyen sonuçların önlenmesiyle de ilişkilendirilmektedir (Ekici, 2013). Nitelikli sağlık hizmetinin güvenli, etkili, etkin, zamanında, hasta merkezli ve hakkaniyetli olması beklenmektedir. Bu boyutlardan herhangi birindeki yetersizlik, hastaların gereksinim duydukları hizmete uygun zamanda ve uygun yöntemlerle ulaşmalarını güçleştirerek beklenen sağlık sonuçlarının elde edilmesini engelleyebilir (Avcı, 2018).

Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataların insan yaşamı üzerinde ciddi sonuçlar doğurabilmesi, hatalı uygulamaların geri dönüşü güç veya olanaksız sonuçlara yol açması ve hizmet maliyetlerinin yüksek olması, kaliteyi sağlık kurumları açısından temel bir gereklilik hâline getirmektedir. Niteliksiz hizmet sunumu yalnızca hastaya zarar verme riski oluşturmamakta; insan gücü, zaman, ilaç, tıbbi malzeme ve finansal kaynakların gereksiz kullanımına da neden olabilmektedir (Çerçi ve Baykal, 2022; Avcı, 2018).

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetin yalnızca teknik açıdan doğru biçimde sunulmasıyla sınırlı değildir, sağlıkta kalite; hastanın gereksinimlerinin, tercihlerinin ve beklentilerinin dikkate alınmasını, çalışanların mesleki yeterliliğini ve iletişim becerilerini, hizmetin sürekliliğini ve hastanın kararlara katılımını da içermektedir (Çerçi ve Baykal, 2022; Şenlik ve Turan, 2026).

Sağlık kuruluşlarındaki kalite süreçleri sistem süreçleri, klinik süreçler ve yönetsel

süreçler olmak üzere üç temel grupta ele alınabilmektedir. Hasta kabulü, nakil ve taburculuk sistem süreçlerine; ilaç ve ağrı yönetimi klinik süreçlere, risk yönetimi ve performans değerlendirme ise yönetsel süreçlere örnek oluşturmaktadır. Her süreç için standartların geliştirilmesi, uygulamaların belirli bir düzen ve tutarlılık içinde yürütülmesine katkı sağlamaktadır (Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi

Kalite yönetimi, bir sağlık kuruluşunun hizmet süreçlerini planlama, standartlaştırma, uygulama, ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetlerini sistemli biçimde yürütmesini sağlayan çağdaş bir yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşım; kayıt ve dokümantasyon sistemlerinin geliştirilmesi, görev ve sorumlulukların açıklığa kavuşturulması, veriye dayalı karar verilmesi, hasta ve çalışan memnuniyetinin izlenmesi ve sürekli iyileştirmenin kurumsallaştırılması gibi yararlar sağlamaktadır (Çerçi ve Baykal, 2022).

Sağlık bakım sistemlerinde kalite yönetimi, gelecekteki gereksinim ve harcamaların öngörülmesini kolaylaştırarak maliyet etkili planlamaya katkı sağlamaktadır. Kalite yönetiminin diğer yararları arasında hatalı uygulamaların azaltılması, ekiplerin güçlendirilmesi, çalışanların iyileştirme çalışmalarına katılımının desteklenmesi ve kendilerini ekibin değerli bir üyesi olarak algılamalarının sağlanması yer almaktadır (Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması ve sürdürülmesi amacıyla çeşitli yönetim yaklaşımları geliştirilmiştir. Bu yaklaşımlardan biri olan Toplam Kalite Yönetimi, hasta ve hizmet alanların gereksinim ve beklentilerini uygun maliyetle karşılamayı, süreçlerdeki hataları önlemeyi ve tüm çalışanların katılımıyla sürekli iyileştirme sağlamayı hedeflemektedir. Bu yaklaşımda yalnızca sonuçlara değil, hizmet sunum süreçlerine de odaklanılmakta ve hataların kaynağında belirlenerek önlenmesi amaçlanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2021; Øvretveit, 2000).

Kalite yönetimi anlayışı, bakım verenlerin gereksinimlerinden çok hizmet alanların gereksinimlerine, sonradan yapılan kontrollerden çok hataların önlenmesine ve bireylerin suçlanmasından çok süreçlerin geliştirilmesine odaklanmasıyla geleneksel değerlendirme

yaklaşımlarından ayrılmaktadır. Bu yönüyle sorun ortaya çıktıktan sonra düzeltici işlem yapmak yerine risklerin önceden belirlenmesini ve hizmetin ilk uygulamada doğru biçimde sunulmasını amaçlamaktadır (Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023).

Kalite uygulamalarının kurumsal kültürün bir parçası hâline gelmesi; hasta ve çalışan memnuniyetinin, çalışan performansının ve örgütsel sonuçların geliştirilmesine katkı sağlayabilmektedir. Bununla birlikte kalite kültürünün oluşması yalnızca standartların yayımlanmasına değil; yöneticilerin desteğine, çalışanların katılımına ve elde edilen sonuçların düzenli biçimde değerlendirilmesine bağlıdır (Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023; Değirmenci Öz ve ark., 2025).

Sağlık hizmetlerinde kalite, farklı meslek gruplarının ortak katkısıyla ortaya çıkan bir sonuçtur. Kalite geliştirme çalışmalarının multidisipliner yapısı, çalışanların problem çözme, verileri yorumlama, süreçleri analiz etme ve iyileştirme çalışmalarına katılma becerilerinin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır (Avcı, 2018).

2.2.2. Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite

Hemşirelik hizmetlerinde kalite; bakım standartlarının oluşturulması, hemşireliğe duyarlı göstergelerin izlenmesi, bakım sonuçlarının değerlendirilmesi ve olası risklerin azaltılması yoluyla geliştirilmektedir. Yönetici hemşirelerin çalışanların kaliteye ilişkin görüşlerini belirlemeleri, eğitim gereksinimlerini değerlendirmeleri ve hemşirelerin iyileştirme süreçlerine katılımlarını desteklemeleri, kaliteli bakımın sürdürülebilmesi açısından önem taşımaktadır (Seren İntepeler, 2014; Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023).

Hemşireler; hastayla kesintisiz ve doğrudan ilişki içinde bulunmaları, bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesindeki sorumlulukları ile hasta güvenliği uygulamalarındaki rolleri nedeniyle sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli unsurları arasında yer almaktadır. Hemşirelik bakımının standartlara uygun ve güvenli biçimde sunulması, hasta memnuniyetinin ve kurumsal kalite göstergelerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilmektedir (Bayer ve Baykal, 2018b; Cihan Erdoğan ve ark., 2024).

Hemşirelerin kalite çalışmalarını bakımın ayrılmaz bir parçası olarak benimsemeleri, standartları günlük uygulamalarına aktarabilmeleri ve iyileştirme faaliyetlerine

katılmaları önem taşımaktadır (Çerçi ve Baykal, 2022; Değirmenci Öz ve ark., 2025). Bu süreçte yönetici hemşirelerin çalışanları bilgilendirmeleri, eğitim gereksinimlerini belirlemeleri ve kalite geliştirme çalışmalarına katılımlarını desteklemeleri gerekmektedir (Seren İntepeler, 2014; Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023).

2.3. Türkiye’de Sağlıkta Kalitenin Gelişimi

Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmalarının kurumsal ve sistematik bir yapıya kavuşmasında, 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı önemli bir dönüm noktası olmuştur. Programla birlikte hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, hizmetlerin ortak standartlar doğrultusunda sunulması, memnuniyetin artırılması ve kalite kültürünün ülke genelinde geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu süreçte sağlıkta kalite anlayışı yalnızca klinik sonuçlarla sınırlı kalmamış; kurumsal yönetim, çalışan güvenliği ve fiziksel altyapı gibi unsurları da içeren daha bütüncül bir yapıya dönüşmüştür (Akdağ, 2008; Avcı, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin temel amacı, sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasıdır. Sistemin temel yapısını merkez ve taşra teşkilatındaki kurumsal yapılanma, sağlık hizmet kalitesi ve klinik kalite oluşturmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi boyutunda Sağlıkta Kalite Standartları, kalite göstergeleri ve kalite değerlendirmeleri; klinik kalite boyutunda ise klinik kalite standartları, klinik göstergeler ve klinik kalite ölçme ve değerlendirme sistemi yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlıkta Kalite Standartları, sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere etkililik, etkinlik, verimlilik, süreklilik ve zamanlılık hedeflerine ulaşmak amacıyla geliştirilen standartların bütünüdür. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi ise standartların yanı sıra göstergeleri, değerlendirmeleri, rehberleri ve Türkiye Klinik Kalite Programını içeren kapsamlı bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, 2023).

Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin hastanelerde uygulanmasına yönelik temel araçlardan birini Sağlıkta Kalite Standartları Hastane seti oluşturmaktadır. SKS Hastane seti; Dünya Sağlık Örgütü’nün hedefleri, uluslararası gelişmeler ve Türkiye’nin sağlık alanındaki

gereksinim ve öncelikleri dikkate alınarak kamu, özel ve üniversite hastanelerinde belirlenen kalite düzeyine ulaşılmasını desteklemek amacıyla hazırlanmıştır. Set; hasta güvenliği, sağlıklı çalışma yaşamı, etkililik, etkinlik, verimlilik, zamanlılık, hasta odaklılık, süreklilik, uygunluk ve hakkaniyet hedeflerini birlikte ele almaktadır. Bu hedefler arasında hiyerarşik bir sıralama bulunmamakta, her bir hedefin diğerlerini destekleyecek biçimde gerçekleştirilmesi beklenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

SKS Hastane; yapı, süreç ve sonuç odaklı standartlardan oluşmakta ve hastanenin tüm hizmet alanlarını kapsayacak biçimde düzenlenmektedir. Sistem; kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi olmak üzere beş boyutta yapılandırılmıştır. Kurumsal hizmetler boyutu çalışanların katılımını esas alan etkili bir kalite yönetim yapısına; hasta ve çalışan odaklı hizmetler boyutu hasta hakları, güvenlik, memnuniyet ve sağlıklı çalışma yaşamına odaklanmaktadır. Gösterge yönetimi boyutu ise hizmet sunum performansının düzenli olarak izlenmesini ve iyileştirme çalışmalarının sürdürülmesini desteklemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini temel alan kalite standartlarının uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir. Yönetmelik, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır (Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, 2023).

Yönetmelik doğrultusunda sağlık kuruluşlarının Sağlıkta Kalite Standartlarına uygun düzenlemeler yapması, belirli aralıklarla öz değerlendirme gerçekleştirilmesi, kalite göstergelerine ilişkin verileri Bakanlığın elektronik sistemine kaydetmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmalarını yürütmesi gerekmektedir. Bu yapı, kalite yönetiminin yalnızca dış değerlendirmelerden oluşmadığını, kurumların kendi hizmet süreçlerini düzenli olarak izleme ve geliştirme sorumluluğu da taşıdığını göstermektedir (Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, 2023).

Sağlık hizmetlerinin ve kalite gereksinimlerinin zaman içerisinde değişmesi, kalite

standartlarının belirli aralıklarla gözden geçirilmesini ve güncellenmesini gerekli kılmaktadır. Bu doğrultuda 2015 yılında yayımlanan SKS Hastane Sürüm 5 gözden geçirilerek SKS Hastane Sürüm 6 hazırlanmıştır. Standartların geliştirilmesi sürecinde bilimsel ve uluslararası yayınların incelenmesi, paydaş görüşlerinin alınması ve standartların anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi esas alınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin standardizasyonu ve kalite güvencesi kapsamında ulusal sistemlerin yanı sıra ISO 9001 ve Joint Commission International (JCI) gibi uluslararası yaklaşımlardan da yararlanılmaktadır. Türk Standartları Enstitüsü, sağlık kuruluşlarını TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi standartları doğrultusunda değerlendirmekte; JCI akreditasyonu ise hasta güvenliği ve bakım kalitesini uluslararası standartlar çerçevesinde ele almaktadır (Çerçi ve Baykal, 2022).

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü de sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının geliştirilmesine bilimsel katkı sağlamak ve sağlık kuruluşlarının ulusal ve uluslararası düzeyde akreditasyonunu desteklemek amacıyla Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesinde kurulmuştur (Araç ve Koç, 2023). Enstitünün, sağlık kuruluşlarının kalite hedeflerini belirlemelerini, kalite iyileştirme çalışmaları yürütmelerini ve sürdürülebilir kalite yönetim sistemleri oluşturmalarını desteklemesi amaçlanmaktadır (Avcı, 2018; Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2022).

Bununla birlikte standartların oluşturulması ve sağlık kuruluşlarının akredite edilmesi, sürekli iyileştirmenin tek başına sağlanması için yeterli değildir. Kalite sisteminin etkili biçimde uygulanması; yönetimin desteğine, çalışanların kalite faaliyetlerine katılımına ve iyileştirme çalışmalarının klinik düzeyde sürdürülmesine bağlıdır (Avcı, 2018). Bu nedenle Türkiye’de sağlıkta kalite çalışmalarının hedeflenen sonuçlara ulaşabilmesi için standartların sağlık çalışanları tarafından anlaşılması, benimsenmesi ve günlük uygulamalara aktarılması önem taşımaktadır. Kalite eğitimi, çalışan katılımı, ekip çalışması ve sonuçların düzenli olarak değerlendirilmesi, kalite sisteminin kurumsal kültürün bir parçası hâline gelmesini desteklemektedir (Çerçi ve Baykal, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.4. Sağlıkta Kalite Algısı

Algı, bireyin çevresindeki uyarıcıları geçmiş deneyimleri, beklentileri, gereksinimleri ve değerleri doğrultusunda anlamlandırmasıdır. Bu doğrultuda sağlıkta kalite algısı, çalışanların kurumda yürütölen kalite uygulamalarını, hizmet süreçlerini ve bu uygulamaların hasta, çalışan ve kurum üzerindeki sonuçlarını değerlendirme biçimini ifade etmektedir (Bayer ve Baykal, 2018b; Elmas ve Yüksel, 2024). Sağlık hizmetlerinde algılanan kalite, hizmetin teknik niteliğinin yanı sıra sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarından, hizmet alanların geçmiş deneyimlerinden ve beklentilerinden etkilenmektedir. Bu unsurların bir araya gelmesi, sunulan hizmetin kalitesine ilişkin olumlu veya olumsuz değerlendirmelerin oluşmasına katkı sağlamaktadır (Bayer ve Baykal, 2018b).

Kalite algısı, çalışanların yalnızca kalite standartlarının varlığından haberdar olmalarıyla sınırlı değildir. Çalışanların bu standartları gerekli, yararlı ve uygulanabilir bulmaları; kalite uygulamalarının hasta güvenliği, bakım sonuçları, çalışma koşulları ve kurumsal performans üzerindeki katkılarını nasıl değerlendirdikleriyle de ilişkilidir. Kalite çalışmalarının hasta, çalışan ve kurum açısından yararlı olduğuna inanılması, çalışanların kalite geliştirme süreçlerine katılımını destekleyebilmektedir (Cihan Erdoğan ve ark., 2024; Değirmenci Öz ve ark., 2025).

Sağlık kurumlarında çalışanların kalite algılarının belirlenmesi, kalite yönetiminin güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerinin ortaya konulması açısından önem taşımaktadır. Özellikle hemşireler, bakım süreçleriyle sürekli ve doğrudan temas hâlinde olmaları nedeniyle kurumun kalite kültürü, hasta güvenliği uygulamaları ve bakım sonuçları hakkında önemli değerlendirmeler sunabilmektedir (Elmas ve Yüksel, 2024; Cihan Erdoğan ve ark., 2024).

Kalite algısının olumlu olması, çalışanların kalite faaliyetlerine katılım göstermelerini ve standartları mesleki uygulamalarına aktarmalarını destekleyebilir. Buna karşılık kalite çalışmalarının gereksiz bürokrasi, denetim veya ek iş yükü olarak değerlendirilmesi, çalışanların katılımını sınırlandırabilir (Çerçi ve Baykal, 2022; Değirmenci Öz ve ark., 2025). Hemşirelerin kaliteye ilişkin olumlu değerlendirmelerinin güvenli bakım, hasta memnuniyeti, kalite göstergelerine uyum ve hasta güvenliği kültürüyle ilişkili olduğuy;

olumsuz çalışma koşulları ve işe yabancılaşmanın ise kalite algısıyla ters yönde ilişki gösterebildiği bildirilmektedir (Kapıkıran ve ark., 2023; Kurt ve ark., 2023).

2.5. Kalite Algısıyla İlişkili Faktörler

Kalite algısı, bireysel, mesleki ve örgütsel özelliklerin etkileşimi sonucunda oluşan çok boyutlu bir yapıdır. Bu özelliklerin kalite algısıyla ilişkisi, farklı değişkenlere göre değişiklik göstermektedir (Koç ve Güven, 2023; Cihan Erdoğan ve ark., 2024). Bu kapsamda kalite algısıyla ilişkili faktörler; bireysel özellikler, mesleki özellikler ve örgütsel özellikler olmak üzere üç grupta incelenebilir.

2.5.1. Bireysel Özellikler

Yaş ve cinsiyet: Yaş ve cinsiyetin kalite algısıyla ilişkisine yönelik araştırma sonuçları tutarlı değildir. Bazı çalışmalarda kadın çalışanların belirli kalite algısı boyutlarından daha yüksek puan aldıkları bildirilirken, bazı araştırmalarda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde yaş değişkeni açısından da farklı sonuçlar elde edilmiştir (Bayer ve Baykal, 2018b; Koç ve Güven, 2023; Durduran ve ark., 2025).

Medeni durum: Hemşirelerin medeni durumlarına göre kalite algılarının farklılaşp farklılaşmadığına ilişkin araştırmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda medeni duruma göre anlamlı farklılık saptanırken, bazı çalışmalarda toplam kalite algısının medeni duruma göre değişmediği bildirilmiştir (Koç ve Güven, 2023; Cihan Erdoğan ve ark., 2024).

Eğitim düzeyi: Eğitim düzeyi, çalışanların kalite kavramlarını ve uygulamalarını değerlendirme biçimleriyle ilişkili olabilmektedir. Lisansüstü eğitim alan hemşirelerin kalite algısı puanlarının daha yüksek bulunduğu çalışmalar olmakla birlikte, eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık belirlenmeyen araştırmalar da bulunmaktadır (Koç ve Güven, 2023; Durduran ve ark., 2025).

2.5.2. Mesleki Özellikler

Görev pozisyonu ve mesleki deneyim: Görev pozisyonu ve mesleki deneyim, hemşirelerin kalite süreçleriyle temas düzeyleriyle ilişkilidir. Yönetici hemşireler kalite çalışmalarının planlanması ve değerlendirilmesinde daha aktif rol alırken, klinik

hemşireler belirlenen standartların uygulanmasında sorumluluk üstlenmektedir. Bazı çalışmalarda görev pozisyonu ve çalışma süresine göre kalite algısı puanlarında farklılıklar bulunduğu bildirilmiştir (Bayer ve Baykal, 2018b).

Çalışılan birim: Çalışılan birimin hasta profili, iş yükü, risk düzeyi ve bakımın karmaşıklığı, hemşirelerin kalite uygulamalarına ilişkin değerlendirmeleriyle ilişkili olabilmektedir. Araştırmalarda çalışılan klinik veya birime göre bazı kalite algısı boyutlarında anlamlı farklılıklar bulunduğu belirtilmiştir (Koç ve Güven, 2023; Cihan Erdoğan ve ark., 2024).

Çalışma ve vardiya düzeni: Çalışma biçimi ve vardiya düzeni, hemşirelerin yönetsel süreçlere ve kalite çalışmalarına katılım olanaklarıyla ilişkili olabilmektedir. Bazı çalışmalarda gündüz veya karma vardiyada çalışan hemşirelerin kalite algısı puanlarının yalnız gece çalışanlardan daha yüksek olduğu belirlenirken, bazı araştırmalarda çalışma düzenine göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Koç ve Güven, 2023; Durduran ve ark., 2025).

Kalite eğitimi: Kalite eğitimi, çalışanların kalite kavramları, standartlar, göstergeler ve iyileştirme yöntemleri hakkında bilgi edinmelerini destekleyebilir. Bazı çalışmalarda kalite eğitimi alan hemşirelerin kaliteye ilişkin değerlendirmelerinin daha olumlu olduğu belirlenirken, bazı çalışmalarda eğitim alma durumuna göre toplam kalite algısında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Koç ve Güven, 2023; Cihan Erdoğan ve ark., 2024; Değirmenci Öz ve ark., 2025).

2.5.3. Örgütsel Özellikler

Kalite algısı ile çalışanların işe ve kuruma ilişkin bazı değerlendirmeleri arasında ilişkiler bulunduğu bildirilmektedir. Kalite algısı ile iş doyumu arasında pozitif yönde ilişki belirlenirken (Soysal ve ark., 2022), işe yabancılaşma ile kalite algısı arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (Kurt ve ark., 2023). Bunun yanında kalite algısının hasta güvenliği kültürüyle pozitif ve orta düzeyde (Kapıkıran ve ark., 2023), bireysel iş performansı ile ise pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Durduran ve ark., 2025).

2.6. Hemşirelerin Kalite Algısına İlişkin Çalışmalar

Türkiye’de hemşireler ve sağlık çalışanlarıyla yürütülen araştırmalarda kalite algısının genel olarak olumlu veya orta düzeyin üzerinde olduğu bildirilmektedir. Bayer ve Baykal’ın kalite belgesi bulunan beş hastanede çalışan 301 hemşireyle yürüttüğü araştırmada toplam kalite algısının olumlu olduğu; en yüksek puanın kalite eğitimi, en düşük puanın ise insan kaynaklarının kullanımı boyutunda elde edildiği belirlenmiştir. Çalışılan kurum, görev pozisyonu ve çalışma süresine göre bazı ölçek puanlarında farklılıklar bulunduğu bildirilmiştir (Bayer ve Baykal, 2018b).

Yorulmaz ve Pirol’un sağlık çalışanlarıyla yürüttüğü araştırmada en yüksek ortalamanın kalite çalışmalarının yararı, en düşük ortalamanın ise yönetim ve liderlik boyutunda olduğu belirlenmiştir (Yorulmaz ve Pirol, 2019). Koç ve Güven’in hekim ve hemşirelerle yürüttüğü çalışmada da kalite algısının iyi düzeyde olduğu; çalışan yararı ve kurum yararı boyutlarının daha yüksek, insan kaynaklarının kullanımı boyutunun ise daha düşük değerlendirildiği bildirilmiştir (Koç ve Güven, 2023).

Elmas ve Yüksel’in özel bir hastanede çalışan hemşirelerle gerçekleştirdiği araştırmada kalite algısının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir (Elmas ve Yüksel, 2024). Cihan Erdoğan ve arkadaşlarının onkoloji hastanesinde çalışan hemşirelerle yürüttüğü çalışmada çalışan yararı boyutu en yüksek, insan kaynaklarının kullanımı boyutu ise en düşük puanı almıştır. Ayrıca çalışılan klinik ve kalite eğitimi alma durumuna göre kalite algısında farklılıklar bulunduğu bildirilmiştir (Cihan Erdoğan ve ark., 2024).

Kalite algısının farklı çalışan ve örgüt sonuçlarıyla ilişkisini inceleyen araştırmalar da bulunmaktadır. Soysal ve arkadaşları kalite algısı ile iş doyumunu arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bildirmiştir (Soysal ve ark., 2022). Kurt ve arkadaşlarının çalışmasında kalite algısı ile işe yabancılaşma arasında negatif yönde ilişki belirlenmiştir (Kurt ve ark., 2023). Kapıkıran ve arkadaşları kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki bulunduğunu bildirmiştir (Kapıkıran ve ark., 2023). Durduran ve arkadaşlarının çalışmasında ise kalite algısı ile bireysel iş performansı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Durduran ve ark., 2025). Araştırmalarda hemşirelerin kalite algısıyla ilişkili bireysel, mesleki ve örgütsel değişkenlere yönelik farklı sonuçlar elde edilmiştir (Bayer ve Baykal, 2018b; Koç ve Güven, 2023; Cihan Erdoğan ve ark., 2024;

Durduran ve ark., 2025). Kalite algısına ilişkin araştırmalar birlikte değerlendirildiğinde, hemşirelerin kalite uygulamalarının hasta, çalışan ve kurum açısından yararlarını çoğunlukla olumlu değerlendirdikleri grlmektedir. Buna karşılık insan kaynaklarının kullanımı ile yönetim ve liderlik boyutlarının bazı çalışmalarda daha düşük puan alması; personel planlaması, çalışan katılımı ve yönetsel destek alanlarında geliştirmeye gereksinim olabileceğine işaret etmektedir (Bayer ve Baykal, 2018b; Yorulmaz ve Pirol, 2019; Koç ve Güven, 2023; Cihan Erdoğan ve ark., 2024). Araştırmalarda kalite algısıyla ilişkili faktörlerin farklılaşması, kurumların kalite kültürü, çalışan profili, iş yükü, yönetim biçimi ve eğitim uygulamalarının sonuçları etkileyebildiğini göstermektedir. Bu nedenle kalite algısının tek bir değişkenle açıklanması yerine bireysel, mesleki ve kurumsal değişkenlerin birlikte değerlendirildiği bütüncül araştırmalara gereksinim vardır (Elmas ve Yüksel, 2024; Değirmenci z ve ark., 2025).

2.7. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı

Kalite okuryazarlığı, kalite geliştirme süreçlerinde görev alan bireylerin kaliteyi anlamaları, kalite araçlarını kullanmaları, mevcut uygulamaları değerlendirmeleri ve iyileştirme çalışmalarına yetkin biçimde katılmaları için gerekli bilgi, beceri, tutum ve yeterliliklerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, kalite yönetiminin yalnızca teknik araçlardan ve yönetsel düzenlemelerden oluşmadığını, çalışanların bireysel yeterliliklerinin de kalite süreçlerinde önemli bir rolü olduğunu vurgulamaktadır (Ehlers, 2007; Leiber & Seyfried, 2025).

Ehlers'e (2007) göre kalite okuryazarlığı, bireylerin mevcut kalite araç, yöntem ve stratejilerini amaçlarına uygun biçimde kullanma, değiştirme, geliştirme ve gerektiğinde yeni araçlar oluşturma yeterliliği olarak açıklamaktadır. Bu yeterlilik, kalite kavramları hakkında yalnızca bilgi sahibi olmanın ötesinde; bilginin uygulamaya aktarılmasını, mevcut uygulamaların belirli standartlara göre değerlendirilmesini, edinilen deneyimlerden yararlanılmasını ve kalite geliştirme süreçlerinde sorumluluk üstlenilmesini kapsamaktadır. Bu yönüyle kalite okuryazarlığı, kaliteye ilişkin teorik bilginin uygulama, değerlendirme ve iyileştirme yeterliliğine dönüşmesini ifade etmektedir (Leiber & Seyfried, 2025)

Ehlers'in modelinde kalite okuryazarlığı; kalite bilgisi, kalite deneyimi, kalite yeniliği ve

kalite analizi olmak üzere dört temel yeterlilik alanından oluşmaktadır. Birbirinden bağımsız olmayan bu alanlar, kalite geliştirme sürecinde birbirini tamamlayan yeterlilikler olarak ele alınmaktadır (Ehlers, 2007). Bu yeterlilik alanları:

- Kalite Bilgisi: Kalite yönetimi, kalite güvencesi, kalite geliştirme, standartlar, araçlar ve değerlendirme yöntemlerine ilişkin kavramsal ve uygulamalı bilgiyi kapsamaktadır.
- Kalite Deneyimi: Kalite araçlarını belirli bir amaca ulaşmak, geri bildirimleri değerlendirmek ve iyileştirme çalışmaları başlatmak için kullanabilme yeterliliğini ifade etmektedir.
- Kalite Yeniliği: Mevcut kalite stratejilerini ve araçlarını kurumun gereksinimlerine uyarlama veya yeni yöntemler geliştirme kapasitesiyle ilişkilidir.
- Kalite Analizi: Bireyin mevcut kalite durumunu eleştirel biçimde değerlendirmesini, kendi amaçlarını ve içinde bulunduğu bağlamı gözden geçirmesini ve geleceğe yönelik kalite hedefleri oluşturmasını kapsamaktadır (Ehlers, 2007).

Kalite okuryazarlığı, sağlık hizmetleri bağlamında yalnızca hizmet sunan çalışanların yeterlilikleriyle sınırlı değildir. Aynı zamanda hizmet alan bireylerin sağlık hizmetlerini bilinçli biçimde değerlendirmelerine, gereksinim duydukları hizmeti talep etme yetkinliği kazanmalarına, hizmet sunumunun niteliğinin geliştirilmesine ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinin desteklenmesine de katkı sağlamaktadır (Şenlik ve Turan, 2026).

2.7.1. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığının Kapsamı ve Boyutları

Genel kalite okuryazarlığı yaklaşımının sağlık hizmetlerine yansımaları, sağlık çalışanlarının kaliteye ilişkin bilgileri yalnızca bilmelerini değil, bu bilgileri hizmet süreçlerinde kullanmalarını ve kalite geliştirme çalışmalarına katılmalarını gerekli kılmaktadır. Sağlıkta kalite okuryazarlığı, sağlık çalışanlarının kalite yönetimi, standartlar ve süreçler hakkında bilgi sahibi olmalarını ve bu bilgileri etkili biçimde kullanabilmelerini ifade etmektedir. Kavram; kaliteyi anlama, hizmet süreçlerini

değerlendirme, kaliteyi sorgulama, asgari standartları tanıma ve kalite iyileştirme çalışmalarına katılma yeterliliklerini kapsamaktadır (Turan ve Altıntaş, 2024; Şenlik ve Turan, 2026).

Sağlıkta kalite okuryazarlığının gelişmesi, kalite kültürünün oluşturulması ve kalite yönetim sistemlerinin çalışanlar tarafından benimsenmesiyle yakından ilişkilidir. Çalışanların kalite standartlarını yalnızca uymaları gereken kurallar olarak görmemeleri; bu standartların hangi hasta, çalışan ve kurum sonuçlarını geliştirmeyi amaçladığını anlamaları ve iyileştirme faaliyetlerine katılmaları beklenmektedir (Turan ve Altıntaş, 2024).

Turan ve Altıntaş (2024), sağlıkta kalite okuryazarlığını kalite kavramının anlamına yönelik farkındalık, kalite gerekliliğine yönelik tutum, sağlık hizmetlerinde asgari kalite standartlarına yönelik farkındalık ve kalite yönetimi süreçlerine katılımda isteklilik olmak üzere dört boyutta ele almıştır. Bu yapı, sağlık çalışanının kalite kavramını bilmesinin yanı sıra kalite uygulamalarını gerekli görmesini ve kalite yönetimi süreçlerine katılmaya istekli olmasını da kapsamaktadır. Bu doğrultuda belirlenen dört temel boyut şu şekildedir:

- Kalite Kavramının Anlamına Yönelik Farkındalık: Çalışanın kaliteyi tanımlama, kalite yönetiminin amaçlarını ve felsefesini açıklama ve kalite kültürünü kavrama düzeyiyle ilişkilidir.
- Kalite Gerekliliğine Yönelik Tutum: Kalite yönetiminin hasta ve çalışan memnuniyeti, verimlilik, kurumsal hedefler ve hizmet sonuçları açısından gerekli olduğuna ilişkin değerlendirmeleri kapsamaktadır (Turan ve Altıntaş, 2024).
- Asgari Kalite Standartlarına Yönelik Farkındalık: Hizmetin fiziksel ve teknolojik olanakları, yetki ve sorumluluklar, ölçme ve değerlendirme sistemleri, sürekli iyileştirme politikaları, yeterli insan gücü, kaynaklar, altyapı ve hakkaniyetli erişim gibi temel koşulların bilinmesini içermektedir.
- Kalite Yönetimi Süreçlerine Katılımda İsteklilik: İletişim, ekip çalışması, yönetsel faaliyetler, strateji geliştirme ve kalite yönetimine yeni bakış açıları kazandırma gibi etkin katılım davranışlarına yönelik eğilimi ifade etmektedir (Turan ve Altıntaş, 2024).

2.8. Sağlık Kalite Okuryazarlığıyla İlişkili Faktörler

Sağlık alışanlarının kalite okuryazarlığı, bireysel ve mesleki özelliklerin etkileşimi sonucunda şekillenen çok boyutlu bir yapıdır. Bu özelliklerin kalite okuryazarlığıyla ilişkisi, farklı değişkenlere göre değişiklik göstermektedir (Turan ve Altıntaş, 2024; Kınış ve ark., 2024). Bu doğrultuda sağlıkta kalite okuryazarlığıyla ilişkili faktörler; bireysel ve mesleki özellikler olmak üzere iki temel grupta incelenebilir.

2.8.1. Bireysel Özellikler

Yaş ve cinsiyet: Sağlık alışanlarının kalite okuryazarlığı düzeylerinin yaş ve cinsiyet gruplarına göre farklılık gösterebildiği belirlenmiştir. Kınış ve arkadaşları (2024), sağlık çalışanlarının kalite okuryazarlığı düzeylerinin cinsiyet ve yaş gruplarına göre anlamlı biçimde farklılaştığını bildirmiştir. Benzer şekilde, Turan ve Altıntaş (2024) tarafından yürütölen çalışmada da çalışanların kalite okuryazarlığı düzeylerinin yaş değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Gelir durumu: Turan ve Altıntaş'ın (2024) alışmasında sağlık çalışanlarının kalite okuryazarlığı düzeylerinin gelir durumuna göre farklılaştığı bildirilmiştir.

2.8.2. Mesleki Özellikler

Mesleki unvan: Sağlık alışanlarının kalite okuryazarlığı düzeylerinin mesleki unvana göre farklılık gösterebildiği belirlenmiştir. Kınış ve arkadaşlarının (2024) alışmasında sağlık çalışanlarının kalite okuryazarlığı düzeylerinin mesleki unvana göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hemşire ve ebelerin bazı kalite okuryazarlığı puanlarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu bildirilmiş; bu durum, hemşire ve ebelerin hasta bakımı, kalite göstergeleri ve kalite yönetimi uygulamalarına daha doğrudan katılmalarıyla ilişkilendirilmiştir.

Çalışma süresi ve mesleki deneyim: Sağlıkta kalite okuryazarlığının çalışma süresi ve mesleki deneyime göre farklılık gösterebildiği belirlenmiştir (Turan ve Altıntaş, 2024; Kınış ve ark., 2024). Kınış ve arkadaşlarının (2024) alışmasında 11–15 yıl deneyime sahip sağlık çalışanlarının bazı standart, isteklilik, tutum ve farkındalık puanlarının diğer deneyim gruplarından daha düşük olduğu; 16 yıl ve üzerinde çalışanların ise farkındalık

puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Sağlıkta kalite okuryazarlığıyla ilişkili özelliklere yönelik çalışmaların sınırlı olması nedeniyle mevcut bulguların farklı sağlık kurumlarında ve özellikle hemşire örneklemelerinde incelenmesi önem taşımaktadır.

2.9. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığının nemi

Sağlıkta kalite okuryazarlığı, sağlık çalışanlarının kalite standartlarını anlamaları, hizmet süreçlerini değerlendirmeleri ve kalite geliştirme çalışmalarına katılmaları açısından önem taşımaktadır. Kalite okuryazarlığının çalışanların kanıta dayalı uygulamalara uyumunu, kalite standartlarını günlük uygulamalarına aktarmalarını, ekip iletişimini ve kaynakların uygun kullanımını destekleyebileceği belirtilmektedir. Ayrıca kalite okuryazarlığının geliştirilmesinin tıbbi hataların azaltılmasına, hasta güvenliği kültürünün güçlendirilmesine ve sağlık sistemlerinin değişen politika ve teknolojilere uyum kapasitesinin artırılmasına katkı sağlayabileceği ifade edilmektedir (Kınış ve ark., 2024).

Sağlık alışanlarının kaliteye ilişkin kavramları, standartları ve değerlendirme yöntemlerini bilmeleri, kalite uygulamalarını mesleki görevleriyle ilişkilendirebilmelerini desteklemektedir. Kalite okuryazarlığı yalnızca mevcut standartlara uyulmasını değil, çalışanların hizmet süreçlerini değerlendirmelerini, geliştirilmesi gereken alanları belirlemelerini ve kalite yönetimi faaliyetlerine katılmalarını da kapsamaktadır (Turan ve Altıntaş, 2024).

Kalite okuryazarlığının kurumsal düzeyde geliştirilmesi, kalite kültürünün çalışanlar tarafından benimsenmesine ve standartların günlük hizmet süreçlerine aktarılmasına katkı sağlayabilir. Bu yönüyle kalite okuryazarlığı, kalite yönetimi sistemleri ile çalışanların mesleki uygulamaları arasında bağlantı kurulmasını destekleyen bir yeterlilik alanı olarak değerlendirilebilir.

Sağlıkta kalite okuryazarlığı, hizmet alan bireylerin sağlık hizmetlerini bilinçli biçimde değerlendirmelerine ve gereksinim duydukları hizmeti talep etme yetkinliği kazanmalarına katkı sağlamaktadır. Ayrıca hizmet sunumunun niteliğinin geliştirilmesinin ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinin desteklenmesinin sağlıkta

kalite okuryazarlığıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Şenlik ve Turan, 2026)

Sağlıkta kalite okuryazarlığının geliştirilmesinde yalnızca kaliteye ilişkin kuramsal bilgilerin aktarılması yeterli değildir. Eğitimlerin uygulamalı, vakaya dayalı ve problem çözme becerilerini destekleyecek biçimde yürütülmesi önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının kalite göstergelerini yorumlama, sorunların temel nedenlerini belirleme, iyileştirme planları hazırlama ve uygulama sonuçlarını değerlendirme deneyimi kazanmaları, kaliteye ilişkin bilgilerin mesleki yeterliliğe dönüşmesini destekleyebilir (Avcı, 2018; Ehlers, 2007).

Sağlık çalışanlarının kalite okuryazarlığı düzeylerinin bireysel ve mesleki özelliklere göre farklılaşabilmesi, kalite eğitimlerinin çalışan gruplarının gereksinimleri dikkate alınarak planlanmasını gerekli kılmaktadır (Turan ve Altıntaş, 2024). Bu kapsamda kalite eğitimlerinin çalışanların yalnızca bilgi düzeylerini artırmaya değil, kalite araçlarını kullanma, süreçleri değerlendirme ve iyileştirme çalışmalarına katılma yeterliliklerini geliştirmeye de yönelmesi önem taşımaktadır.

2.10. Kalite Algısı ile Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Kalite algısı ve kalite okuryazarlığı birbiriyle ilişkili olmakla birlikte farklı kavramlardır. Kalite algısı, çalışanların kurumda yürütülen kalite uygulamalarını ve bu uygulamaların sonuçlarını nasıl değerlendirdiklerini ifade ederken; kalite okuryazarlığı, kaliteyi anlamak, standartları yorumlamak ve kalite geliştirme süreçlerine yetkin biçimde katılmak için sahip olunan bilgi, beceri, tutum ve istekliliği kapsamaktadır (Bayer ve Baykal, 2018a; Turan ve Altıntaş, 2024).

Kalite okuryazarlığı, çalışanların kalite uygulamalarına ilişkin değerlendirmelerini şekillendirebilecek bilişsel ve davranışsal bir temel sunmaktadır. Kalite kavramı, standartların amaçları ve ölçme-değerlendirme yöntemleri hakkında bilgi sahibi olan çalışanlar, kurumda yürütülen uygulamaları daha kapsamlı değerlendirebilir ve bu uygulamaların hasta, çalışan ve kurum açısından sağladığı yararlarla ilişkin daha bilinçli bir algı geliştirebilirler (Ehlers, 2007; Turan ve Altıntaş, 2024). Kalite gerekliliğine yönelik olumlu tutum ve kalite yönetimi süreçlerine katılımı isteklilik, çalışanların kalite faaliyetlerini yalnızca bürokratik bir işlem veya dış denetim aracı olarak

değerlendirmelerini azaltabilir. Buna karşılık kalite standartlarına ilişkin bilgi yetersizliği, kalite süreçlerine sınırlı katılım ve uygulamaların amaçlarının çalışanlara yeterince açıklanmaması, kalite çalışmalarına yönelik olumsuz değerlendirmelerle ilişkili olabilmektedir (Çerçi ve Baykal, 2022; Değirmenci Öz ve ark., 2025).

Kalite okuryazarlığı, sağlık çalışanlarının yönetim ve liderlik, insan kaynaklarının kullanımı, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme ile kalite uygulamalarının hasta, çalışan ve kurum açısından yararlarını daha bilinçli biçimde değerlendirmelerine katkı sağlayabilir. Kalite yönetimi felsefesini ve çalışan katılımının önemini bilen hemşireler, yöneticilerin kalite çalışmalarındaki rolünü ve alınan kararların kalite hedefleriyle uyumunu daha kapsamlı değerlendirebilirler (Bayer ve Baykal, 2018a; Ehlers, 2007). Benzer şekilde yeterli ve nitelikli insan gücü, uygun görev dağılımı ve sağlıklı çalışma ortamı gibi asgari kalite koşullarının bilinmesi, kurumun insan kaynakları uygulamalarındaki güçlü ve geliştirilmesi gereken yönlerin fark edilmesini kolaylaştırabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; Turan ve Altıntaş, 2024).

Kalite eğitimi, çalışanların kalite kavramları, standartlar, göstergeler ve iyileştirme yöntemleri hakkında bilgi edinmelerini desteklemektedir. Bununla birlikte edinilen bilginin kalite okuryazarlığına dönüşebilmesi için uygulamada kullanılması, deneyimle pekiştirilmesi ve eleştirel değerlendirmeyle geliştirilmesi gerekmektedir (Değirmenci Öz ve ark., 2025; Ehlers, 2007). Çalışanların kalite göstergelerini ve değerlendirme sonuçlarını anlayabilmeleri, ölçüm verilerinin sorunları belirleme ve süreçleri geliştirme amacıyla nasıl kullanıldığını kavramalarını da destekleyebilir (Avcı, 2018; Turan ve Altıntaş, 2024). Bu doğrultuda kalite standartlarının hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti, kaynak kullanımı ve kurumsal performans üzerindeki etkilerini anlayan hemşirelerin, kalite faaliyetlerinin yararlarına ilişkin daha olumlu değerlendirmeler geliştirmeleri olasıdır (Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023; Turan ve Altıntaş, 2024).

Turan ve Altıntaş'ın (2024) ölçek geliştirme çalışmasında sağlıkta kalite okuryazarlığı ile sağlık çalışanlarının kalite algısı arasında güçlü ve pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir ($r=0,748$; $p<0,001$). Kalite okuryazarlığının tüm boyutlarının kalite algısı boyutlarıyla anlamlı ilişki göstermesi, kaliteye ilişkin bilgi, farkındalık, tutum ve katılım istekliliğinin çalışanların kalite uygulamalarını değerlendirme biçimleriyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte söz konusu ilişki, geliştirilen ölçeğin ölçüt

geçerliliğini değerlendirmek amacıyla ve farklı sağlık mesleklerinin birlikte yer aldığı bir örneklemede incelenmiştir. Kınış ve arkadaşlarının (2024) çalışması da sağlık çalışanlarının kalite okuryazarlığı düzeylerine odaklanmış ve farklı meslek gruplarını birlikte değerlendirmiştir.

Hemşireler; kalite standartlarını doğrudan bakım uygulamalarına aktarmaları, hasta güvenliği göstergelerini izlemeleri ve kalite iyileştirme faaliyetlerinde sorumluluk üstlenmeleri nedeniyle kalite okuryazarlığı ile kalite algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi açısından önemli bir meslek grubudur. Hemşirelere özgü çalışma koşulları, iş yükü, vardiya sistemi, hastalarla kesintisiz temas ve yönetsel süreçlere katılım düzeyi, kalite okuryazarlığı ile kalite algısı arasındaki ilişkinin niteliğiyle bağlantılı olabilir (Cihan Erdoğan ve ark., 2024; Değirmenci Öz ve ark., 2025).

İncelenen çalışmalarda hemşirelerin kalite algısının iş doyumu, işe yabancılaşma, hasta güvenliği kültürü ve bireysel iş performansı ile ilişkisinin araştırıldığı görölmektedir (Durduran ve ark., 2025; Kapıkıran ve ark., 2023; Kurt ve ark., 2023; Soysal ve ark., 2022). Buna karşılık yalnızca hemşirelerden oluşan örneklemlerde sağlıkta kalite okuryazarlığı ile kalite algısı arasındaki ilişkinin doğrudan incelendiği çalışmaların sınırlı olması, bu konuda yeni araştırmalara gereksinim bulunduğuna işaret etmektedir.

Hemşirelerin kalite okuryazarlığı ve kalite algısı düzeylerinin birlikte değerlendirilmesi, kalite eğitimlerinin hangi bilgi ve yeterlilik alanlarına odaklanması gerektiğinin belirlenmesine katkı sağlayabilir. Elde edilecek bulgular, yöneticilerin kalite standartlarını yalnızca çalışanlara duyurmakla kalmayıp, çalışanların standartların amacını anlamalarını ve uygulama süreçlerine katılmalarını destekleyen eğitim ve yönetim stratejileri geliştirmelerine katkı sağlayabilir (Turan ve Altıntaş, 2024; Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023).

Bu doğrultuda hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi, hem hemşirelik hizmetleri yönetimi hem de sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi açısından önem taşımaktadır. Araştırma sonuçlarının hemşirelerin kalite yönetimi süreçlerine katılımını destekleyecek eğitimlerin planlanmasına, yönetsel uygulamaların geliştirilmesine ve güvenli, etkili ve hasta odaklı bakımın sürdürölmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. MATERYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan toplam 600 hemşire oluşturdu. Araştırmanın temel analizlerinden biri olan korelasyon analizi için gerekli örneklem büyüklüğü G*Power 3.1 programında yapılan a priori güç analiziyle hesaplandı. İki yönlü korelasyon testi, 0,05 anlamlılık düzeyi, 0,90 güç ve orta düzey etki büyüklüğü ($\rho=0,30$) esas alındığında gerekli minimum örneklem büyüklüğü 113 hemşire olarak belirlendi. Bununla birlikte, araştırma evreninin bilinen ve sınırlı bir büyüklüğe sahip olması nedeniyle sonlu evren için örneklem büyüklüğü ayrıca hesaplandı. %95 güven düzeyi, %5 hata payı ve %50 beklenen yanıt dağılımı dikkate alınarak yapılan hesaplama sonucunda gerekli minimum örneklem büyüklüğü 235 hemşire olarak bulundu. İki hesaplamadan daha yüksek olan değer esas alındı. Veri toplama araçlarının çok sayıda madde ve alt boyuttan oluşması, demografik değişkenlere göre alt grup karşılaştırmalarının planlanması ve olası veri kayıpları göz önünde bulundurularak en az 235 hemşireye ulaşılması hedeflendi.

Veri toplama sürecinde dahil etme kriterlerini karşılayan 550 hemşireye anket formu dağıtıldı, 307 hemşireden geri dönüş sağlandı, yedi anket formu eksik seçenek işaretlenmesi nedeni ile iptal edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama araçlarını eksiksiz tamamlayan 300 hemşire araştırmanın nihai örneklemi oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; ilgili hastanede en az altı aydır hemşire olarak çalışıyor olmak ve veri toplama döneminde aktif olarak çalışmak olarak belirlendi. Hariç tutulma kriterleri ise veri toplama döneminde yıllık izin, hastalık izni, mazeret izni, doğum öncesi/doğum sonrası izin vb. nedenlerle görevde bulunmamak, araştırmaya katılmayı kabul etmemek ve veri toplama formunu eksik ya da hatalı doldurmak olarak belirlendi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni sağlıkta kalite algısı, bağımsız değişkeni hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı ve yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, aynı kurumda çalışma süresi, çalıştığı birim ve sağlıkta kalite eğitimi alma durumu gibi hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleridir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-1), “Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği” (Ek-2) ve “Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği” (Ek-3) kullanılarak toplandı.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formda; hemşirelerin sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) ve mesleki özelliklerine yönelik (hemşirelikte ve aynı kurumda çalışma süresi, sağlıkta kalite eğitimi alma durum vb.) toplam 15 adet soru yer almaktadır.

3.3.2. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği

Yataklı tedavi kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kurumlarındaki kalite çalışmalarına yönelik algılarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bayer ve Baykal (2018) tarafından geliştirilen ölçek, 70 soru ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. "Kesinlikle Katılmıyorum", "Kısmen Katılıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde 5'li Likert tipinde derecelendirilen ölçeğin alt boyutları şu şekildedir: Yönetim ve Liderlik (12 soru), İnsan Kaynakları Kullanımı (14 soru), Kalite Eğitimi (6 soru), Ölçme ve Değerlendirme (6 soru) ve Kalite Uygulamalarının Yararları (32 soru). Kalite Uygulamalarının Yararları alt boyutu da kendi içerisinde üç alt başlıkta incelenmektedir Kuruma Yararı (10 soru), Çalışana Yararı (8 soru) ve c) Hastaya Yararı (14 soru). Kalite Algı Ölçeği toplam ve alt boyut ham puanları, ("elde edilen puan" $\times$ 100) / ("madde sayısı" $\times$ 5) formülü kullanılarak 20–100 aralığında standartlaştırılarak değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları 100'lük sisteme dönüştürülerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100'dür. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanların düşük olması bireyin kalite

algısının olumsuz, yüksek olması ise kalite algısının olumlu olduğunu göstermektedir. Kalite Algı Ölçeği'nin (70 madde) toplam Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı bu araştırmaya için 0,981 olarak hesaplandı, alt boyutlara ilişkin Cronbach alfa katsayılarının ise 0,888 ile 0,963 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 3.1.). Buna göre ölçeğin toplamının ve alt boyutlarının iyi ile çok yüksek düzey arasında iç tutarlılığa sahip olduğu saptandı.

3.3.3. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği

Hemşirelerin asgari kalite standartları ve kalite yönetimi süreçleri konusundaki bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını ölçmek amacıyla Turan ve Atınbaş (2024) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 30 maddeden oluşan ölçek; Kalite Kelimesinin Anlamına Yönelik Farkındalık(1-5.madde), Kalite Gerekliliğine Yönelik Tutum(6-11.madde), Sağlık Hizmetlerinde Asgari Kalite Standartlarına Yönelik Farkındalık(12-22.madde) ve Kalite Yönetimi Süreçlerine Katılımda İsteklilik(23-30.madde) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek; "Kesinlikle Katılmıyorum-1", "Katılmıyorum-2", "Ne katılıyorum ne de katılmıyorum-3", "Katılıyorum-4" ve "Kesinlikle Katılıyorum-5" şeklinde 5'li Likert tipinde derecelendirilmektedir. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeğinin değerlendirilmesinde, toplam ölçek ve alt boyut puanları için öncelikle madde ortalamaları hesaplanmaktadır. Daha sonra puanlar, $(\text{ortalama} - 1) \times 25$ formülü kullanılarak 0–100 aralığına dönüştürülmektedir. Ölçekten alınan puana göre 0–25 puan yetersiz, 26–50 puan orta düzey, 51–75 puan iyi ve 76–100 puan mükemmel düzey sağlıkta kalite okuryazarlığını göstermektedir (Turan ve Altıntaş, 2024). Yüzlük sistemde puanın yüksek olması, sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği'nin (30 madde) Cronbach Alfa değeri bu araştırmada $\alpha=0,95$ olarak belirlendi; alt boyutların Cronbach alfa katsayıları ise 0,865 ile 0,962 arasında değişmektedir (Tablo 3.1.). Buna göre ölçeğin toplamının ve tüm alt boyutlarının yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu belirlendi.

Tablo 3. 1: SKO Ölçeği ve KAO ve Alt Boyutları Madde Sayısı ve Cronbach α Güvenirlilik Katsayıları

Ölçek / Alt Boyut	Madde sayısı	Özgün Ölçek Cronbach Alfa	Bu araştırmada Cronbach Alfa (α)
Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği – Toplam	30	0,96	0.956
Kalite kelimesinin anlamına yönelik farkındalık	5	0,88	0,865
Kalite gerekliliğine yönelik tutum	6	0,93	0,94
Sağlık hizmetlerinde asgari kalite standartlarına yönelik farkındalık	11	0,95	0,962
Kalite yönetimi süreçlerine katılım istekliliği	8	0,95	0,909
Kalite Algı Ölçeği– Toplam	70	0,94	0.981
Yönetim ve Liderlik	12	0,90	0.963
İnsan Kaynakları Kullanımı	14	0,87	0.931
Kalite Eğitimi	6	0,86	0.926
Ölçme ve Değerlendirme	6	0,78	0.902
Kurum Yararı	10	0,88	0.961
Çalışan Yararı	8	0,78	0.888
Hasta Yararı	14	0,97	0.959

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama formları, araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli etik ve yasal izinler alındıktan sonra araştırmacı tarafından, yüz yüze anket yöntemiyle toplandı. Anket formları araştırmaya katılmaya gönüllü olan, dahil etme kriterlerine uyan hemşirelere gerekli açıklamalar yapılarak sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze dağıtılıp toplandı. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 27.0 (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılarak analiz edildi. İlk olarak verilerin dağılım özelliklerini belirlemek amacıyla normallik analizleri yapıldı. Tablo 3.2 ve Tablo 3.3’de görüldüğü gibi Kolmogorov–Smirnov ve Shapiro–Wilk testleri sonucunda Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği ile Kalite Algı Ölçeğinin toplam puanları ve alt boyutlarının normal dağılım göstermediği belirlendi ($p < 0.001$). Tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, medyan ve çeyreklikler kullanıldı. Veriler normal dağılım göstermediği için iki grup arasındaki farklılıkları karşılaştırmak için Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grup arasındaki farklılıkları belirlemek için Kruskal Wallis H testi; Kruskal-Wallis testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanan değişkenlerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar yapıldı. Değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Spearman sıra korelasyon analizi (Spearman's rho) kullanıldı. Ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Tablo 3. 2: Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Normallik Analizleri

Ölçek Toplamı/ Alt Boyut	K-S	p	S-W	p	Çarpıklık	Basıklık
Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği Toplam	0,1	<0,001	0,95	<0,001	-1,011	2,368
Kalite anlamı farkındalığı	0,08	<0,001	0,98	<0,001	-0,222	0,172
Kalite gerekliliği tutumu	0,14	<0,001	0,9	<0,001	-0,963	1,125
Asgari kalite standartları farkındalığı	0,16	<0,001	0,88	<0,001	-1,312	2,397
Kalite yönetimine katılım isteği	0,08	<0,001	0,98	<0,001	-0,195	0,029

S = çarpıklık, K= basıklık, SE = standart hata, K-S = Kolmogorov–Smirnov testi, S-W = Shapiro–Wilk testi.

Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanlarının normallik dağılımları Kolmogorov–Smirnov ve Shapiro–Wilk testleri ile incelendi. Tüm değişkenlerde $p < 0,001$ bulunması nedeniyle normal dağılım varsayımının sağlanmadığı belirlendi.

Tablo 3. 3: Kalite Algı Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Normallik Analizleri

Ölçek Toplamı/Alt Boyut	K-S	p	S-W	p	Çarpıklık	Basıklık
Kalite Algı Ölçeği Toplam	0,07	<0,001	0,98	<0,001	-0,417	0,036
Yönetim ve Liderlik	0,09	<0,001	0,97	<0,001	-0,395	-0,427
İnsan Kaynakları Kullanımı	0,07	<0,001	0,98	<0,001	-0,484	0,229
Kalite Eğitimi	0,11	<0,001	0,96	<0,001	-0,34	-0,445
Ölçme ve Değerlendirme	0,1	<0,001	0,97	<0,001	-0,456	-0,191
Kurum Yararı	0,14	<0,001	0,95	<0,001	-0,618	-0,184
Çalışan Yararı	0,11	<0,001	0,96	<0,001	-0,638	0,435
Hasta Yararı	0,1	<0,001	0,96	<0,001	-0,584	0,112

* S = çarpıklık (*skewness*), K = basıklık (*kurtosis*), SE = standart hata (*standard error*), $K-S$ = Kolmogorov–Smirnov testi), $S-W$ = Shapiro–Wilk testii Çarpıklık için standart hata (SE) = 0.141, basıklık için standart hata (SE) = 0.281.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce ölçek kullanımı için yazarlardan mail yoluyla izin alındı. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulundan 2025 tarih ve 01/15 sayılı karar ile etik kurul onayı alındı (Ek-2). Araştırmanın yürütüleceği kurumdan 22.05.2024 tarih ve E-93368059-300-339872 sayılı yazı ile kurum izni alındı (Ek-3). Veri toplama sürecinde hemşirelere bilgilendirilmiş olur formu aracılığıyla “araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri aşamada çalışmadan ayrılacakları, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı” açıklamaları yapılarak sözlü onamları alınarak araştırmaya gönüllü olarak katılımları sağlandı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşireleri kapsamaktadır. Araştırmanın tek bir kurumda yürütülmesi, anket formunun çok sayıda maddeden oluşması ve verilerin hemşirelerin öz bildirimlerine dayanması araştırmanın başlıca sınırlılıklarıdır.

Bu nedenle araştırmadan elde edilen bulgular, kullanılan ölçme araçları ve araştırma grubunun özellikleri çerçevesinde değerlendirilmelidir.

4. BULGULAR

Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları; hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular, sağlıkta kalite okuryazarlığına ilişkin bulgular ve sağlıkta kalite algısına ilişkin bulgular şeklinde sunuldu.

Tablo 4. 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler	Kategori	Sayı (n)	%
Yaş	25 ve altı	77	25.7
	26–30	145	48.3
	31 ve üzeri	78	26.0
Cinsiyet	Kadın	207	69.0
	Erkek	93	31.0
Medeni Durum	Evli	129	43.0
	Bekar	171	57.0
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	20	6.7
	Önlisans	23	7.7
	Lisans	239	79.7
	Lisansüstü	18	6.0
Hemşirelikte Çalışma Yılı	1–3 yıl	125	41.7
	4–6 yıl	87	29.0
	7 yıl ve üzeri	88	29.3
Aynı Birimde Çalışma Yılı	1–3 yıl	235	78.3
	4–6 yıl	30	10.0
	7 yıl ve üzeri	35	11.7
Çalıştığı Servis	Cerrahi	73	24.3
	Dahiliye	48	16.0
	Özellikli Birim*	105	35.0
	Yoğun Bakım	74	24.7
Çalışma Şekli	Gündüz	47	15.7
	Gündüz/Gece	253	84.3
Pozisyon	Hemşire	287	95.7
	Servis sorumlu hemşiresi	13	4.3

Tablo 4.1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

Servisteki hemşire sayısını yeterli bulma	Hayır	170	56.7
	Evet	130	43.3
6 Ay İçinde İşten Ayrılma Düşüncesi	Hayır	267	89.0
	Evet	33	11.0
Çalıştığı servisten memnuniyet	Hayır	68	22.7
	Evet	232	77.3
	Memnun değilim	37	12.3
İş Memnuniyeti	Biraz memnunum	94	31.3
	Memnunum	142	47.4
	Çok memnunum	27	9.0
Sağlıkta kalite eğitimi alma	Hayır	169	56.3
	Evet	131	43.7
	Hiç takip etmiyorum	20	6.6
	Nadiren takip ediyorum	152	50.7
Mesleki gelişmeleri takip etme	Düzenli takip ediyorum	105	35.0
	Yakından takip ediyorum	23	7.7

*Özellikli birimler: Acil, ameliyathane, doğumhane vb.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri incelendiğinde (Tablo 4.1); %48,3'ünün 26–30 yaş grubunda, %69,0'ının kadın, %57,0'ının bekar olduğu; eğitim durumu açısından çoğunluğun lisans mezunu (%79,7) olduğu belirlendi. Hemşirelerin çalışma özellikleri incelendiğinde; %41,7'sinin hemşirelikte 1–3 yıl, %78,3'ünün aynı birimde 1–3 yıl mesleki deneyime sahip olduğu; %35,0'ının özellikli birimde çalıştığı; %84,3'ünün gündüz/gece vardiyasında görev yaptığı, %95,7'sinin hemşire pozisyonunda çalıştığı belirlendi. Ayrıca hemşirelerin %56,7'sinin servisteki hemşire sayısını yeterli bulmadığı, %89,0'ının son altı ay içinde işten ayrılma düşüncesinin olmadığı ve %77,3'ünün çalıştığı servisten memnun olduğu; iş memnuniyeti açısından %47,4'ünün “memnunum”, %31,3'ünün “biraz memnunum” yanıtını verdiği; %56,3'ünün sağlıkta kalite eğitimi almadığı, %50,7'sinin mesleki gelişmeleri nadiren takip ettiği belirlendi.

Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları Tablo 4.2'de sunulmaktadır.

Tablo 4. 2: Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Ölçek / Alt Boyut	Madde sayısı	Ort ± SS	Medyan (Q1-Q3)	Alınan Min-Maks
SKO Toplam	30	69,14 ± 16,24	70,83 (61,88–79,17)	0,83–100,00
Kalite kelimesinin anlamına yönelik farkındalık	5	52,35 ± 20,56	55 (40,00–65,00)	0,00–100,00
Kalite gerekliliğine yönelik tutum	6	74,56 ± 21,36	75 (66,67–91,67)	0,00–100,00
Sağlık hizmetlerinde asgari kalite standartlarına yönelik farkındalık	11	77,70 ± 19,64	77,27 (72,73–93,18)	0,00–100,00
Kalite yönetimi süreçlerine katılımda isteklilik	8	63,79 ± 20,32	65,63 (50,00–75,00)	0,00–100,00

Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği puanları incelendiğinde (Tablo 4.2.); toplam puanın 69,14±16,24 olduğu; alt boyutlar incelendiğinde en yüksek puanın “Sağlık Hizmetlerinde Asgari Kalite Standartlarına Yönelik Farkındalık” alt boyutunda (77,70±19,64), en düşük puanın ise “Kalite Kelimesinin Anlamına Yönelik Farkındalık” alt boyutunda (52,35±20,56) olduğu saptandı. Hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları Tablo 4.3’de sunulmaktadır.

Tablo 4. 3: Hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Ölçek / Alt Boyut	Madde sayısı	Ort. ± SS	Medyan (Q1-Q3)	Alınan Min-Maks
KAO Toplam	70	68,95 ± 14,75	71,14 (59,14–79,14)	25,71–100,00
Yönetim ve Liderlik	12	67,09 ± 19,98	70 (55,00–80,00)	20,00–100,00
İnsan Kaynakları Kullanımı	14	69,61 ± 16,25	71,43 (60,00–80,00)	20,00–100,00
Kalite Eğitimi	6	63,74 ± 19,54	66,67 (50,00–80,00)	20,00–100,00
Ölçme ve Değerlendirme	6	65,89 ± 18,98	70 (53,33–80,00)	20,00–100,00
Kurum Yararı	10	70,35 ± 18,72	76 (60,00–80,00)	20,00–100,00
Çalışan Yararı	8	71,40 ± 16,44	75 (62,50–80,00)	20,00–100,00
Hasta Yararı	14	71,01 ± 17,97	74,29 (60,00–80,00)	20,00–100,00

Hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği puanları incelendiğinde (Tablo 4.3), ölçek toplam puan ortalamasının $68,95 \pm 14,75$ olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar değerlendirildiğinde, en yüksek puan ortalamasının Çalışan Yararı alt boyutunda ($71,40 \pm 16,44$), en düşük puan ortalamasının ise Kalite Eğitimi alt boyutunda ($63,74 \pm 19,54$) olduğu saptandı. Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 4: Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Medyan	(Q1–Q3)	Min	Maks	Sıra Ort.	U/H*	Z/sd**	p***
Yaş	25 ve altı	77	72,5	62,50–80,42	0,83	100	155,45	0,393	2	0,822
	26–30	145	70,83	62,50–79,17	15	100	149,8			
	31 ve üzeri	78	71,67	60,42–77,50	4,17	100	146,92			
Cinsiyet	Kadın	207	71,67	62,50–79,17	4,17	100	154,99	8696	-1,34	0,181
	Erkek	93	70	57,50–77,92	0,83	100	140,5			
Medeni durum	Evli	129	71,67	62,50–80,42	25,8	100	156,17	10298	-0,98	0,325
	Bekâr	171	70,83	61,67–78,33	0,83	100	146,22			
	Sağlık Meslek	20	66,25	47,29–75,83	4,17	100	116,13			
Eğitim durumu	Ön lisans	23	65,83	47,50–73,33	33,3	100	113,63	9,127	3	0,028
	Lisans	239	71,67	62,50–80,00	0,83	100	155,32			
	Lisansüstü	18	73,33	62,92–82,29	55	95	171,83			
Hemşirelikte çalışma yılı	1–3 yıl	125	70	60,83–78,75	0,83	95,8	144,35	3,544	2	0,17
	4–6 yıl	87	72,5	64,17–80,00	32,5	100	165,25			
	7 yıl ve üzeri	88	70,83	57,92–77,29	4,17	100	144,66			
Aynı birimde çalışma yılı	1–3 yıl ^a	235	70,83	64,17–79,17	0,83	100	155,24	10,09	2	0,006
	4–6 yıl ^b	30	71,67	64,17–79,79	32,5	100	163,77			
	7 yıl ve üzeri ^c	35	62,5	50,00–75,83	4,17	89,2	107,3			
Çalışılan servis	Cerrahi Klinik	73	70,83	64,17–76,25	27,5	95	149,62	2,319	3	0,509
	Dahili Klinik	48	70,42	61,04–78,13	32,5	95	144,63			
	Özellikli Birim	105	70	58,75–78,75	0,83	100	144,73			
	Yoğun Bakım	74	71,67	64,17–82,50	25,8	100	163,36			
Çalışma şekli	Gündüz	47	71,67	64,17–78,33	4,17	95,8	156,69	5655	-0,53	0,594
	Gündüz/Gece	253	70,83	61,67–79,17	0,83	100	149,35			
Pozisyon	Hemşire	287	70,83	61,67–79,17	0,83	100	149,14	1477	-1,27	0,203
	Servis sorumlusu	13	75	68,75–82,92	47,5	90,8	180,42			

Tablo 4. 5: Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (Devamı)

Değişken	Grup	n	Medyan	(Q1–Q3)	Min	Maks	Sıra Ort.	U/H*	Z/sd**	p***
Servisteki hemşire sayısını yeterli bulma	Hayır	170	70	60,63–78,33	4,17	100	143,86	9922	-1,52	0,13
	Evet	130	71,67	63,96–80,00	0,83	100	159,18			
Altı ay içinde işten ayrılma düşüncesi	Hayır	267	70,83	62,50–79,17	0,83	100	152,43	3889	-1,1	0,272
	Evet	33	67,5	55,00–82,08	25,8	100	134,85			
Çalıştığı servisten memnuniyet	Hayır	68	70,42	62,08–78,33	25	100	145,74	7565	-0,51	0,607
	Evet	232	71,67	61,88–79,17	0,83	100	151,89			
İşten memnuniyet	Memnun değilim	37	67,5	55,00–76,67	27,5	100	126,27	5,879	3	0,118
	Biraz memnun	94	69,17	61,67–77,71	4,17	95,8	142,38			
	Memnun	142	72,5	64,17–79,17	0,83	100	160,35			
	Çok memnunu	27	70,83	61,67–86,67	35,8	100	160,19			
Sağlıkta kalite eğitimi alma	Hayır	169	69,17	60,00–78,33	0,83	100	140,76	9423	-2,21	0,027
	Evet	131	73,33	64,17–80,00	4,17	100	163,07			
Mesleki gelişmeleri takip etme	Hiç takip etmiyorum ^a	20	65,83	44,38–72,92	32,5	95,8	114,43	27,46	3	<0,001
	Nadiren takip ediyorum ^b	152	67,5	60,00–74,17	4,17	100	132,6			
	Düzenli takip ediyorum ^c	105	73,33	65,42–81,67	0,83	100	169,21			
	Yakından takip ediyorum ^d	23	79,17	72,50–91,67	58,3	100	214,78			

*U: Mann–Whitney U testi, H: Kruskal–Wallis H testi

**Z: Mann–Whitney U testi standartlaştırılmış Z değeri; sd: Kruskal–Wallis testi için serbestlik derecesi;

***p<0,05, p<0,01; Q1: Birinci çeyrek (25. persentil), Q3: Üçüncü çeyrek (75. persentil).

Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırıldığında (Tablo 4.4), eğitim durumu, aynı birimde çalışma süresi, sağlıkta kalite eğitimi alma durumu ve mesleki gelişmeleri takip etme düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu. Buna

karşılık yaş, cinsiyet, medeni durum, hemşirelikte çalışma süresi, çalışılan servis, çalışma şekli, pozisyon, servisteki hemşire sayısını yeterli bulma durumu, altı ay içinde işten ayrılma düşüncesi, çalışılan servisten memnuniyet ve iş memnuniyeti değişkenlerine göre SKO toplam puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Hemşirelerin eğitim durumuna göre SKO toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiş (KW-H=9,127; $sd=3$; $p=0,028$); sıra ortalamaları lisansüstü eğitim alanlarda en yüksek (171,83), ön lisans mezunlarında ise en düşük (113,63) olmakla birlikte, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda düzeltilmiş p değerleri .05'in üzerinde olduğundan anlamlı ikili fark saptanmamıştır. Bu nedenle belirli bir eğitim grubunun diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksek olduğu söylenemez.

Hemşirelerin aynı birimde çalışma süresine göre SKO toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiş (KW-H=10.089, $sd=2$, $p=.006$); farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda, 7 yıl ve üzeri çalışanlar ile 1–3 yıl çalışanlar arasında ($p_{adj}=.007$) ve 7 yıl ve üzeri çalışanlar ile 4–6 yıl çalışanlar arasında ($p_{adj}=.027$) istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Buna karşılık 1–3 yıl ile 4–6 yıl grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p_{adj}=1.000$). Ortanca değerleri incelendiğinde, 7 yıl ve üzeri aynı birimde çalışan grubun SKO toplam puanının diğer iki gruba göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin sağlıkta kalite eğitimi alma durumuna göre SKO toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=12716.000$, $p=.027$). Ortanca değerler ve sıra ortalamaları incelendiğinde, sağlıkta kalite eğitimi alanların SKO toplam puanının, eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Hemşirelerin mesleki gelişmeleri takip etme durumuna göre SKO toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu (KW-H=27.464, $sd=3$, $p<.001$); farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan post hoc Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda, mesleki gelişmeleri yakından takip eden hemşirelerin SKO toplam puanlarının, hiç takip etmeyen hemşirelerden ($p_{adj}=.001$) ve nadiren takip eden hemşirelerden ($p_{adj}<.001$) istatistiksel olarak

anlamalı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca, mesleki gelişmeleri düzenli takip eden hemşirelerin SKO toplam puanlarının, nadiren takip eden hemşirelere göre anlamalı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p_{adj}=0.005$). Diğer ikili karşılaştırmalarda ise Bonferroni düzeltmesi sonrasında istatistiksel olarak anlamalı farklılık bulunmamıştır.

Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre Kalite Algı Ölçeği toplam puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 6: Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Kalite Algı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Grup	n	Medyan	(Q1–Q3)	Min	Maks	Sıra Ort.	U/H*	Z/sd*	p***
Yaş	25 ve altı	77	71,71	60,71–78,29	29,43	96,57	149,92			
	26–30	145	71,43	60,14–79,86	32	100	157,84	2,81	2	0,245
	31 ve üzeri	78	70,29	54,93–77,86	25,71	95,71	137,44			
Cinsiyet	Kadın	207	71,14	58,00–78,86	26,57	100	148,21	9151	-0,683	0,495
	Erkek	93	71,14	62,29–79,86	25,71	100	155,6			
Medeni durum	Evli	129	70,86	57,43–79,71	25,71	100	147,97	10702,5	-0,44	0,66
	Bekâr	171	71,71	61,71–78,86	26,57	100	152,41			
	Sağlık Meslek L	20	70	57,50–79,36	26,57	100	151,78			
Eğitim durumu	Önlisans	23	62	52,00–74,00	25,71	95,43	115,78	3,999	3	0,262
	Lisans	239	71,14	59,71–79,43	29,43	100	153,46			
	Lisansüstü	18	73,43	62,50–78,21	34	93,71	154,11			
Hemşirelikte çalışma yılı	1–3 yıl ^a	125	69,14	58,57–77,57	29,43	99,43	142,01	6,474 b > a	2	0,039
	4–6 yıl ^b	87	74,29	64,57–80,00	34	100	170,43			
	7 yıl ve üzeri ^c	88	70,29	54,50–79,93	25,71	100	142,85			
Aynı birimde çalışma yılı	1–3 yıl ^a	235	71,71	60,57–79,14	29,43	100	154,17	9,145 a, b > c	2	0,01
	4–6 yıl ^b	30	73,14	59,71–86,50	39,14	100	168,43			
	7 yıl ve üzeri ^c	35	59,71	52,00–74,00	25,71	87,43	110,5			
Çalışılan servis	Cerrahi	73	70,57	60,29–77,57	34	96,57	148,18	1,513	3	0,679
	Dahili	48	71,57	56,64–77,57	38	94,86	145,25			
	Özellikli Birim	105	70	57,71–79,71	25,71	100	147,01			
Çalışma şekli	Yoğun Bakım	74	72,43	60,14–80,07	37,14	100	161,15	5134,5	-1,485	0,138
	Gündüz	47	73,71	63,71–80,29	34	99,43	167,76			
	Gündüz/ Gece	253	70,57	58,29–78,29	25,71	100	147,29			
Pozisyon	Hemşire	287	71,14	58,29–79,14	25,71	100	149,56	1597	-0,878	0,38
	Servis Sorumlu	13	72,86	64,71–82,57	40	89,43	171,15			
	Hemşiresi									

Tablo 4. 7: Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Kalite Algı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (Devam)

Değişken	Grup	n	Medyan	(Q1–Q3)	Min	Maks	Sıra Ort.	U/H*	Z/sd*	p***
Servisteki hemşire sayısını yeterli bulma	Hayır	170	69,29	57,36–77,71	25,71	100	139,11			
	Evet	130	73,29	61,50–80,00	29,43	100	165,4	9113,5	-2,601	0,009
Altı ay içinde işten ayrılma düşüncesi	Hayır	267	71,43	59,14–79,14	25,71	100	151,74			
	Evet	33	68	57,00–78,29	41,43	99,43	140,44	4073,5	-0,706	0,48
Çalıştığı servisten memnuniyet	Hayır	68	65,86	57,43–77,43	26,57	94,86	130,29			
	Evet	232	72	60,29–79,71	25,71	100	156,42	6513,5	-2,185	0,029
İşten memnuniyet	Memnun değil	37	67,14	58,43–77,71	40,29	100	142,41			
	Biraz memnun	94	70,29	56,21–78,93	32	94	139,07	5,283	3	0,152
	Memnun	142	73	64,21–79,21	25,71	100	162,58			
	Çok memnun	27	66,57	55,14–79,71	37,14	95,43	137,83			
Sağlıkta kalite eğitimi alma	Hayır	169	69,71	57,14–79,14	25,71	100	144,69			
	Evet	131	72,29	63,71–78,86	32	100	158	10087	-1,319	0,187
Mesleki gelişmeleri takip etme	Hiç	20	61,57	45,64–77,50	25,71	91,71	117,55			
	Nadiren	152	71,57	58,93–78,21	26,57	100	148,37	6,618	3	0,085
	Düzenli	105	70	59,71–80,00	29,43	100	152,35			
	Yakından	23	76,29	66,57–80,00	56,86	100	184,78			

*U: Mann–Whitney U testi, H: Kruskal–Wallis H testi **Z: Mann–Whitney U testi standartlaştırılmış Z değeri; sd: serbestlik derecesi; ***p<0,05, p<0,01 Min: Minimum; Maks: Maksimum; Sıra Ort.: Sıra ortalaması.

Hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre Kalite Algı Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında (Tablo 4.5); hemşirelerin kalite algısı toplam puanının hemşirelikte çalışma yılı (H=6.474, p=.039), aynı birimde çalışma yılı (H=9.145, p=.010), hemşire sayısını yeterli bulma durumu (U=12986.500, p=.009) ve servisten memnuniyet (U=9262.500, p=.029) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Buna karşılık yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan servis, çalışma şekli, pozisyon, altı ay içinde işten ayrılma düşüncesi, iş memnuniyeti, sağlıkta kalite eğitimi alma, mesleki gelişmeleri takip etme durumuna göre Kalite Algı Ölçeği toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>.05). Hemşirelerin hemşirelikte çalışma yılına göre Kalite Algı Ölçeği

toplam puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=6,474$; $sd=2$; $p=0,039$); sıra ortalamaları 4–6 yıl çalışanlarda daha yüksek olmakla birlikte, farkın hangi gruplardan kaynaklandığı belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda, 4–6 yıl çalışan hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği toplam puanlarının 1–3 yıl çalışanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($U=4356,00$; $Z=-2,462$; $p=0,014$), diğer gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Hemşirelerin aynı birimde çalışma yılına göre Kalite Algı Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=9,145$; $sd=2$; $p=0,010$). Aynı birimde 7 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği toplam puan ortancaları ve sıra ortalamalarının, 1–3 yıl ve 4–6 yıl çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu belirlendi. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalarda, 7 yıl ve üzeri çalışanlar ile 1–3 yıl çalışanlar arasında ($p=0,005$) ve 7 yıl ve üzeri çalışanlar ile 4–6 yıl çalışanlar arasında ($p=0,012$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hemşirelerin serviste çalışan hemşire sayısını yeterli bulma durumuna göre Kalite Algı Ölçeği puanları incelendiğinde, servisteki hemşire sayısını yeterli bulmayan hemşirelerin sıra ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($U=9113,50$; $Z=-2,601$; $p=0,009$). Hemşirelerin çalıştığı servisten memnun olma durumuna göre Kalite Algı Ölçeği puanları incelendiğinde, çalıştığı servisten memnun olmayan hemşirelerin sıra ortalamasının daha düşük olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($U=6513,50$; $Z=-2,185$; $p=0,029$).

Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Kalite Algı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 8: Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği ve alt boyutları ile Kalite Algı Ölçeği ve alt boyutları arasındaki Spearman korelasyon analizi sonuçları (n=300)

	KAO Toplam	Yönetim ve Liderlik	İnsan Kaynakları Kullanımı	Kalite Eğitimi	Ölçme ve Değerlendirme	Kurum Yararı	Çalışan Yararı	Hasta Yararı
SKO Toplam	0,492**	0,412**	0,445**	0,210**	0,325**	0,449**	0,413**	0,474**
Kalite kelimesinin anlamına yönelik farkındalık	0,265**	0,291**	0,231**	0,172**	0,208**	0,200**	0,215**	0,246**
Kalite gerekliliğine yönelik tutum	0,444**	0,354**	0,430**	0,185**	0,272**	0,417**	0,370**	0,426**
Sağlık hizmetlerinde asgari kalite standartlarına yönelik farkındalık	0,407**	0,331**	0,355**	0,116*	0,255**	0,427**	0,363**	0,379**
Kalite yönetimi süreçlerine katılım istekliliği	0,382**	0,310**	0,366**	0,179**	0,260**	0,333**	0,295**	0,367**

Not: Tabloda Spearman sıra farkları korelasyon katsayısı (ρ) verilmiştir. * $p<0,05$, ** $p<0,01$ (çift yönlü)

Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Kalite Algı Ölçeği toplam ve alt boyut puanları korelasyon analizi sonucunda, Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Kalite Algı Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($\rho=0,492$; $p<0,001$).

Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Kalite Algı Ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler belirlendi ($\rho=0,210-0,474$; $p<0,001$); en yüksek korelasyonun Hasta Yararı alt boyutu ile ($\rho=0,474$), en düşük korelasyonun ise Kalite Eğitimi alt boyutu ile olduğu belirlendi ($\rho=0,210$).

Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutları ile Kalite Algı Ölçeği toplam puanı arasındaki korelasyon katsayıları 0,265 ile 0,444 arasında değişmekte olup, en yüksek

ilişki Kalite Gerekliliğine Yönelik Tutum alt boyutu ile ($\rho=0,444$; $p<0,001$), en düşük ilişki ise Kalite Kelimesinin Anlamına Yönelik Farkındalık alt boyutu ile saptandı ($\rho=0,265$; $p<0,001$).

Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği alt boyutları ile Kalite Algı Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkilerin tamamı pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\rho=0,116-0,430$; $p<0,05$). En düşük ilişki Sağlık Hizmetlerinde Asgari Kalite Standartlarına Yönelik Farkındalık ile Kalite Eğitimi alt boyutları arasında ($\rho=0,116$; $p=0,045$), en yüksek ilişki ise Kalite Gerekliliğine Yönelik Tutum ile İnsan Kaynakları Kullanımı alt boyutları arasında belirlendi ($\rho=0,430$; $p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Sağlık kurumlarında kalite uygulamalarının etkili biçimde yürütülebilmesi, yalnızca kalite standartlarının varlığına değil, kalite yönetim süreçlerinin çalışanlar tarafından anlaşılmasına, benimsenmesine ve uygulamaya aktarılmasına bağlıdır. Hemşireler, hasta bakımının doğrudan sunumunda ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasında önemli sorumluluklar üstlendikleri için, kalite süreçlerinin klinik uygulamalara yansıtılmasında kritik bir role sahiptir. Bu doğrultuda hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyleri ile sağlıkta kalite algıları arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmanın bulguları ilgili literatür ile değerlendirilmiş ve araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde çoğunun kadın, bekar, lisans mezunu ve genç yaş grubunda olduğu ve 1-3 yıldır aynı kurum ve aynı klinik deneyimine sahip olduğu, tamamına yakınının servis hemşiresi olduğu, çoğunluğunun özellikli birimler ve yoğun bakımlarda, gündüz ve gece vardiyalarında çalıştığı, yarıdan fazlasının serviste çalışan hemşire sayısını yeterli bulmadığı, çalıştığı servisten ve yaptığı işten memnun olduğu, yarıdan fazlasının sağlıkta kalite eğitimi almadığı, mesleki gelişmeleri nadiren takip ettikleri belirlendi. Bu bulgular, araştırma grubunun ağırlıklı olarak genç, lisans düzeyinde eğitim almış ve klinik hizmet sunumunda aktif görev yapan hemşirelerden oluştuğunu göstermektedir.

Araştırmanın birinci sorusu kapsamında hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyleri değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, hemşirelerin kalite terminolojisi, kalite standartları ve kalite süreçlerine yönelik farkındalıklarının olumlu düzeyde olduğunu göstermektedir.

Literatürde sağlık çalışanlarının sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerini inceleyen çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmektedir. Kınış ve arkadaşlarının çalışmasında (2024), sağlık çalışanlarının sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerinin ortalama değerin

üzerinde olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu mevcut araştırma sonucunun literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerinin orta-yüksek olması, Türkiye’de Sağlıkta Kalite Standartları uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte hemşirelerin kalite kavramlarına, kalite standartlarına ve kalite süreçlerine ilişkin farkındalıklarının artmış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmanın ikinci sorusu kapsamında hemşirelerin sağlıkta kalite algısı düzeyi değerlendirilmiştir. Araştırmada hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği puanları incelendiğinde, sağlıkta kalite algılarının orta-yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Literatürde bu araştırmanın bulgularıyla benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Kurt ve arkadaşları (2023), bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde kalite algısının orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Değirmenci Öz ve arkadaşları (2025), hemşirelerin kalite çalışmalarına yönelik tutumlarının yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır. Durduran ve arkadaşları (2025), bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde kalite algısının orta-yüksek düzeyde olduğunu belirtmiştir. Koç ve Güven (2023) ise hekim ve hemşirelerle yürüttükleri çalışmada kalite algısının genel olarak orta-yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir. Yorulmaz ve Pırol (2019) tarafından sağlık çalışanlarında kalite algısının ölçülmesine yönelik yapılan araştırmada da kalite algısının olumlu düzeyde olduğu ve kalite algısı yüksek olan sağlık çalışanlarının hasta güvenliği ile kurum yararına olumlu katkı sağladığı vurgulanmıştır. Benzer şekilde, Elmas ve Yüksel (2024) tarafından özel bir hastanede hemşirelerin kalite algılarını inceleyen çalışmada olumlu kalite algısı düzeyleri saptanmış ve bu durumun akreditasyon süreçlerinin yaygınlaşmasıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, mevcut araştırma sonuçlarının literatürle büyük ölçüde uyumlu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin kalite algılarının orta-yüksek düzeyde olması, kurumdaki kalite uygulamalarını genel olarak olumlu değerlendirdiklerini ve kalite süreçlerine ilişkin farkındalıklarının belirli bir düzeyde gelmiş olduğunu düşündürmektedir.

Kalite Algı Ölçeği alt boyutları incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının Hasta Yararı alt boyutundan elde edildiği belirlenmiştir. Literatürde de bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bayer ve Baykal (2018) tarafından geliştirilen Kalite Algısı Ölçeği'nin orijinal çalışmasında da hasta yararı boyutunun en yüksek ortalamaya sahip alt boyut olduğu bildirilmiştir. Kurt ve arkadaşları (2023), hemşirelerin kaliteyi öncelikli olarak hastaya iyi hizmet sunma ile özdeşleştirdiğini belirtmiştir. Benzer şekilde Yorulmaz ve Pirol (2019), sağlık çalışanlarının kaliteyi ağırlıklı olarak hasta yararı ekseninde algıladıklarını saptamıştır. Arslanoğlu ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan çalışmada da sağlık çalışanlarının kalite algısının en yüksek olduğu boyutun hasta güvenliği ve hasta yararı olduğu belirlenmiştir. Esendemir ve Erkan (2024) ise kalite ile hasta güvenliği kültürünün iç içe geçmiş bütünsel bir süreç olduğunu vurgulamıştır. Bu doğrultuda mevcut araştırmada Hasta Yararı alt boyutunun en yüksek puan ortalamasına sahip olması, hemşirelerin mesleğin özünde yer alan hasta odaklılık ilkesini kalite algılarına da yansıttıklarını göstermekte ve literatüre uyumlu bir sonuç ortaya koymaktadır.

Kalite Algı Ölçeği alt boyutlarından Kalite Eğitimi alt boyutunun en düşük puan ortalamasına sahip olması ise dikkat çekicidir. Bu sonuç, hemşirelerin kurumlarında yürütülen kalite eğitimlerine ilişkin algılarının diğer kalite algısı alanlarına göre daha zayıf olduğunu düşündürmektedir. Kalite eğitimi, sağlık kurumlarında kalite yönetim sistemlerinin etkili biçimde yürütülmesi, çalışanların kalite süreçlerine aktif katılımının sağlanması ve kalite kültürünün kurumsallaşması açısından temel bir unsurdur (Bayer ve Baykal, 2018b; Seren İntepeler ve Değirmenci Öz, 2023). Bu nedenle kalite eğitimi alt boyutunda elde edilen düşük puan, kurumda verilen eğitimlerin kapsamı, sürekliliği, erişilebilirliği ve uygulamaya yansımaları açısından geliştirilmesi gereken yönler bulunduğunu göstermektedir. Alanyazında bu bulguyu destekleyen çalışmalar da yer almaktadır. Cihan Erdoğan ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının kalite eğitimlerine ilişkin algılarının diğer boyutlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bayer, Yılmaz ve Baykal (2019), sağlık çalışanlarının kalite belgesi süreçlerine ilişkin görüşlerini

inceledikleri çalışmalarında, kalite çalışmalarının iş yükünü artırdığını ve bu iş yükünün büyük ölçüde hemşireler tarafından üstlenildiğini; ayrıca eğitim faaliyetlerinin personelin kariyer gelişimine yeterince katkı sağlamadığının ifade edildiğini bildirmiştir. Bozkurt ve Küçükdersun (2025) ise kalite eğitimlerinin içerik ve süre açısından hemşirelerin beklentilerini yeterince karşılamadığını ve bu durumun kalite algısını olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir.

Değirmenci Öz ve arkadaşları (2025), kalite eğitimi alan hemşirelerin kurumsal yaklaşım alt boyutundan aldıkları puanların eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğunu saptamış ve eğitimin kaliteye yönelik tutumu güçlendirdiğini bildirmiştir. Buna karşın Koç ve Güven (2023), kalite eğitimi alan ve almayan sağlık çalışanları arasında kalite algısı açısından anlamlı bir fark saptamamış; bu durumu kurumda yürütülen kalite eğitimlerinin yeterli etkinliğe ulaşamamış olabileceği ile açıklamıştır. Bu araştırmada hemşirelerin yarıdan fazlasının sağlıkta kalite eğitimi almamış olması da dikkate alındığında, kalite eğitimi boyutunda hem erişim hem de eğitimlerin etkinliği açısından geliştirilmesi gereken alanlar bulunduğu söylenebilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, hemşirelerin kalite uygulamalarını en çok hasta yararı bağlamında olumlu algıladıkları; buna karşın kalite eğitimi boyutunu daha düşük düzeyde değerlendirdikleri görülmektedir. Bu durum, hemşirelerin kalite çalışmalarının hasta bakımına katkısını güçlü biçimde benimsediklerini, ancak kalite süreçlerine ilişkin eğitimlerin daha sistematik, sürekli, uygulamaya dönük ve çalışan gereksinimlerine uygun biçimde yapılandırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmanın üçüncü sorusu kapsamında hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre sağlıkta kalite okuryazarlığı puanları değerlendirilmiştir. Bu araştırmada hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalıştığı birim ve toplam mesleki deneyim süresine göre sağlıkta kalite okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç, sağlıkta kalite okuryazarlığının temel demografik özelliklerden çok eğitim, mesleki gelişim, kalite eğitimi alma ve kalite süreçlerine katılım gibi geliştirilebilir mesleki faktörlerle ilişkili

olduğunu düşündürmektedir. Yaş ve cinsiyet gibi bireysel özelliklerin kalite okuryazarlığını doğrudan farklılaştırmaması, kalite okuryazarlığının tüm hemşire gruplarında eğitim ve kurumsal destek yoluyla geliştirilebilecek bir yetkinlik olduğunu göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin eğitim durumuna göre sağlıkta kalite okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Ancak ikili karşılaştırmalarda belirgin bir grup farkının saptanmamış olması, eğitim düzeyinin sağlıkta kalite okuryazarlığı üzerinde genel olarak etkili olabileceğini, ancak tek başına belirleyici bir değişken olmadığını düşündürmektedir.

Araştırmada sağlıkta kalite eğitimi alma durumuna göre de sağlıkta kalite okuryazarlığı puanları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Sağlıkta kalite eğitimi alan hemşirelerin kalite okuryazarlığı puanlarının, kalite eğitimi almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, sağlıkta kalite okuryazarlığının geliştirilmesinde hizmet içi eğitimlerin önemli bir araç olduğunu ve kalite okuryazarlığının geliştirilebilir ve öğrenilebilir bir yetkinlik olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, araştırmada hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerinin orta-yüksek düzeyde bulunması olumlu bir sonuç olmakla birlikte, katılımcıların önemli bir bölümünün yapılandırılmış bir kalite eğitimi almamış olması dikkat çekicidir. Bu durum, mevcut kalite farkındalığının yalnızca sistematik kurumsal eğitim programlarından değil, aynı zamanda bireysel çaba, klinik deneyim ve mesleki gözlem yoluyla da gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde AlRatrout ve arkadaşları (2025), hemşirelik kalite ve güvenlik eğitimi programının hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumlarını olumlu yönde geliştirdiğini göstermiştir. Bu bağlamda, kurumların hemşirelere yönelik yapılandırılmış, düzenli ve uygulamaya dönük kalite eğitim programları düzenlemesi, mevcut kalite okuryazarlığı düzeyinin daha üst seviyelere çıkarılması açısından önem taşımaktadır.

Araştırmada mesleki gelişmeleri takip etme durumuna göre de sağlıkta kalite okuryazarlığı puanları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Mesleki

gelişmeleri düzenli ya da yakından takip eden hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı puanlarının daha yüksek olması, kalite okuryazarlığının yalnızca kurum tarafından verilen eğitimlerle değil, bireyin mesleki gelişime yönelik ilgisi, öğrenme isteği ve güncel bilgiye erişim davranışıyla da ilişkili olduğunu göstermektedir. Mesleki gelişmeleri takip eden hemşireler; güncel kalite standartları, hasta güvenliği uygulamaları, sağlık politikaları, akreditasyon süreçleri ve kanıta dayalı bakım yaklaşımları hakkında daha fazla bilgiye ulaşabilmektedir. Bu durum, hemşirelerin kalite süreçlerine ilişkin farkındalıklarını ve kalite okuryazarlığı düzeylerini olumlu yönde etkileyebilir.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu, aynı birimde çalışma süresine göre sağlıkta kalite okuryazarlığı puanlarının anlamlı farklılık göstermesidir. Aynı birimde yedi yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı puanlarının, daha kısa süre aynı birimde çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir..Aynı birimde uzun süre çalışmak mesleki deneyimi artırmakla birlikte, zaman içinde mesleki uygulamaların rutinleşmesi, iş doyumunu ve motivasyonun azalması ile kalite uygulamalarının ek iş yükü olarak algılanması, hemşirelerin kalite süreçlerine yönelik ilgilerini ve katılım istekliliklerini azaltmış olabilir (Soysal ve ark., 2022; Kurt ve ark., 2023).

Genel olarak değerlendirildiğinde, araştırma bulguları hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığının eğitim durumu, kalite eğitimi alma, mesleki gelişmeleri takip etme ve aynı birimde çalışma süresi gibi değişkenlerden etkilendiğini göstermektedir. Bu doğrultuda, hemşirelerin kalite okuryazarlığı düzeylerini artırmak için yapılandırılmış hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, mesleki gelişim etkinliklerine katılımın desteklenmesi, önerilmektedir.

Araştırmanın dördüncü sorusu kapsamında hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre kalite algısı puanlarının değerlendirilmiştir. Araştırmada hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı birim, kalite eğitimi alma ve mesleki gelişim etkinliklerine katılım durumuna göre Kalite Algı  l eği

toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, kalite algısının çalışma koşulları, personel yeterliliği, servis memnuniyeti, iş yükü, yönetici desteği ve kurum kültürü gibi kurumsal ve deneyimsel faktörlerden daha fazla etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada hemşirelerin hemşirelikte toplam çalışma yılına göre Kalite Algı Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. 4–6 yıl çalışan hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği toplam puanlarının 1–3 yıl çalışanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi. Mesleki deneyim, hemşirelerin kurum işleyişini, bakım süreçlerini, hasta güvenliği uygulamalarını ve kalite standartlarını daha yakından tanımalarına katkı sağlayabilir. Bununla birlikte deneyim süresinin kalite algısına yansımaları; kurum kültürü, çalışma koşulları, yönetici desteği, görev yapılan birim, iş yükü ve kalite yönetim sisteminin işleyişi gibi birçok faktörden etkilenebilir.

Literatürde çalışma süresi ile kalite algısı arasındaki ilişkiye yönelik farklı sonuçlar bulunmaktadır. Yorulmaz ve Pirol (2019), çalışma süresinin kalite algısını etkileyen etkenlerden biri olduğunu bildirmiştir. Esendemir ve Erkan (2024), daha uzun mesleki deneyime sahip çalışanların kalite algısı puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Elmas ve Yüksel (2024) de mesleki deneyimin kalite algısını farklılaştırdığını bildirmiştir. Çalışmalardan elde edilen farklı sonuçlar, kalite algısının yalnızca bireysel mesleki deneyimle açıklanamayacağını; kurumsal yapı, kalite kültürü, çalışan memnuniyeti ve çalışma ortamı gibi değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada aynı birimde çalışma süresine göre de kalite algısı puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Aynı birimde 7 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin kalite algısı puanlarının, 1–3 yıl ve 4–6 yıl çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, sağlıkta kalite okuryazarlığına ilişkin araştırma bulgularıyla da paralellik göstermektedir. Aynı birimde uzun süre çalışmak mesleki deneyimi ve birim işleyişine hâkimiyeti artırmakla birlikte, zaman içinde mesleki uygulamaların

rutinleşmesi, iş doyumu ve motivasyonun azalması ile kalite uygulamalarının ek iş yükü olarak algılanmasına bağlı olarak kalite süreçlerine yönelik ilginin azalmasına yol açmış olabilir (Soysal ve ark., 2022; Kurt ve ark., 2023). Bu durum, uzun süre aynı birimde çalışan hemşirelerin kalite süreçlerini daha eleştirel değerlendirmelerine ya da kalite uygulamalarını zaman zaman ek iş yükü olarak algılamalarına neden olabilir. Kurt ve arkadaşları (2023), hemşirelerde işe yabancılaşma ile kalite algısı arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğunu ve işe yabancılaşma arttıkça kalite algısının azaldığını bildirmiştir. Bu sonuç, uzun süre aynı birimde çalışan hemşirelerde kalite algısının neden daha düşük olabileceğini açıklamada destekleyici niteliktedir.

Araştırmanın dikkat çekici bulgularından biri de hemşire sayısının yeterliliğine ilişkin algı ile kalite algısı arasındaki farklılıktır. Serviste çalışan hemşire sayısını yeterli bulan hemşirelerin kalite algısı puanlarının, yeterli bulmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, insan gücü planlamasının kalite algısı açısından önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Kurt ve arkadaşları (2023), hemşire başına düşen hasta sayısının artmasının ve uzun çalışma saatlerinin bakım kalitesinde düşüşe neden olabileceğini belirtmiştir. Tenza ve arkadaşları (2024), hemşirelerin uygulama ortamı, bakım kalitesi ve hasta güvenliği algılarını inceledikleri çalışmada, personel ve kaynak yeterliliğinin hemşirelerin kalite algısını etkileyen önemli faktörlerden biri olduğunu bildirmiştir. Alnaturi ve arkadaşları (2024) tarafından yapılan çalışmada da hastane kapasitesi ve personel düzeylerinin hasta güvenliği sonuçları üzerinde anlamlı etkileri olduğu belirtilmiştir. Hemşire sayısının yetersiz algılanması, çalışanların iş yükünü artırabilir, bakım süreçlerinde zaman baskısı oluşturabilir, hasta güvenliği uygulamalarının etkin biçimde yürütülmesini güçleştirebilir ve kalite geliştirme çalışmalarına aktif katılımı sınırlandırabilir (Soysal ve ark., 2022; Kurt ve ark., 2023). Bu nedenle hemşirelerin kalite algısının güçlendirilmesinde yalnızca eğitim ve farkındalık çalışmalarının değil, aynı zamanda yeterli hemşire istihdamı ve etkili personel planlamasının da önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmada çalıştığı servisten memnun olan hemşirelerin kalite algısı toplam puanlarının, servisten memnun olmayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, çalışma ortamından duyulan memnuniyetin kalite algısı ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Koç ve Güven (2023), mesleğini severek seçen ve işinden memnun olan sağlık çalışanlarının kalite algısının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Durduran ve arkadaşları (2025) da işinden ve çalıştığı birimden memnun olan hemşirelerin kalite algısı puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Esendimir ve Erkan (2024) ise kalite yönetim sisteminin etkin biçimde işletilmesinin ve çalışanların bu sisteme aktif katılımının kalite algısını güçlendirdiğini vurgulamıştır. Çalışma ortamından duyulan memnuniyet; yönetim desteği, çalışma koşulları, iş yükü, ekip içi iş birliği ve kalite yönetim uygulamalarına katılım gibi birçok örgütsel faktörden etkilenmektedir (Esendimir ve Erkan, 2024; Ecek ve Başaran, 2026). Bu unsurların olumlu olması, hemşirelerin kurumlarındaki kalite uygulamalarını daha olumlu değerlendirmelerine katkı sağlayabilir. Bu bağlamda çalışma ortamından duyulan memnuniyetin kaliteye yönelik olumlu algıyı desteklediği söylenebilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, araştırma bulguları hemşirelerin kalite algısının özellikle çalışma yılı, aynı birimde çalışma süresi, hemşire sayısını yeterli bulma ve servisten memnuniyet gibi mesleki ve kurumsal değişkenlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda, hemşirelerin kalite algısının güçlendirilmesine katkı sağlamak amacıyla yalnızca kalite eğitimlerinin artırılması değil, aynı zamanda çalışma ortamının iyileştirilmesi, personel planlamasının güçlendirilmesi, iş yükünün dengelenmesi, çalışan memnuniyetinin desteklenmesi ve hemşirelerin kalite süreçlerine aktif katılımını teşvik eden uygulamaların geliştirilmesi yararlı olabilir.

Araştırmanın beşinci sorusu kapsamında, araştırmanın temel amacını oluşturan hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı ile kalite algısı arasındaki ilişki

değerlendirilmiştir. Araştırmada sağlıkta kalite okuryazarlığı ile kalite algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Kalite Algı Ölçeği toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, sağlıkta kalite okuryazarlığı ile kalite algısı arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu durum, mevcut araştırmanın özgün değerini artırmaktadır. Bununla birlikte konuya dolaylı olarak ışık tutan çalışmalar bulunmaktadır. Şenlik ve Turan (2026), sağlık okuryazarlığının sağlıkta kalite okuryazarlığı üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğunu belirlemiş; bireyin bilgi ve farkındalık düzeyi yükseldikçe kaliteye ilişkin değerlendirme kapasitesinin de güçlenebileceğini vurgulamıştır. Kınış ve arkadaşları (2024) da sağlık çalışanlarının kalite okuryazarlığı düzeyleri yükseldikçe kalite standartlarını ve kalite süreçlerini daha iyi kavradıklarını bildirmiştir. Bu bulgular, sağlıkta kalite okuryazarlığı ile kaliteye ilişkin algı ve değerlendirme kapasitesi arasındaki pozitif ilişkiyi destekler niteliktedir. Benzer şekilde, Esendemir ve Erkan (2024), kalite algısının güçlendirilmesinde etkin bir kalite yönetim sisteminin oluşturulması, kalite eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve çalışanların sürekli iyileştirme süreçlerine aktif katılımının önemini vurgulamıştır. Bayer ve Baykal (2018b) ile Ecek ve Başaran (2026) da kalite yönetim süreçlerine çalışan katılımı, sürekli eğitim ve kurumsal kalite kültürünün kalite uygulamalarının başarısında temel unsurlar olduğunu belirtmiştir. Bu uygulamalar aynı zamanda çalışanların kalite bilgi ve farkındalıklarının gelişmesine katkı sağlayarak sağlıkta kalite okuryazarlığını destekleyebilir (Ehlers, 2007; Turan ve Altıntaş, 2024; Esendemir ve Erkan, 2024). Bu bağlamda, kalite okuryazarlığı düzeyi yüksek olan hemşirelerin kalite uygulamalarını yalnızca yönetsel ya da kurumsal bir zorunluluk olarak değil, hasta güvenliği, bakım kalitesi, çalışan refahı ve kurumsal gelişimle ilişkili çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirdikleri düşünülmektedir.

Sağlıkta kalite okuryazarlığı ile Kalite Algı Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, en güçlü ilişkinin Hasta Yararı alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe hemşirelerin kalite

uygulamalarını hasta güvenliği, bakım kalitesi ve hasta yararı açısından daha olumlu değerlendirme eğiliminde olabileceklerini düşündürmektedir. Hemşirelik mesleğinin temelinde hasta merkezli bakım anlayışının yer alması dikkate alındığında, bu bulgunun literatürle uyumlu ve beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir (Ehlers, 2007; Turan ve Altıntaş, 2024). Buna karşılık, sağlıkta kalite okuryazarlığı ile en zayıf ilişkinin Kalite Eğitimi alt boyutunda olduğu görülmüştür. Bu durum, hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyi artsa bile kurumlarında sunulan kalite eğitimlerine ilişkin algılarının aynı ölçüde gelişmeyebileceğini düşündürmektedir. Kalite eğitimlerine erişimin sınırlı olması, eğitimlerin süreklilik göstermemesi, içeriklerinin çalışanların gereksinimlerini tam olarak karşılamaması veya yoğun klinik çalışma temposu nedeniyle eğitimlerin uygulamaya yeterince yansıtılamaması bu bulguyu açıklayabilecek olası nedenler arasında yer alabilir (Esendemir ve Erkan, 2024; Bayer ve Baykal, 2018b; Ecek ve Başaran, 2026). Bu nedenle kalite eğitimi boyutu, hem sağlıkta kalite okuryazarlığının hem de kalite algısının geliştirilmesi açısından desteklenmesi gereken önemli bir alan olarak değerlendirilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeyleri ile kalite algıları arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalamasının orta-yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin Kalite Algı Ölçeği toplam puan ortalamasının orta-yüksek düzeyde olduğu; alt boyutlar incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının Hasta Yararı, en düşük puan ortalamasının ise Kalite Eğitimi alt boyutunda olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığı düzeylerinin eğitim durumu, aynı birimde çalışma yılı, sağlıkta kalite eğitimi alma durumu ve mesleki gelişmeleri takip etme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.
- Yaş, cinsiyet, medeni durum, hemşirelikte çalışma yılı, çalışılan servis, çalışma şekli, pozisyon, hemşire sayısının yeterliliği, son altı ay içinde işten ayrılma düşüncesi, servisten memnuniyet ve iş memnuniyeti değişkenlerine göre sağlıkta kalite okuryazarlığı puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Hemşirelerin kalite algısı düzeylerinin hemşirelikte çalışma yılı, aynı birimde çalışma yılı, hemşire sayısını yeterli bulma durumu ve servisten memnuniyet durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.
- Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan servis, çalışma şekli, pozisyon, son altı ay içinde işten ayrılma düşüncesi, iş memnuniyeti, sağlıkta kalite eğitimi alma durumu ve mesleki gelişmeleri takip etme durumuna göre kalite algısı puanlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı ile Kalite Algı Ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

- Sağlıkta kalite okuryazarlığı ile Kalite Algı Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, en gl ilişkinin Hasta Yararı alt boyutunda, en zayıf ilişkinin ise Kalite Eğitimi alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Araştırma bulguları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir:

- Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığını geliştirmeye yönelik düzenli, uygulamaya dayalı ve sürdürülebilir hizmet içi eğitim programları planlanmalıdır.
- Aynı birimde uzun süre çalışan hemşirelere yönelik belirli aralıklarla yenileme eğitimleri planlanmalı; kalite iyileştirme çalışmalarına aktif katılımlarını destekleyecek uygulamalar geliştirilmelidir.
- Hemşire sayısı ve iş yükü, birimlerin özellikleri ve bakım gereksinimleri dikkate alınarak planlanmalı; çalışanların çalışma ortamına ilişkin memnuniyetini artıracak kurumsal düzenlemeler desteklenmelidir.
- Sağlık kurumlarında hemşirelerin kalite süreçlerine aktif katılımını teşvik edecek kalite komisyonları, kalite geliştirme ekipleri ve geri bildirim mekanizmaları güçlendirilmelidir.
- Hemşirelerin sağlıkta kalite okuryazarlığına ilişkin bilgi ve farkındalıklarının artırılmasının yanı sıra, bu bilgi ve becerileri klinik uygulamalara yansıtabilecekleri destekleyici örgütsel koşulların oluşturulmasına yönelik kurumsal uygulamalar geliştirilmelidir.
- Ayrıca farklı bölgelerde, farklı hastane türlerinde ve daha geniş örneklemlerle, çok merkezli araştırmalar planlanabilir.
- Sağlıkta kalite okuryazarlığını geliştirmeye yönelik eğitim programlarının etkililiğini değerlendiren araştırmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002–2008*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 770.
- Alnaturi, M. S. S., Alshammari, A. S. A., Alshammari, A. K. A., Alshammari, S. S., Alshammari, S. Z. K., Al Shammari, R. S., Alshammari, S. M. M., Alshammari, M. S. M., Alshammari, M. S. M., Alshammari, S. M. O., and Al Shammari, F. D. O. (2024). Impact of Nurse Staffing Levels on Patient Safety and Quality of Care. *International Journal of Computational and Experimental Science and Engineering*, 10(4), 2781–2789.
- Alratrout, S., Abu Khader, I., Albashtawy, M., Asia, M., Alkhawaldeh, A., and Bani Hani, S. (2025). The Impact of The Quality and Safety Education (QSEN) Program On The Knowledge, Skills, and Attitudes of Junior Nurses. *Plos ONE*, 20(1), E0317448.
- Araç, S., ve Koç, E. S. (2023). Sağlık Kurumlarında Kalite ve Akreditasyon. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 9(3), 210-224.
- Arslanoğlu, A., Yılmaz, Ö., ve Çetin, M. (2024). Sağlık Çalışanlarının Kalite Algısı: Bir Özel Hastane Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 15(44), 1121–1135.
- Avcı, K. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme ve Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 1–5.
- Bayer, N. ve Baykal, Ü. (2018a). Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(2), 86-99.
- Bayer, N. ve Baykal, Ü. (2018b). Quality Perception of Nurses In The Hospitals Receiving Quality Certificate. *Health Science Journal*, 12(4), 578.
- Bayer, N., Yılmaz, E. Z., ve Baykal, Ü. (2019). Sağlık Çalışanlarının Kalite Belgelendirme Sürecine İlişkin Görüşleri. *Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*, 4(1), 1–8.
- Cihan Erdoğan, B., Nabi, H. ve Denizli Ergen, F. (2024). Hemşirelerde Sağlıkta Kalite Algısı: Bir Şehir Hastanesi Örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 11(2), 275-282.
- Çerçi, S. ve Baykal, Ü. (2022). Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminin Kuruma, Hastaya Ve Çalışana Yansımaları. *Journal of Health Sciences Institute*, 7(2), 126-131.
- Değirmenci Öz, S., Çiriş Yıldız, C. ve Kaplanoğlu, A. (2025). Hemşirelerin Kalite Çalışmalarına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 12(2), 357-364.

- Doğan, M. (2022). Toplam Kalite Yönetimi. M. Doğan (Ed.), *Toplu Beslenme Sistemleri ve Catering Hizmetleri Yönetimi* (2. Bs., Ss. 221–242). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Durduran, Y., Hacılar, E., Bağcı Çelik, S., Küçükkendirci, H., Okka, B., Uyar, M. ve Yücel, M. (2025). Hemşirelerin Kalite Algısı ve Bireysel İş Performansı İlişkisinin Araştırılması: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 12(2), 307-317.
- Ehlers, U.-D. (2007). Quality Literacy-Competencies For Quality Development In Education and E-Learning. *Educational Technology and Society*, 10(2), 96-108.
- Ekici, D. (2013). *Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Sim Matbaacılık
- Elmas, G. ve Yüksel, O. (2024). Hemşirelerde Kalite Algısının Ölçülmesi: Bir Özel Hastane Örneği. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 9(2), 316-331.
- Esendemir, E., ve Erkan, I. (2024). Hastane Çalışanlarının Kalite Algısı ile Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(3), 499–512.
- Kapıkıran, G., Çetin, Y. ve Yayan, E. H. (2023). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Kalitesi Algıları İle Hasta Güvenliği Kültürleri Arasındaki İlişki. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 53-58.
- Kınış, Z., Denizli, F. ve Hızaler, E. (2024). Evaluation of Health Quality Literacy Levels of Healthcare Workers: The Case of Kayseri. *Scientific Journal of Innovation and Social Sciences Research*, 4(2), 117-129.
- Koç, K. ve Güven, Ş. D. (2023). Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algılarının Belirlenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 13(2), 827-842.
- Kurt, Ş., Genç Köse, B. ve Öztürk, H. (2023). Hemşirelerde İşe Yabancılaşma İle Kalite Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 10(2), 238-248.
- Küçükdersun, B., ve Bozkurt, Ö. (2025). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Kalite Algısı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 22(1), 42–61.
- Leiber, T., ve Seyfried, M. (2025). The Role of Quality Literacy In Understanding Quality In Higher Education. *Quality In Higher Education*, 31(2), 268–283.
- Øvretveit, J. (2000). Total Quality Management İn European Healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74–79
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2023). Resmî Gazete, 26 Mayıs 2023, Sayı: 32202.
- Seren İntepeler, Ş. (2014). Kalite Yönetimi. Ü. Tatar Baykal ve E. Ercan Türkmen (Ed.), *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi İçinde* (Ss. 306-331). İstanbul: Akademi Basın Ve Yayıncılık.

- Seren İntepeler, Ş. ve Değirmenci Öz, S. (2023). Kalite Yönetimi. Ü. Baykal ve E. Türkmen (Ed.), Hemşirelikte Yönetim İçinde (Ss. 243-262). İstanbul: Akademi Kitabevi Yayınları.
- Soysal, A., Menekşe, B. ve Kırac, R. (2022). Kalite Algısının İş Doyumu Üzerine Etkisi: Üniversite Hastanesi Ve Devlet Hastanesi Örneği. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 242-252.
- Şenlik, Ö. ve Turan, A. (2026). Kadın Sağlık Tüketicilerinin Sağlık Okuryazarlıkları İle Sağlıkta Kalite Okuryazarlıkları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 36(Özel Sayı: Kadın Araştırmaları), 289-304.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane* (Sürüm 6.1). Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2021). Sağlık İşletmeleri Yönetimi (10. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- Tenza, I. S., Blignaut, A. J., Ellis, S. M., and Coetzee, S. K. (2024). Nurse Perceptions of Practice Environment, Quality of Care and Patient Safety Across Four Hospital Levels Within the Public Health Sector of South Africa. *BMC Nursing*, 23(1), 1–16.
- Turan, A. ve Altıntaş, M. (2024). Sağlık Çalışanlarında Kalite Okuryazarlığı: Bir Ölçek Geliştirme ve Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 121-138.
- Yorulmaz, M. ve Pirol, M. (2019). Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısının Ölçülmesi Üzerine Bir Araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2(1), 15-21.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Meslektaşım,

Bu anket formu “Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı İle Sağlıkta Kalite Algısı Arasındaki İlişki” belirlemek amacıyla yürütülen yüksek lisans tez çalışmasıdır. *Soru kağıdının birinci bölümünde Kişisel Bilgi Formu, ikinci bölümünde Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği ve üçüncü bölümde Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği yer almaktadır. **Soruları size göre ve eksiksiz doldurmanız oldukça önemlidir.*** Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN

Danışman

Seher DOĞAN

EBYU SBE Yüksek Lisans Öğrencisi

Lütfen size uygun şıkki parantez içine x işareti koyarak ya da sayı ile belirtiniz.

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz:** () Kadın () Erkek
3. **Medeni durumunuz:** () Evli () Bekar
4. **Eğitim durumunuz:** () Sağlık M Lisesi () Önlisans () Lisans () Lisansüstü
5. **Hemşirelikte çalışma yılınız:** yıl
6. **Aynı birimde çalışma süreniz:** yıl ay
7. **Çalıştığınız birim/servis:**
8. **Çalışma şekliniz:** () Gündüz () Gündüz/gece () Gece
9. **Kurumdaki pozisyonunuz** () Hemşire
() Servis Sorumlu Hemşiresi
() Diğer (lütfen yazınız)
10. **Servisinizdeki hemşire sayısını yeterli buluyor musunuz?**
() Evet () Hayır
11. **Gelecek 6 aylık sürede işten ayrılmayı düşünüyor musunuz?**
() Evet () Hayır
12. **Çalıştığınız servisten memnun musunuz?**
() Evet () Hayır
13. **Yaptığınız işten ne derece memnunsunuz?**
() Çok memnum () Memnunum
() Biraz memnunum () Memnun değilim
14. **Sağlıkta kalite eğitimi aldınız mı?**
() Evet () Hayır
15. **Hemşirelik ile ilgili gelişmeleri ne kadar takip edersiniz? Lütfen açıklayınız.**
() Hiç takip etmiyorum () Nadiren takip ediyorum () Düzenli takip ediyorum () Yakından takip ediyorum

Ek 2. Sağlık Çalışanları Kalite Algısı Ölçeği

KALİTE ALGI ÖLÇEĞİ					
Bu ölçek yataklı tedavi kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kurumlarında yürütülen kalite çalışmalarına ilişkin algılarını ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Size en uygun gelen seçeneği boş bırakmadan işaretleyiniz.					
İFADELER	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
YÖNETİM VE LİDERLİK	1	2	3	4	5
1. Hastane yönetimi, kalite geliştirme çabasında önceliği ve itici güçtür.					
2. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan parasal kaynakları ayırır.					
3. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan insan kaynağını sağlar.					
4. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli komiteleri oluşturur.					
5. Hastanenin hizmet ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik bir vizyon ve misyonu vardır.					
6. Hastane yönetimi hizmet ve bakım kalitesini artırmak için gerekli değişimleri gerçekleştirir.					
7. Hastane yönetimi hizmet kalitesini artırmak için uygun ve yeterli sarf malzemeyi sağlar.					
8. Hastane yönetimi kalite çalışmalarında görünen aksaklıkları hızlı şekilde çözümler.					
9. Hastane yönetimi, kalite hedeflerini tüm çalışanlara benimsetir.					
10. Hastane yönetimi, hizmet kalitesine odaklanan bir kurum kültürü oluşturmaya çalışır.					
11. Hastane yönetimi, karar alırken ilgili yöneticinin görüşünü dikkate alır.					
12. Hastane yönetimi, tüm çalışanların kalite çalışmalarıyla ilgili kararlara katılımını destekler.					
İNSAN KAYNAKLARI KULLANIMI					
1. Hastanenin işe alım kuralları ve süreci kalite çalışmaları çerçevesinde oluşturulur.					
2. Hastanenin kalite çalışmalarının yürütülüyor olması, adayların işe başvurusunu artırır.					

3. Kalite çalışmaları hastanenin personel sayısının artırılmasında etkili olur.					
4. Kalite çalışmaları, iyi işleyen bir performans değerlendirme sistemini zorunlu kılar.					
5. Kalite çalışmaları, çalışan performans değerlendirme sisteminin adil yürütülmesini sağlar.					
6. Kalite çalışmalarında hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla görev üstlenir.					
7. Kalite çalışmalarına katılma çalışanların mesleki açıdan güçlenmesini sağlar.					
8. Kalite çalışmaları iş güvenliğine yönelik önlemler alınmasını sağlar.					
9. Kalite çalışmaları, bölümler ve çalışanlar arası işbirliğini destekler.					
10. Kalite geliştirme çalışmalarına katkı sağlayanlar mali olarak ödüllendirilir.					
11. Kalite geliştirme çalışmalarına katılanlar teşekkür mektubu gibi manevi ödül sistemiyle ödüllendirilir.					
12. Kalite çalışmaları, çalışanlar arasında adil bir ödül sistemi oluşturulmasını sağlar.					
13. Kalite çalışmaları, çalışanların özlük haklarının korunmasını destekler.					
14. Kalite çalışmaları, maliyeti düşürerek verimliliği artırır.					
KALİTE EĞİTİMİ					
1. Hastanede kalite çalışmalarına yönelik eğitim ve oryantasyon yapılır.					
2. Çalışanlara mesleki beceri ve performanslarını geliştirecek sürekli eğitim verilir.					
3. Hastanede çalışanların hata yapmalarını engelleyecek kontrol mekanizmaları vardır.					
4. Hastanede çalışan personel, etik kurallar konusunda bilgilendirilir.					
5. Kalite çalışmalarına karşı olumsuz tutumu önleyici eğitimlere önem verilir.					
6. Sağlık çalışanlarının mesleki yenilikleri kullanmalarına olanak sağlanır.					
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME					

1.	Kalite çalışmaları kapsamında belirlenen hizmet standartları tüm çalışanlar tarafından bilinir.					
2.	Kalite çalışmaları kapsamında yapılan anketlerin sonuçları hizmetin iyileştirilmesinde dikkate alınır.					
3.	Kalite çalışmalarında kayıt ve belgelendirmeye önem verilir.					
4.	Kalite çalışmalarının zorunlu kıldığı kayıt sistemi, sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltır.					
5.	Hastanede kayıt tutma zorunluluğu hizmetin uygun verilmesini sağlar.					
6.	Kalite çalışmalarıyla risk analizinin yapılması risklerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur.					
KALİTE UYGULAMALARININ YARARLARI						
Kurum Yararları Alt Ölçeği						
1.	Kalite çalışmaları hastanede bilimsel ve çağdaş hizmet sunumunu sağlar.					
2.	Kalite çalışmalarıyla hastanede teknolojik açıdan en uygun hizmet verilir.					
3.	Kalite çalışmalarıyla hastanenin müşteri memnuniyetinde sürekli artış sağlanır.					
4.	Kalite çalışmaları hastaneninlaboratuvar, radyoloji vb. tıbbi destek hizmetlerinde gelişme sağlar.					
5.	Hastanenin kalite belgesine sahip olması hastalar tarafından tercih edilmesinde etkilidir.					
6.	Kalite çalışmalarıyla hastanedeki ekipman ve teçhizat sürekli kontrol edilir.					
7.	Kalite çalışmaları hastanenin dış paydaşları (SGK, diğer kurumlar) işbirliği geliştirmesine katkı sağlar.					
8.	Kalite çalışmaları, hastaneyi yenilikçi fikirlere açık hale getirir.					
9.	Kalite çalışmalarının uygulanması hastaneye yapılan hasta sevk ve transferlerindetercih nedenidir.					
10.	Kalite çalışmaları hastanenin fizik koşullarının iyileştirilmesini sağlar.					
Personel Yararları Alt Ölçeği						

1. Kalite çalışmaları, sağlık çalışanlarının hizmetkalitesiyle ilgili tutum ve davranışlarını değiştirir.					
2. Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık çalışanlarının yasal durumlara karşı kendisini korumasını sağlar.					
3. Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık çalışanlarının hastalara ayıracağı zamanı azaltır.					
4. Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının yaptığı hatayı çekinmeden raporlamasını sağlar.					
5. Kalite çalışmaları, hastaya yapılan her uygulama öncesinde kimlik doğrulamayı zorunlu kılar.					
6. Kalite çalışmaları iş güvenliği için gerekli önlemlerin alınmasını zorunlu kılar.					
7. Kalite çalışmaları hasta ve çalışanların taciz ve saldırılara maruz kalmaları durumunda gerekli güvenlik önlemleri alınmasını zorunlu kılar.					
8. Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının çalışma ortamının iyileştirilmesini sağlar.					
Hasta Yararları Alt Ölçeği					
1. Kalite çalışmaları hastaların uluslararası standartlarda hizmet almasını sağlar.					
2. Kalite çalışmaları hasta güvenliğinin sağlanmasında etkilidir.					
3. Kalite çalışmalarıyla hastalara bütüncül hizmet sunumu sağlanır.					
4. Hasta güvenliğini tehdit eden bir olay geliştiğinde çalışanlar bunu çekinmeden raporlar.					
5. Hasta güvenliğini etkileyen hatalarla ilgili olarak sağlık çalışanlarına eğitim verilir.					
6. Hasta güvenliğini etkileyen olaylar kalite bölümü tarafından incelenerek gerekli önlemler alınır.					
7. Kalite çalışmaları hasta ve sağlık çalışanı arasındaki çatışmaları azaltır.					
8. Kalite çalışmaları hasta gereksinimi ve beklentilerinin doğru değerlendirilerek karşılanmasını sağlar.					
9. Kalite çalışmaları, hastanenin enfeksiyon oranı, düşme göstergelerini azaltır.					
10. Hastanede oluşturulan hasta bakım protokollerinin düzenli uygulanması hasta yatış süresini kısaltır.					

11. Hastalara, hastane hizmetleriyle ilgili tanıtım kitapçığı dağıtılır.					
12. Hastalara sağlık bakım ihtiyaçlarının ve sonuçlarının değerlendirildiği politikalar/süreçler mevcuttur.					
13. Hastalara gereksinimlerine uygun sağlık eğitimi verilir.					
14. Hastalara, hakları konusunda bilgi verilir.					

Ek 3. Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Ölçeği

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi, yan tarafta bulunan kutucuklardan uygun olanını (x) biçiminde işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kalite kavramını tanımlayabilirim					
2. Kalite yönetimi felsefesi içeriğine hakimim					
3. Kalite yönetimi anlayışının tarihsel gelişim sürecine dair asgari bilgiye sahibim.					
4. Kalite yönetiminin amaçlarını sıralayabilirim					
5. Kalite kültürünü açıklayabilirim					
6. Sağlık, güvenlik, üretim ve eğitimde olduğu gibi her alanda kalite gereklidir					
7. Çalışanların iş tatmini için kalite yönetimi gereklidir.					
8. Hizmet alanların memnuniyeti için kalite yönetimi gereklidir					
9. Verimliliğin sağlanması için kalite yönetimi gereklidir.					
10. Rekabet edebilmek için kalite yönetimi gereklidir.					
11. Hedeflere ulaşabilmek için kalite yönetimi gereklidir					
12. Sağlık hizmetleri sunumunun tasarımında, fiziksel ve teknolojik olanaklar dikkate alınmalıdır.					
13. Sağlık hizmetleri sunumunda yetki ve sorumluluklara ilişkin ilke, kural ve yöntemler bulunmalıdır.					
14. Sağlık hizmetleri sunumunun çıktıları, kurumun misyonuna uygun ve işler olmalıdır.					
15. Hasta ve çalışan memnuniyeti ölçme değerlendirme sistemi ilke ve kurallarla tanımlı olmalıdır.					
16. Sağlık hizmetleri sunumunda sürekli iyileşme politikaları benimsenmelidir.					
17. Sağlık çalışanlarının araştırma süreçlerine katılımı desteklenmelidir					
18. Sağlık yöneticilerine erişim kolay olmalıdır.					
19. Sağlık çalışanları bilgi ve beceri açısından yeterli donanıma sahip olmalıdır.					
20. Sağlık hizmeti sunumunda, kaynaklar (fiziksel, mali, bilgi, teçhizat vs) uygun nitelikte ve nicelikte olmalıdır.					

21. Dezavantajlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmalıdır.					
22. Kurumun tesis ve altyapıları ihtiyaca uygun nitelik ve nicelikte olmalıdır.					
23. Kalite yönetiminde iletişim faaliyetlerinde görev alabilirim					
24. Ekip çalışmasına yatkınım					
25. Kalite kültürünü kurumsal kültürle bağdaştırabilirim.					
26. Kalite yönetim sisteminin teknolojik alt yapısını tasarlayabilirim					
27. Yönetmel faaliyetlerde faydalı olacağıma inanıyorum					
28. Uluslararası kalite yönetimi faaliyetlerinde yer alabilirim					
29. Diğer kurumlarla rekabet edebilmek için strateji ve politikalar geliştirebilirim.					
30. Kalite yönetimine yeni bakış açıları geliştirebilirim.					

Ek 5. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.10.2025-486758



T.C.
ERZİNCAN BİNALI YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu



Sayı : E-88012460-050.04-486758
Konu : Etik Kurul Kararı (Seher DOĞAN)

01.10.2025

DAĞITIM YERLERİNE

Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulunun **30 Eylül 2025** tarihli ve **09** sayılı oturumunda alınan 09/11 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerini rica ederim.

Doç.Dr. Duygu SEVİNÇ YILMAZ
Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu
Başkanı

Ek:Karar 11 (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Seher DOĞAN

Bilgi:
Dr.Öğr.Üyesi Serap SÖKMEN

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİ
ETİK KURULU KARARI

Etik Kurul Toplantı Tarihi	30/09/2025
Protokol No	09/11
Araştırma Başlığı	Hemşirelerin Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı Düzeylerinin Sağlıkta Kalite Algısına Etkisi
Araştırma Türü	Nicel-Tanımlayıcı Araştırma
Araştırmacılar	Seher DOĞAN (Sorumlu Araştırmacı) Dr. Öğr. Üyesi Serap SÖKMEN (Danışman)
Karar	Başvuru dosyanıza ait araştırmanız etik açıdan uygun bulunmuştur.
Açıklama:	1. Etik Kurul Onayı, uygulama ve/veya veri toplama için araştırmacının ilgili kurum veya kuruluşlardan izin alma sorumluluğunu ortadan kaldırmaz. 2. Kurul üyelerine ait araştırma önerileri görüşülürken, ilgili yönerge gereğince, öneri sahibi üye görüşmelere katılmamış ve oy kullanmamıştır.

e-imzalıdır

Doç. Dr. Duygu SEVİNÇ YILMAZ
İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri
Etik Kurul Başkanı

Ek 6. Ölçek İzin Mailleri

 **Ayşegül TU...** 25.09.2025   

Alicılar: ben ▾

Sayın Doğan,
Sağlıkta Kalite Okuryazarlığı
Ölçeğini çalışmalarınızda
kullanabilirsiniz. ekte ölçeğe ait
bilgileri gönderiyorum.
İyi çalışmalar

Seher Doğan <seher.dogan@seherdogan.com.tr>
Eyl 2025 Çar, 19:29 tarihinde şunu yazdı:

[Alıntılanan metni göster](#)

 **nukhet bayer** 24.09.2025   

Alicılar: ben ▾

Merhaba Seher, elbette kullanabilirsin. Ölçeğin
son halini ekte paylaşıyorum. dilersen ulusal tez
merkezinde tezi indirip hesaplamaları
inceleyebilirsin. Başarılar dilerim .Sevигler

[Alıntılanan metni göster](#)

 Kalite ölçe...n hali.docx  

 **Seher Doğan** 24.09.2025
Teşekkür ederim Nükhet Hanım. Hayırlı
akşamlar 24 Eyl 2025 Çar 20:46 tarihinde

ÖZ GEÇMİŞ