



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

YÖNETİM VE ORGANİZASYON YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
VE STRATEJİK SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNUN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meral İŞCAN

Danışman: Doç. Dr. Altuğ ÇAĞATAY

TOKAT-2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Altuğ ÇAĞATAY danışmanlığında hazırlamış olduğum “Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi ve Stratejik Sağlık Hizmetleri Sunumunun İncelenmesi” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

20/08/2025

Meral İŞCAN

JÜRİ KABUL VE ONAY

Meral İŞCAN tarafından hazırlanan “**Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi ve Stratejik Sağlık Hizmetleri Sunumunun İncelenmesi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 20/08/2025 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Başkan): Dr. Öğr. Üyesi Mesut Ardıç

Üye (Danışman): Doç. Dr. Altuğ Çağatay

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Gökhan Coşkun

ONAY

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

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

İlk olarak tez çalışması sürecimde yardımlarını esirgemeyen ve değerli bilgilerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Altuğ ÇAĞATAY’a teşekkür ederim. Bu süreçte desteğini esirgemeyen başta annem Ayşe ŞANVERDİ olmak üzere canım aileme sonsuz teşekkür ederim.



ÖZET

SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE STRATEJİK SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNUN İNCELENMESİ

İşcan, Meral

Yüksek Lisans, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Altuğ Çağatay

Temmuz 2025, xii + 94 sayfa

Sağlık kurumları, insan yaşamının sürdürülebilirliği açısından kritik rol üstlendiklerinden, hizmet kalitesini sürekli iyileştirmeyi hedefleyen yönetim anlayışlarına ihtiyaç duymaktadır. Bu çerçevede Toplam Kalite Yönetimi (TKY), yalnızca sonuca değil, sürecin tüm aşamalarında sürekli iyileştirme ve çalışan katılımını esas alarak, hasta odaklı hizmet sunumunu güçlendirmeyi amaçlar. Artan hasta beklentileri, gelişen teknoloji ve rekabet baskısı karşısında hastaneler, hasta memnuniyeti, güveni ve bağlılığını artırmak amacıyla TKY uygulamalarına yönelmektedir. Daha önce yapılan çalışmalar da TKY'nin sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini artırmada Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) etkisini incelemektir. Araştırma, İstanbul ilindeki çeşitli sağlık çalışanlarının TKY ve sağlık hizmet kalitesine (SHK) yönelik algılarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Araştırma kapsamında 407 sağlık çalışanından anket yöntemiyle toplanan veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra meslek, yaş ve eğitim durumu değişkenlerine göre varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon analizi uygulanmıştır. Cinsiyet, eğitim, durumu, mesleki değişkenler ve medeni duruma göre hem TKY hem de SHK algılarından anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Yaş grupları arasında hem TKY hem de SHK ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan korelasyon analizi, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve Sağlık Hizmet Kalitesi (SHK) boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Kalite Belgesi, Sağlık Kurumları, Stratejik Yönetim, Hizmet Kalitesi, Toplam Kalite Yönetimi.

ABSTRACT

EXAMINATION OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT AND STRATEGIC HEALTH SERVICES DELIVERY IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

İşcan, Meral

Master's Degree, Management and Organization Department

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Altuğ Çağatay

July 2025, xii+94 pages

Healthcare institutions, as they play a critical role in the sustainability of human life, require management approaches aimed at continuously improving service quality. In this context, Total Quality Management (TQM) aims to strengthen patient-centered service delivery by focusing not only on the outcome but also on continuous improvement and employee involvement at every stage of the process. In the face of increasing patient expectations, advancing technology, and competitive pressure, hospitals are turning to TQM practices to enhance patient satisfaction, trust, and loyalty. Previous studies have also shown that TQM is an effective method for improving the quality of healthcare services.

The aim of this study is to examine the effect of Total Quality Management (TQM) in improving service quality in healthcare institutions. The research aims to assess the perceptions of healthcare professionals in Istanbul regarding TQM and healthcare service quality (HSQ). Data collected from 407 healthcare professionals through surveys were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program. In addition to descriptive statistics, variance analysis (ANOVA) and correlation analysis were applied based on variables such as profession, age, and education level. Significant differences in the perceptions of both TQM and HSQ were observed based on gender, education, profession, and marital status. No statistically significant difference was found in terms of the means of TQM and HSQ across age groups. The correlation analysis revealed significant and positive relationships between the dimensions of Total Quality Management (TQM) and Healthcare Service Quality (HSQ).

Keywords: Total Quality Management, Strategic Management, Service, Quality, Healthcare Institutions, Quality Certificate

İÇİNDEKİLER

Etik Sözleşme	i
Jüri Kabul ve Onay	ii
Teşekkür	iii
Özet	iv
Abstract	v
İçindekiler	vi
Tablolar Listesi	x
Şekiller Listesi	xi
Kısaltma ve Simgeler	xii
GİRİŞ	1
Stratejik Yönetim ve Toplam Kalite Yönetimi (Tky) İlişkisi: Kuramsal Çerçeve.....	3
Rekabet Avantajı ve Kaynak Tabanlı Bakış Açısı	3
Strateji Ve Tky'nin Uyumlaştırılması	3
Örgüt Kültürü ve Yönetim Boyutu.....	4
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. Toplam Kalite Yönetimi (TKY).....	5
1.2. TKY Kavramının Tarihsel Gelişimi	6
1.2.1. TKY'nin İlkeleri, Felsefesi ve Özellikleri	8
1.2.1.1. Sürekli İyileştirme (Kaizen) ve Öğrenme Kültürü	8
1.2.1.2. Hasta ve Müşteri Odaklılık.....	8
1.2.1.3. Veriye Dayalı Karar Alma ve Performans Ölçümü.....	9
1.2.1.4. Çalışan Katılımı ve Ekip Çalışması	9
1.2.1.5. Liderlik ve Stratejik Odak.....	9

1.2.1.6. Süreç Odaklılık ve Standardizasyon	9
1.2.1.7. Hata Önleme ve Hızlı Düzeltici Eylemler	10
1.2.1.8. Kültürel Dönüşüm ve Kurumsal Öğrenme	10
1.3. Tky Sürecinin Aşamaları (Planlama, Uygulama, Kontrol, Önlem Alma)	11
1.3.1. Planlama	11
1.3.2. Uygulama	12
1.3.3. Kontrol	12
1.3.4. Önlem Alma	13
1.4. Sağlık Sektöründe TKY'nin Uygulanması ve Önemi	14
1.4.1. Hasta Güvenliği ve Memnuniyeti	14
1.4.2. Çalışan Katılımı ve Kurumsal Kültür	14
1.4.3. Tıbbi Hataların Azaltılması ve Süreç Verimliliği	15
1.4.4. Maliyet Kontrolü ve Kaynakların Etkin Kullanımı	15
1.4.5. Rekabet Avantajı ve Kurumsal İtibar	15
1.4.6. Teknolojik Gelişmelerle Entegrasyon	16
1.4.7. Sürekli Öğrenme ve Kurumsal Hafıza	16
1.4.8. Etik ve Yasal Yükümlülüklerin Yerine Getirilmesi	16
1.5. Stratejik Sağlık Hizmetleri Yönetimi	17
1.5.1. Stratejik Yönetim Kavramı	18
1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Stratejik Planlama	21
1.6. Paydaş Analizi ve Stratejik Karar Alma Süreci	25
1.6.1. Paydaş analizinin amacı ve önemi	25
1.6.2. Paydaş analizinde Temel adımlar	26
1.6.3. Stratejik karar alma süreci	27

1.7. TKY ve Stratejik Yönetim Arasındaki İlişki	28
1.7.1. Stratejik Planlamada TKY İlkelerinin Uygulanması	30
1.7.2. TKY ve Stratejik Yönetimin Birbirini Tamamlayıcı Yönleri	35
1.8. Sağlıkta Performans Yönetimi ve Kalite Standartları	38
1.8.1. Sağlık Kurumlarında Performans Ölçümü	39
1.8.2. Ulusal ve Uluslararası Kalite Standartları (JCI ve ISO)	40
1.8.3 Akreditasyon ve Sürekli Gelişim Modelleri	42
1.8.4. Hasta Güvenliği ve Memnuniyeti Açısından Kalite	43
BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	46
2.1. Araştırma Modeli ve Hipotezleri	46
2.2. Araştırma Evreni ve Örneklemi	47
2.3. Veri Toplama Süreci ve Araçları	50
2.4. Veri Analiz Yöntemleri	51
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	51
2.6. Araştırmanın Varsayımları	52
2.7. Etik Yönden Uygunluk	53
BÖLÜM 3: BULGULAR	54
3.1. Ön Analizler	54
3.2. Demografik Özelliklere Göre Bulgular	55
3.2.1. Cinsiyete Göre Farklılıklar	55
3.2.2. Medeni Duruma Göre Farklılıklar	56
3.2.3. Mesleğe Göre Farklılıklar	57
3.2.4. Eğitim Durumuna Göre Farklılıklar	59
3.2.5. Yaşa Göre Farklılıklar	61
3.2.6. Kalite Belgesinin Varlığına Göre Farklılıklar	62

3.2.7. Kurumdaki Çalışma Süresine Yönelik Bulgular	63
3.3. TKY ve SHK Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	65
3.3.1. Regresyon Analizi	73
HİPOTEZ SONUÇLARI	78
TARTIŞMA	80
SONUÇ VE ÖNERİLER	83
KAYNAKÇA	87
ÖZGEÇMİŞ	95

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1 Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri	49
Tablo 3.1. Kullanılan Ölçeklerin ve Boyutlarının Normallik Analizi Sonuçları	54
Tablo 3.2 Cinsiyete Göre TKY ve SHK Ortalamalarına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi	55
Tablo 3.3. Cinsiyete Göre TKY ve SHK Ortalamalarına İlişkin Standart Sapma ve Ortalama Değerleri	56
Tablo 3.4 TKY ve SHK Algılarının Medeni Duruma Göre Dağılımları	57
Tablo 3.5 Meslek Gruplarına Göre TKY ve SHK Ortalama Puanları	57
Tablo 3.6 Levene Testi Sonuçları	58
Tablo 3.7: ANOVA ve Welch Testi Sonuçları	58
Tablo 3.8 TKY ve SHK Puanları İçin Önemli Grup Farkları (Games-Howell)	58
Tablo 3.9 Tanımlayıcı İstatistikler	59
Tablo 3.10 Levene Testi Sonuçları	60
Tablo 3.11 ANOVA ve Welch Testi Sonuçları	60
Tablo 3.12 Post-Hoc Test Sonuçları	60
Tablo 3.13 TKY ve SHK Algılarının Yaşa Duruma Göre Dağılımları	61
Tablo 3.14 TKY ve SHK Algılarının Kalite Belgesinin Varlığına Göre Dağılımları	63
Tablo 3.15 Tanımlayıcı İstatistikler	63
Tablo 3.16 Levene Testi Sonuçları	64
Tablo 3.17 Tek Yönlü ANOVA Sonuçları	64
Tablo 3.18 Post-Hoc Test Sonuçları	64
Tablo 3.19 TKY ve SHK algıları ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar	65
Tablo 3.20 Çoklu Bağlantı Değerleri (VIF ve Tolerans)	74
Tablo 3.21 Artıkların Dağılımı	74
Tablo 3.22 Doğrusallık Varsayımı için Temel İstatistikler	74
Tablo 3.23 Hiyerarşik Regresyon Model Özeti	75
Tablo 3.24 Model 2'ye Ait Regresyon Katsayılar	76

Tablo 3.23 Hiyerarşik Regresyon Model Özeti.....	75
Tablo 3.24 Model 2'ye Ait Regresyon Katsayılar	76



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Araştırma Modeli.....	46
Şekil 3.1 Hiyerarşik Regresyon Sonuç Grafiği	76



KISALTMA VE SİMGELER

HGK	Hasta Güvenlik Kültürü
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
ORT	Ortalama
SHK	Sağlık Hizmetleri Kalitesi
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Standart Sapma
TKY	Toplam Kalite Yönetimi

GİRİŞ

Sağlık kurumları, insan hayatının sürdürülebilirliği açısından kritik hizmetler sundukları için, kalite ve güvenlik standartlarını sürekli iyileştirmeye odaklanmak zorundadır (Donabedian,1988). Artan hasta beklentileri, hızla ilerleyen tıbbi teknoloji ve maliyet baskıları, bu kurumları geleneksel yönetim pratiklerini aşan daha bütüncül yaklaşımlara yöneltmektedir (Wolfe,2001). Bu noktada Toplam Kalite Yönetimi (TKY), hizmet kalitesinin yalnızca bir çıktıya indirgenemeyeceğini; sürecin her aşamasında iyileştirme ve katılımın gerekli olduğunu vurgulayan bir felsefe olarak öne çıkmaktadır. (Deming,1986). Özünde TKY, tıp alanındaki hataların kök nedenlerini ortadan kaldırmayı ve hasta odaklı bakım yaklaşımlarını güçlendirmeyi hedeflemektedir (Crosby,1979).

TKY'nin sağlık sektöründeki uygulandığı, hasta güvenliği, enfeksiyon kontrolü ve hasta memnuniyeti gibi alanlarda somut faydalar sağlama potansiyeline sahiptir (Shortell&Kaluzny,2010). Çünkü bu yaklaşım, yalnızca kalite kontrol faaliyetlerini değil, aynı zamanda örgüt kültürünün dönüşümünü, katılımcı liderlik stilini ve sürekli öğrenme anlayışını da benimsemektedir (Juran,1988). Sürekli iyileştirme prensibini ön plana çıkaran TKY, hataların ortaya çıkmasını beklemek yerine süreç tasarımı ve standardizasyon yoluyla hataları önlemeye odaklanır. Böylece klinik performans ölçütlerinden hasta deneyimine kadar pek çok gösterge, sistematik bir çerçevede dâhilinde izlenebilir ve geliştirilebilir (Donabedian,1988).

Buna paralel olarak stratejik sağlık hizmetleri yönetimi de sağlık kurumlarının uzun vadeli vizyonlarını şekillendirmede ve kaynakları etkin kullanmada kritik bir rol oynamaktadır. (Berwick,1995). Hasta memnuniyetini artırma veya klinik sonuçları iyileştirme hedefleri artık tek başına operasyonel bir karar olmaktan çok, hastanenin genel rekabet stratejisinin ayrılmaz bir parçası hâline gelmiştir (Wolfe,2001). Stratejik planlamanın etkin biçimde uygulanması, iç ve dış çevre analizlerini temel alarak kurumsal hedefleri belirlemeyi, paydaş beklentilerini anlamayı ve buna yönelik sürdürülebilir politikalar geliştirmeyi zorunlu kılar (Shortell&Kaluzny,2010). Özellikle finansal istikrar, çalışan bağlılığı ve yasal mevzuat uyumu gibi konular, stratejik yönetimin sağlık alanındaki kendine özgü dinamikleri arasında yer alır (Kaynak,2003).

TKY ve stratejik yönetim arasındaki etkileşim, sağlık kurumlarının kapsamlı bir dönüşüm geçirmesini teşvik eder. Üst yönetimin çizdiği misyon ve vizyon ile TKY'nin süreç odaklı ve katılımcı yaklaşımı birleştiğinde, kalite hedeflerinin kurum geneline yayılması kolaylaşır (Deming,1986). Bu sayede yalnızca yöneticilerin değil, tüm sağlık personelinin de hizmet kalitesine dair sorumluluk üstlendiği bir kurumsal iklim oluşur (Crosby,1979). Örneğin, hasta kayıt süreçlerindeki verimliliği artırma veya tıbbi cihaz kullanımını optimize etme gibi ayrıntılı konular, artık operasyonel bir gündem maddesi olmaktan çıkıp stratejik öneme sahip proje başlıklarına dönüşebilir (Juran,1988). Böylelikle, örgüt içindeki farklı birimler arasındaki iletişim ve iş birliği güçlenir; veriye dayalı karar alma süreçleri yerleşik bir kültüre dönüşür (Shortell&Kaluzny,2010).

Öte yandan, risk ve kriz yönetimi unsurları da TKY ve stratejik yönetim çerçevesinde büyük önem taşır. Sağlık kurumlarının karşılaşılabileceği beklenmedik durumlar -örneğin salgın hastalıklar, doğal afetler veya teknolojik arızalar- hızlı ve koordineli reaksiyon gerektirir (IOM, 2001). Kurumun stratejik planında öngörülen senaryolar ve TKY'nin hata önleme mekanizmaları, bu gibi kriz durumlarının etkilerini hafifletmeye yardımcı olur (Berwick,1995). Aynı zamanda, çalışanların eğitimi ve ekip çalışması kültürü, kriz dönemlerinde kurumun esnekliğini ve dayanıklılık kapasitesini artırır (Deming,1986).

Bu çalışmanın amacı, TKY ile stratejik yönetim arasındaki etkileşimin sağlık kurumlarında nasıl bütüncül bir dönüşüm sağlayabileceğini ele almaktır. İlk etapta TKY'nin temel ilkelerine ve sağlık kuruluşlarındaki somut uygulamalarına odaklanılacak, sonrasında stratejik planlama, paydaş analizi ve kriz yönetimi gibi stratejik yönetim öğelerinin bu çerçevede nasıl devreye girdiği tartışılacaktır. Çalışmanın bulgularının, hasta memnuniyetini gözetken ve aynı zamanda kurumsal rekabet gücünü artırmayı hedefleyen yöneticiler, araştırmacılar ve sağlık profesyonelleri için rehber niteliğinde olması beklenmektedir. Nihayetinde, insan odaklı bir hizmet alanı olan sağlıkta kalite standartlarının sürekli iyileştirilmesi, toplumun genel refah düzeyinin yükselmesine de katkı sağlayacaktır (Donabedian,1988).

STRATEJİK YÖNETİM VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY) İLİŞKİSİ: KURAMSAL ÇERÇEVE

Stratejik yönetim, örgütlerin uzun vadeli hedeflerini belirleme ve bu hedeflere ulaşmak için gerekli kaynakları etkin şekilde yönlendirme sürecini ifade etmektedir (Porter, 1985). Bu yaklaşım, örgütlerin iç ve dış çevre analizleri sonucunda rekabet avantajı elde etme ve sürdürme amacını taşımaktadır. (Barney, 1991). Öte yandan, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) örgütlerde kaliteyi bütüncül bir yaklaşımla ele alan, sürekli iyileştirme ve katılımcı yönetimi teşvik eden kapsamlı bir yönetim felsefesidir (Deming,1986). TKY ve stratejik yönetim arasındaki ilişki, örgütlerin rekabet avantajını sürdürülebilir hale getirme çabalarında kritik bir öneme sahiptir.

REKABET AVANTAJI VE KAYNAK TABANLI BAKIŞ AÇISI

Kaynak tabanlı bakış açısı (Resource-BasedView -RBV), bir örgütün sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmesinde, benzersiz ve taklit edilmesi zor kaynakların kritik rol oynadığını öne sürmektedir (Barney, 1991). TKY uygulamaları, örgütlerde kurum kültüründen çalışan yetkinliklerine kadar geniş bir yelpazede iyileşme ve verimlilik artışı sağlamaktadır (Kaynak, 2003). Bu uygulamalar; süreç yönetimi, paydaş katılımı, eğitim ve sürekli iyileştirme kültürü gibi unsurlarla kurum içi kaynakların geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Böylece TKY, örgütlerin rekabetçi pozisyonlarını güçlendiren bir stratejik kaynak haline gelir.

STRATEJİ VE TKY’NİN UYUMLAŞTIRILMASI

Stratejik yönetim sürecinde, örgütlerin iç kaynak ve kabiliyetleriyle (örneğin süreç kalitesi, yönetim becerileri, çalışan yetkinlikleri) dış çevre fırsat ve tehditleri uyumlu hale getirilmek istenir (Porter, 1985). TKY’nin temel ilkelerinden olan sürekli iyileştirme ve müşteri odaklılık, stratejik yönetim sürecine entegre edildiğinde, örgütler hem maliyet azaltma hem de değer yaratma stratejilerini daha etkin şekilde hayata geçirebilir (Powell,1995). Özellikle müşteri odaklılık, pazarda farklılaşma ve müşteri sadakatini güçlendirme açısından rekabet stratejisine somut katkılar sunar. Bu entegrasyon aynı zamanda örgüt içi etkileşimleri artırarak stratejik karar alma süreçlerinin daha katılımcı ve verimli olmasına imkân tanımaktadır (Kaynak, 2003).

ÖRGÜT KÜLTÜRÜ VE YÖNETİM BOYUTU

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), yalnızca kalite artırımı amacı güden bir araç değil; aynı zamanda kurumların yönetim tarzını ve kültürel yapısını kökten etkileyen stratejik bir yaklaşımdır. TKY'nin temelinde çalışan katılımını teşvik eden, öğrenme odaklı ve açık iletişimi destekleyen bir örgüt kültürü yer almaktadır. Bu kültürel yapının oluşması, kurumun kalite vizyonunu benimseyerek süreklilik arz eden bir gelişim ortamı yaratmasına olanak sağlamaktadır. Böyle bir kültür ortamında çalışanlar hata yapmaktan çekinmeden öneride bulunabilir, ekip çalışması gelişir ve kalite bilinci tüm kuruma yayılır. Bu anlayışın sürdürülebilirliği ise yalnızca kültürel değil, aynı zamanda yönetsel uygulamalarla da desteklenmelidir. Yılmaz (2007) da örgüt kültürünün TKY üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında, yönetsel desteğin kalite süreçlerinin benimsenmesinde kritik bir faktör olduğunu belirtmektedir.

TKY'nin başarıyla uygulanmasında yöneticilerin rolü son derece belirleyicidir. Yöneticiler, karar süreçlerinde yalnızca otorite rolü üstlenmekle kalmayıp, aynı zamanda çalışanları yönlendiren, destekleyen ve gelişimlerine katkı sağlayan bir rehber olmalıdır. Bu kapsamda yöneticilerin; karar süreçlerinde katılımcılığı artırmaları, veriye dayalı planlama yapmaları, kalite hedeflerini kurum geneline yaymaları ve iyileştirme süreçlerine liderlik etmeleri beklenmektedir. Efil (2009), TKY uygulamalarında yöneticilerin stratejik düşünme becerilerine sahip olması gerektiğini vurgularken, Güler ve Doğan (2018) ise sağlık sektöründe yöneticilerin kalite uygulamalarını çalışanlara benimsetme süreçlerinde kilit aktör olduklarını ifade etmektedir. Yönetsel yaklaşım ile kalite yönetimi arasındaki ilişki, sadece organizasyonel verimlilik değil, aynı zamanda hizmet kalitesi ve çalışan memnuniyeti açısından da belirleyici bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY)

Sağlık hizmetleri, insan hayatının doğrudan merkezinde yer alması nedeniyle kalitenin kritik öneme sahip olduğu bir alan olarak öne çıkmaktadır (Donabedian,1988). Bu çerçevede Toplam Kalite Yönetimi (TKY), sağlık sektöründe temel bir yönetim felsefesi ve uygulama çerçevesi olarak kabul edilmektedir. TKY yaklaşımı, geleneksel kalite kontrol anlayışına kıyasla daha bütüncül bir perspektif sunar; hasta güvenliğini, memnuniyetini ve çalışanların katılımını esas alarak kaliteyi yalnızca bir “sonuç” değil, aynı zamanda devamlılık arz eden bir “süreç” olarak ele almaktadır (Dean & Bowen,1994).

Geleneksel kalite yönetimi anlayışları, ürün veya hizmetteki kusurların tespiti ve giderilmesine odaklanırken, TKY ise proaktif bir bakış açısıyla hataların kaynağında yok edilmesi ve sürekli iyileştirme kültürünün yerleştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Deming1986). Bu çerçevede TKY, örgüt içerisindeki tüm paydaşların katılımıyla süreçlerin standardize edilmesini, performansın ölçülmesini ve hedeflere uygun çıktılar üretilmesini amaçlamaktadır (Feigenbaum,1991). Sağlık kurumlarında ise TKY’nin hasta bakım kalitesi, tıbbi hataların azaltılması, maliyet etkinliği ve kurum içi iletişimin güçlendirilmesi gibi unsurlar üzerinde doğrudan etkili olduğu görülmektedir (Shortell & Kaluzny,1994).

Toplam Kalite Yönetimi, yalnızca ölçülebilir kalite performansını değil, aynı zamanda kurum kültürünü de dönüştürmeyi hedefleyen bir yönetim yaklaşımı olarak tanımlanır (Crosby,1979). Bu, örgüt içindeki her departmanın ve her çalışanın kalite hedeflerine yönelik sorumluluk almasını, karar alma süreçlerine katılmasını ve sürekli öğrenme anlayışını benimsemesini gerektirir. Sağlık hizmetlerinde “müşteri” yerine çoğunlukla “hasta” veya “hasta yakını” kavramı kullanılsa da özünde TKY’nin kritik noktası hasta ihtiyaç ve beklentilerinin merkeze alınmasıdır (Donabedian,1988). Özellikle 21. yüzyılda, hasta memnuniyeti ve bakım kalitesi arasındaki korelasyonun giderek daha fazla önem kazanması, TKY uygulamalarının stratejik yönetim boyutuna da entegre edilmesine yol açmıştır

(Kaynak, 2003). Hastane ve diğer sağlık kurumları, rekabetin arttığı ve teknolojik dönüşümlerin hızlandığı bir ortamda, kalite yönetimini yalnızca operasyonel bir süreç olarak değil, uzun vadeli bir stratejik yatırım olarak da değerlendirmek zorunda kalmaktadır (Nwabueze,2001). Bu doğrultuda TKY, sağlık yöneticilerinin örgütsel yapılarını hasta güvenliği, sürekli iyileştirme ve performans ölçümü temelinde yeniden kurgulamasına katkı sağlar (Dahlgaard-Park,2011).

Toplam Kalite Yönetimi, yalnızca ölçülebilir kalite performansını değil, aynı zamanda kurum kültürünü de dönüştürmeyi hedefleyen bir yönetim yaklaşımı olarak tanımlanır (Crosby,1979). Bu, örgüt içindeki her departmanın ve her çalışanın kalite hedeflerine yönelik sorumluluk almasını, karar alma süreçlerine katılmasını ve sürekli öğrenme anlayışını benimsemesini gerektirir (Wilkinson et al., 1998). Sağlık hizmetlerinde “müşteri” yerine çoğunlukla “hasta” veya “hasta yakını” kavramı kullanılsa da özünde TKY’nin kritik noktası hasta ihtiyaç ve beklentilerinin merkeze alınmasıdır (Donabedian,1988). Özellikle 21. yüzyılda, hasta memnuniyeti ve bakım kalitesi arasındaki korelasyonun giderek daha fazla önem kazanması, TKY uygulamalarının stratejik yönetim boyutuna da entegre edilmesine yol açmıştır (Kaynak, 2003). Hastane ve diğer sağlık kurumları, rekabetin arttığı ve teknolojik dönüşümlerin hızlandığı bir ortamda, kalite yönetimini yalnızca operasyonel bir süreç olarak değil, uzun vadeli bir stratejik yatırım olarak da değerlendirmek zorunda kalmaktadır (Nwabueze,2001). Bu doğrultuda TKY, sağlık yöneticilerinin örgütsel yapılarını hasta güvenliği, sürekli iyileştirme ve performans ölçümü temelinde yeniden kurgulamasına katkı sağlar (Dahlgaard-Park,2011).

Aşağıdaki bölümlerde, öncelikle TKY kavramının tarihsel gelişimi açıklanacak, daha sonra TKY’nin ilkeleri, felsefesi ve sağlık kurumlarındaki uygulama biçimleri ele alınacaktır. Böylece, Toplam Kalite Yönetimi’nin kökenlerinden başlayarak günümüzdeki konumuna ve özelliklerine kadar uzanan kapsamlı bir çerçeve sunulmuş olacaktır.

1.2. TKY KAVRAMININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Toplam Kalite Yönetimi’nin (TKY) temelleri, 20. yüzyılın ilk yarısında geliştirilen kalite kontrol uygulamalarına dayanmaktadır (Crosby,1979). Başlangıçta kalite, üretim hatlarının belirli aşamalarında denetim yaparak kusurlu ürünlerin

ayıklanması yönünde dar bir çerçevede ele alınıyordu ancak II. Dünya Savaşı sonrası dönemde, Japon endüstrisinin istatistiksel kalite kontrol tekniklerini benimseyerek küresel rekabette öne çıkması, kalite kavramının kapsamını genişletmiştir (Imai,1986). W. Edwards Deming ve Joseph M. Juran gibi isimler, yalnızca “ürün kalitesi” üzerine yoğunlaşan anlayışı aşarak, örgüt yapısının bütün katmanlarını içeren bir kalite kültürü oluşturmaının önemini savunmuşlardır (Deming,1986; Juran,1988).

1950’li yıllarda Japon firmaları, Deming’in “Planla (Plan)-Uygula (Do)-Kontrol Et (Check)-Önlem Al (Act)” döngüsünü temel alan sürekli iyileştirme (kaizen) prensibini üretim süreçlerine uygulayarak uluslararası piyasalarda rekabet güçlerini artırmışlardır (Imai,1986). Bu dönemde kalite kontrol, bir yan departman faaliyeti olmaktan çıkıp kurum genelinde benimsenmesi gereken bir yönetim felsefesine dönüşmeye başlamıştır (Feigenbaum,1991). Armand V. Feigenbaum, “Toplam Kalite Kontrol” kavramını literatüre kazandırarak kalite yönetiminin şirketin tüm süreçlerini kapsaması gerektiğini vurgulamıştır (Feigenbaum,1991).

1960’lı ve 1970’li yıllarda Batı dünyası, Japon firmalarının yakaladığı başarıyı incelemeye koyulmuş ve bunun temelinde yatan “toplam katılım” ve “sürekli iyileştirme” felsefesini kendi iş modellerine uyarlama çabası içine girmiştir. Böylece kalite kavramı, teknik standartları karşılamanın ötesine taşınarak, müşteri memnuniyeti, süreç yönetimi ve çalışan katılımını içeren çok boyutlu bir yaklaşıma evrilmiştir (Dean & Bowen,1994). 1980’lerin sonunda ve 1990’ların başında “Total Quality Management” (TQM) ifadesi dünya genelinde kabul görmüş, bu ifadenin Türkçe karşılığı olan “Toplam Kalite Yönetimi” ise Türkiye gibi pek çok ülkede yaygınlık kazanmıştır.

Sağlık sektöründe TKY kavramının benimsenmesi ise biraz daha gecikmeli olmakla birlikte özellikle 1980’li yılların sonundan itibaren hız kazanmıştır (Şengül, 1997; Donabedian,1988). Hastanelerde kalite ölçümü, akreditasyon süreçleri ve hasta memnuniyetinin artırılması, bu dönemden itibaren yönetim gündeminde üst sıralara yerleşmiştir (Shortell& Kaluzny,1994). Teknolojik yeniliklerin ve tıbbi araştırmaların hızla gelişmesi, sağlık kurumlarında operasyonel verimliliği ve kaliteyi önceleyen bakış açılarının önemini daha da artırmıştır (Nwabueze,2001).

Günümüzde ise TKY, sağlık hizmetlerinde sadece kalite denetimi veya hasta güvenliği gibi dar kapsamlı konuları değil, aynı zamanda kurumun stratejik planlamasını, liderlik anlayışını ve kurumsal kültürünü de dönüştüren bir yönetim modeli olarak değerlendirilmektedir (Gemici & Çavuş, 2024; Dahlggaard-Park,2011). Özellikle küresel salgınlar, yaşlanan nüfus ve sağlık teknolojilerindeki dijitalleşme, tüm dünyadaki hastanelerin ve sağlık kurumlarının kalite yönetimi stratejilerini yeniden gözden geçirmesine neden olmuştur. Bu çerçevede TKY, sürekli iyileştirme ve bütüncül kalite yaklaşımının sağlık sektöründe kurumsal olarak yerleşmesinde önemli bir kaldıraç görevi üstlenmektedir (Kaynak, 2003).

1.2.1. TKY’nin İlkeleri, Felsefesi ve Özellikleri

Toplam Kalite Yönetimi, yalnızca bir dizi teknik yöntemden ibaret olmayıp, aynı zamanda örgüt kültürüne, liderlik biçimlerine ve insan ilişkilerine derinlemesine etki eden bir yaklaşımdır (Dean & Bowen,1994). Bu yaklaşımın öne çıkan temel ilkeleri ve felsefi boyutları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1.2.1.1. Sürekli İyileştirme (Kaizen) ve Öğrenme Kültürü

TKY, kaliteyi statik bir durum olarak değil, dinamik ve sürekli gelişim gösteren bir süreç olarak ele almaktadır (Imai,1986). Bu bakış açısına göre, kurum içindeki her birimin ve her çalışanın süreç iyileştirmesine katkı sunması esastır. Sağlık kurumları açısından bu ilke, tıbbi hataların azaltılması, hasta bakım protokollerinin düzenli aralıklarla güncellenmesi ve çalışanlara sürekli eğitim olanakları sunulmasıyla somutlaşır (Shortell&Kaluzny,1994).

1.2.1.2. Hasta ve Müşteri Odaklılık

Geleneksel işletmelerde “müşteri” kavramı yer alırken, sağlık hizmetlerinde aynı odak noktasını “hasta” ve “hasta yakını” kavramları karşılar. TKY, hastanın memnuniyetini ve güvenliğini, organizasyonun temel stratejik hedeflerinden biri olarak konumlandırır. Bu, kliniğe erişim kolaylığı, bilgi paylaşımı, bekleme sürelerinin kısaltılması ve tedavi kalitesinin iyileştirilmesi gibi bir dizi kritik uygulamayı beraberinde getirmektedir. (Crosby,1979).

1.2.1.3. Veriye Dayalı Karar Alma ve Performans Ölçümü

TKY, örgütsel kararların sezgisel yaklaşımlarla değil, objektif ve ölçülebilir verilerle alınmasını savunmaktadır. Sağlık kurumlarında, elektronik hasta kayıtları, klinik performans göstergeleri ve maliyet analizleri gibi pek çok veri kaynağı bulunmaktadır. Toplanan bu veriler doğrultusunda, kalite ölçütleri düzenli aralıklarla değerlendirilmekte ve iyileştirme alanları belirlenmektedir (Dean & Bowen,1994).

1.2.1.4. Çalışan Katılımı ve Ekip Çalışması

TKY'nin yapı taşlarından biri de katılımcı yönetimdir (Wilkinson ve ark.,1998). Sağlık kurumlarında doktor, hemşire, tıbbi tekniker, laboratuvar personeli ve idari kadrolar arasındaki iş birliği kalitenin sürdürülebilirliği açısından son derece önemlidir. Ekip çalışmasını ve iletişimi destekleyen kurumlar, süreç iyileştirmelerine tüm çalışanların bilgi ve deneyimlerinden yararlanarak dâhil olma imkânı yaratmaktadır. (Feigenbaum,1991).

1.2.1.5. Liderlik ve Stratejik Odak

TKY'nin örgüte entegrasyonunda üst yönetimin gösterdiği liderlik kritik rol oynamaktadır (Taş & Aksu, 2011; Deming,1986). Yönetim ekibinin vizyonu ve stratejik tercihleri, kalite odaklı yaklaşımın ne derece benimsenip uygulanacağını belirlemektedir. (Juran,1988). Sağlık hizmetlerinde yöneticilerin, hasta güvenliği, etik değerler ve çalışan refahı gibi konularda sergiledikleri duruş, TKY'nin içselleştirilmesini hızlandırmaktadır (Shortell& Kaluzny,1994).

1.2.1.6. Süreç Odaklılık ve Standardizasyon

TKY, süreçlerin sistematik olarak tanımlanması, ölçülmesi ve sürekli olarak geliştirilmesi gerektiğini ileri sürmektedir (Imai,1986). Sağlık kurumlarında ameliyat, laboratuvar testleri, hasta kayıt ve taburculuk gibi çok sayıda alt süreç bulunur. Bu süreçlerin standardizasyonu, hataları önlemek ve hizmet kalitesini öngörülebilir bir seviyede tutmak açısından önemlidir (Nwabueze, 2001).

1.2.1.7. Hata Önleme ve Hızlı Düzeltici Eylemler

Geleneksel kalite yaklaşımlarında tespit edilen hataları gidermek esassen, TKY proaktif bir şekilde hata oluşumunun engellenmesine odaklanmaktadır (Crosby,1979). Bu yaklaşım, kök neden analizi (root cause analysis) gibi metotlarla, hata kaynaklarını sistematik biçimde ortaya koyar ve tekrar yaşanmaması için gereken önlemleri almaktadır (Dean & Bowen,1994).

1.2.1.8. Kültürel Dönüşüm ve Kurumsal Öğrenme

TKY, bir kurumun yalnızca prosedürlerini değil, aynı zamanda değerlerini ve örgüt kültürünü de dönüştürmeye adaydır (Dahlgaard-Park,2011). Bu dönüşüm, çalışanların kalite hedeflerine dair ortak bir inanç ve motivasyon kazanmasıyla mümkün olur. Sağlık kurumlarında bu tip bir dönüşüm, özellikle hasta-hekim ilişkileri, çalışan motivasyonu ve kurum içi iletişimde gözlemlenebilir (Shortell&Kaluzny,1994).

Bu ilkeler, TKY felsefesinin merkezinde yer almaktadır ve sağlık kurumlarında uygulandığında hasta güvenliği, çalışan bağlılığı ve kurumsal verimlilik gibi parametrelerde kayda değer iyileşmeler sağlanabilmektedir (Kaynak,2003). Özellikle hastanelerde ve benzeri sağlık kuruluşlarında, karmaşık süreçlerin ve hassas hasta bakım ihtiyaçlarının olduğu göz önünde bulundurulduğunda, TKY yaklaşımı daha da kritik bir önem kazanmaktadır.

Bunun yanı sıra TKY, teknolojik gelişmeler ve dijitalleşme ile yeni açılımlara da kapı aralamaktadır (Nwabueze,2001). Elektronik randevu sistemleri, tele-tıp uygulamaları ve dijital hasta takip platformları, kalite yönetiminin ölçülebilirlik ve süreç iyileştirme boyutlarına güçlü katkı sunmaktadır. Bu yeniliklerin entegrasyonunda TKY'nin sunduğu sistematik yaklaşım, sağlık kurumlarının rekabetçi kalitesini artırmayı hedefleyen stratejilerle uyumlu bir şekilde çalışmaktadır (Dahlgaard-Park,2011).

Sonuç itibarıyla Toplam Kalite Yönetimi, hasta memnuniyetini ve güvenliğini odağa alırken, kurum içi süreçlerin, çalışanların ve yönetim anlayışının bütünsel bir dönüşümünü gerektirmektedir (Deming,1986). Sağlık sektörünün dinamik, hassas ve hızla değişen doğası, TKY ilkelerini benimsemeyi adeta zorunlu kılmaktadır (Shortell&Kaluzny,1994). Bu yaklaşım, sağlık kurumlarına hem operasyonel verimlilik

hem de uzun vadeli sürdürülebilirlik sağlar (Kaynak,2003). İlerleyen bölümlerde TKY'nin stratejik yönetimle olan ilişkisi ve performans ölçüm metrikleri gibi konuların daha ayrıntılı ele alınmasıyla, sağlık kurumlarındaki toplam kalite anlayışının gerek kuramsal gerek uygulama boyutu daha kapsamlı bir şekilde irdelenecektir.

1.3. TKY SÜRECİNİN AŞAMALARI (PLANLAMA, UYGULAMA, KONTROL, ÖNLEM ALMA)

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) yaklaşımı, örgüt genelinde kalitenin sürekli olarak geliştirilmesini hedefleyen planlı bir çerçeve sunmaktadır. Bu çerçevenin merkezinde yer alan “Planlama, Uygulama, Kontrol ve Önlem Alma” adımları (sıklıkla “PUKÖ” ya da Deming Döngüsü olarak anılır), kurumların kalite performansını sistematik bir biçimde iyileştirmesine olanak tanımaktadır (Deming,1986). Sağlık kurumlarında ise bu döngünün doğru kurgulanması, hasta güvenliği, tıbbi hataların azaltılması ve maliyet etkinliği gibi kritik kazanımlarla sonuçlanabilmektedir (Anazi&Alanazi,2022).

1.3.1. Planlama

Planlama aşaması, kurumun kalite hedeflerinin belirlenmesi, mevcut süreçlerin ve bu süreçlerdeki olası sorunların analiz edilmesi, veri toplamaya yönelik yöntemlerin saptanması gibi faaliyetleri içermektedir (Crosby,1979). Sağlık sektöründe ise planlama aşaması, hasta bakım süreçlerini, tıbbi personel eğitim ihtiyaçlarını ve ekipman gibi fiziki kaynakların dağılımını kapsayacak şekilde genişletilmektedir (Shortell&Kaluzny,1994). Örneğin, ameliyat sonrası komplikasyon oranlarını düşürmeyi hedefleyen bir hastane, önce ilgili süreçleri ayrıntılı olarak haritalar, ardından bu süreçlerdeki kilit performans göstergelerini (örneğin, enfeksiyon oranları, bakım süreleri, hasta memnuniyeti) tanımlayarak hedef değerleri belirlemektedir (Feigenbaum,1991).

Planlama sürecinde en kritik aşamalardan biri de veriye dayalı karar verme anlayışının benimsenmesidir. Bu kapsamda, sağlık kurumları elektronik kayıt sistemlerini, klinik performans göstergelerini ve hasta geri bildirimlerini analiz etmek için gerekli teknolojik altyapıya ihtiyaç duyar (Grol,2001). Kurum genelinde toplanan bu

verilerle istatistiksel araçlar kullanılarak süreç kalitesini ölçmek ve iyileştirme alanlarını tespit etmek mümkün hale gelmektedir (Dean & Bowen,1994).

1.3.2. Uygulama

Planlama aşamasında belirlenen stratejilerin, proje veya eylem planlarının hayata geçirilmesi, “Uygulama” aşamasının özünü oluşturur (Imai,1986). Sağlık kurumlarında bu aşama, yeni bakım protokollerinin devreye alınması, personelin eğitilmesi ve iyileştirme hedefleri doğrultusunda süreçlerin düzenlenmesi gibi somut adımların atılmasıyla karakterize edilmektedir. Örneğin, hasta güvenliğini artırmaya yönelik bir uygulama sürecinde, hemşirelerin ilaç uygulama prosedürleri revize edilip eğitimlerle desteklenebilir ve klinik pratikte anlık geribildirim mekanizmaları devreye sokulabilir (Berwick,1995).

Uygulama aşamasında karşılaşılan en büyük zorluklardan biri, farklı paydaşların uyumlu bir şekilde koordinasyonunu sağlamaktır (Nwabueze,2001). Sağlık kurumlarında doktorlar, hemşireler, laboratuvar teknisyenleri, idari personel ve hastalar arasında etkin iletişim ve etkileşim olmadan uygulama aşamasının başarıyla sonuçlanması güçleşir (Juran,1988). Bu nedenle, liderlik ve ekip çalışması bu adımda kritik rol oynar; yöneticilerin kaliteden sorumlu ekiplerle düzenli toplantılar yapması, çalışanların önerilerini dikkate alması ve performansın sürekli izlenmesi başarı şansını artırmaktadır.

1.3.3. Kontrol

Kontrol aşaması, uygulamaya konulan planların ve yöntemlerin, belirlenen performans kriterlerine göre değerlendirilmesi ve ölçülmesinden oluşmaktadır (Deming,1986). Hastanelerde bu değerlendirme genellikle kalite göstergeleri, hasta memnuniyeti anketleri ve klinik sonuçlarla gerçekleştirilir (Shortell&Kaluzny,1994). Örneğin, ameliyat sonrası hasta komplikasyon oranlarının veya yeniden hastaneye başvuru sıklıklarının takibi, uygulanan iyileştirme aksiyonlarının etkinliğini gösterebilir (Donabedian,1988).

Bu aşamada kullanılan ölçüm yöntemlerinin güvenilir ve geçerli olması büyük önem taşımaktadır. Yanlış tasarlanan bir anket veya hatalı veri girişi, sonuçların yanıltıcı olmasına neden olabilir (Grol,2001). Dolayısıyla, sağlık kurumlarının bilgi yönetim

sistemlerinin ve kontrol mekanizmalarının, uluslararası kabul görmüş standartları karşılayacak şekilde tasarlanması gerekir (Feigenbaum,1991). Ayrıca kontrol aşamasının verimli yürütülmesi, sürekli raporlama ve düzenli toplantılarla elde edilen verilerin paydaşlarla paylaşılmasına da bağlıdır (Dahlgaard-Park, 2011).

1.3.4. Önlem Alma

Son aşama olan “Önlem Alma”, kontrol sonuçlarında elde edilen veriler ışığında gerekli düzeltici veya geliştirici eylemlerin belirlenmesidir (Crosby,1979). Eğer uygulanan plan istenen sonucu vermemiş ya da beklenenden daha düşük bir performans elde edilmişse, kurum yöneticileri ve kalite ekipleri yeni stratejiler veya ek kaynaklar devreye sokarak süreci yeniden şekillendirmektedir (Dean & Bowen,1994). Örneğin, tıbbi hataların hedeflenenden yüksek çıktığı bir senaryoda, ilave eğitimler planlanabilir veya süreç akışının yeniden tasarımına gidilebilir (Berwick,1995).

Önlem alma aşamasında, kök neden analizi (root cause analysis) gibi tekniklerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu tür analizler, hataların sadece “sonuçlarına” odaklanmak yerine “kaynaklarına” odaklanarak gelecekte benzer sorunların yaşanmamasını hedeflemektedir (Nwabueze,2001). Sağlık kurumlarında hata önleme kültürünün gelişmesi, çalışanların kendilerini sorumlu hissettiği ve hatalardan öğrenmenin teşvik edildiği bir çalışma ortamının oluşturulmasıyla doğrudan ilişkilidir (Wilkinson ve ark., 1998). Böylece “Önlem Alma” sürecinin sonunda, Planlama aşamasına geri dönülür ve döngü devamlılık kazanır (Deming,1986).

Bakıldığında Planlama-Uygulama-Kontrol-Önlem Alma aşamalarından oluşan TKY süreci, sağlık kurumlarının kalite hedeflerini sistematik bir biçimde yönetmesini sağlamaktadır (Feigenbaum,1991). Bu adımlar döngüsel bir mantıkla tekrarlandığından, kurumun iç ve dış çevresinde meydana gelen değişimler (ör. yeni teknolojilerin ortaya çıkması, tıbbi protokollerin güncellenmesi, hasta beklentilerinin farklılaşması) hızla sürece entegre edilebilmektedir (Dean & Bowen,1994). Dolayısıyla, TKY’nin sağlık sektöründeki başarısının temelinde, PUKÖ döngüsünün etkin uygulanması ve kurumsal kültürün bu döngüyü desteklemesi yatmaktadır.

1.4. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TKY’NİN UYGULANMASI VE ÖNEMİ

Sağlık sektörü, hizmet kalitesinin doğrudan insan hayatına etki etmesi nedeniyle, en kritik kalite yönetimi uygulama alanlarından biridir (Donabedian,1988). Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ise bu sektörde, hasta memnuniyetini ve bakım standartlarını yükselterek aynı zamanda personel verimliliğini ve kurumsal itibarı güçlendiren bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır (Anazi & Alanazi, 2022). TKY’yi diğer yönetim modellerinden ayıran temel unsur, kaliteyi kurumun tüm kademelerine ve paydaşlarına yayma hedefidir. Bu özelliğinden dolayı sağlık kuruluşlarında TKY’nin doğru uygulanması hem yönetim hem de sağlık profesyonelleri açısından stratejik bir sorumluluk olarak kabul edilmektedir (Shortell & Kaluzny,1994).

1.4.1. Hasta Güvenliği ve Memnuniyeti

TKY uygulamalarının en belirgin yansıması, hasta güvenliği ve memnuniyetinin artırılması şeklinde kendini göstermektedir (Berwick,1995). Çünkü TKY, süreç odaklı ve hataları önleyici yapısı sayesinde tıbbi hata ve komplikasyon oranlarını düşürmeyi amaçlamaktadır (Imai,1986). Ayrıca hasta memnuniyetini ölçmek için geliştirilen anketler ve geribildirim mekanizmaları, sorunlu alanların erken tespitine imkân vermektedir (Anazi & Alanazi,2022). Örneğin, artan şikayetlerin belirli bir servis veya prosedüre yönelik yoğunlaştığının tespiti, TKY döngüsü kapsamında hızlı bir şekilde iyileştirme önlemlerine yol açabilmektedir (Donabedian,1988).

1.4.2. Çalışan Katılımı ve Kurumsal Kültür

Sağlık kurumlarında TKY’nin bir diğer önemli ayağını, çalışan katılımının teşvik edilmesi ve kurumsal kültürün bu doğrultuda güçlendirilmesi oluşturur (Dean & Bowen,1994). Hekimler, hemşireler, teknisyenler ve yöneticiler dâhil olmak üzere her kademedeki personelin kalite iyileştirmesine katkı sunması, hataların azaltılması ve inovatif yaklaşımların geliştirilmesi açısından kritik önemdedir (Feigenbaum,1991). TKY odaklı bir kültür, çalışanların sadece “emirleri yerine getiren” kişiler olmaktan çıkıp, kurumun kalite hedeflerine yönelik sorumluluk üstlenen aktif paydaşlar hâline gelmesini sağlamaktadır (Wilkinson ve ark.,1998).

1.4.3. Tıbbi Hataların Azaltılması ve Süreç Verimliliği

Hastane ortamında tıbbi hataların hem etik hem de maliyet yönüyle ciddi sonuçları olabilir (Nwabueze,2001). TKY uygulamaları, standardizasyon ve sürekli ölçüm gibi mekanizmalarla hata potansiyelini kökünden azaltmayı hedeflemektedir (Crosby,1979). Örneğin, ilaç dağıtım süreçlerinde barkod sistemlerinin devreye alınması, yanlış ilaç veya doz kullanımını engelleyerek hasta güvenliğine direkt katkı sağlamaktadır (Grol,2001). Ayrıca süreç verimliliğinin artması, bekleme sürelerinin kısılması, laboratuvar sonuçlarının daha hızlı alınması ve ameliyat planlamalarının daha düzenli yapılması gibi pratik kazanımları beraberinde getirmektedir (Imai,1986).

1.4.4. Maliyet Kontrolü ve Kaynakların Etkin Kullanımı

Toplam Kalite Yönetimi, genellikle “kalite artırma” çabasıyla özdeşleştirildiği için maliyetlerin de artacağına dair yanlış bir ön yargı oluşturabilir. Ancak doğru kurgulandığında, TKY aslında uzun vadede maliyetleri düşüren bir yaklaşımdır (Kaynak, 2003). Çünkü tekrar eden hataların azaltılması, gereksiz test ve prosedürlerin önlenmesi, stok yönetiminin optimizasyonu ve hasta memnuniyetinin artmasıyla oluşacak ek gelir olanakları, kurumun ekonomik performansını olumlu etkilemektedir (Deming,1986). Maliyet kontrolü açısından özellikle tıbbi cihaz kullanımı ve ilaç tüketimi gibi kalemlerde TKY’nin getirdiği sistematik takip ve analiz kültürü önemli bir tasarruf potansiyeli sunmaktadır.

1.4.5. Rekabet Avantajı ve Kurumsal İtibar

Sağlık sektöründeki yoğun rekabet, hasta memnuniyetinin ve kurumsal itibarın giderek daha belirleyici hâle gelmesine yol açmaktadır. Bu noktada TKY, uluslararası akreditasyon standartlarına uyumu kolaylaştırır ve hastanelerin ulusal veya uluslararası düzeyde itibar kazanmalarına zemin hazırlamaktadır (Anazi&Alanazi,2022). Özellikle geniş kitlelere hizmet veren sağlık kurumlarında, kalite sertifikaları ve yüksek hasta memnuniyeti skorları, kurumun tercih edilmesinde önemli bir unsur hâline gelebilir (Grol,2001). Dahası, kurumsal itibarın yükselmesi, nitelikli sağlık çalışanlarının o kurumu tercih etmesine ve hasta popülasyonunun genişlemesine de katkı sağlamaktadır (Feigenbaum,1991).

1.4.6. Teknolojik Gelişmelerle Entegrasyon

Sağlık hizmetlerinde teknolojik gelişmeler (ör. tele-tıp, dijital hasta takip sistemleri, yapay zekâ destekli teşhis) hızla yaygınlaşmaktadır (Nwabueze,2001). TKY'nin temel ilkeleri, bu teknolojik yeniliklerin kurumun süreçlerine entegrasyonunda yol gösterici bir çerçeve sunmaktadır (Dahlgaard-Park,2011). Örneğin, tele-tıp uygulamalarını devreye almak isteyen bir sağlık kuruluşu, önce süreci planlamak, pilot çalışmalarla uygulamak, sonuçları ölçmek ve ardından gerekiyorsa düzeltici eylemlerle sistemi geliştirmek için TKY döngüsünden faydalanabilmektedir (Mink ve ark.,1991). Böylece teknolojiye dayalı yenilikler, aynı zamanda kalitenin yükseltilmesinde bir enstrüman olarak kullanılabilmektedir (Imai,1986).

1.4.7. Sürekli Öğrenme ve Kurumsal Hafıza

TKY, sağlık kurumlarının sadece bugünkü sorunlara çözüm bulmasını değil, aynı zamanda gelecekteki değişimlere hızla uyum sağlamasını amaçlamaktadır (Deming,1986). Bu da “sürekli öğrenme” yaklaşımıyla mümkün olmaktadır (Berwick,1995). Hastaneler ve klinikler, elde ettikleri verileri analiz ederek süreçlerinde tekrar eden sorunlar olup olmadığını, personel eğitim ihtiyaçlarını ve olası iyileştirme alanlarını saptayabilir (Grol,2001). Elde edilen kurumsal hafıza, yeni projelerin başlangıcında ve stratejik planlama faaliyetlerinde önemli bir referans noktası hâline gelir (Dahlgaard-Park,2011).

1.4.8. Etik ve Yasal Yükümlülüklerin Yerine Getirilmesi

Sağlık hizmetleri, etik kurallar ve yasal düzenlemeler bakımından diğer sektörlere kıyasla çok daha katı standartlara tabidir (Donabedian,1988). TKY, kurumun etik ve yasal sorumluluklarını yerine getirmesine de katkı sunar. Süreçlerin tanımlanması, ölçülmesi ve kontrolü, uyum süreçlerini şeffaf ve sürdürülebilir bir hâle getirmektedir. Hekimlik uygulamalarında etik prensiplerin korunması, hasta verilerinin gizliliği veya klinik deney standartlarının karşılanması gibi konular, TKY'nin kurgulandığı bir sağlık kurumunda daha sistematik bir şekilde ele alınabilir (Kaynak, 2003).

Tüm bu hususlar göz önünde bulundurulduğunda, TKY'nin sağlık sektöründe uygulanması kurumlara çok boyutlu yararlar sağlamaktadır (Anazi&Alanazi,2022). Hasta güvenliği ve memnuniyeti artarken, çalışanlar da sürekli öğrenme ve katılımcı yönetim kültürü içerisinde kendilerini geliştirmektedirler (Dean & Bowen,1994). Bu durum, uzun vadede hem kurumsal verimliliği hem de hasta sağlığını olumlu etkileyen sonuçlar doğurur. Ayrıca TKY, sağlık kurumlarının topluma karşı sorumluluklarını yerine getirerek etik ve yasal standartları koruma noktasında da güçlü bir altyapı oluşturmaktadır (Donabedian,1988).

Bu durum dikkate alındığında TKY yaklaşımıyla yönetilen sağlık kurumları, hızla değişen teknoloji ve hasta beklentileri ışığında esnek, öğrenmeye açık ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşma şansını yakalamaktadır (Dahlgaard-Park,2011). Hastane yönetimlerinin kalite iyileştirme projelerini stratejik planlarının merkezine konumlandırması, hem iç paydaşlar (sağlık personeli, yöneticiler) hem de dış paydaşlar (hastalar, tedarikçiler) nezdinde güvenilirlik ve itibarı artıran bir etkiye sahiptir (Berwick,1995). Böylelikle, çağdaş sağlık kurumlarının temel hedefi olan “en iyi bakımı, en verimli şekilde ve en yüksek etik standartla sunma” misyonu, TKY'nin rehberliğinde gerçeğe dönüşebilir (Shortell&Kaluzny1994).

1.5. STRATEJİK SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ

Stratejik sağlık hizmetleri yönetimi, sağlık kurumlarının uzun vadeli hedeflerini belirleyerek bu hedeflere ulaşmaları için gerekli planlama, uygulama ve kontrol süreçlerini kapsayan bütüncül bir yaklaşımdır (Hambrick&Fredrickson,2001). Sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastaneler, klinikler, laboratuvarlar ve kamu/özel sektör iş birliği modelleri, stratejik yönetim ilkelerini benimseyerek hizmet kalitesini artırma, kaynak kullanımını optimize etme ve hasta memnuniyetini yükseltme hedeflerine ulaşmaya çalışırlar (Bryson,2018). Özellikle hızla değişen hasta profili, tıbbi teknolojideki gelişmeler, artan maliyet baskıları ve mevzuat düzenlemeleri, sağlık kurumlarının kısa vadeli yaklaşımlarla rekabetçi kalmasının önünde engeller oluşturmaktadır (Çağatay,2019; Hill&Jones,2012). Bu nedenle stratejik yönetimin, sağlık organizasyonlarının sürdürülebilirliğini sağlamada hayati bir rol üstlendiği söylenebilir.

Sağlık kurumları, diğer sektörlerden farklı olarak yalnızca ekonomik performansa değil, aynı zamanda etik ve insani sorumluluklara da büyük önem vermek durumundadır. Bu nedenle stratejik sağlık hizmetleri yönetimi, hasta merkezli yaklaşımların ekonomik rasyonaliteyle dengelenmesini öngörür (Barney,1991). Stratejik yönetimin temel ilkeleri, sağlık sektöründe uygulanırken pek çok paydaşın (hastalar, hasta yakınları, doktorlar, hemşireler, idari personel, sigorta şirketleri, tıbbi cihaz üreticileri vb.) çıkarlarının göz önünde bulundurulması gerektiğinden dolayı, süreç oldukça kompleks hale gelmektedir (Ginter vd.,2018). Yine de doğru stratejik kararlar alarak, sınırlı kaynakların en verimli biçimde kullanılmasını sağlamak ve kurumun misyon ve vizyonuna uygun bir yön izlemek mümkündür (Johnson, Whittington, & Scholes,2011).

Stratejik sağlık hizmetleri yönetimi, çok boyutlu bir bakış açısına sahip olup, hizmet kalitesi, maliyet etkinliği, kurumsal kültür, paydaş memnuniyeti ve teknolojik yenilikler gibi unsurların bir arada değerlendirilmesiyle şekillenmektedir (Slack, Brandon-Jones, & Johnston, 2016). Sağlık kurumları, stratejik yönetim süreci aracılığıyla pazar dinamiklerini analiz edebilir, güçlü ve zayıf yönlerini ortaya koyabilir, olası fırsat ve tehditleri tespit ederek stratejik hedeflerini belirleyebilir (Fredman&Tregoe,2013). Böylece hem toplum sağlığı açısından olumlu sonuçlar ortaya çıkar hem de kurumlar geleceğe dönük planlarını daha gerçekçi ve uygulanabilir temeller üzerine inşa edebilmektedir (Bryson,2018).

Bu bölümde öncelikle stratejik yönetim kavramının genel çerçevesi, ardından sağlık hizmetlerinde stratejik planlama süreci ele alınacaktır. Bu sayede, sağlık kurumlarının uzun vadeli başarılarını güvence altına alan yönetim yaklaşımları daha derinlemesine incelenecek, teorik çerçeve ile uygulama arasında bağlantılar kurulacaktır.

1.5.1. Stratejik Yönetim Kavramı

Stratejik yönetim, örgütlerin mevcut durumlarını ve gelecek beklentilerini dikkate alarak uzun vadeli amaçlar belirlemesi, bu amaçlara ulaşmak için gerekli kaynakları planlaması ve çevresel faktörlere karşı proaktif hamleler geliştirmesi süreci olarak tanımlanabilir (Hambrick&Fredrickson2001). Bu çerçevede stratejik yönetim hem iç hem de dış çevredeki dinamikleri analiz etmeyi ve bu analizler sonucunda elde edilen bilgilere dayalı olarak örgütsel kararlar almayı gerektirmektedir (Johnson ve ark.,2011). Stratejik

yönetim literatüründeki temel yaklaşımlar, örgütlerin stratejik seçimlerini etkileyen faktörleri çeşitli boyutlarıyla ele almaktadır. Örneğin, endüstriyel organizasyon görüşü (Porter,2008) dış çevre koşullarını ve rekabet dinamiklerini öne çıkarırken, kaynak bağımlılığı kuramı (Barney,1991) örgüt içi kaynak ve yeteneklerin stratejik seçimlerdeki belirleyiciliğini vurgulamaktadır.

Stratejik yönetim süreci genellikle (i) misyon ve vizyonun belirlenmesi, (ii) iç ve dış çevre analizi, (iii) strateji formülasyonu, (iv) strateji uygulaması ve (v) kontrol – değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır (Bryson,2018). Bu aşamalar, örgütlerin uzun vadeli rekabet avantajı elde etmeleri ve sürdürülebilir büyüme hedeflerine ulaşmaları için gerekli adımları sistematik bir biçimde açıklar (Fredman&Tregoe,2013). Her ne kadar kavramsal olarak bu aşamalar birbirinden ayrı gibi görünse de pratikte birbirlerini besleyen ve çoğu zaman eşzamanlı ilerleyen süreçlerdir (Hill&Jones,2012).

1.5.1.1. Misyon ve Vizyon Belirleme

Misyon, örgütün varlık nedenini ortaya koyan ve ne tür değerler üreteceğini tanımlayan bir ifadedir (Johnson et al.,2011). Vizyon ise örgütün gelecekte ulaşmak istediği ideali yansıtır. Sağlık kurumlarında misyon, çoğu zaman topluma kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunmayı amaçlarken, vizyon ise uzun vadede daha geniş hasta kitlelerine ulaşmak, ileri teknoloji kullanımıyla tedavi kalitesini artırmak veya uluslararası standartlarda hizmet vermek şeklinde ifade edilebilmektedir (Ginter vd.,2018).

1.5.1.2. İç ve Dış Çevre Analizi

Stratejik yönetim, örgütün kendi bünyesindeki güçlü ve zayıf yönlerin (SW-Strengths&Weaknesses) yanı sıra dış çevredeki fırsat ve tehditleri (OT–Opportunities&Threats) inceleyerek stratejik kararlar almayı gerektirmektedir (Hill&Jones,2012). Buna bağlı olarak sağlık kurumları pazar payı, hasta memnuniyeti, çalışan niteliklilikleri, finansal kaynaklar, teknolojik alt yapı gibi içsel faktörleri değerlendirirken; rekabet, mevzuat, sosyoekonomik koşullar, epidemiyolojik gelişmeler ve politik faktörler gibi dışsal unsurları da göz önünde bulundurmaktadırlar.

1.5.1.3. Strateji Formülasyonu

İç ve dış çevre analizleri sonucunda elde edilen bilgilerin sentezlenmesi, örgütün orta ve uzun vadeli stratejilerinin belirlenmesi için temel oluşturmaktadır (Hambrick&Fredrickson,2001). Sağlık sektöründe strateji formülasyonu, maliyet liderliği, farklılaşma veya odaklanma gibi Porter’ın (1985) genel rekabet stratejilerine uyarlanabileceği gibi, hasta merkezli bakım, klinik kalite iyileştirmesi veya hizmet portföyünü genişletme gibi spesifik odak alanlarına da yönelebilir (Porter, 2008; Nunes vd.,2022).

1.5.1.4. Strateji Uygulaması

Belirlenen stratejilerin hayata geçirilmesi, örgüt içindeki bölümlerin eşgüdümünü, uygun kaynak tahsisini ve etkin liderliği gerektirir.Bu aşamada örgüt yapısı, insan kaynakları politikaları ve kurumsal kültürün stratejiye uygunluğu gözden geçirilmelidir (Çağatay & Kızılkaya, 2021; Johnson et al., 2011). Sağlık kurumlarında, örneğin hastane yöneticileri stratejik bir karar olarak “bilgi teknolojilerine yatırım yaparak randevu sistemlerini dijitalleştirmek” istediğinde hem teknik hem de beşerî kapasitenin bu değişime ne ölçüde hazır olduğunu değerlendirmek gerekmektedir (Fredman&Tregoe,2013).

1.5.1.5. Kontrol ve Değerlendirme

Stratejik yönetim, sürekliliği olan bir döngüyü ifade eder; bu nedenle uygulama sonuçlarının periyodik olarak izlenmesi ve değerlendirilen bulgulara göre stratejilerin yeniden uyarlanması önemlidir (Bryson, 2018). Sağlık kurumlarında performans ölçütleri genellikle hasta memnuniyeti skorları, maliyet verileri, klinik başarımlar göstergeleri (ör. enfeksiyon oranları, yatış süresi) ve çalışan memnuniyeti gibi ölçütlerle değerlendirilmektedir (Hill&Jones,2012). Stratejik hedeflerden sapma durumlarında yöneticiler yeni kararlar alarak süreci yeniden düzenlemektedirler.

Stratejik yönetim, sağlık sektörüne uyarlanırken, maliyet-minimizasyon ve kâr maksimizasyonu gibi özel sektör odaklı kavramların yanı sıra, hasta güvenliği, topluma hizmet ve etik sorumluluklar gibi öncelikleri de dikkate almak zorundadır (Barney, 1991). Dolayısıyla sağlık sektörünün kendine has yapısı, stratejik yönetim yaklaşımının daha karmaşık bir model içinde uygulanmasına neden olur. Buna karşın doğru formüle edilmiş ve paydaşların katılımıyla hayata geçirilmiş stratejiler, sağlık kurumlarının uzun vadeli başarısına önemli katkılarda bulunmaktadır (Porter, 2008; Nunes vd.,2022).

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Stratejik Planlama

Stratejik planlama, stratejik yönetimin kalbinde yer alan ve örgütlerin gelecekteki yönelimini belirleyen kapsamlı bir süreçtir (Bryson,2018). Sağlık hizmetlerinde stratejik planlama, kurumun misyon, vizyon ve temel değerlerini somut hedeflere dönüştürerek bu hedeflerin hangi yöntemlerle ve hangi zaman diliminde gerçekleştirileceğini ortaya koymaktadır. Bu süreç, kurumsal iç dinamiklerle (kaynaklar, insan gücü, örgüt kültürü) dış çevre unsurlarının (hasta beklentileri, rekabet, yasal düzenlemeler, teknolojik yenilikler) uyumlaştırılmasını hedeflemektedir (Ginter vd.,2018). Stratejik planlama aşamaları şunlardır;

1.5.2.1. Analiz ve Girdi Toplama

Sağlık kurumlarında stratejik planlama, çoğu zaman geniş katılımlı bir analiz ve veri toplama aşamasıyla başlamaktadır (Fredman&Tregoe,2013). Bu aşama, hastane personelinin hastalara, sivil toplum kuruluşlarından yerel yöneticilere kadar pek çok paydaşın görüş ve beklentilerinin dikkate alınmasını gerektirir (Hill&Jones,2012). Özellikle hasta memnuniyet anketleri, tıp alanındaki yeni araştırmalar, mali raporlar ve yasal düzenlemeler stratejik planlamanın girdi kaynakları arasında yer almaktadır (Barney, 1991). Bu aşamada SWOT (güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar, tehditler) analizi veya PESTEL (political, economic, social, technological, environmental, legal) analizi gibi yöntemler kullanılarak kurumun konumu ve çevre koşulları netleştirilir (Johnson et al., 2011).

1.5.2.2. Stratejik Temaların Belirlenmesi

Veri toplama ve analiz aşamasından sonra kurumun ana stratejik temaları ya da odak noktaları belirlenir (Gintervd.,2018). Örneğin, bir hastane için “hasta odaklı bakım, “teknolojik altyapının güçlendirilmesi” ve “uluslararası akreditasyon süreçlerinin tamamlanması” gibi temalar, stratejik planlamada merkezî rol oynayabilir (Hambrick&Fredrickson,2001). Bu temalar, büyük ölçüde kurumun mevcut kapasitesi ve gelecekteki vizyonu ile ilişkilidir. Aynı zamanda, paydaşlar arasında mutabakatın sağlandığı, kurumu farklılaştıracak ve rekabet avantajı yaratacak öncelik alanlarını temsil etmektedir (Porter,2008; Nunes vd.,2022).

1.5.2.3. Stratejik Hedeflerin ve Amaçların Oluşturulması

Her bir stratejik tema için somut, ölçülebilir, ulaşılabilir, ilgili ve zamana bağlı (SMART) hedeflerin belirlenmesi gerekmektedir (Bryson,2018). Sağlık kurumlarında bu hedefler, klinik sonuçlar (ör. ameliyat başarı oranlarının artırılması), hasta deneyimi (ör. memnuniyet anketlerinin iyileştirilmesi), kurumsal itibar (ör. kalite akreditasyonu elde etme) ve finansal performans (ör. bütçe aşımı oranlarının düşürülmesi) gibi çeşitli boyutları kapsamaktadır. Hedeflerin net tanımlanması hem ilerleme düzeyinin ölçülmesinde hem de çalışanların sorumluluk bilincinin geliştirilmesinde kritik öneme sahiptir (Fredman&Tregoe,2013).

1.5.2.4. Stratejilerin ve Taktiksel Planların Geliştirilmesi

Stratejik hedeflerin belirlenmesinin ardından, bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak stratejiler ve taktiksel planlar formüle edilir (Johnson et al., 2011). Örneğin, “hasta odaklı bakım” hedefi kapsamında, hastanenin poliklinik süreçlerini dijitalleştirmesi, bekleme sürelerini azaltacak ekipman yatırımlarına yönelmesi veya personel eğitim programlarını güncellemesi gibi somut eylemler sıralanabilir (Gintervd.,2018). Aynı şekilde “teknolojik altyapının güçlendirilmesi” doğrultusunda, elektronik sağlık kayıt sistemlerinin iyileştirilmesi, tele radyoloji uygulamalarının başlatılması veya laboratuvar otomasyonunun entegrasyonu gibi adımlar planlanabilir (Hill&Jones,2012).

1.5.2.5. Stratejilerin ve Taktiksel Planların Geliştirilmesi

Stratejik hedeflerin belirlenmesinin ardından, bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak stratejiler ve taktiksel planlar formüle edilmektedir (Johnson ve ark., 2011). Örneğin, “hasta odaklı bakım” hedefi kapsamında, hastanenin poliklinik süreçlerini dijitalleştirilmesi, bekleme sürelerini azaltacak ekipman yatırımlarına yönelmesi veya personel eğitim programlarını güncellemesi gibi somut eylemler sıralanabilir (Gintervd.,2018). Aynı şekilde “teknolojik altyapının güçlendirilmesi” doğrultusunda, elektronik sağlık kayıt sistemlerinin iyileştirilmesi, tele radyoloji uygulamalarının başlatılması veya laboratuvar otomasyonunun entegrasyonu gibi adımlar planlanabilir (Hill&Jones,2012).

1.5.2.6. Kaynakların Tahsisi ve Kurumsal Altyapı Düzenlemeleri

Bir stratejik planı başarıya ulaştırabilmek için gerekli mali, beşerî ve teknik kaynakların doğru tahsis edilmesi gerekmektedir (Hambrick&Fredrickson,2001). Sağlık kurumlarında bu, hem iş gücü planlaması (örneğin, gerekli uzmanlık alanlarındaki hekim sayısının artırılması) hem de teknolojik yatırım kararları (örneğin, yeni tıbbi cihazların satın alınması veya mevcut cihazların bakım/yenilenmesi) açısından önemlidir. Ayrıca yönetim yapısının stratejileri destekleyecek biçimde düzenlenmesi, örneğin “Strateji Geliştirme Birimi” veya “Kalite İyileştirme Ofisi” gibi yapıların kurulması, planların etkin şekilde uygulanmasına katkıda bulunmaktadır (Fredman&Tregoe,2013).

1.5.2.7. İletişim ve Değişim Yönetimi

Sağlık kurumlarında stratejik planların hayata geçirilmesinde, çalışanların ve yöneticilerin plana dair farkındalığı ve desteği belirleyici rol oynamaktadır. Bu nedenle stratejik planların içeriğinin kurum içinde yaygın biçimde paylaşılması, açık iletişim kanallarının kurulması ve değişim yönetimi çerçevesinde çalışanların yeni süreçlere adapte olmasını sağlamak önem taşımaktadır (Porter, 2008; Nunes vd., 2022). Değişim yönetimi, özellikle kurumsal kültürün oturduğu ve katı hiyerarşik yapıların bulunduğu büyük hastanelerde zorlu bir süreç olabilir. Ancak örgüt üyelerini planın getireceği faydalara ikna etmek, eğitim programları düzenlemek ve katılımcı yöntemlerle geri bildirim almak, bu engellerin aşılmasına yardımcı olmaktadır (Hill&Jones,2012).

1.5.2.8. Performans Ölçümü ve İzleme

Stratejik planlamanın başarısı, ancak düzenli performans ölçümü ve izleme faaliyetleri ile güvence altına alınabilir (Bryson,2018). Sağlık sektöründe performans ölçüm metrikleri oldukça çeşitlidir: klinik başarı ölçütleri (örneğin, belirli bir alanda mortalite oranı), hasta memnuniyeti anketleri, finansal göstergeler (gelir-gider analizi), inovasyon ve araştırma faaliyetleri (örneğin, yayın sayısı, klinik araştırma projeleri) ve çalışan memnuniyeti gibi unsurlar, planın başarısının farklı boyutlarını ortaya koymaktadır (Ginter vd.,2018). Elde edilen veriler sayesinde, hedeflerden sapma olup olmadığı anlaşılabilir ve gerekirse revizyon süreçleri başlatılabilir (Fredman&Tregoe,2013).

1.5.2.9. Sürekli İyileştirme ve Geribildirim Döngüsü

Stratejik planlama, tek seferlik bir proje değildir; kurumun uzun vadede başarılı olabilmesi için planın düzenli olarak güncellenmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir (Hambrick&Fredrickson,2001). Bu noktada, sağlık kurumları elde ettikleri deneyimleri, hasta geribildirimlerini ve performans sonuçlarını dikkate alarak yeni planlama döngülerine entegre etmektedir (Bryson,2018). Örneğin, dijital randevu sisteminin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi istenen düzeyde çıkmamışsa, sistemin işleyişi gözden geçirilerek eksiklikler tespit edilir ve ek iyileştirmeler planlanır (Johnson ve ark., 2011). Bu sürekli iyileştirme yaklaşımı, kurumu dinamik kılar ve hızlı değişen sağlık ortamına uyumlu hale getirmektedir.

Yani sağlık hizmetlerinde stratejik planlama, kurumun geleceğine dair bütüncül ve sistematik bir yol haritası sunar. Doğru analizler, iyi tanımlanmış hedefler, etkin kaynak yönetimi ve tutarlı bir uygulama süreciyle desteklendiğinde, stratejik planlama aracılığıyla sağlık kurumları hem iç verimliliklerini artırabilir hem de hizmet verdikleri toplumun sağlığına ve memnuniyetine değerli katkılar sunabilir. Üstelik stratejik planlama, sağlık kurumlarının sadece bugünkü sorunlara değil, gelecekte ortaya çıkabilecek risk ve fırsatlara da hazırlıklı olmasını sağlayan proaktif bir yönetim aracı olarak işlev görmektedir (Bryson,2018). Böylece, yaşlanan nüfus, hızla gelişen tıbbi teknolojiler, artan maliyet baskıları ve değişen hasta beklentileri gibi büyük ölçekli

dönüşümlere karşı, kurumlar uzun vadeli uyum ve sürdürülebilirlik açısından avantajlı bir konuma yerleşebilirler (Ginter vd.,2018).

Toparlamak gerekirse stratejik sağlık hizmetleri yönetimi, teorik düzeyde stratejik yönetim kavramının sağlık kurumlarına uyarlanmasıyla kendini gösterirken, pratikte stratejik planlama süreci üzerinden somut sonuçlar üretmektedir (Fredman&Tregoe,2013). Bu yaklaşım, sağlık kurumlarında yalnızca rekabet gücünü artırmakla kalmaz; aynı zamanda toplum sağlığının iyileştirilmesi, yeni nesil tıbbi teknolojilere adaptasyon, hasta memnuniyetinin yükseltilmesi ve etik sorumlulukların yerine getirilmesi gibi önemli hedeflerin de gerçekleşmesine zemin hazırlamaktadır (Hill&Jones,2012). Tüm bu unsurlar göz önünde bulundurulduğunda, stratejik yönetim ve stratejik planlama, sağlık sektörünün karmaşık ve çok paydaşlı yapısında kurumsal başarının ve sürdürülebilirliğin en kritik faktörleri arasında yer almaktadır (Bryson,2018).

1.6. PAYDAŞ ANALİZİ VE STRATEJİK KARAR ALMA SÜRECİ

Stratejik yönetim çerçevesinde paydaş analizi, bir kurumun veya projenin başarısını etkileyebilecek ya da bu başarıdan etkilenecek tüm kişi ve grupların sistematik bir şekilde tespit edilmesi, bu paydaşların beklentilerinin anlaşılması ve karar alma süreçlerinde bu beklentilerin dikkate alınmasını ifade etmektedir (Mitchell, Agle, &Wood,1997). Sağlık sektöründe paydaşlar çok geniş bir yelpazeye yayılabilir: hastalar, hasta yakınları, hekimler, hemşireler, idari personel, tedarikçiler, sigorta şirketleri, yöneticiler ve hatta yerel topluluklar (Bryson,2018). Bu geniş paydaş kitlesi, sağlık kurumlarının stratejik karar alma süreçlerinin oldukça karmaşık bir hâle gelmesine neden olmaktadır. Çünkü her paydaşın öncelikleri, bakış açısı ve güç dinamikleri farklılık göstermektedir (Fredman&Tregoe,2013).

1.6.1. Paydaş analizinin amacı ve önemi

Paydaş analizi, sağlık kurumlarının stratejik planlama ve yönetim uygulamalarında kritik bir aşamadır. Bu analiz, kuruma yönelik beklentilerin, taleplerin ve potansiyel gerilim alanlarının erkenden tanımlanmasına yardımcı olmaktadır (Mink, Shultz, & Mink, 1991). Örneğin, kamu hastanesi yöneticileri, sağlık hizmetlerinin ücretsiz veya uygun fiyatlı sunulmasını bekleyen yerel topluluklarla, kârlılık ve verimlilik

önceliği olan finansman kaynakları (ör. sigorta şirketleri) arasında bir denge kurmak zorunda kalabilir (Johnson, Whittington, & Scholes, 2011). Bu denge, paydaşların çıkarlarının ve beklentilerinin doğru yönetilmesine bağlıdır.

Sağlık hizmetlerinde paydaş analizi aynı zamanda risk yönetimi açısından da önem taşımaktadır. Kurumun faaliyetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen paydaş gruplarının memnuniyetsizliği, hastane imajını zedelemenin ötesinde, hukuksal süreçleri tetikleme veya beklenmedik kriz durumlarına yol açma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle stratejik yönetim sürecinin erken safhalarında paydaşlarla iletişim kurmak ve onların geri bildirimlerini almak, kriz yönetimi ve risk yönetimi açısından da koruyucu bir rol oynar (Nwabueze, 2001).

1.6.2. Paydaş analizinde Temel adımlar

1.6.2.1. Paydaşların Belirlenmesi (Identification)

Paydaş analizi, öncelikle kurumun iç ve dış çevresinde yer alan tüm kişi ve grupların listelenmesiyle başlar (Bryson, 2018). Sağlık kurumlarında bu liste hasta grupları, çalışanlar (doktor, hemşire, teknisyenler vb.), yönetim ekibi, tedarikçiler, sigorta şirketleri, sivil toplum kuruluşları ve medya gibi tarafları içerebilmektedir (Slack, Brandon-Jones, & Johnston, 2016). Buradaki temel amaç, kurumun etki alanına giren veya kurumun faaliyetlerinden etkilenebilecek tüm paydaşları gözden kaçırmadan kapsayacak bir çerçeve oluşturmaktır (Johnson et al., 2011).

1.6.2.2. Paydaşların Önceliklendirilmesi (Prioritization)

Her paydaşın etki gücü, ilgi düzeyi ve kuruma karşı tutumu aynı değildir (Mitchell ve ark., 1997). Bu nedenle paydaşların örgütle olan ilişkileri açısından hangi öncelik düzeyinde ele alınacağına karar vermek gerekmektedir. Örneğin, hasta memnuniyeti ve güvenliği her zaman yüksek öncelikli bir konu olarak öne çıkmaktadır (Fredman & Tregoe, 2013). Çalışanların beklentileri, tıbbi cihaz tedarikçilerinin müzakere gücü veya yerel yönetimin mevzuat konusundaki yetkileri, kurumun stratejik kararlarına farklı düzeylerde etki edebilmektedir.

1.6.2.3. Beklenti ve İhtiyaç Analizi (Expectations & Needs)

Her paydaşın kuruma yönelik farklı beklentileri söz konusudur (Nwabueze,2001). Hastalar, hızlı, etkili ve güvenli tedavi beklerken, sigorta şirketleri maliyetlerin düşürülmesini ve finansal sürdürülebilirliği talep edebilir. Çalışanlar açısından ise iş tatmini, adil ücretlendirme, yeterli eğitim ve kariyer imkânı ön plana çıkmaktadır (Bryson,2018). Paydaşların bu ihtiyaç ve beklentilerini anlamak, uzun vadeli stratejilerin belirlenmesinde rehberlik etmektedir.

1.6.2.4. İletişim ve Katılım Stratejileri (Communication & Involvement)

Paydaş analizi yalnızca paydaşların tespitiyle sınırlı kalmaz; aynı zamanda uygun iletişim kanallarının ve katılım yöntemlerinin geliştirilmesini de içerir. Örneğin, hasta temsilcilerinin kalite komitelerinde yer alması, çalışanların düzenli aralıklarla yapılan anketler yoluyla geri bildirim vermesi ya da tedarikçi toplantılarının belirli bir takvim dâhilinde organize edilmesi gibi uygulamalar, paydaşların stratejik karar alma süreçlerine aktif katılımını sağlamaktadır.

1.6.2.5. Paydaş Geri Bildiriminin Stratejik Kararlara Entegrasyonu

Toplanan geri bildirimlerin ve analiz sonuçlarının stratejik planlama süreçlerine dâhil edilmesi, paydaş analizi sürecinin en kritik aşamasıdır (Fredman&Tregoe,2013). Böylece kurumun misyon ve vizyonu, stratejik hedefleri ve uygulama planları, farklı paydaşların ihtiyaçlarıyla daha uyumlu hale getirilir (Hambrick&Fredrickson,2001). Bu entegrasyon, potansiyel çatışma alanlarını en aza indirgeyerek stratejik kararların uygulanabilirliğini ve kabulünü artırır.

1.6.3. Stratejik karar alma süreci

Sağlık kurumlarında stratejik karar alma süreci, paydaş analiziyle elde edilen bilgilerin stratejik planlamaya ışık tuttuğu bir mekanizma şeklinde işleyebilir (Nwabueze,2001). Karar alıcılar, hastane yönetim kurulu, üst düzey yöneticiler ve tıbbi bölüm sorumluları gibi kesimlerden oluşsa da karmaşık sorunların çözümünde paydaşların aktif katılımı kritik bir başarı faktörü olarak görülmektedir (Johnson ve ark., 2011). Stratejik karar alma süreci genellikle şu aşamalardan oluşur:

1.6.3.1. Sorun veya Fırsatın Tanımlanması

Paydaş analizi sonucunda ortaya çıkan beklenti ve ihtiyaçlar, kurumun karşı karşıya olduğu temel zorlukları veya fırsat alanlarını yansıtabilmektedir (Bryson,2018).

1.6.3.2. Bilgi Toplama ve Değerlendirme

Örgüt içi ve dışı veri kaynakları, istatistikler, hasta geri bildirimleri, finansal raporlar ve mevzuat düzenlemeleri bu aşamada analiz edilmektedir.

1.6.3.3. Alternatif Çözümler Geliştirme

Karar vericiler, farklı stratejik seçenekler tasarlar ve her bir seçeneğin avantaj ve dezavantajlarını belirlemektedir (Hill&Jones,2012).

1.6.3.4. Seçeneklerin Değerlendirilmesi ve Karar Verme

Hem nicel (maliyet analizi, olasılık hesapları) hem de nitel (çalışan memnuniyeti, etik boyut) faktörler göz önünde bulundurularak en uygun stratejik seçenek belirlenmektedir (Fredman&Tregoe,2013).

1.6.3.5. Uygulama ve İzleme

Alınan stratejik kararın planlama aşaması, kaynak tahsisi, uygulama takvimi ve performans ölçütlerinin belirlenmesiyle somutlaştırılmaktadır.

Bu çok aşamalı yapı, sağlık kurumlarındaki stratejik kararların kısa vadeli taktiksel çözümlerden ziyade, uzun vadeli ve sürdürülebilir sonuçlar üretmesini amaçlamaktadır (Mitchell ve ark.,1997). Paydaşların katılımı, geri bildirim mekanizmalarının etkinliği ve iletişim stratejileri bu sürecin sağlam bir temele oturmasına destek olmaktadır (Bryson,2018).

1.7. TKY VE STRATEJİK YÖNETİM ARASINDAKİ İLİŞKİ

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve stratejik yönetim, örgütlerin uzun vadeli başarısını sağlamaya yönelik kapsamlı yaklaşımlardır (Çağatay & Kızılkaya, 2022; Kaynak, 2003). Her iki yaklaşım da kurumların rekabetçi ortamda sürdürülebilirliğini

artırmaya ve paydaş beklentilerini karşılamaya odaklanmaktadır. Bununla birlikte TKY, kalitenin örgüt kültürünün ayrılmaz bir parçası hâline getirilmesini ve süreçlerin bütünsel olarak iyileştirilmesini savunurken; stratejik yönetim, kurumsal hedeflerin belirlenmesi, rekabet avantajı elde edilmesi ve uzun vadeli planlama yoluyla örgütsel başarının sağlanmasını amaçlamaktadır (Hill&Jones,2012). Özünde TKY, kurumsal süreçlere dair sürekli geliştirme ve katılımcı yönetim anlayışı sunarken; stratejik yönetim, örgütün genel misyon ve vizyonunu şekillendiren üst düzey yönetsel çerçeveyi ortaya koymaktadır (Bryson,2018).

Bu iki yaklaşımın kesişim noktası, örgüt performansının yükseltilmesi ve paydaş memnuniyetinin sürekli olarak gözetilmesi temelinden oluşmaktadır (Freedman,2013). Örneğin, sağlık kurumlarında stratejik yönetim, misyon olarak “nitelikli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunma” şeklinde bir hedef tanımlayabilir. TKY ise bu hedefin gerçekleştirilmesi için gerekli süreç iyileştirme yöntemlerini, personel eğitim planlarını, hasta güvenliğini artırmaya dönük uygulamaları ve veri temelli karar alma tekniklerini sunmaktadır (Shortell&Kaluzny,2006). Dolayısıyla, stratejik yönetimin “nereye gitmeliyiz” sorusuna yanıt aradığı noktada, TKY “nasıl gitmeliyiz” sorusunu cevaplandıran araçlar ve metodolojiler geliştirmektedir (Dean&Bowen,1994).

TKY ve stratejik yönetim arasındaki ilişkinin önemli bir boyutu da liderlik ve örgütsel kültür meselesidir (Deming,1986). Stratejik yönetim, üst yönetimin yönlendirmesi ile örgüte vizyoner bir çerçeve çizerken, TKY liderliği daha çok katılımcı yönetim ve sürekli gelişim ruhunu yayma işlevi üstlenir (Imai,1986). Böylece, örgüt içindeki bölümlerin koordinasyonu, kalite standartlarının benimsenmesi ve uzun vadeli stratejilerin başarıyla uygulanması, her iki yaklaşımın uyumlu bir şekilde işlemesine bağlıdır. Sağlık kurumlarında, üst yönetim tarafından belirlenen stratejik öncelikler (örneğin, “uluslararası akreditasyona uygunluk,” “hasta güvenliğini artırma” vb.) TKY araç ve yöntemleriyle desteklendiğinde hem çalışanın hem de hastanın memnuniyetini artıracak sonuçlar elde edilmektedir (Nwabueze,2001).

Ayrıca TKY’nin sunduğu sürekli iyileştirme, veriye dayalı karar alma ve süreç odaklılık ilkeleri, stratejik yönetim çerçevesinde alınan kararların daha sağlam temellere dayanmasını sağlamaktadır (Çağatay & Öztürk, 2021; Kaynak, 2003). Örneğin, sağlık kurumları için stratejik planlamada yeni bir tıbbi cihaz yatırımı yapılması planlandığında,

TKY yaklaşımıyla süreç analizi ve hata önleme yöntemleri kullanılarak yatırımın gerçek etkileri ve potansiyel riskleri daha doğru değerlendirilebilir (Crosby,1979). Böylelikle stratejik yönetimle alınan makro düzeydeki kararlar, TKY'nin mikroskobik analiz gücüyle birleşerek hem üst yönetim hem de süreç sahipleri açısından daha etkin sonuçlar doğurmaktadır (Feigenbaum,1991).

Özetle, TKY ve stratejik yönetim birbirini tamamlayıcı niteliktedir. Stratejik yönetim, örgüte uzun vadeli hedefler ve rekabetçi bir çerçeve sunarken, TKY bu çerçevenin kuruma yayılmasını, çalışan katılımının artırılmasını ve süreçlerin sürekli geliştirilerek hedeflere daha etkin şekilde ulaşılmasını mümkün kılmaktadır (Bryson,2018). Sağlık sektörünün karmaşık yapısı göz önüne alındığında, bu iki yaklaşımı bütünleşmiş biçimde uygulayan kurumların hasta memnuniyetini yükseltme, maliyetleri düşürme ve çalışan bağlılığını artırma gibi alanlarda daha başarılı olduğu görülmektedir (Shortell&Kaluzny,2006).

1.7.1. Stratejik Planlamada TKY İlkelerinin Uygulanması

Stratejik planlama, örgütlerin uzun vadeli amaçlarını belirlediği ve bu amaçlara ulaşmak için gereken kaynakları, süreçleri ve performans metriklerini tanımladığı bir yönetim sürecidir (Hill&Jones,2012). Sağlık kurumlarında stratejik planlama, topluma erişilebilir ve nitelikli sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen geniş kapsamlı bir yol haritası işlevi görmektedir. Bu yol haritasının etkili bir şekilde uygulanması, önemli ölçüde TKY ilkelerinin stratejik planlama aşamasına entegre edilmesine bağlıdır (Kaynak,2003).

1.7.1.1. Sürekli İyileştirme ve Vizyon Oluşturma

Stratejik planlamada kurum, gelecekte ulaşmak istediği vizyonu formüle eder. TKY'nin “sürekli iyileştirme” (kaizen) ilkesi, bu vizyonun hayata geçirilmesinde yol göstericidir (Imai,1986). Örneğin, bir hastanenin vizyonunda “uluslararası standartlarda hasta bakımı sağlama” yer aldığına, TKY çerçevesinde süreç odaklı yaklaşımlar ve hata önleme mekanizmaları devreye konularak bu vizyona sistematik bir şekilde ilerlenebilir (Crosby,1979).

1.7.1.2. Katılımcı Yönetim ve Paydaş Dâhil Etme

Stratejik planlama, üst yönetimin tek taraflı kararlarıyla değil, tüm paydaşların (doktorlar, hemşireler, hastalar, idari personel vb.) sürece dâhil edilmesiyle daha etkin sonuçlar vermektedir (Dean & Bowen,1994). TKY'nin en belirgin özelliği olan “katılımcı yönetim,” çalışanların bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlanarak stratejik hedeflerin daha gerçekçi ve uygulanabilir biçimde belirlenmesini sağlamaktadır. Sağlık kurumlarında paydaşların stratejik planlama sürecine katılımı, süreç sahipliğini ve bağlılığı artırarak hedeflerin başarıyla hayata geçirilme olasılığını yükseltmektedir (Nwabueze,2001).

1.7.1.3. Veriye Dayalı Karar Alma ve Performans Analizi

Stratejik planlama aşamasında kurumun iç ve dış çevre analizi yapılır ve bu analiz sonuçlarına dayalı olarak stratejik hedefler belirlenir. TKY yaklaşımında ise veriye dayalı karar alma esastır (Kaynak, 2003). Dolayısıyla, sağlık kurumları kalite göstergeleri, hasta memnuniyeti anketleri, tıbbi hataların kayıtları ve maliyet verileri gibi ölçümleri düzenli olarak izleyerek, stratejik planlamadaki kararlarını objektif veriler ışığında şekillendirebilir. Bu sayede, hedef belirleme süreci sezgi veya varsayımlar yerine somut analizlere dayanmaktadır (Deming,1986).

1.7.1.4. Süreç Odaklılık ve Hedeflerin Dönüşümü

Stratejik yönetim, uzun vadeli makro hedefleri vurgularken TKY, kurum içindeki mikro süreçlerin geliştirilmesine odaklanmaktadır (Shortell&Kaluzny,2006; Erdem, 1998). Stratejik planda belirlenen bir makro hedef, örneğin “kardiyoloji hizmetlerinde lider konumda olmak,” süreç odaklı yaklaşım sayesinde hasta kabul prosedürlerinin, teşhis ve tedavi protokollerinin ve çalışan eğitim programlarının yeniden tasarlanması yoluyla gerçeğe dönüşebilir (Dean&Bowen,1994). TKY'nin getirdiği süreç haritalama, standardizasyon ve sürekli kontrol ilkeleri, stratejik hedeflerin örgüt geneline aktarılmasında kritik rol oynamaktadır.

1.7.1.5. Sürekli Geri Bildirim ve Düzeltici Eylemler

Stratejik planlama, bir dizi eylem planından ibaret değildir; aynı zamanda düzenli takibi ve güncellenmesi gereken bir süreçtir (Bryson,2018). TKY ile stratejik yönetim arasındaki sinerjinin en bariz yansıması, “Planla – Uygula – Kontrol Et – Önlem Al (PUKÖ)” döngüsünün stratejik boyutta uygulanmasıdır (Kubat, 2012; Deming, 1986). Sağlık kurumlarında, stratejik hedeflerin gerçekleşme oranları, kalite göstergeleri ve hasta memnuniyeti gibi veriler düzenli olarak izlenerek sapmalar erken tespit edilebilmektedir (Imai,1986). Ardından düzeltici eylemlerle stratejik planın başarısı için gereken uyarlamalar yapılmaktadır (Nwabueze,2001).

1.7.1.6. Çalışan Eğitimi ve Kurumsal Kültürün Dönüşümü

Stratejik planın hayata geçirilmesi ve TKY ilkelerinin uygulanması, çalışanların bu süreçlere hâkim olmasına ve kurumsal kültürün destekleyici nitelikte olmasına bağlıdır. Örneğin, “hasta odaklılık” stratejik bir hedef olarak belirlenmişse, front desk personelinin hemşirelere kadar pek çok çalışanın iletişim becerileri ve hizmet standartları konusunda eğitim alması gerekebilir. Bu sayede TKY’nin vurgu yaptığı katılımcı ruh ve sürekli gelişme anlayışı stratejik planın başarısını güçlendirmektedir (Dean & Bowen,1994).

1.7.1.7. Rekabet Avantajı ve Sürdürülebilirlik

Sağlık kurumları, nitelikli hasta bakımından maliyet etkinliği ve itibar yönetimine kadar çok sayıda parametreyle rekabet ederler. Stratejik planlama, kurumun rekabet avantajını nasıl elde edeceğine dair kapsamlı bir çerçeve sunar; TKY ise bu avantajın temelini oluşturan süreçleri iyileştirerek sürdürülebilirlik sağlamaktadır (Kaynak, 2003). Örneğin, yüksek kaliteli bakım hizmeti sunmak ve tıbbî hataları azaltmak hem kurumsal maliyeti düşürebilir hem de hastaların kuruma duyduğu güveni yükselterek uzun vadeli bir rekabet avantajı yaratabilmektedir (Crosby,1979).

Stratejik planlama, örgütlerin geleceğe dair yol haritasını çizerken, TKY bu yol haritasının kurumsal süreçlere entegrasyonunu ve sürekliliğini teminat altına almaktadır. Sağlık kurumlarında bu iki yaklaşımın ortak zeminde buluşması, hasta güvenliği, memnuniyeti, çalışan bağlılığı ve kurumsal itibar açısından ölçülebilir ve olumlu sonuçlar

doğurur (Bryson,2018). Stratejik planlamanın soyut sayılabilecek vizyon ve hedefleri, TKY'nin araç ve ilkeleriyle somut süreçlere dönüştürülerek kurumsal performansın yükseltilmesi sağlanmaktadır (Shortell&Kaluzny,2006). Böylelikle hem stratejik yönetimin hem de TKY'nin temel felsefesinde yer alan “sürdürülebilir gelişim” ve “rekabetçi üstünlük” kavramları, sağlık hizmetleri çerçevesinde gerçekçi ve uygulanabilir bir bütünlüğe kavuşmaktadır (Feigenbaum,1991).

1.7.1.8. Süreç Yönetimi ve Verimlilik İlişkisi

Süreç yönetimi, örgütlerin iç faaliyetlerini belirli aşamalara ayırarak, bu aşamalar arasındaki ilişkileri detaylı biçimde incelemesini ve yönetmesini gerektiren bir yaklaşımdır (Beckford,2022). Bu yaklaşımda, söz konusu faaliyetler tek tek izlenerek, gereksiz tekrarlar, bekleme süreleri veya katma değeri düşük adımlar tespit edilmeye çalışılmaktadır (Lizarelli vd., 2023). Özellikle Toplam Kalite Yönetimi (TKY) felsefesi benimsendiğinde, süreç yönetimi yalnızca çıktının kalitesini ölçmekle kalmaz; girdilerden başlanarak nihai ürüne (ya da sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetine) kadar uzanan tüm aşamaları sistematik biçimde analiz etmektedir (Fernández&Mazza,2024). Sağlık kurumlarında bu yaklaşım, hasta kabul ve muayene süreçlerinden ilaç yönetimine, laboratuvar testlerinden ameliyat sonrası bakıma kadar her düzeyde uygulanabilmektedir. Böylece, kaliteli hizmet sunma amacına yönelik en küçük basamak dahi göz ardı edilmez, birimlerin ve çalışanların etkileşimi sürekli değerlendirilmektedir (Anazi&Alanazi,2022).

Verimlilik ise belirli bir hedefe ulaşmak için kullanılan kaynakların (zaman, insan gücü, finansal kaynaklar, fiziksel imkânlar vb.) ne ölçüde etkili değerlendirildiğiyle doğrudan ilgilidir (Slack, Brandon-Jones, & Johnston, 2015). Sağlık kurumları kapsamında verimlilik, tıbbi hizmetin hızlı ve doğru bir şekilde sunulması, hasta bekleme sürelerinin kısaltılması, tıbbi hataların azaltılması ve kaynak kullanımının optimize edilmesi gibi pek çok alanı kapsamaktadır (Heydari vd.,2022). Süreç yönetimi, bu alanlarda ortaya çıkan aksaklıkları belirlemeyi ve devamlı olarak iyileştirmeyi amaçladığı için verimlilikle güçlü bir korelasyon içindedir (Hasan & Micheli,2022). Örneğin, bir hastanede ameliyat planlamasının nasıl yapıldığını inceleyen yöneticiler, süreç yönetimi yöntemleriyle ameliyat öncesi hazırlık ve ameliyat sonrası bakım aşamalarındaki gecikmeleri ve gereksiz tekrarlamaları tespit edebilmektedir. Ardından, bu sorunları

ortadan kaldırmak için devreye alınan iyileştirme programları hem ameliyat sürecinin hızlanmasını hem de maliyetlerin düşmesini sağlayabilmektedirler. (Zhang, Sia, & Lee, 2021).

Bu noktada, süreç yönetiminin en temel prensiplerinden biri süreçlerin tanımlanabilir ve ölçülebilir olmasıdır (Hamilton vd., 2024). Ölçüm ve analiz olmaksızın, bir sürecin hangi aşamasında ne tür sorunların ortaya çıktığını saptamak oldukça güçtür. TKY perspektifinde, veriye dayalı karar alma bu nedenle kritik öneme sahiptir (Gudelji,2021). Sağlık kurumlarında, hasta memnuniyeti anketleri, bekleme süreleri, hasta başına düşen hemşire sayısı, yatış süreleri, tıbbi hata kayıtları gibi göstergeler, sürecin etkinliğini yansıtan önemli metrikler olarak değerlendirilebilir (Ozsungur,2024). Süreç yönetimi, bu verileri düzenli olarak toplayıp analiz ederek hem kısa vadede hızlı düzeltici aksiyonlar almayı hem de uzun vadede köklü bir kalite kültürü oluşturmayı kolaylaştırmaktadır (Poksinska, Eklund, & Dahlgaard, 2006).

Süreç yönetiminin verimlilik üzerindeki olumlu etkilerini somut örneklerle de görmek mümkündür. Örneğin, acil serviste hastalara ilk müdahale süresini kısaltmak amacıyla, hastanın hangi bölümde tedavi göreceğine dair karar verme mekanizması yeniden tasarlanabilir. Bu tasarım sürecinde hastane yönetimi, acil serviste görevli hekimlerin ve hemşirelerin iş yüklerini, hasta triyaj sistemini ve teknolojik altyapıyı (ör. elektronik hasta kayıt sistemi) detaylı şekilde inceler. Ardından, süreçteki darboğazları tespit ederek yeni bir iş akışı modeli geliştirir. Böylece, hastalara müdahale süresi azaldığı gibi, acil servisin genel kapasitesi de artar (Njomo,2022). Aynı yaklaşım, laboratuvar sonuçlarının hastalara ulaştırılması konusunda da kullanılarak, test sonuçlarındaki gecikmeleri ortadan kaldırmak ve tekrar test gereksinimlerini minimuma indirmek için benzer süreç iyileştirmeleri yapılabilir.

Süreç yönetimi ile verimlilik arasındaki bu sıkı bağ, yalnızca operasyonel verimliliği değil, aynı zamanda örgütsel öğrenmeyi ve inovasyonu da desteklemektedir (Lizarelli vd., 2023). TKY çerçevesinde süreçler sürekli gözden geçirilirken, çalışanların da sorunlar karşısında proaktif davranmaları ve çözüm önerileri getirmeleri teşvik edilmektedir (Hamilton vd., 2024). Böyle bir katılımcı kültür, sadece mevcut süreçlerin iyileşmesini değil, aynı zamanda yenilikçi uygulamaların ve teknolojilerin kuruma entegre edilmesini kolaylaştırmaktadır (Heydari vd., 2022). Örneğin, hastaların evde takip

edilmesini sağlayan tele-sağlık uygulamaları, süreç yönetiminin analitik bakış açısıyla değerlendirildiğinde, hastaneye tekrar yatış oranlarını azaltabilir ve kuruma önemli maliyet tasarrufları sağlayabilir. Böylece, süreç yönetimi yalnızca mevcut operasyonu iyileştirmekle kalmayıp, geleceğe yönelik dönüşüm projelerine de sağlam bir temel hazırlamaktadır.

Verimlilik artışının yanı sıra süreç yönetimi, kalite güvencesi ve hasta güvenliği boyutunda da kritik önem taşımaktadır (Beckford,2022). İyi tanımlanmış ve sürekli gözetim altında tutulan süreçler, tıbbi hataların oluşmasını en aza indirmektedir. TKY’de sıklıkla kullanılan hata önleme metodolojileri, süreçlerin her aşamasında kaliteyi gözlemeyi ve istenmeyen durumları erken aşamada yakalamayı mümkün kılmaktadır (Anazi & Alanazi, 2022). Örneğin, ilaç yönetimi sürecinin tüm adımları (reçetenin yazılmasından hastaya ilacın uygulanmasına kadar) detaylı biçimde incelenirse, aynı ilacın iki kez reçete edilmesi veya yanlış dozaj uygulaması gibi ciddi hataların engellenmesi daha kolay hale gelmektedir. Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde en üst düzey öncelikler arasında yer aldığı için, süreç yönetimi ve verimlilik artırma faaliyetleri doğrudan hasta sağlığını koruma ve toplumsal faydayı yükseltme potansiyeline sahiptir (Hamilton vd., 2024).

Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, süreç yönetimi ve verimlilik ilişkisi, TKY ve stratejik yönetim bakış açısıyla değerlendirildiğinde kapsamlı bir çerçeve oluşturmaktadır (Heydari vd., 2022). Süreç yönetimi, sağlık kurumlarında operasyonel etkinliği, maliyet etkinliğini ve kaliteyi aynı anda artıran bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Bu yaklaşımın sürdürülebilir kılınması ise örgüt kültürünün değişime ve sürekli iyileştirmeye açık hale getirilmesinden, çalışanların katılımının sağlanmasından ve liderlik desteğinin sürekli olmasından geçmektedir (Njomo,2022). Dolayısıyla verimlilik, yalnızca niceliksel bir çıktı (örneğin, daha kısa bekleme süreleri, daha düşük maliyetler) olmaktan ziyade, süreç yönetimi uygulamalarının yardımıyla kurulan bütüncül bir kalite ve öğrenme ekosisteminin doğal sonucu olarak şekillenmektedir.

1.7.2. TKY ve Stratejik Yönetimin Birbirini Tamamlayıcı Yönleri

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve stratejik yönetim, bir örgütün uzun vadeli başarısını sağlamayı hedefleyen kapsamlı çerçeveler olmalarına rağmen, çoğu zaman

farklı açılardan ele alınırlar (Fernández & Mazza, 2024). Stratejik yönetim, kurumun hedeflerini belirleme, misyon ve vizyonunu şekillendirme, pazar dinamiklerini analiz etme ve rekabet avantajını tesis etme gibi makro düzeydeki konulara yoğunlaşmaktadır (Freedman,2013). TKY ise süreç iyileştirme, hata önleme, çalışan katılımı ve müşteri (sağlıkta hasta) odaklılık gibi mikro düzeydeki uygulamalara odaklanmaktadır (Beckford,2022). Bununla birlikte, stratejik yönetim ile TKY arasındaki etkileşim, doğru biçimde kurgulandığında sağlık kurumlarının sürdürülebilir performans artışı elde etmesine imkân veren güçlü bir sinerji yaratmaktadır (Hasan & Micheli,2022).

Bir sağlık kurumunun stratejik yönetim çerçevesinde belirlediği vizyon örneğın “bölgesinin en iyi kardiyoloji merkezi olmak” şeklinde ifade edilebilir (Heydari vd., 2022). TKY ilkeleri ise bu hedefe nasıl ulaşılacağına dair bir yol haritası sağlamaktadır. Sürekli iyileştirme (kaizen), katılımcı yönetim, veriye dayalı karar alma ve süreç odaklı yaklaşım gibi TKY unsurları, stratejik hedeflerin günlük pratikte içselleştirilmesine ve çalışanların katkısıyla somut sonuçlara dönüştürülmesine yardımcı olmaktadır. Örneğın, uluslararası bir akreditasyona başvurmayı hedefleyen hastane yönetimi, TKY yaklaşımıyla klinik süreçlerin her aşamasını standardize edip ölçerek, ilgili akreditasyon kriterlerini kolaylıkla karşılayabilir (Hamilton vd., 2024). Bu sayede stratejik yönetimin belirlediği hedefler, TKY’nin detaylı uygulama kılavuzlarıyla desteklenmektedir (Njomo,2022).

Bir diğerk tamamlayıcı yön, liderlik ve örgüt kültürü boyutunda ortaya çıkar (Ozsungur,2024). Stratejik yönetim, üst yönetimin kurumu geleceğeye taşıyacak politikaları benimsemesini ve çalışanlarla paylaşmasını gerektirmektedir. TKY ise bu politikaların saha düzeyinde hayata geçirilmesini sağlayacak bir katılımcı kültür yaratmaya odaklanmaktadır (Freedman,2013). Örneğın, bir hastane yöneticisi “hasta odaklı hizmet” stratejisi benimsemişse, TKY çerçevesinde geliştirilecek eğitim programları ve hata raporlama sistemleri sayesinde çalışanlar hem kendi süreçlerine hâkim olabilir hem de hatalarından öğrenerek kurumsal iyileşmeye katkı sunabilir (Anazi&Alanazi,2022). Bu etkileşim, stratejik yönetimin hedefleriyle TKY uygulamalarının sahadaki karşılığını uyumlu hale getirerek, çalışanların “kalite” kavramını soyut bir prensip değil, gündelik işlerinin vazgeçilmez bir parçası olarak görmesini teşvik etmektedir (Hasan & Micheli,2022).

Ayrıca stratejik yönetim ve TKY arasındaki uyum, paydaş memnuniyetini artırmada da kritik rol oynamaktadır (Fernández & Mazza, 2024). Sağlık hizmetlerinde paydaş grupları oldukça geniştir: hastalar, hasta yakınları, doktorlar, hemşireler, idari personel, tedarikçiler, ilaç firmaları ve kamu kurumları gibi birçok farklı kesim kurumun kararlarından etkilenmektedir. Stratejik yönetim, tüm paydaşların ihtiyaç ve beklentilerini analiz ederek uzun vadeli bir plan çizerken, TKY bu beklentilerin süreçlerin her aşamasına yedirilmesine odaklanmaktadır (Beckford,2022). Örneğin, hasta memnuniyetini artırmaya yönelik stratejik bir hedef, kayıt kabul sürecinin iyileştirilmesi, hastalara verilen bilgilendirme materyallerinin daha anlaşılır hâle getirilmesi veya ilaç tedarik zincirinin hızlandırılması gibi pek çok TKY projesiyle desteklenebilir. Böylece, paydaş analizinde belirlenen ihtiyaçlar, TKY metodolojisiyle somut ve ölçülebilir projeler hâline dönüşür

Bu iki yaklaşım arasındaki tamamlayıcılık, örgütlerin uzun vadeli uyumu ve sürekli gelişimi açısından da önemlidir (Hamilton vd., 2024). Stratejik yönetim, piyasadaki değişen trendleri, tıbbi teknolojiadaki yenilikleri ve demografik dalgalanmaları göz önüne alarak yönlendirici politikalar oluşturmaktadır (Freedman,2013). TKY ise bu politikaların uygulanması sırasında ortaya çıkan mikro sorunların (ör. yeni bir teknolojiye adaptasyon, personel eğitimindeki eksikler, süreçte gözlenen hatalar) çözülmesi için bir dizi sistematik araç sunmaktadır (Lizarelli vd., 2023). Örneğin, dijital hastane dönüşümüne yönelik stratejik bir karar alındığında, TKY'nin süreç analizi ve sürekli ölçme metodolojisi sayesinde elektronik kayıt, tele-sağlık uygulamaları, klinik karar destek sistemleri gibi bileşenlerin bütünleştirilmesi sırasında yaşanabilecek sorunlar hızla tespit edilip çözüme kavuşturulabilir.

Son olarak, stratejik yönetim ve TKY arasındaki ilişki, rekabet avantajı elde etme ve koruma sürecinde de belirleyici olabilir (Hasan & Micheli,2022). Örneğin, sağlık turizmi alanında uzmanlaşmayı hedefleyen bir hastane yönetimi, stratejik yönetim çerçevesinde hedef pazarları ve hizmet çeşitliliğini belirlerken, TKY uygulamalarıyla hizmet kalitesini uluslararası standartlara taşıyabilir. Böylece yabancı hastalar için hazırlanmış özel süreçler, çok dilli personel iletişim sistemi veya akreditasyon belgeleri, TKY yaklaşımıyla sürekli güncellenir ve ölçülür (Ozsungur,2024). Sonuçta, hem stratejik yönetimle çizilen kurumsal vizyon hem de TKY'nin sağladığı sürekli iyileştirme kültürü,

hastanenin küresel düzeyde rekabetçi hâle gelmesini desteklemektedir (Anazi&Alanazi,2022).

Özetle, TKY ve stratejik yönetimin birbirini tamamlayıcı yönleri, sağlık kurumlarında hem makro hem de mikro düzeyde hedefleri bütünleştiren, paydaş memnuniyetini temel alan ve sürekli iyileştirme kültürünü kurumsal stratejiyle buluşturan bir sinerji meydana getirmektedir (Njomo,2022). Stratejik yönetim, “nereye ve nasıl ulaşacağımız” sorularına cevap ararken, TKY “süreçleri nasıl tasarlayacağımız ve çalışanları bu hedeflere nasıl dâhil edeceğimiz” noktasında yol gösterici olmaktadır (Hamilton vd., 2024). Bu dinamik etkileşim, özellikle hızlı dönüşümlerin yaşandığı ve rekabet baskısının arttığı sağlık sektöründe kurumların sürdürülebilirliğini ve hizmet kalitesini aynı potada eriten bir başarı reçetesi sunmaktadır. Hem hasta güvenliğini hem de kurumsal verimliliği önceleyen kararlar, ancak stratejik yönetimin geniş vizyonu ve TKY’nin süreç odaklı metodolojisiyle anlamlı ve kalıcı sonuçlara dönüşebilir (Ozsungur,2024). Dolayısıyla, her iki yaklaşımın aynı kurumsal ekosistemde iç içe geçmesi, sağlık kurumlarına eşsiz bir rekabet avantajı ve toplumsal fayda yaratma fırsatı sunmaktadır.

1.8. SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ VE KALİTE STANDARTLARI

Sağlık hizmetlerinde sürekli iyileştirme ve hasta memnuniyetinin sağlanması, ancak etkili bir performans yönetim sistemi ve standartlara uyumlu kalite yaklaşımı ile mümkün olabilir (Bruzzi vd., 2022). Bu çerçevede sağlık kurumları; finansal, klinik ve yönetsel faaliyetlere ilişkin performans düzenli olarak ölçmeli, değerlendirmeli ve akreditasyon ile kalite sertifikasyon süreçleri yardımıyla ulusal ve uluslararası standartlara uyum sağlamayı hedeflemelidir (Joint Commission International [JCI], 2021). Aşağıdaki bölümlerde, sağlık kurumlarında performans ölçümü kavramının temel çerçevesi ile, ulusal ve uluslararası kalite standartlarının (ör. Joint Commission International, ISO) sağlık hizmetlerindeki önemine değinilecektir.

1.8.1. Sağlık Kurumlarında Performans Ölçümü

Sağlık kurumlarında performans ölçümü, hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar, maliyet yönetimi ve süreç verimliliği gibi unsurların sistematik bir şekilde izlenmesine dayanmaktadır (Noorossana&Delshad,2021). Bu süreç, kurum içindeki farklı paydaşların (doktor, hemşire, idari personel, hasta, hasta yakını vb.) katkılarını ve deneyimlerini kapsayan çok boyutlu bir değerlendirmeyi gerektirir (Bruzzi vd., 2022). Performans ölçüm sonuçları, yalnızca mevcut durumun fotoğrafını çekmekle kalmaz; aynı zamanda iyileştirmeye açık alanların ve potansiyel kaynak israfının tespitine de imkân tanımaktadır (Gomes vd.,2025).

Performans ölçümünde en sık kullanılan yaklaşımlardan biri olan Dengeli Karne (Balanced Scorecard) yöntemi, sağlık kurumlarında finansal ve finansal olmayan göstergeleri bir arada ele almaktadır. Örneğin, hastane düzeyindeki performans ölçümünde, “hasta memnuniyeti”, “klinik kalite göstergeleri” (enfeksiyon oranları, mortalite ve morbidite verileri, yeniden hastaneye yatış oranları vb.), “kurumsal öğrenme ve gelişim” (personel eğitimi, çalışan memnuniyeti vb.) ve “mali performans” (gelir-gider dengesinin sürdürülebilirliği, maliyet kontrolü vb.) gibi boyutlar dikkate alınmaktadır (Bruzzi vd., 2022). Böylece kurum, kısa vadeli finansal hedeflerin ötesine geçerek, hasta güvenliği ve uzun vadeli kurumsal başarının temelini oluşturan değerleri de ölçüp yönetebilir (Noorossana & Delshad, 2021).

Bununla birlikte, ölçülecek göstergelerin seçimi büyük önem taşır. Sağlık kurumlarının, kendi hizmet profili ve stratejik önceliklerine göre uygun göstergeler belirlemesi gerekmektedir. Örneğin, yoğun onkoloji hizmeti veren bir hastane, kemoterapi süreçlerindeki bekleme süreleri veya tedavi protokollerine uyum oranlarını ölçüm sistemine dâhil edebilir. Aynı şekilde, kardiyoloji alanında uzmanlaşmış bir klinik, stent uygulama başarısı veya hastaların yaşam kalitesi gibi spesifik göstergeleri performans raporlarına eklemeyi tercih edebilir (Gomes vd., 2025).

Performans ölçümünün bir diğer kritik unsuru ise karşılaştırılabilirlik ve şeffaflık ilkesidir (Bruzzi vd., 2022). Sağlık kurumları, kendi içindeki bölümler arasında veya benzer nitelikteki diğer kurumlarla performans sonuçlarını kıyaslayarak sürekli öğrenme ve iyileştirme imkânı bulmaktadır (WHO, 2022). Elde edilen veriler, aynı zamanda

hastalar ve toplum nezdinde de sağlık kurumunun kalitesi hakkında bilgi sunarak kurumsal itibarın şekillenmesinde etkili olabilir (Noorossana & Delshad, 2021).

Sağlık kurumlarında performans ölçümü; hasta odaklılık, çalışan katılımı, finansal sürdürülebilirlik ve sürekli öğrenme kültürü gibi pek çok boyutu içermektedir (Gomes vd., 2025). Doğru tasarlanmış bir ölçüm sistemi hem kurum içi yöneticilere hem de dış paydaşlara (akreditasyon kuruluşları, kamu otoriteleri, sigorta şirketleri vb.) değerli bilgiler sunmaktadır. Bu bilgiler, stratejik karar alma süreçlerine dâhil edilerek sağlık hizmetlerinin kalite ve etkinliğinin artırılmasında yol gösterici olmaktadır (Bruzzi vd., 2022).

1.8.2. Ulusal ve Uluslararası Kalite Standartları (JCI ve ISO)

Sağlık kurumlarında kalitenin güvence altına alınması ve sürekli olarak geliştirilmesi amacıyla, ulusal ve uluslararası düzeyde çeşitli standartlar ve akreditasyon modelleri geliştirilmiştir (TOMBLİN, 2021). Bu standartlar, kurumların hasta güvenliği, klinik sonuçlar, yönetim süreçleri ve personel eğitimi gibi alanlarda belirli kriterleri karşılamasını zorunlu kılmaktadır (Noorossana & Delshad, 2021). En yaygın standart setlerinden bazıları, Joint Commission International (JCI) ve International Organization for Standardization (ISO) çerçevesinde şekillenmektedir.

1.8.2.1. Joint Commission International (JCI)

JCI, hastaneler başta olmak üzere çeşitli sağlık kurumlarının kalitesini ve hasta güvenliğini değerlendirerek akredite eden uluslararası tanınırlığa sahip bir kuruluştur (TOMBLİN, 2021). JCI standartları; hasta odaklılık, hasta ve çalışan güvenliği, enfeksiyon kontrolü, kurumsal liderlik, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği gibi temel alanları kapsamaktadır. Bu standartlar çerçevesinde akredite olmak, bir sağlık kurumunun uluslararası kabul görmüş kalite ve güvenlik ilkelerine uyum sağladığını göstermektedir (Bruzzi vd.,2022). Özellikle tıbbi hataların azaltılması, hasta haklarının korunması, yönetim süreçlerinin şeffaflaştırılması ve kurum içi iletişimin güçlendirilmesi gibi konularda JCI akreditasyon kriterleri önemli yol gösterici öğeler sunmaktadır (TOMBLİN, 2021)

1.8.2.2. International Organization for Standardization (ISO)

ISO, ürün ve hizmet kalitesini garanti altına almak için uluslararası geçerliliği olan standartlar belirleyen bir sivil toplum kuruluşudur (ISO, 2021). Sağlık kurumlarında en sık kullanılan ISO standartlarından bazıları şunlardır:

ISO 9001 (Kalite Yönetim Sistemi): Kurumun hizmet üretimindeki süreçlerinin, sürekli iyileştirme ve müşteri/hasta memnuniyetine uygunluğunu garanti altına almaktadır.

ISO 14001 (Çevre Yönetim Sistemi): Sağlık kurumlarının çevresel etkilerini kontrol altında tutmayı ve sürdürülebilirlik ilkelerine uygun faaliyet göstermesini hedeflemektedir.

ISO 45001 (İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi): Çalışanların iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı korunmasına yönelik düzenlemeleri içermektedir.

ISO 27001 (Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi): Hastaların kişisel ve tıbbi verilerinin korunmasını amaçlamaktadır.

Bu standartlar, sağlık kurumlarının kurumsal yönetim ilkeleri doğrultusunda süreçlerini tanımlamasına, dokümantasyonunu yapmasına ve düzenli iç denetimler gerçekleştirmesine yardımcı olmaktadır (ISO, 2021). Böylece, hataların önlenmesi ve hizmet kalitesinin sürdürülebilir biçimde artırılması noktasında kurumlara rehberlik etmektedir (Gomes vd., 2025).

Bunlara ek olarak, Ulusal Sağlık Otoriteleri de kendi kalite standartlarını oluşturabilmekte veya uluslararası standartların yerel ortama uyarlanmış hâllerini kurumlara tavsiye edebilmektedir (WHO,2022). Örneğin, birçok ülkede hasta güvenliği ve kalite konularına özel ulusal akreditasyon kurumları veya kalite konseyleri kurulmuş, hastanelerin düzenli aralıklarla denetlenerek sertifikalandırılması sağlanmıştır (Bruzzi vd., 2022). Bu uygulamalar, sağlık kurumları arasında rekabetin kalite boyutu üzerinden sürmesini teşvik ederken, hastalara da bilinçli tercih yapma olanağı sunmaktadır (Noorossana & Delshad,2021).

Kalite standartlarına uyum ve akreditasyon, sağlık kurumları için çeşitli avantajlar getirmektedir. Öncelikle, uluslararası kabul görmüş bir akreditasyon sertifikası, kurumun hasta güvenliği ve kalite bakımından belirli bir düzeyin üzerinde olduğunu göstermektedir (TOMBLİN, 2021). Bu durum, hastalara ve paydaşlara güven vereceği gibi, kurumun itibarını da güçlendirmektedir (ISO, 2021). Ayrıca, kalite standartlarına uyum sağlama sürecinde gerçekleştirilen süreç analizleri ve risk değerlendirmeleri, kurumun operasyonel verimliliğini ve çalışan memnuniyetini artırmaya yardımcı olmaktadır. Son olarak, kalite standartlarına sahip olmak, kurumun yeni teknolojilere ve uluslararası iş birliklerine daha kolay uyum göstermesini de sağlamaktadır (WHO, 2022).

Öte yandan, kalite standardı veya akreditasyon almak, yalnızca “belge” edinmekten ibaret değildir. Asıl önemli olan, söz konusu standartların kurum kültürüne yerleşmesi ve sürekli iyileştirme faaliyetleriyle desteklenmesidir (Gomes vd., 2025). Sağlık kurumlarında, kalite yönetimi ve performans değerlendirme sistemleri bütüncül bir yaklaşımla uygulanmadıkça, akreditasyon sürecinin gerçek anlamda fayda sağlaması zorlaşabilir (Bruzzi vd., 2022). Dolayısıyla, TKY ve stratejik yönetim bakış açısı altında, kalite standartları ve akreditasyon ilkeleriyle bütünleşik bir performans yönetimi yaklaşımı benimsemek, sağlık hizmetlerinde uzun vadeli iyileşme ve rekabet gücü açısından kritik önem taşımaktadır (Noorossana & Delshad, 2021).

1.8.3. Akreditasyon ve Sürekli Gelişim Modelleri

Sağlık kurumlarında kalite güvencesi sağlamak ve bu kaliteyi sürekli iyileştirmek adına en yaygın yöntemlerden biri, uluslararası tanınırlığa sahip akreditasyon kuruluşları tarafından belirlenen standartlara uyum sağlamaktır (Joint Commission International [JCI], 2021). Akreditasyon, bağımsız denetçiler aracılığıyla gerçekleştirilen kapsamlı bir inceleme sürecini ifade etmektedir. Bu süreçte sağlık kurumunun hasta güvenliği, klinik uygulamalar, liderlik, yönetim yapısı ve çalışan eğitimi gibi birçok açıdan standartları ne ölçüde karşıladığı değerlendirilmektedir. Uyum düzeyi yeterli bulunan kurumlar akreditasyon sertifikası alarak uluslararası düzeyde tanınırlık ve güvenilirlik kazanmaktadır (Kaplan & Norton, 2021).

Bununla birlikte, akreditasyon tek seferlik bir hedef olmaktan çok, sürekli gelişim odaklı bir anlayışı temsil etmektedir (Deming, 1986). Çoğu akreditasyon modelinde belirli

periyotlarla yeniden denetim yapılması zorunluluğu, kurumun kalite standartlarını kalıcı biçimde uygulamasına ve zamanla bu standartları daha ileri seviyelere taşımasına yardımcı olmaktadır (JCI, 2021). Ayrıca akreditasyon sürecinde tespit edilen eksiklikler veya risk alanları, gelecekte yapılacak iyileştirme projelerine yön göstermektedir. Bu çerçevede akreditasyon sayesinde sağlık kurumları yalnızca mevcut durumlarını ölçmekle kalmaz; aynı zamanda “sürekli iyileştirme” kültürünü örgüt genelinde yaygınlaştırarak kurumsal öğrenmeyi de pekiştirmektedir (Toni & Mattia, 2022).

Sürekli gelişim yaklaşımı, akreditasyonun ötesinde çeşitli yönetim ve iyileştirme modelleriyle desteklenebilir. Planla-Uygula-Değerlendir-Önlem Al (PUÇÖ) Döngüsü veya yaygın kullanım şekliyle PDSA (Plan-Do-Study-Act), hem klinik hem de idari süreçlerdeki hataları azaltmak ve kaliteyi artırmak için sıkça başvurulanan bir yöntemdir (Deming, 1986). Ayrıca Lean (Yalın) Yönetim ve Six Sigma gibi istatistiksel analiz ile süreç optimizasyonuna odaklanan modeller, sağlık hizmetlerinde verimliliği ve hasta memnuniyetini yükseltmede etkili olduğu gösterilen uygulamalardandır (Okoro, 2024). Bu yaklaşımlar, gereksiz bekleme sürelerini düşürmek, hasta akışını daha etkin yönetmek ve çalışanların süreç iyileştirme çalışmalarına aktif katılımını sağlamak bakımından özel bir önem taşımaktadır (Kaplan & Norton, 2021).

Anlaşılabildiği üzere akreditasyon ve sürekli gelişim modelleri, bir sağlık kurumunun kalite yönetimini sadece biçimsel standartların ötesine taşıyarak, kurum kültürünün ve hizmet sunumunun derinlemesine dönüşümünü hedeflemektedir (Toni & Mattia, 2022). Bu şekilde kurumlar, hem uluslararası rekabet ortamında kendini kanıtlayabilir hem de topluma daha güvenli, daha hızlı ve daha etkili sağlık hizmeti sunarak hasta deneyimini zenginleştirebilir (JCI, 2021).

1.8.4. Hasta Güvenliği ve Memnuniyeti Açısından Kalite

Hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin niteliğini belirleyen iki kritik ölçüt olarak öne çıkmaktadır (Institute of Medicine [IOM], 2001). Güvenliğin sağlanamadığı bir ortamda, hasta memnuniyeti yüksek düzeyde seyretse dahi gerçek kaliteye ulaşmak mümkün değildir. Aynı şekilde, hataların minimize edildiği ama hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin göz ardı edildiği bir hizmet sunumu da bütüncül kalite anlayışından uzak kalacaktır (Read vd., 2021).

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek tüm hataların ve komplikasyonların en aza indirilmesini amaçlayan sistematik yaklaşımları içermektedir (Hardy,2024). Hataların büyük çoğunluğu sistemsel kökenli olduğu için, kurum içi süreçlerin standartlaştırılması ve iyileştirilmesi, çalışanlar arasındaki iletişimin güçlendirilmesi ve kök neden analizlerinin düzenli yapılması kritik önem taşımaktadır (Deming,1986). Örneğin, cerrahi güvenlik kontrol listeleri veya ilaç uygulamalarında barkod sistemlerinin devreye alınması, yaygın görülen tıbbi hataları ciddi oranda azaltabilir (Okoro,2024). Bunun yanı sıra çalışanların hata bildirimini ceza korkusu olmadan yapabildiği bir örgüt kültürü, aynı tür hataların tekrarlanmaması için kurumsal öğrenme kapasitesini artırmaktadır (Read vd., 2021).

Hasta memnuniyeti ise hastanın aldığı hizmetten duyduğu genel tatmin düzeyini ifade etmektedir (Toni&Mattia,2022). Hastalar, bekleme sürelerinden tıbbi personelin iletişim becerilerine, hastane ortamının fiziksel koşullarından teşhis ve tedavi kalitesine kadar pek çok boyut üzerinden deneyimlerini değerlendirmeye tabi tutmaktadır (IOM,2001). Dolayısıyla, hastaların tedavi süreçlerinde aktif bilgilendirilmesi, saygılı ve şeffaf bir iletişim kurulması, en az klinik başarı oranları kadar önemlidir (Hardy,2024). Memnuniyeti yüksek olan hastaların tedavi protokollerine daha yüksek oranda uyum gösterdiği ve kuruma yönelik olumlu geri bildirim ve tavsiye davranışlarında bulunduğu da bilinmektedir (Okoro,2024).

Hasta güvenliği ve memnuniyeti arasındaki ilişkiyi, karşılıklı etkileşim kavramı üzerinden ele almak mümkündür (Read vd., 2021). Güvenliğin sağlandığı ortamlarda hastalar kaygılarını daha az hisseder, kurumun sunduğu hizmete güven duyar ve memnuniyet algısı güçlenir (Deming,1986). Aynı şekilde, hasta memnuniyeti odaklı bir yaklaşım, hekimlerle hastalar arasındaki iletişimi geliştirerek olası hataları önleyecek ipuçlarının erken saptanmasını kolaylaştırmaktadır (Hardy,2024). Bu döngü, kalite kültürünün sürekli beslenmesi ve kurumun rekabet gücünün sürdürülmesi için önemli bir itici güç oluşturmaktadır (Kaplan & Norton, 2021).

Yani hasta güvenliği ve memnuniyeti ekseninde inşa edilen bir kalite anlayışı, sağlık hizmetlerinin temel amacı olan insan sağlığını koruma ve iyileştirme ilkesine en uygun kurumsal çerçeveyi sunmaktadır (IOM,2001). Sağlık kurumları, akreditasyon ve sürekli gelişim modellerinden yararlanarak bu iki kritik unsuru bütüncül bir yaklaşımla

ele alabilir ve böylelikle hem klinik başarıml düzeylerini hem de hasta deneyimini sürekli olarak daha ileri bir noktaya taşıyabilir (Toni&Mattia,2022).

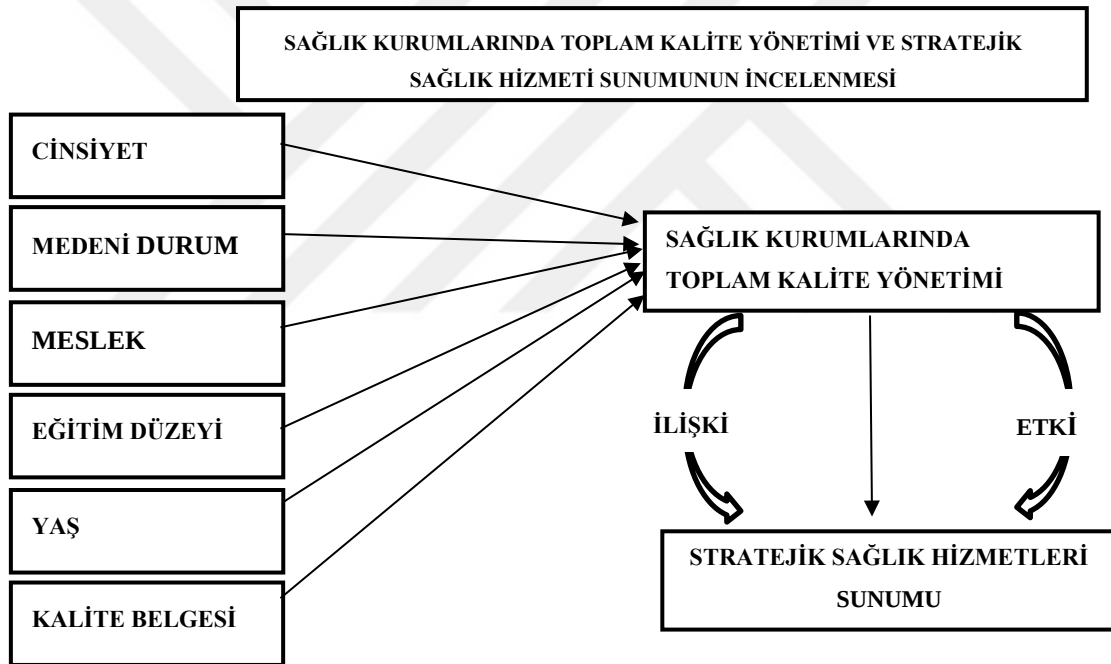


BÖLÜM 2: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma evreni ve örnekleme, veri toplama araçları, veri toplama araçlarına ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, araştırma modeli ve hipotezleri, verilerin analiz edilmesine yönelik yapılan işlemler ve araştırmanın kısıtları alt başlıklarına yer verilmiştir.

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ

Araştırma kapsamında belirlenen amaçlara ulaşabilmek için TKY uygulamaları ve Sağlık Hizmetleri Kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Şekil 1’de yer alan araştırma modeli tasarlanmıştır.



Şekil 2.1 Araştırma Modeli

H1: Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları cinsiyete göre farklılık gösterir.

H2: Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları medeni duruma göre farklılık gösterir.

H3: Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları mesleki gruplara göre farklılık gösterir.

H4: Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları yaşa göre farklılık gösterir.

H5: Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları eğitim durumuna göre farklılık gösterir.

H6: Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları çalışma süresine göre farklılık gösterir.

H7: Kurumdaki kalite belgesinin varlığına göre katılımcıların TKY ve SHK algılarında farklılıklar vardır.

H8: Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve Sağlık Hizmet Kalitesi (SHK) boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki vardır.

H9: TKY algısı, sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi algısını anlamlı ve pozitif yönde yordar.

2.2. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul il sınırları içerisinde faaliyet gösteren özel hastanelerde görev yapan toplam 87.355 sağlık personeli oluşturmaktadır. Evrenin genişliği ve heterojen yapısı nedeniyle tüm bireylere ulaşmak mümkün olamamış, bu nedenle örneklem yöntemi tercih edilmiştir.

Araştırmada, farklı meslek gruplarının temsilini sağlamak amacıyla oransal tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Personel; hekim, ebe-hemşire, sağlık lisansiyeri ve idari personel olarak dört temel meslek grubu altında tabakalanmıştır.

Çalışma evreni üzerinden örneklem hesaplaması yapabilmek için evrenin tam sayısına ulaşılması gerektiğinden, İstanbul'da faaliyet gösteren hastaneleri tek tek aranarak evren sayısı elde edilmiştir. İstanbul'daki özel hastanelerde çalışan personellerin mesleki gruplara göre dağılımları şu şekildedir:

Hekim: 12.846

Ebe-Hemşire: 29.975

Sağlık lisansiyeri (laborant, fizyoterapist vb.): 17.128

İdari ve destek personel: 25.693

Yönetici: 1713

Tabakalı örnekleme sayesinde, her bir meslek grubunun temsiliyeti sağlanarak, verilerin genellenebilirliği ve araştırmanın iç geçerliği artırılmıştır. Sağlık personeli farklı meslek gruplarından oluşur (doktor, hemşire, sağlık teknikeri, idari personel). Bu grupların her biri temsili şekilde çalışmaya dahil edilmelidir. Bu nedenle örnekleme,

mesleki dağılıma göre tabakalara ayrılmış ve her tabakadan orantılı örneklem seçilmiştir.

Araştırmada örneklem büyüklüğü, Cochran Formülü kullanılarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü belirlenirken, %95 güven düzeyinde ve %5 örnekleme hatası ile Cochran (1977) formülü kullanılmıştır. Hesaplamalar sonucunda minimum örneklem büyüklüğü 383 kişi olarak belirlenmiştir. Bu sayı, ilgili meslek gruplarına göre orantılı olarak dağıtılmıştır. İlgili formül ve hesaplama şu şekildedir.

$$n = (N * z^2 * p * (1 - p)) / (e^2 * (N - 1) + z^2 * p * (1 - p))$$

- N: Evren büyüklüğü = 87.355
- z: Güven düzeyi katsayısı = 1.96 (%95 güven düzeyi için)
- p: Örneklemin oranı = 0.5 (bilinmeyen durum için maksimum varyans)
- e: Hata payı (kabul edilen örnekleme hatası) = 0.05

Örneklem hesaplaması sonucu aşağıdaki gibidir.

$$z^2 * p * (1 - p) = 1.96^2 * 0.5 * 0.5 = 3.8416 * 0.25 = 0.9604$$

$$n = 87.355 * 0.9604 = 87.355 * 0.9604 \approx 83.905,5 / e^2 * (N - 1) + 0.9604 = 0.0025 * 87.354 + 0.9604 \approx 218.385 + 0.9604 = 219.3454$$

$$n = 83.905,5 / 219.3454 \approx 382.5 \rightarrow \text{Yaklaşık olarak 383 kişi}$$

Tablo 2.1 Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

		Değer	%
Cinsiyet	Kadın	263	64.6
	Erkek	144	35.4
Medeni Durum	Evli	151	37.1
	Bekar	256	62.9
Yaş	20-27 yaş arası	162	39.8
	28-35 yaş arası	190	46.7
	36-43 yaş arası	26	6.4
	44 ve üzeri	29	7.1
Eğitim Durumu	Lise	46	11.3
	Ön lisans/Lisans	184	45.2
	Yüksek lisans	80	19.7
	Doktora-Tıpta uzmanlık	97	23.8
Branş	Yönetici	17	4.2
	Doktor	49	12
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	18	4.4
	Hemşire/Ebe	185	45.5
	Sağlık lisansiyeri	35	8.6
	Sağlık idarecisi	103	25.3
Çalıştığınız Hastanede Kalite Belgesi Var Mı?	Var	391	96.1
	Yok	16	3.9
Hastanede Çalışma Süreniz	1 yıldan az	63	15.5
	1-5 yıl	176	43.2
	6-13 yıl	72	17.7
	13 yıldan fazla	96	23.6

Tablo 1 incelendiğinde araştırmaya katılan sağlık personelinin %64,6'sının kadın, %35,4'ünün ise erkek olduğu, %62,9'un bekar, %37,1'in evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların %45,2'si ön lisans/lisans, %23,8'i doktora veya tıpta uzmanlık, %19,7'si yüksek lisans ve %11,3'ü lise mezunudur. Katılımcıların %39,8'i 20– 27 yaş arasında, %46,7'si 28–35 yaş arasında, %6,4'ü 36–43 yaş arasında ve %7,1'i 44 yaş ve üzeri grubunda yer almaktadır. Çalışmanın örneklemini ağırlıklı olarak 'genç' katılımcı profili oluşturmaktadır. Çalışanların %45,5'i hemşire/ebe, %25,3'ünü Sağlık İdarecileri, %12'sini doktorlar, %8,6'sını sağlık lisansiyerleri, %4,4'ünü Sağlık Teknikeri/Teknisyenleri, %4,2'sini Yöneticiler oluşturmaktadır. Katılımcıların %43,2'sinin 1-5 yıl, %23,6'sının 13 yıldan fazla, %17,7'sinin 6-13 yıl ve %15,5'inin ise 1 yıldan az süredir çalıştığı görülmektedir. İstanbul ilinde yapılan araştırmada 407 katılımcının %96,1'inin kalite belgesine sahip kurumda olduğunu göstermektedir. Bu durum, kalite standartlarının İstanbul'daki kurumlarda yaygın olarak benimsendiğini ve uygulandığını ortaya koymaktadır.

2.3. VERİ TOPLAMA SÜRECİ VE ARAÇLARI

Bu araştırmada veriler, anket yöntemi aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma amacına uygun olarak oluşturulan anket formu, Google Form üzerinden hazırlanan bir bağlantı ile katılımcılara iletilmiştir. Anket formu, ilgili hastanelerin kurum içi iletişim kanallarında (örneğin çevrimiçi mesajlaşma grupları, e-posta vb.) paylaşılmıştır.

Anket formunun içeriği, Parasuraman (1988), Kanji (2002), Eren (2003) ve Gedikli (1988) tarafından geliştirilen Toplam kalite yönetimi ölçeğinin yanı sıra, Pınar Akıncı'nın yüksek lisans tezinden (Akıncı, 2011) de uyarlanmış olan Hizmet kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Beşli Likert ölçeği (1=Kesinlikle Katılıyorum, 2=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılmıyorum, 5=Kesinlikle Katılmıyorum) formatında hazırlanan anket, üç ana kısımdan oluşmaktadır:

1. Demografik Sorular: Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim seviyesi vb. toplam yedi soru içermektedir.

2.Değişkenlere İlişkin Sorular: Toplam 51 ifade bulunmakta olup, bunların 35'i sağlık hizmet kalitesini (bağımlı değişken) ölçmeye yöneliktir. 16'si Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine aittir.

Anket formundaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı (Cronbach,1951) değerlendirildiğinde; literatürde 0.60-0.70 aralığının alt sınır olarak kabul edildiği

bilinmektedir (Hair vd., 2010). Bu araştırmanın ön denemelerinde, TKY ölçeği için Cronbach Alfa değeri .945, Hizmet Kalitesi ölçeği için ise .98 bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeklerin iç tutarlılığının oldukça yüksek düzeyde olduğunu ve araştırmada güvenle kullanılabileceğini göstermektedir (Cronbach, 1951).

2.4. VERİ ANALİZ YÖNTEMLERİ

Bu çalışmada elde edilen veriler, SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anket formunu eksiksiz dolduran katılımcılara ait veriler, bilimsel etik ve normlar çerçevesinde derlenerek ve analiz setine aktarılmıştır.

Araştırma kapsamında toplanan veriler tamamen nicel niteliktedir. Bu nedenle, istatistiksel yaklaşımlar (tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ANOVA, regresyon vb.) verilerin çözümlemesinde kullanılacak ve sonuçlar doğrultusunda hipotezlere ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır (Hair vd., 2010).

Bütün boyutların skewnes ve kurtosis değerleri hesaplanmıştır. Tüm boyutların skewnes ve kurtosis değerlerinin -2 ile +2 aralığında olduğu görülmüştür. Q Plotslar incelenmiştir ve herhangi bir uç değer olmadığı görülmüştür. Uç değer ve normallik varsayımlarının karşılanması gereği parametrik testlerin kullanılabileceği belirlenmiştir.

- 407 katılımcıdan oluşan veri seti incelendiğinde analize alınacak değişkenler arasında herhangi bir kayıp verinin olmadığı belirlenmiştir.
- İkili değişken gruplarının ortalamalarının karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t-Tesi kullanılmıştır.
- İki den fazla değişken gruba (örneğin eğitim seviyesi) sahip grupların karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yönetim kullanılmıştır.

2.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışma, yalnızca İstanbul ilindeki hastanelerde çalışan sağlık personeli (hemşireler, doktorlar, idari personel, vb.) kapsamaktadır. Dolayısıyla elde edilen bulgular bu sağlık çalışanlarından toplanan veriler ile sınırlıdır.

Araştırmada, Parasuraman (1988), Kanji (2002), Erem (2003), Gedikli (1988) ve Akıncı (2011) çalışmalarından uyarlanmış ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçekler, hizmet kalitesi (ör. *SERVQUAL* boyutları), Toplam Kalite Yönetimi (TKY) unsurları veya örgütsel faktörlere ilişkin belirli ifade setlerinden oluşmaktadır. Dolayısıyla, çalışmada ölçülecek değişkenler ve boyutlar bu ifadelerle sınırlıdır.

Araştırmada kullanılan anket, toplamda 51 ifadeden oluşmaktadır. Hemşireler ve idari personel gibi yoğun ve stresli bir çalışma ortamına sahip sağlık çalışanlarının, zaman kısıtı nedeniyle anketi tamamlama olasılığı daha düşük olabilir. Bu durum, veri toplama sürecini zorlaştırabilir ve geri dönüş oranlarını düşürebilir. Ancak, literatürde hizmet kalitesi ve TKY gibi çok boyutlu kavramların ölçümünde, yeterli sayıda ifade kullanılması gerekliliği sıkça vurgulanmaktadır. Yeterli ifade sayısı, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik seviyelerini artırarak daha sağlıklı sonuçlar elde edilmesine olanak tanımaktadır. Anketin nispeten uzun olması bir sınırlılık olmakla birlikte, araştırmanın amacına uygun ve kapsamlı bir ölçüm yapabilmek adına bu durum göz ardı edilememiştir.

Araştırmanın genel geçerliliği ve güvenilirliği bu belirtilen sınırlılıklardan etkilenebilir. Bununla birlikte, araştırmanın planlama aşamasında bu sınırlılıklar mümkün olduğunca azaltılmaya çalışılmış ve literatürde önerilen yöntem ve ölçekler özenle seçilmiştir. Yine de gelecekte benzer konularda yapılacak araştırmaların, daha geniş bir örneklem, farklı coğrafi bölgeler veya kurum türleri, daha kısa veya farklı ölçeklere dayalı anket formları ve çeşitli istatistiksel yöntemlerle zenginleştirilerek yürütülmesi önerilmektedir.

2.6. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, anket sorularını samimi şekilde yanıtladıkları kabul edilmiştir.
- Araştırma için belirlenen örneklem grubunun evreni temsil edici düzeyde olduğu varsayılmıştır
- Anket formundaki ölçeklerin, araştırmanın amacına uygun ve yeterli düzeyde geçerlik ve güvenilirlik içerdiği varsayılmaktadır (Cronbach, 1951; Hair vd., 2010).

2.7. ETİK YÖNDEN UYGUNLUK

Bu tez çalışmasında, geçerliği ve güvenilirliği daha önce kanıtlanmış (Parasuraman, 1988; Kanji, 2002; Erem, 2003; Gedikli, 1988; Akıncı, 2011) anketler kullanılarak ve katılımcıların rızası alınarak veri toplanmıştır. Katılımcıların kişisel bilgilerinin talep edilmediği, yalnızca çalışma kapsamında ilgili ölçütlerin değerlendirildiği bir veri toplama süreci izlenmiştir. Gerekli kurumsal izinlerin yanı sıra, etik kurul onayı da alınarak veriler derlenmiş ve araştırmanın etik kurallara uygunluğu sağlanmıştır.



BÖLÜM 3: BULGULAR

Analizler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) istatistik programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analizlere başlanmadan önce değişkenler aşağıdaki gibi kodlanmıştır:

TKY = Toplam Kalite Yönetimi

SHK = Sağlık Hizmet Kalitesi

3.1 Ön Analizler

Kayıp Veri: 407 katılımcıdan oluşan veri seti incelendiğinde analize alınacak değişkenler arasında herhangi bir kayıp verinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.1. Kullanılan Ölçeklerin ve Boyutlarının Normallik Analizi Sonuçları

Uç Değer ve Normallik: Bütün boyutların skewnes ve kurtosis değerleri hesaplandı. Tüm boyutların skewnes ve kurtosis değerlerinin -2 ile +2 aralığında olduğu görülmüştür. Q Plotslar incelendi ve herhangi bir uç değer olmadığı görüldü. Uç değer ve normallik varsayımlarının karşılanması gereği parametrik testlerin kullanılabileceği belirlenmiştir.

	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)	Durum
TKY Müşteri Memnuniyeti	.206	-.953	Normal
TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim	.520	-.861	Normal
TKY İnsan Odaklı Yönetim	.549	-.860	Normal
TKY Sürekli İyileştirme	.606	-.635	Normal
SHK Somutluk	-.218	-1.411	Normal
SHK Duyarlılık	-.050	-1.018	Normal
SHK Güvence	-.140	-1.222	Normal
SHK Güvenilirlik	-.437	-1.466	Normal
SHK Profesyonellik	-.077	-1.383	Normal
SHK Empati	-.229	-1.287	Normal

Çarpıklık ve basıklık değerleri, tüm değişkenler için normal dağılım varsayımının genel olarak karşılandığını göstermektedir. Bu, daha önce yapılan ve yapmayı planladığınız parametrik istatistiksel testler (t-testi, ANOVA, korelasyon) için uygun bir temel oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, sağlık kurumlarında kalite belgesinin varlığının çalışanların Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve hizmet kalitesi algı düzeyleri üzerinde anlamlı farklılıklar oluşturduğunu göstermektedir. Yapılan analizler, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, yaş gibi demografik değişkenlere göre TKY ve hizmet kalitesi algılarındaki farklılıkları da ortaya koymuştur.

TKY Sağlık Yönetiminde stratejik bir araç olarak kullanılmakta ve bilinmektedir (Çağatay ve Öztürk, 2021). TKY ile ilgili temel bulguların incelenmesi, stratejik sağlık hizmetleri sunumuna dair bazı dolaylı çıkarımlara da olanak tanımaktadır. Nitekim, TKY algısının yüksek olduğu durumlarda, çalışanlar arasında süreç iyileştirme, hasta güvenliği ve ekip iş birliğine yönelik olumlu algıların öne çıktığı görülmektedir. Bu durum, TKY'nin yalnızca kalite kontrol süreciyle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda sağlık kurumlarında stratejik vizyonla uyumlu hizmet sunumu biçimlerini de desteklediğine işaret etmektedir.

3.2. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE BULGULAR

Tablo 3.2 Cinsiyete Göre TKY ve SHK Ortalamalarına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
TKY	8.451	.004	3.094	300.138	.002
SHK	11.940	.001	3.527	348.296	.000

3.2.1. Cinsiyete Göre Farklılıklar

Kadın ve erkek katılımcıların Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve Sağlık Hizmet Kalitesi (SHK) algı düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığı bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilmiştir. Bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, cinsiyete göre TKY ve hizmet kalitesi (SHK) algılarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığını ortaya koymuştur ($p < .05$). Kadın çalışanların, erkeklere kıyasla daha

yüksek TKY ve SHK puanlarına sahip oldukları bulunmuştur. Bu bulgu, kadınların TKY düzeylerinin ve hizmet kalitesi algılarının erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir.

TKY değişkeni için Levene's testi sonucu anlamlı bulunmuştur ($F = 8.451$, $p = .004$). Bu nedenle varyansların eşitliği varsayımı sağlanamamış ve sonuçlar değerlendirilmiştir. $t(300.138) = 3.094$, $p = .002$ değeri elde edilmiştir. Bu sonuç, kadın ve erkek katılımcıların TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir. Kadın katılımcıların TKY algıları, erkek katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir.

SHK değişkeni için de Levene's testi anlamlıdır ($F = 11.940$, $p = .001$), dolayısıyla yine varyanslar eşit kabul edilmemiştir. $t(348.296) = 3.527$, $p < .001$ sonucu, kadınların SHK puanlarının da erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 3.3. Cinsiyete Göre TKY ve SHK Ortalamalarına İlişkin Standart Sapma ve Ortalama Değerleri

	<i>Cinsiyet</i>	<i>N</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Std. Sapma</i>	<i>Std.Hata ortalaması</i>
TKY	Kadın	263	2.6381	.99017	.06106
	Erkek	144	2.3252	.96761	.08063
SHK	Kadın	263	3.1404	1.20498	.07430
	Erkek	144	2.7515	.97766	.08147

3.2.2. Medeni Duruma Göre Farklılıklar

Medeni duruma göre TKY ve SHK puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Tablo 3.4 TKY ve SHK Algılarının Medeni Duruma Göre Dağılımları

	Medeni Durum	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P
TKY	Bekar	256	2.3801	.94666	.05917	.000
	Evli	151	2.7772	1.02103	.08309	
SHK	Bekar	256	2.9254	1.19126	.07445	
	Evli	151	3.1341	1.04935	.08540	

Medeni duruma göre yapılan t-testi, TKY puanlarında anlamlı bir fark olduğunu, ancak SHK puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığını göstermiştir ($p < .05$). Evli çalışanların TKY puanları, bekar çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak SHK puanları arasında evli ve bekar çalışanlar arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir.

3.2.3. Mesleğe Göre Farklılıklar

Mesleğe göre TKY ve SHK puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Hangi meslek grupları arasında fark bulunduğunu belirlemek için Post Hoc (Games-Howell) testleri gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.5’de ve varyans homojenliği için Levene testi sonuçları Tablo 3.6’da verilmiştir.

Tablo 3.5 Meslek Gruplarına Göre TKY ve SHK Ortalama Puanları

Meslek	N	TKY Ort.	TKY SS	SHK Ort.	SHK SS
Doktor	49	2.36	0.18	2.93	0.52
Hemşire/Ebe	185	2.57	1.05	2.77	1.25
Sağlık İdarecisi	103	3.14	0.88	3.59	0.98
Sağlık Lisansiyeri	35	1.98	0.41	2.52	1.12
Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	18	1.36	0.36	4.09	0.12
Yönetici	17	1.17	0.00	2.02	0.06
Toplam	407	2.53	0.99	3.00	1.14

Not. TKY: Toplam Kalite Yönetimi; SHK: Sağlık Hizmeti Kalitesi; SS: Standart Sapma.

Tablo 3.6 Levene Testi Sonuçları

Değişken	Levene İstatistiği	df1	df2	p
TKY	48.65	5	401	.000
SHK	52.62	5	401	.000

Levene testi sonuçları ($p < .001$), TKY ve SHK puanlarının meslek grupları arasında varyanslarının homojen olmadığını göstermektedir. Bu nedene, gruplar arası farkın güvenilir bir şekilde incelenmesi için Welch ANOVA testine başvurulmuştur. ANOVA ve Welch Testi Sonuçları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 3.7: ANOVA ve Welch Testi Sonuçları

Değişken	ANOVA F	df	p	Welch F	df1	df2	p
TKY Toplam Ort.	29.49	5,401	.000	592.55	5	93.85	.000
SHK Toplam Ort.	16.62	5,401	.000	874.27	5	109.94	.000

Tablo 3 incelendiğinde, hem TKY ($F(5,401) = 29.49$, $p < .001$; Welch $F(5,93.85) = 592.55$, $p < .001$) hem de SHK ($F(5,401) = 16.62$, $p < .001$; Welch $F(5,109.94) = 874.27$, $p < .001$) puanları için meslek grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Grup karşılaştırmalarına ilişkin Post Hoc sonuçları Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 3.8 TKY ve SHK Puanları İçin Önemli Grup Farkları (Games-Howell)

Değişken	Grup I	Grup J	Ort. Fark	p
TKY	Doktor	Sağlık İdarecisi	-0.79	.000*
TKY	Doktor	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	1.00	.000*
TKY	Doktor	Yönetici	1.19	.000*
TKY	Hemşire/Ebe	Sağlık İdarecisi	-0.57	.000*
TKY	Hemşire/Ebe	Sağlık Lisansiyeri	0.59	.000*
TKY	Hemşire/Ebe	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	1.22	.000*
SHK	Doktor	Sağlık İdarecisi	-0.66	.000*
SHK	Doktor	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	-1.16	.001*
SHK	Doktor	Yönetici	0.91	.027

Değişken	Grup I	Grup J	Ort. Fark	p
SHK	Hemşire/Ebe	Sağlık İdarecisi	-0.81	.000*
SHK	Hemşire/Ebe	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	-1.32	.000*
SHK	Sağlık Lisansiyeri	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	1.57	.000*

Çoklu ikili grup karşılaştırma analizlerinden dolayı Bonferroni düzeltmesi ile anlamlılık değeri $*p < .0083$ olarak alınmıştır. Sadece anlamlı farklar tabloya dahil edilmiştir. Post Hoc test sonuçları, TKY puanlarında doktor grubu ile sağlık idarecisi, sağlık teknikeri/teknisyeni ve yönetici grupları arasında, hemşire/ebe grubu ile sağlık idarecisi, sağlık lisansiyeri ve sağlık teknikeri/teknisyeni grupları arasında anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. SHK puanlarında ise doktor grubu ile sağlık idarecisi ve sağlık teknikeri/teknisyeni grupları arasında; hemşire/ebe grubu ile sağlık idarecisi ve sağlık teknikeri/teknisyeni grupları arasında anlamlı farklar gözlenmiştir. TKY puanında yöneticiler ve sağlık teknikeri/teknisyeni en düşük ortalamalara sahipken, sağlık idarecisi en yüksek ortalamaya sahiptir. SHK puanında ise sağlık teknikeri/teknisyeni en yüksek, yönetici grubu en düşük ortalamaya sahiptir.

3.2.4. Eğitim Durumuna Göre Farklılıklar

Eğitim durumuna göre TKY ve SHK puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Hangi eğitim grupları arasında fark bulunduğunu belirlemek için Post Hoc (Games-Howell) testleri gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler Tablo 10'de ve varyans homojenliği için Levene testi sonuçları Tablo 3.9'da verilmiştir.

Tablo 3.9 Tanımlayıcı İstatistikler

Eğitim Durumu	N	TKY Ort. (SS)	SHK Ort. (SS)
Doktora/Tıpta Uzmanlık	97	2.15 (0.41)	2.54 (0.98)
Lise	46	1.64 (0.40)	1.92 (0.31)

Tablo 3.10 Levene Testi Sonuçları

Ön lisans/Lisans	184	2.50 (0.98)	3.04 (1.17)
Yüksek Lisans	80	3.56 (0.91)	4.10 (0.39)
Toplam	407	2.53 (0.99)	3.00 (1.14)

Değişken	Levene Statistic	df1	df2	p
TKY Toplam Ort.	57.08	3	403	.000
SHK Toplam Ort.	105.83	3	403	.000

Not. Her iki değişken için Levene testi anlamlı çıkmıştır ($p < .001$); dolayısıyla varyanslar homojen değildir.

Tablo 3.11 ANOVA ve Welch Testi Sonuçları

Değişken	Kaynak	SS	df	MS	F	p
TKY Toplam Ort.	Gruplar Arası	134.71	3	44.90	68.25	.000
	Gruplar İçi	265.16	403	0.66		
SHK Toplam Ort.	Gruplar Arası	171.20	3	57.07	63.88	.000
	Gruplar İçi	359.98	403	0.89		

Not. Welch testi de varyans homojenliği sağlanmadığı için kullanılmıştır: TKY Welch $F(3, 169.26) = 93.95$, $p < .001$; SHK Welch $F(3, 194.68) = 409.34$, $p < .001$.

Tablo 3.12 Post-Hoc Test Sonuçları

TKY Karşılaştırma	Ortalama Fark	p
Doktora- Lise	0.51	.003*
Doktora- Ön lisans	-0.35	.004*
Doktora- Yüksek Lisans	-1.41	.000*
Lise- Ön lisans	-0.86	.000*
Lise- Yüksek Lisans	-1.91	.000*
Ön lisans- Yüksek Lisans	-1.06	.000*
SHK Karşılaştırma	Ortalama Fark	p
Doktora- Lise	0.61	.002*
Doktora- Ön lisans	-0.50	.000*
Doktora- Yüksek Lisans	-1.56	.000*
Lise- Ön lisans	-1.12	.000*
Lise- Yüksek Lisans	-2.18	.000*
Ön lisans- Yüksek Lisans	-1.06	.000*

Tek yönlü ANOVA sonuçları, eğitim durumuna göre hem TKY hem de SHK puanlarında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir (TKY: $F(3,403) = 68.25$, $p < .001$; SHK: $F(3,403) = 63.88$, $p < .001$). Levene testi her iki değişken için anlamlı çıkmış ($p < .001$) ve varyans homojenliği sağlanmamıştır; bu nedenle Welch testi de uygulanmış ve anlamlı farklılıklar desteklenmiştir (TKY: Welch $F(3,169.26) = 93.95$, $p < .001$; SHK: Welch $F(3,194.68) = 409.34$, $p < .001$).

Çoklu ikili grup karşılaştırma analizlerinden dolayı Bonferroni düzeltmesi ile anlamlılık değeri $*p < .01$ olarak alınmıştır. Sadece anlamlı farklar tabloya dahil edilmiştir. Post-hoc analizler (Games-Howell) sonuçları, özellikle yüksek lisans grubunun her iki ölçekte de diğer tüm eğitim gruplarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir ($p < .01$). Benzer şekilde, lise grubunun ortalamaları, doktora ve önlisans/lisans gruplarından anlamlı olarak düşüktür. Bu sonuçlar, eğitim düzeyi arttıkça TKY ve SHK puanlarının da yükseldiğini göstermektedir.

3.2.5. Yaşa Göre Farklılıklar

Yaşa göre TKY ve SHK puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 3.13 TKY ve SHK Algılarının Yaşa Duruma Göre Dağılımları

		N	Mean $\bar{x}$	Std. Deviation	Std. Error	F	P
TKY	20-27 Yaş	162	2.4896	.98046	.07703	.231	.875
	28-35 Yaş	190	2.5416	1.00683	.07304		
	36-43 Yaş	26	2.6538	1.15377	.22627		
	44 ve Üzeri Yaş	29	2.5330	.83555	.15516		
	Toplam	407	2.5274	.99243	.04919		
	20-27 Yaş	162	2.9718	1.14929	.09030	1.121	.340

SHK	28-35 Yaş	190	3.0139	1.10762	.08035
	36-43 Yaş	26	3.3428	1.33901	.26260
	44ve Üzeri Yaş	29	2.7983	1.15615	.21469
	Toplam	407	3.0028	1.14382	.05670

Yaşa göre TKY puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır, $F(3, 403) = 0.23$, $p = .875$. Benzer şekilde, SHK puanlarında da yaş gruplarına göre anlamlı bir fark gözlenmemiştir, $F(3, 403) = 1.12$, $p = .340$. Levene testi her iki değişken için de varyansların homojen olduğunu göstermiştir (TKY: $p = .215$; SHK: $p = .290$).

Tanımlayıcı istatistiklere göre, TKY puanlarının yaş gruplarına göre ortalamaları sırasıyla 20-27 yaş için $\bar{X} = 2.49$ ($SS = .98$), 28-35 yaş için $\bar{X} = 2.54$ ($SS = 1.01$), 36-43 yaş için $\bar{X} = 2.65$ ($SS = 1.15$), ve 44 yaş ve üzeri için $\bar{X} = 2.53$ ($SS = .84$) olarak bulunmuştur. SHK puanları için ise 20-27 yaş ortalaması $\bar{X} = 2.97$ ($SS = 1.15$), 28-35 yaş $\bar{X} = 3.01$ ($SS = 1.11$), 36-43 yaş $\bar{X} = 3.34$ ($SS = 1.34$) ve 44yaş ve üzeri $\bar{X} = 2.80$ ($SS = 1.16$) olarak belirlenmiştir.

Post hoc analizlerde (Tukey HSD ve Games-Howell), yaş grupları arasında TKY ve SHK puanları açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (tüm karşılaştırmalar için $p > .05$).

Sonuç olarak, bu örnekleimde TKY ve SHK puanları yaş grupları arasında anlamlı farklılık göstermemiştir.

3.2.6. Kalite Belgesinin Varlığına Göre Farklılıklar

Kalite belgesinin varlığına göre TKY ve SHK puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

Tablo 3.14 TKY ve SHK Algılarının Kalite Belgesinin Varlığına Göre Dağılımları

	Kalite Belgesi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	P
TKY	Var	391	2.5433	1.00592	.05087	.003
	Yok	16	2.1406	.42814	.10704	
SHK	Var	391	3.0505	1.13259	.05728	.000
	Yok	16	1.8373	.74276	.18569	

Kalite belgesinin varlığına göre yapılan t-testi, kalite belgesine sahip sağlık kurumlarındaki çalışanların, kalite belgesi olmayan sağlık kurumlarındaki çalışanlara göre daha yüksek TKY ve SHK puanlarına sahip olduğunu göstermiştir ($p < .05$). Bu bulgu, kalite belgesinin, çalışanların kalite yönetimi ve hizmet kalitesi algılarını olumlu yönde etkileyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır

3.2.7. Kurumdaki Çalışma Süresine Yönelik Bulgular

Çalışma süresine göre TKY ve SHK puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Hangi çalışma süresi grupları arasında fark bulunduğunu belirlemek için Post Hoc (Games-Howell) testleri gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler Tablo 1’de ve varyans homojenliği için Levene testi sonuçları Tablo 3.15’de verilmiştir.

Tablo 3.15 Tanımlayıcı İstatistikler

Çalışma Süresi	N	TKY Ort. (SS)	SHK Ort. (SS)
1 Yıldan Az	63	2.67 (0.71)	2.85 (0.98)
1–5 Yıl	176	2.76 (0.94)	3.08 (1.25)
6–13 Yıl	72	2.12 (0.83)	2.65 (0.93)
13 Yıldan Fazla	96	2.31 (1.21)	3.22 (1.13)
Toplam	407	2.53 (0.99)	3.00 (1.14)

Not. TKY ve SHK puanları için grup ortalamaları ve standart sapmalar verilmiştir. 95% güven aralıkları tabloya dahil edilmiştir.

Tablo 3.16 Levene Testi Sonuçları

Değişken	Levene Statistic	df1	df2	p
TKY Toplam Ort.	14.26	3	403	.000
SHK Toplam Ort.	4.44	3	403	.004
Değişken	Levene Statistic	df1	df2	p
TKY Toplam Ort.	14.26	3	403	.000
SHK Toplam Ort.	4.44	3	403	.004

Her iki değişken için Levene testi anlamlı çıkmıştır ($p < .05$), dolayısıyla varyanslar homojen değildir. Bu nedenle, gruplar arası farkın güvenilir bir şekilde incelenmesi için Welch ANOVA testine başvurulmuştur. ANOVA ve Welch Testi Sonuçları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3.17 Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

Değişken	Kaynak	SS	df	MS	F	p
TKY Toplam Ort.	Gruplar Arası	26.98	3	8.99	9.72	.000
	Gruplar İçi	372.89	403	0.93		
SHK Toplam Ort.	Gruplar Arası	15.63	3	5.21	4.07	.007
	Gruplar İçi	515.54	403	1.28		

Not. Varyans homojenliği sağlanmadığı için Welch testi de uygulanmıştır:

TKY Toplam Ort.: Welch $F(3,180.50) = 11.02$, $p < .001$

SHK Toplam Ort.: Welch $F(3,183.24) = 5.03$, $p = .002$

Tablo 3.18 Post-Hoc Test Sonuçları

TKY Karşılaştırma	Ortalama Fark	p
1 Yıldan Az – 6–13 Yıl	0.54	.006*
1–5 Yıl – 6–13 Yıl	0.64	.000*
1–5 Yıl – 13 Yıldan Fazla	0.45	.002*
SHK Karşılaştırma	Ortalama Fark	p
1–5 Yıl – 6–13 Yıl	0.43	.035
6–13 Yıl – 13 Yıldan Fazla	-0.56*	.008*

Tek yönlü ANOVA sonuçları, çalışma süresi değişkenine göre hem TKY hem de SHK puanlarında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir (TKY: $F(3,403) = 9.72, p < .001$; SHK: $F(3,403) = 4.07, p = .007$). Varyans homojenliği sağlanmadığı için Welch testi de uygulanmış ve anlamlı farklılıklar desteklenmiştir (TKY: Welch $F(3,180.50) = 11.02, p < .001$; SHK: Welch $F(3,183.24) = 5.03, p = .002$).

Çoklu ikili grup karşılaştırma analizlerinden dolayı Bonferroni düzeltmesi ile anlamlılık değeri $*p < .0125$ olarak alınmıştır. Sadece anlamlı farklar tabloya dahil edilmiştir. Post-hoc analizler (Games-Howell) sonuçları, özellikle 6–13 Yıl ve 13 Yıldan Fazla çalışma süresine sahip grupların bazı karşılaştırmalarda anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, TKY puanları açısından 1–5 Yıl ve 6–13 Yıl grupları arasında, SHK puanları açısından ise 6–13 Yıl ve 13 Yıldan Fazla grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmiştir ($p < .05$). Bu sonuçlar, çalışma süresi arttıkça bazı psikolojik ölçütlerde farklılıkların ortaya çıktığını göstermektedir.

3.3. TKY VE SHK ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 3.19 TKY ve SHK algıları ve alt boyutları arasındaki korelasyonlar

		TKY Müşteri Memnuniye ti	TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim	TKY İnsan Odaklı Yönetim	TKY Sürekli İyileştirme	SHK Somutluk	SHK Duyarlılık	SHK Güven ce	SHK Güvenil irlik	SHK Profesyo nellik	SHK Empa ti	SHK Toplam Ort.	SHK Toplam Ort.
TKY Müşteri Memnuniy eti	r	1											
	p												
TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim	r	.834**	1										
	p	.000											
TKY İnsan Odaklı Yönetim	r	.795**	.878**	1									
	p	.000	.000										
TKY Sürekli İyileştirme	r	.768**	.919**	.886**	1								
	p	.000	.000	.000									
SHK Somutluk	r	.585**	.518**	.650**	.486**	1							
	R												
	p	.000	.000	.000	.000								

SHK	r	.585**	.537**	.642**	.508**	.875**	1						
Duyarlılık	p	.000	.000	.000	.000	.000							
SHK	r	.641**	.509**	.630**	.486**	.841**	.929**	1					
Güvence	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000						
SHK	r	.655**	.540**	.624**	.526**	.845**	.890**	.957**	1				
Güvenilirlik	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000					
SHK	r	.445**	.405**	.533**	.394**	.871**	.923**	.925**	.911**	1			
Profesyonel	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000				
SHK	r	.519**	.448**	.539**	.377**	.856**	.896**	.942**	.930**	.963**	1		
Empati	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000			
TKY	r	.912**	.964**	.941**	.945**	.595**	.604**	.605**	.627**	.471**	.502**	1	
Toplam Ort.	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
SHK	r	.594**	.512**	.627**	.480**	.920**	.956**	.971**	.962**	.973**	.972**	.589**	1
Toplam Ort.	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. P<0.05 ** . P<0.01

TKY Müşteri Memnuniyeti ile TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim arasında pozitif ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .834$, $p < .01$). Bu durum, müşteri memnuniyetinin arttığı sağlık kurumlarında, yönetim anlayışının da daha fazla verilere ve gerçeklere dayalı bir biçimde yürütüldüğünü göstermektedir.

TKY Müşteri Memnuniyeti ile TKY İnsan Odaklı Yönetim arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .795$, $p < .01$). Bu sonuç, sağlık kurumlarında insan odaklı yönetim anlayışının artmasının, hasta/müşteri memnuniyetinin de artmasına katkı sağladığını göstermektedir.

TKY Müşteri Memnuniyeti ile TKY Sürekli İyileştirme arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .768$, $p < .01$). Bu bulgu, hizmet süreçlerinin sürekli geliştirilmesinin müşteri memnuniyetini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

TKY Müşteri Memnuniyeti ile SHK Somutluk arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .585$, $p < .01$). Bu sonuç, fiziksel olanakların ve ortam düzeninin müşteri memnuniyetine katkı sağladığını göstermektedir.

TKY Müşteri Memnuniyeti ile SHK Duyarlılık arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .585, p < .01$). Bu durum, çalışanların hastalara karşı duyarlı ve ilgili davranmalarının müşteri memnuniyetini artırdığını göstermektedir.

TKY Müşteri Memnuniyeti ile SHK Güvence arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .641, p < .01$). Bu bulgu, sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve güven verme düzeyinin müşteri memnuniyetiyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

TKY Müşteri Memnuniyeti ile SHK Güvenilirlik arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .655, p < .01$). Bu sonuç, verilen hizmetlerin zamanında, eksiksiz ve güvenilir bir biçimde sunulmasının müşteri memnuniyetine katkı sağladığını göstermektedir.

TKY Müşteri Memnuniyeti ile SHK Profesyonellik arasında pozitif yönlü ve düşük-orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .445, p < .01$). Bu bulgu, sağlık çalışanlarının profesyonel davranışlarının müşteri memnuniyetini olumlu etkilediğini ancak diğer faktörlere kıyasla daha sınırlı düzeyde katkı sağladığını göstermektedir.

TKY Müşteri Memnuniyeti ile SHK Empati arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .519, p < .01$). Bu durum, sağlık çalışanlarının hastaların duygusal ve bireysel ihtiyaçlarına yönelik empatik yaklaşımlarının, müşteri memnuniyetini artırdığını göstermektedir.

TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim ile TKY İnsan Odaklı Yönetim arasında pozitif yönlü ve oldukça yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .878, p < .01$). Bu durum, insan odaklı yaklaşımlar benimseyen sağlık kurumlarının, kararlarını da daha çok verilere dayalı biçimde alma eğiliminde olduğunu göstermektedir.

TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim ile TKY Sürekli İyileştirme arasında pozitif yönlü ve oldukça yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .919, p < .01$). Bu bulgu, verilere dayalı karar alma süreçlerinin, sürekli gelişim kültürü ile ilerlediğini göstermektedir.

TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim ile SHK Somutluk arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .518, p < .01$). Bu sonuç, fiziksel çevre ve donanımın, verilere dayalı yönetim anlayışı ile desteklendiğinde daha etkili biçimde geliştirilebildiğini göstermektedir.

TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim ile SHK Duyarlılık arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .537, p < .01$). Bu durum, veri temelli yönetim anlayışının, hasta taleplerine zamanında ve duyarlı yanıt verilmesini desteklediğini göstermektedir.

TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim ile SHK Güvence arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .509, p < .01$). Bu bulgu, veriye dayalı karar alma yaklaşımının, hastaların güven duygusunu güçlendirdiğini göstermektedir.

TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim ile SHK Güvenilirlik arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = .540, p < .01$). Bu sonuç, yönetimde veri kullanımının, hizmetlerin güvenilir biçimde sunulmasına katkı sağladığını göstermektedir.

TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim ile SHK Profesyonellik arasında pozitif yönlü ve düşük-orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .405, p < .01$). Bu durum, profesyonel tutumların sergilenmesinde veri destekli yönetim süreçlerinin rol oynayabileceğini göstermektedir.

TKY Gerçeklere Dayalı Yönetim ile SHK Empati arasında pozitif yönlü ve düşük-orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = .448, p < .01$). Bu bulgu, empatik yaklaşımların, sistematik ve veri temelli yönetimle birlikte geliştirilebileceğini göstermektedir. TKY İnsan Odaklı Yönetim ile TKY Sürekli İyileştirme arasında pozitif yönlü ve oldukça yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .886, p < .01$). Bu sonuç, insan odaklı bir yönetim anlayışının, süreçlerin sürekli olarak geliştirilmesine doğrudan katkı sağladığını göstermektedir.

TKY İnsan Odaklı Yönetim ile SHK Somutluk arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .650, p < .01$). Bu durum, fiziksel hizmet ortamlarının gelişiminde insan odaklı yönetim anlayışının da etkili olduğunu göstermektedir.

TKY İnsan Odaklı Yönetim ile SHK Duyarlılık arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .642, p < .01$). Bu sonuç, çalışanların bireylere daha duyarlı davranmasının, yönetimin insan merkezli olmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. TKY İnsan Odaklı Yönetim ile SHK Güvence arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .630, p < .01$). Bu bulgu, sağlık

çalışanlarının bilgi ve güven verme becerilerinin, insan odaklı yönetimle güçlendiğini ortaya koymaktadır.

TKY İnsan Odaklı Yönetim ile SHK Güvenilirlik arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = .624$, $p < .01$). Bu ilişki, hasta beklentilerinin eksiksiz ve güvenilir biçimde karşılanmasında çalışan merkezli yönetimin etkili olduğunu göstermektedir.

TKY İnsan Odaklı Yönetim ile SHK Profesyonellik arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .533$, $p < .01$). Bu bulgu, çalışanların profesyonel tutum ve davranışlarının, yönetimin insanı önceleyen yaklaşımıyla desteklendiğini göstermektedir. TKY İnsan Odaklı Yönetim ile SHK Empati arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .539$, $p < .01$). Bu durum, empatik iletişimin, yönetimin insan odaklı olmasıyla geliştiğini ve hasta memnuniyetine katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

TKY İnsan Odaklı Yönetim ile TKY Toplam Ortalaması arasında oldukça güçlü ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($r = .941$, $p < .01$). Bu, TKY algısının bütünsel olarak yükselmesinde insan odaklılık yaklaşımının belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir.

TKY İnsan Odaklı Yönetim ile SHK Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = .627$, $p < .01$). Bu bulgu, sağlık hizmet kalitesinin artmasında insan merkezli yönetim anlayışının etkili olduğunu göstermektedir. TKY Sürekli İyileştirme ile SHK Somutluk arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .486$, $p < .01$). Bu ilişki, fiziksel hizmet unsurlarının zamanla iyileştirilmesinin toplam kalite yönetiminin önemli bir boyutu olduğunu göstermektedir.

TKY Sürekli İyileştirme ile SHK Duyarlılık arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .508$, $p < .01$). Bu bulgu, sağlık çalışanlarının duyarlılık düzeyinin artırılmasının, kurum içi sürekli gelişim uygulamalarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

TKY Sürekli İyileştirme ile SHK Güvence arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .486$, $p < .01$). Bu sonuç, sürekli iyileştirme çabalarının, sağlık hizmeti sunumunda güven oluşturmaya katkı sağladığını göstermektedir.

TKY Sürekli İyileştirme ile SHK Güvenilirlik arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .526$, $p < .01$). Bu ilişki, iyileştirme kültürünün, hasta güvenini artıran güvenilir hizmet sunumuna olumlu katkı sağladığını göstermektedir.

TKY Sürekli İyileştirme ile SHK Profesyonellik arasında pozitif yönlü ve düşük-orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = .394$, $p < .01$). Bu bulgu, süreç iyileştirmelerinin profesyonel davranış biçimlerini desteklediğini göstermektedir.

TKY Sürekli İyileştirme ile SHK Empati arasında pozitif yönlü ve düşük-orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .377$, $p < .01$). Bu sonuç, empati düzeyinin artırılmasının, iyileştirme odaklı bir kurumsal iklimle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

TKY Sürekli İyileştirme ile TKY Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .945$, $p < .01$). Bu durum, sürekli iyileştirme uygulamalarının Toplam Kalite Yönetimi algısının genel düzeyine ciddi katkı sağladığını göstermektedir.

TKY Sürekli İyileştirme ile SHK Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .480$, $p < .01$). Bu bulgu, sürekli iyileştirme faaliyetlerinin, genel sağlık hizmeti kalitesini olumlu etkilediğini göstermektedir.

SHK Somutluk ile SHK Duyarlılık arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .875$, $p < .01$). Bu ilişki, çalışanların duyarlı hizmet sunumlarının fiziksel ortamla desteklendiğinde daha etkili olduğunu göstermektedir.

SHK Somutluk ile SHK Güvence arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .841$, $p < .01$). Bu sonuç, somut hizmet özelliklerinin (örneğin tıbbi ekipman, görsel temizlik vb.), hasta güveni oluşturma sürecine katkı sağladığını göstermektedir.

SHK Somutluk ile SHK Güvenilirlik arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .845$, $p < .01$). Bu ilişki, somut donanım ve hizmetlerin güvenilir hizmet algısıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

SHK Somutluk ile SHK Profesyonellik arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .871$, $p < .01$). Bu bulgu, profesyonel hizmet sunumunun fiziki ortam kalitesiyle doğrudan desteklendiğini göstermektedir.

SHK Somutluk ile SHK Empati arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .856, p < .01$). Bu sonuç, empati gösteren çalışanların hizmet sundukları ortamın da hasta deneyimine katkı sağladığını göstermektedir.

SHK Somutluk ile TKY Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .595, p < .01$). Bu ilişki, somutluk algısının genel kalite yönetimi uygulamalarıyla uyumlu ilerlediğini göstermektedir.

SHK Somutluk ile SHK Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .920, p < .01$). Bu durum, fiziksel koşulların sağlık hizmeti kalitesi üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, SHK Duyarlılık ile SHK Güvence arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .929, p < .01$). Bu bulgu, çalışanların duyarlı tutumlarının, hasta güveninin oluşmasında kritik bir etken olduğunu göstermektedir.

Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, SHK Duyarlılık ile SHK Güvenilirlik arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .890, p < .01$). Bu ilişki, çalışanların güvenilir hizmet sunma kapasiteleri ile hasta odaklı duyarlılık düzeyleri arasında güçlü bir bağ olduğunu ortaya koymaktadır.

SHK Duyarlılık ile SHK Profesyonellik arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .923, p < .01$). Bu durum, profesyonel davranışların, hasta ihtiyaçlarına duyarlılıkla yaklaşmayı da kapsadığını göstermektedir.

SHK Duyarlılık ile SHK Empati arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .896, p < .01$). Bu bulgu, empati düzeyi yüksek çalışanların aynı zamanda daha duyarlı yaklaşımlar sergilediğini ortaya koymaktadır.

SHK Duyarlılık ile TKY Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .604, p < .01$). Bu sonuç, duyarlılık düzeyinin, kurumda algılanan toplam kalite yönetimi anlayışı ile paralel ilerlediğini göstermektedir.

SHK Duyarlılık ile SHK Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .956, p < .01$). Bu ilişki, duyarlılığın sağlık hizmeti kalitesinin genel seviyesinin belirlenmesinde temel bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

SHK Güvence ile SHK Güvenilirlik arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .957, p < .01$). Bu bulgu, verilen sözlerin tutulması, zamanında ve doğru hizmet sunumu ile güven hissinin bütünleşik olduğunu ortaya koymaktadır.

SHK Güvence ile SHK Profesyonellik arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .925, p < .01$). Bu sonuç, profesyonel tutum ve davranışların, hasta nezdinde güven oluşturduğunu göstermektedir.

SHK Güvence ile SHK Empati arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .942, p < .01$). Bu ilişki, hastanın duygularının anlaşılması ve ona yönelik şefkatli yaklaşımların güven hissini artırdığını göstermektedir.

SHK Güvence ile TKY Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .605, p < .01$). Bu durum, TKY'nin genelinde benimsenen ilkelerin, güven temelli hizmet sunumunu desteklediğini göstermektedir.

SHK Güvence ile SHK Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .971, p < .01$). Bu güçlü ilişki, sağlık hizmetlerinde güven kavramının genel hizmet kalitesinin en belirleyici unsurlarından biri olduğunu ortaya koymaktadır.

SHK Güvenilirlik ile SHK Profesyonellik arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .911, p < .01$). Bu sonuç, profesyonel davranış biçimlerinin ve uzman yaklaşımların, hastalar için güvenilirlik algısını güçlendirdiğini göstermektedir. SHK Güvenilirlik ile TKY Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .627, p < .01$). Bu bulgu, Toplam Kalite Yönetimi ilkeleri doğrultusunda faaliyet gösteren kurumlarda hizmetlerin daha güvenilir olduğu yönündedir.

SHK Güvenilirlik ile SHK Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .962, p < .01$). Bu güçlü ilişki, hizmet kalitesi algısının en temel bileşenlerinden birinin güvenilirlik olduğunu göstermektedir.

SHK Profesyonellik ile SHK Empati arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .963, p < .01$). Bu bulgu, profesyonel yaklaşımın empatik iletişimle birleştiğinde hasta açısından daha etkili ve memnuniyet artırıcı bir deneyim sunduğunu göstermektedir.

SHK Profesyonellik ile TKY Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .471$, $p < .01$). Bu ilişki, TKY uygulamalarının yaygın olduğu kurumlarda, çalışanların profesyonel davranış düzeylerinin de daha yüksek olduğunu göstermektedir.

SHK Profesyonellik ile SHK Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .973$, $p < .01$). Bu güçlü ilişki, profesyonelliğin hizmet kalitesi algısında belirleyici bir unsur olduğunu göstermektedir.

SHK Empati ile TKY Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .502$, $p < .01$). Bu sonuç, toplam kalite yönetiminin benimsenmesinin, empati temelli sağlık hizmetlerini desteklediğini göstermektedir.

SHK Empati ile SHK Toplam Ortalaması arasında pozitif yönlü ve çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = .972$, $p < .01$). Bu güçlü ilişki, empati düzeyinin sağlık hizmetleri kalite algısında merkezi bir yer tuttuğunu göstermektedir.

TKY boyutları ile sağlık hizmeti kalitesi arasındaki pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler, kalite yönetimi uygulamalarının yalnızca teknik çıktı düzeyinde değil, aynı zamanda stratejik sağlık hizmetleri sunumu çerçevesinde de değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle hasta güvenliği, kaynak kullanımı ve çalışan memnuniyeti gibi stratejik öncelik alanlarıyla TKY arasında kurulan bu anlamlı ilişki, stratejik düzeyde karar alma ve yönetim uygulamalarının TKY aracılığıyla güçlendiğini göstermektedir.

3.3.1 Regresyon Analizi

Gerçekleştirilen regresyon analizinde modelin güvenilirliğini değerlendirebilmek için birtakım varsayımların test edilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, çoklu bağlantı (multicollinearity), artıkların normalliği, doğrusallık, hata terimlerinin bağımsızlığı (Durbin-Watson) varsayımları incelenmiştir.

Tablo 3.20 Çoklu Bağlantı Değerleri (VIF ve Tolerans)

Değişken	Tolerans	VIF
Meslek	.771	1.298
Cinsiyet	.812	1.231
Yaş	.995	1.005
Eğitim Durumu	.635	1.575

Değişken	Tolerans	VIF
Medeni Durumu	.932	1.073
Kalite Belgesi	.825	1.212
Çalışma Süresi	.833	1.200
TKY Toplam Ort.	.643	1.555

Tablo 1’de görüldüğü üzere VIF değerleri 1.005 ile 1.575 arasında, tolerans değerleri ise .635 ile .995 arasındadır. Bu bulgulara göre, modelde çoklu bağlantı (multicollinearity) problemi bulunmamaktadır (Field, 2024). Tablo 2’de artıkların dağılımı verilmiştir.

Tablo 3.21 Artıkların Dağılımı

İstatistik	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Standartlaştırılmış Artık	-1.415	1.754	.000	.990
Artık (Residual)	-1.202	1.491	.000	.841
Cook’s Distance	.000	.021	.002	.003

Standartlaştırılmış artıkların ± 3 sınırları içinde olması ve ortalama değerinin ≈ 0 olması normalliğin sağlandığını göstermektedir (Tabachnick & Fidell, 2019). Artıkların normal dağılımı varsayımı karşılanmaktadır. Standartlaştırılmış artıklar -1.415 ile 1.754 arasında yer almakta, uç değer ya da sapma gözlenmemektedir. Tablo 3’te doğrusallık varsayımına ilişkin ilgili değerler yer almaktadır.

Tablo 3.22 Doğrusallık Varsayımı için Temel İstatistikler

İstatistik	Minimum	Maksimum
Tahmin Edilen Değer (Predicted)	1.704	4.990
Standartlaştırılmış Tahmin	-1.677	2.565

Bu çalışmada, toplam sağlık hizmeti kalitesi puanı (SHK Toplam Ort.) üzerinde demografik değişkenlerin (meslek, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, kalite belgesi sahibi olma durumu ve çalışma süresi) ve toplam kalite yönetimi puanının (TKY Toplam Ort.) etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Hiyerarşik regresyon analizi yöntemi kullanılarak iki model test edilmiştir.

Tahmin edilen değerler ile artıkların rastgele dağılımı doğrusal ilişki varsayımını desteklemektedir (Field, 2024). Artıkların rastgele dağıldığı ve doğrusal ilişki varsayımının karşılandığı görülmektedir. Öte yandan Durbin-Watson değerinin 1.5–2.5 aralığında olması hata terimlerinin bağımsız olduğunu göstermektedir (Field, 2024). Gerçekleştirilen regresyon analizinde Durbin-Watson değeri 1.030 olup, bu sonuç hata terimleri arasında kısmi düzeyde pozitif otokorelasyon olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla bağımsızlık varsayımı kısmi olarak karşılanmaktadır. Son olarak Condition Index değerleri bazı boyutlarda 10'un üzerinde görülse de kritik eşik olan 30 değerini yalnızca tek alt boyutta geçmiştir (31.279). Ancak varyans oranlarının büyük kısmı tek bir boyutta toplanmadığı için ciddi bir çoklu bağlantı sorunu olduğu söylenemez.

Hiyerarşik regresyon analizi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk modelde yalnızca demografik değişkenler, ikinci modelde ise bu değişkenlere ek olarak kalite yönetimi (TKY Toplam Ort.) değişkeni modele dahil edilmiştir. Analiz, 407 katılımcının verileriyle gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.23 Hiyerarşik Regresyon Model Özeti

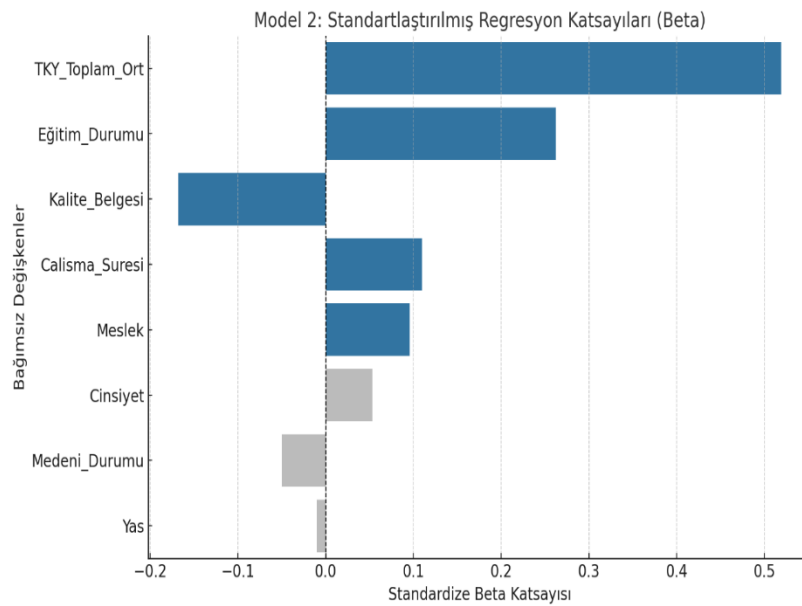
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Std. Hata	R ² Değişimi	F Değişimi	p
1	.534	.286	.273	.975	—	22.78	<.001
2	.677	.459	.448	.850	.173	127.43	<.001

Not. Model 1'de sadece demografik değişkenler, Model 2'de ek olarak TKY Toplam Ort. değişkeni yer almaktadır.

Tablo 3.24 Model 2'ye Ait Regresyon Katsayılar

Bağımsız Değişken	B	SE	β	t	p	VIF
Sabit (Constant)	1.241	0.415	—	2.989	.003	—
Meslek	0.092	0.040	.096	2.291	.023	1.298
Cinsiyet	0.126	0.098	.05	1.291	.198	1.231
Yaş	-0.013	0.050	-.010	-0.262	.793	1.005
Eğitim Durumu	0.284	0.050	.262	5.654	<.001	1.575
Medeni Durumu	-0.119	0.090	-.050	-1.314	.190	1.073
Kalite Belgesi	-0.985	.239	-.168	-4.129	<.001	1.212
Çalışma Süresi	0.124	0.045	.110	2.724	.007	1.200
TKY Toplam Ort.	0.598	0.053	.519	11.289	<.001	1.555

Not. VIF değerleri çoklu doğrusal bağlantı açısından kabul edilebilir düzeydedir (VIF <5). Model 2'de Durbin-Watson istatistiği 1.030 olup, otokorelasyon sorunu bulunmadığını göstermektedir.



Şekil 3.1 Hiyeraşik Regresyon Sonuç Grafiği

Yukarıdaki grafikte, Model 2'de yer alan bağımsız değişkenlerin standartlaştırılmış regresyon katsayıları (Beta) yer almaktadır. Anlamlı bulunan değişkenler ($p < .05$) mavi renk ile, anlamsız olanlar ise gri renk ile gösterilmiştir.

- TKY Toplam Ort değişkeni, en güçlü ve anlamlı pozitif yordayıcıdır ($\beta = .519$).
- Eğitim durumu, kalite belgesi ve çalışma süresi de önemli katkılar sağlamaktadır.
- Cinsiyet, medeni durum ve yaş gibi değişkenlerinin etkisi anlamlı değildir.

Gerçekleştirilen hiyerarşik regresyon analizine göre, Model 1'de meslek, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, kalite belgesi sahibi olma ve çalışma süresi değişkenleri toplam sağlık hizmeti kalitesini anlamlı şekilde yordamıştır, $F(7, 399) = 22.78$, $p < .001$. Bu model açıklanan varyansın %27,3'ünü oluşturmaktadır (Adj. $R^2 = .273$).

Model 2'ye toplam kalite yönetimi puanı (TKY Toplam Ort) eklendiğinde modelin yordayıcılığı önemli düzeyde artmıştır, F değişimi $(1, 398) = 127.43$, $p < .001$, ve açıklanan toplam varyans %44,8'e yükselmiştir (Adj. $R^2 = .448$). Bu, TKY Toplam Ort değişkeninin sağlık hizmeti kalitesine katkısının anlamlı olduğunu göstermektedir.

Model 2'de en güçlü yordayıcı değişkenler TKY Toplam Ort ($\beta = .519$, $p < .001$), eğitim durumu ($\beta = .262$, $p < .001$) ve kalite belgesi sahibi olma durumu ($\beta = -.168$, $p < .001$) olarak belirlenmiştir. Bununla birlikte, meslek ($\beta = .096$, $p = .023$) ve çalışma süresi ($\beta = .110$, $p = .007$) de anlamlı katkı sağlamaktadır. Diğer değişkenler ise anlamlı bulunmamıştır.

Bu analiz, toplam kalite yönetimi uygulamalarının algılanan sağlık hizmeti kalitesine güçlü ve anlamlı bir katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Özellikle eğitim düzeyi yüksek, kalite belgesi sahibi olmayan, belirli meslek gruplarına (sağlık idareciliği ve sağlık teknikeri/teknisyeni) ait bireylerde bu algının daha belirgin olduğu görülmektedir. Bulgular, sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetimi uygulamalarının teşvik edilmesinin sağlık hizmet kalitesi algısını artırabileceğini göstermektedir.

Elde edilen hipotez sonuçları, Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının sağlık hizmeti kalitesi üzerinde doğrudan ve anlamlı etkiler yarattığını göstermektedir. Bu etkiler yalnızca operasyonel düzeyde süreç iyileştirme ile sınırlı kalmamakta, aynı zamanda kurumun stratejik hedeflerine ulaşmasını destekleyecek nitelikler taşımaktadır. Dolayısıyla TKY'nin, stratejik sağlık hizmeti sunumunun temel taşı olarak değerlendirilmesi gerektiği söylenebilir.

Not. Meslek grubu olarak sağlık idareciliği ve sağlık teknikeri/teknisyenliği meslek gruplarında sağlık hizmet kalitesi algısını daha belirgin olduğu, daha önce gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarında ortaya çıkmıştır.

HİPOTEZ SONUÇLARI

<i>Hipotezler</i>	<i>Desteklendi /Desteklenmedi</i>
Hipotez 1; Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları cinsiyete göre farklılık gösterir.	Desteklendi
Hipotez 2; Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları medeni duruma göre farklılık gösterir.	Desteklendi
Hipotez 3; Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları mesleki gruplara göre farklılık gösterir	Desteklendi
Hipotez 4; Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları yaşa göre farklılık gösterir.	Desteklenmedi
Hipotez 5; Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları eğitim durumuna göre farklılık gösterir.	Desteklendi
Hipotez 6; Sağlık çalışanlarında TKY ve SHK algıları çalışma süresine göre farklılık gösterir.	Desteklendi
Hipotez 7; Kurumdaki kalite belgesinin varlığına göre katılımcıların TKY ve SHK algılarında farklılıklar vardır.	Desteklendi
Hipotez 8; Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve Sağlık Hizmet Kalitesi (SHK) boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki vardır.	Desteklendi

Hipotez 9: TKY algısı, sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi algısını anlamlı ve pozitif yönde yordar.	Desteklendi
---	-------------



TARTIŞMA

Bu çalışmada, sağlık sektöründe görev yapan profesyonellerin Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve Sağlık Hizmet Kalitesi (SHK) algıları çeşitli demografik (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim, çalışma süresi) ve örgütsel (kurumda kalite belgesinin varlığı) değişkenler açısından incelenmiş, ayrıca TKY ve SHK boyutları arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, belirlenen hipotezler çerçevesinde detaylı bir şekilde değerlendirilmiştir.

Cinsiyet değişkeni açısından yapılan analizlerde kadın katılımcıların hem TKY hem de SHK puanlarının erkek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, Arslanoğlu ve Yılmaz'ın (2024) özel bir hastanede gerçekleştirdiği çalışmada kadın çalışanların kalite algılarının erkeklere göre daha yüksek bulunması ile benzerlik göstermektedir. Aynı şekilde, hemşirelerin kalite algılarının cinsiyete bağlı olarak farklılaştığını gösteren birçok yerel araştırma, bu bulguyu desteklemektedir.

Medeni duruma göre elde edilen bulgular, cinsiyet bulgularını tamamlayıcı niteliktedir. Bekar ve evli katılımcılar arasında TKY algılarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (evli katılımcıların TKY puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür); buna karşın SHK puanları bakımından bekar ve evliler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu durum da Arslanoğlu ve arkadaşlarının çalışmasıyla paraleldir. Medeni duruma bağlı olarak sadece TKY boyutunda fark görülmesi, evli çalışanların kurumsal süreçlere ve toplam kalite yönetimi uygulamalarına daha fazla önem verme eğiliminde olabileceğini akla getirmektedir. Evli bireylerin genellikle işyerinde daha uzun süreli istikrar ve tecrübe kazandıkları, dolayısıyla kalite iyileştirme faaliyetlerine daha fazla dahil olabilecekleri düşünülebilir. Diğer yandan, SHK algılarının medeni durumdan etkilenmemesi, hizmet kalitesine ilişkin değerlendirmelerin kişisel hayat durumundan bağımsız, daha genel bir perspektifle yapıldığını göstermektedir. Bu alanda literatürde sınırlı da olsa bazı çalışmalar, çalışanların örgütsel algılarında medeni durumun bir rol oynayabileceğini belirtmektedir. Örneğin, farklı bağlamlarda yapılan araştırmalarda medeni durumun liderlik algısı gibi örgütsel tutumlarda anlamlı farklar yarattığı bulunmuştur. Dolayısıyla, bizim bulgumuz da belirli örgütsel algılarda medeni durumun etkili olabileceği görüşünü destekler niteliktedir. Bu durum, yöneticilerin evli

ve bekar çalışanların kurumsal kalite girişimlerine katılım motivasyonlarını anlamalarını ve gerektiğinde farklı yaklaşımlar geliştirmelerini gerektirebilir.

Eğitim durumu ve çalışma süresi değişkenlerine göre hem TKY hem de SHK puanlarında anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, özellikle yükseköğrenim düzeyine sahip sağlık personelinin kalite standartlarına daha duyarlı olduğu, dolayısıyla kalite algılarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Benzer şekilde, çalışma süresi arttıkça kurumsal bağlılık ve kalite anlayışının olumlu ya da olumsuz etkilenebileceği, bu nedenle kalite algılarında farklılaşmalar gözlemlenebileceği belirtilmektedir.

Çalışmada yaş grupları arasında Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve Sağlık Hizmet Kalitesi (SHK) puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının kalite algısının yaş faktöründen çok; mesleki deneyim, görev tanımı ve kurumsal faktörler gibi unsurlar tarafından şekillendiğini göstermektedir. Benzer şekilde, Süleyman Demirel Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bir araştırmada da yaş değişkenine göre sağlık çalışanlarının kalite algıları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Sönmez, 2023). Ayrıca, Yeni Yüzyıl Üniversitesi'nde yürütülen başka bir çalışmada da yaşın kalite algısı üzerindeki etkisinin sınırlı olduğu, bunun yerine kurum içi uygulamalar ve yönetsel faktörlerin belirleyici olduğu vurgulanmıştır (Kızıldağ, 2022).

Bu doğrultuda, yaş faktörünün bireysel kalite algısına etkisinin dolaylı olduğu; yani yaş ilerledikçe otomatik olarak daha yüksek ya da düşük bir kalite algısının gelişmediği, bunun yerine çalışanın bulunduğu pozisyon, eğitimi, kurumsal katılım düzeyi ve çalışma ortamına ilişkin etkileşimlerinin kalite algısını biçimlendirdiği söylenebilir.

Meslek gruplarına göre TKY ve SHK puanlarının anlamlı düzeyde farklılık göstermesi literatürde sıklıkla karşılaşılan bir sonuçtur. Sağlık çalışanlarının sundukları hizmetin kalitesine ilişkin algıları, mesleki rolleri ve görevlerini yerine getirme biçimleriyle yakından ilişkilidir. Örneğin İzmir'de gerçekleştirilen bir araştırmada; doktor, hemşire, idari personel gibi farklı meslek gruplarının hizmet kalitesine yönelik algılarında anlamlı farklılıkların olduğu bulunmuştur (Arısan&Devebakan,2016). Bu bulgunun ışığında, hemşire ve idari personelin kalite politikaları ile daha iç içe olmaları, mesleki sorumlulukları ve eğitim odaklı rollerinin kalite algılarını artırdığı söylenebilir. Dolayısıyla, mesleki pozisyonun hizmet kalitesi algısı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğu değerlendirilebilir.

Kalite belgesinin varlığı, TKY ve SHK puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Bu durum, akreditasyon veya kalite belgesi bulunan kurumlarda çalışanların kaliteye yönelik farkındalığının ve memnuniyetinin daha yüksek olduğunu gösteren yerli çalışmalarla örtüşmektedir (Çaklı,2021). Örneğin Gemici ve Çavuş (2013), TKY uygulamalarının hasta memnuniyeti başta olmak üzere hizmet kalitesinin birçok boyutunda olumlu etkiler yarattığını belirtmiştir. Araştırmada, müşteri odaklı süreçlerin etkin şekilde yürütüldüğü sağlık kurumlarında hizmet kalitesi algısının anlamlı düzeyde yükseldiği vurgulanmaktadır.

Benzer şekilde Atatürk Araştırma Merkezi Dergisinde yayımlanan bir çalışmada da TKY uygulamalarının, süreç iyileştirme ve standardizasyon aracılığıyla hasta güvenliği ve çalışan verimliliğini artırdığı ifade edilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda elde edilen sonuçlarla örtüşmekte ve TKY'nin SHK üzerindeki bütüncül ve yapısal etkisini ortaya koymaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, sağlık sektöründe hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik uygulamalarda Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ilkelerinin etkisini değerlendirmeyi, aynı zamanda bu iki yapının (TKY ve SHK) birbiriyle olan ilişkisini ortaya koymayı amaçlamıştır. Elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının kaliteye yönelik algılarının demografik ve kurumsal bazı değişkenlere göre farklılık gösterdiğini; TKY ile SHK arasında ise anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler bulunduğunu ortaya koymuştur.

Araştırmanın temel sonuçlarına göre, kadın çalışanların TKY ve SHK algıları, erkek çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, literatürde yer alan bazı çalışmalarla örtüşmektedir. Kadınların, kalite süreçlerine daha duyarlı yaklaştığı ve organizasyonel değerlere karşı daha olumlu tutum sergilediği yönündeki görüşleri desteklemektedir. Benzer şekilde, evli bireylerin TKY puanlarının bekârlara kıyasla daha yüksek olması, evli çalışanların işyeri sadakati, deneyim ve süreçlere katılım düzeyinin daha fazla olabileceğini göstermektedir.

Eğitim durumu ve çalışma süresi hem TKY hem de SHK algılarını anlamlı şekilde etkilemiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe kaliteye yönelik farkındalık ve algının da yükseldiği gözlenmiştir. Benzer şekilde, kurumdaki deneyim yılı arttıkça çalışanların kalite yönetimi ve hizmet kalitesi algılarının da geliştiği tespit edilmiştir. Bu bulgular, çalışanların hem mesleki hem de kurumsal öğrenme süreçlerine paralel olarak kaliteye ilişkin tutumlarının olumlu yönde geliştiğini göstermektedir.

Buna karşın, yaş grupları arasında TKY ve SHK puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, kurum içinde yaşa bağlı olmaksızın ortak bir kalite anlayışı geliştiğini, farklı yaş gruplarının benzer kalite perspektiflerine sahip olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, sağlık kurumlarında kuşak farkına rağmen ortak eğitim politikalarının ve kurumsal kültürün etkili olduğunu göstermektedir.

Mesleki gruplar arasında ise hem TKY hem de SHK puanlarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Bu bulgu, farklı unvan ve sorumluluklara sahip sağlık çalışanlarının kaliteye dair algılarının değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle hasta bakımında daha fazla sorumluluk alan hemşireler ve idari personelin kalite uygulamalarıyla daha fazla etkileşimde bulunmaları, bu farklılığı açıklayabilir.

Kalite belgesi (akreditasyon) varlığı, TKY ve SHK puanlarını anlamlı düzeyde etkileyen bir diğer faktör olmuştur. Kalite belgesine sahip kurumlarda çalışan

katılımcıların hem kalite yönetimi hem de hizmet kalitesi algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, kalite belgelerinin kurumsal yapı, süreç standardizasyonu ve güven algısı üzerinde olumlu bir etki yarattığını göstermektedir. Akredite kurumların çalışanları, kalite süreçlerine olan güvenlerini daha güçlü biçimde ifade etmişlerdir.

Yapılan korelasyon analizleri, TKY alt boyutları ile SHK boyutları arasında anlamlı ve pozitif ilişkiler bulunduğunu göstermiştir. Özellikle “Müşteri Memnuniyeti”, “Gerçeklere Dayalı Yönetim” ve “Sürekli İyileştirme” gibi TKY unsurlarının, SHK alt boyutlarıyla yüksek düzeyde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, TKY uygulamalarının sadece içsel verimlilik değil, aynı zamanda hizmet kalitesini doğrudan etkileyen stratejik araçlar olduğunu ortaya koymaktadır.

Toplam kalite yönetimi uygulamalarının algılanan sağlık hizmeti kalitesine güçlü ve anlamlı bir katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Özellikle eğitim düzeyi yüksek, kalite belgesi sahibi olmayan, belirli meslek gruplarına (sağlık idareciliği ve sağlık teknikeri/teknisyeni) ait bireylerde bu algının daha belirgin olduğu görülmektedir. Bulgular, sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetimi uygulamalarının teşvik edilmesinin sağlık hizmet kalitesi algısını artırabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak; sağlık kurumlarında TKY uygulamaları, SHK’yı yükselten, çalışanların memnuniyetini ve hasta güvenliğini güçlendiren önemli bir sistematik yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

Elde edilen sonuçlar, TKY’nin sağlık kurumlarında sadece operasyonel süreçlerle sınırlı kalmadığını, aynı zamanda stratejik yönetim anlayışıyla bütünleşerek kurumsal kalite kültürünün şekillenmesinde önemli bir rol üstlendiğini göstermektedir. TKY uygulamalarının hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti, hizmet verimliliği ve maliyet kontrolü gibi çok boyutlu çıktılar üzerinde etkili olduğu ve bu etkilerin kurumun genel performansına yansıdığı anlaşılmaktadır. Özellikle TKY’nin sürekli iyileştirme, çalışan katılımı, veriye dayalı karar alma ve hasta odaklılık gibi ilkelerinin sağlık hizmetlerinde somut kazanımlar sağladığı görülmüştür.

Araştırmanın bulgularına dayanarak hem uygulayıcılara hem de politika geliştiricilere yönelik aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

Öncelikle, sağlık kurumlarında kalite yönetimi uygulamaları, stratejik planlama süreçlerine entegre edilmelidir. TKY ilkeleri, kurumun vizyon ve misyonu ile uyumlu biçimde yeniden yapılandırılmalı ve bu kapsamda kalite hedefleri, sadece kalite

birimleriyle sınırlı kalmadan tüm kuruma yaygınlaştırılmalıdır. Kalite yönetimi süreçlerinde görev alan yöneticilere yönelik özel eğitim programları geliştirilerek kalite liderliği yetkinliği artırılmalı, çalışanlara yönelik sürekli hizmet içi eğitimlerle kalite kültürü yaygınlaştırılmalıdır. Ayrıca, karar alma süreçlerinde kullanılacak verilerin düzenli ve güvenilir biçimde toplanmasını sağlayacak dijital altyapılar güçlendirilmelidir.

Bununla birlikte, sağlık otoriteleri ve politika yapıcılar için önerilen adımlar da bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere ilgili kurumlar, TKY uygulamalarının çerçevesini belirleyen ulusal rehberler geliştirmeli ve sağlık kurumlarında uygulanacak minimum kalite standartlarını tanımlamalıdır. Stratejik sağlık hizmetleri sunumunu destekleyecek biçimde hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti gibi kalite göstergeleri kurumlar arası kıyaslamaya uygun biçimde yapılandırılmalı ve sistematik olarak izlenmelidir.

Akademik açıdan değerlendirildiğinde, bu çalışmanın sonuçları daha derinlemesine analizler için bir zemin oluşturmaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, TKY uygulamalarının kurumsal kültür üzerindeki etkilerini daha nitelikli bir biçimde irdeleyebilmek amacıyla karma yöntemli araştırmalar önerilmektedir. Ayrıca, TKY ile hizmet kalitesi arasındaki nedensel ilişkilerin detaylı şekilde ortaya konulabilmesi için yapısal eşitlik modellemesi (SEM) gibi ileri analiz yöntemlerinin kullanılması faydalı olacaktır. Öte yandan, TKY'nin sağlık kurumlarında dijitalleşme süreçleriyle entegrasyonu günümüzde giderek önem kazandığından, bu iki yapının etkileşimini inceleyen çalışmalar da literatüre katkı sağlayacaktır.

TKY sağlık kurumlarında yalnızca kaliteyi artırmakla kalmayıp, aynı zamanda sürdürülebilir stratejik yönetim uygulamalarının temelini oluşturan bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Bu doğrultuda hem yönetsel hem de hizmet sunum boyutunda TKY'nin kurumsal yapıya entegre edilmesi, sağlık sisteminin genel performansına olumlu katkılar sağlayacaktır. Tez bulguları bu süreci destekler niteliktedir ve uygulayıcılara rehberlik edebilecek değerli sonuçlar ortaya koymaktadır. **Türkiye Sağlık Sistemi Bağlamında Bulguların Değerlendirilmesi;** Bu araştırmada elde edilen bulgular, toplam kalite yönetimi (TKY) uygulamalarının sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği kültürüne (HGK) anlamlı katkılar sunduğunu göstermektedir. Türkiye bağlamında bu sonuçlar, özellikle Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen **Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)** ve **Hastane Hizmet Kalite Standartları** uygulamaları ile doğrudan örtüşmektedir. 2005 yılından itibaren

hayata geçirilen SKS, hastanelerde kalite yönetim birimlerinin kurulmasını, düzenli öz değerlendirilmelerin yapılmasını ve hasta güvenliği ile ilgili göstergelerin izlenmesini zorunlu hale getirmiştir. Bu bağlamda, çalışmamızda kalite belgesine sahip kurumlarda TKY ve HGK puanlarının daha yüksek bulunması, SKS uygulamalarının çalışan algıları üzerinde olumlu bir etki yarattığını desteklemektedir.

Ayrıca Türkiye, 2011 yılından itibaren **Joint Commission International (JCI)** gibi uluslararası akreditasyon kuruluşlarıyla uyumlu uygulamalara yönelmiş ve bazı şehir hastaneleri de dahil olmak üzere birçok kurum akreditasyon sürecine girmiştir. Araştırmada yöneticilerin TKY ve HGK algılarının yüksek olması, bu akreditasyon süreçlerinin yönetim kadrosu tarafından daha iyi içselleştirildiğini; ancak teknikerler veya klinik dışı çalışanlarda algının daha düşük kalabildiğini göstermektedir. Bu durum, Türkiye’deki kalite programlarının tüm personeli kapsayacak şekilde daha yaygın ve sürekli eğitimlerle desteklenmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Hasta güvenliği kültürünün özellikle “yönetici desteği”, “iletişim açıklığı” ve “hata raporlama sistemleri” boyutları, SKS’de kritik göstergeler arasında yer almaktadır. Araştırmamızda bu boyutlardaki farklar, kalite belgesi olmayan kurumlarda daha belirginleşmiştir. Dolayısıyla, SKS’nin yalnızca belgelendirme sürecine değil, aynı zamanda **kurumsal güvenlik kültürünün geliştirilmesine yönelik** bir araç olarak kullanılmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak, araştırmanın bulguları Türkiye’de yürütülen sağlıkta kalite politikalarıyla tutarlıdır. Ancak bulgular aynı zamanda, akreditasyon süreçlerinin yalnızca formel bir gereklilik olarak değil, çalışanların günlük uygulamalarına nüfuz eden bir kurumsal dönüşüm aracı olarak yönetilmesi gerektiğini de göstermektedir. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı’nın kalite standartlarının sahada daha etkin uygulanması, çalışanların tüm kademelerde sürece katılımının sağlanması ve özellikle klinik dışı personelin farkındalığını artıracak stratejilerin geliştirilmesi, araştırmanın önemli önerileri arasında yer almaktadır.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, O., & Biçer, E. B. (2025). Sağlıkta toplam kalite yönetimi uygulamalarının rekabet avantajına etkisi. *Business & Management Studies: An International Journal*, 13(1), 70-87.
- Al-Anazi, A. M. F., Alanazi, M. L., Alresheedi, A. F. N., Al-Rashidi, A. M. O., Al-Harbi, F. S., & Al-Mutairi, A. M. A. (2022). Healthcare Quality Improvement: Strategies For Improving The Quality And Safety Of Healthcare Delivery In Healthcare Organizations. *Journal of Survey in Fisheries Sciences*, 9(4), 152-154.
- Arısan, Y., & Deveci, N. (2016). Sağlık işletmelerinde çalışanların sunulan hizmetlere yönelik kalite algısı: İzmir’de bir devlet hastanesinde araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(3), 507-53
- Arslanoğlu, R., & Yılmaz, E. (2024). Kalite Belgeli Özel Bir Hastanede Çalışanların Hizmet Kalitesine Yönelik Algıları. *Vizyoner Dergisi*, 15(1), 112–130. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/vizyoner>
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of management*, 17(1), 99-120.
- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*.
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare?. *BMJ Quality & Safety*, 16(1), 2-3.
- Beckford, J. (2022). *Quality management: reconsidered for the digital economy*.
- Berwick, D. M. (2019). Sounding board: Continuous improvement as an ideal in health care. In *Management of Healthcare* (pp. 183-186). Routledge.
- Berwick, D. M. (1995). The toxicity of pay for performance. *Quality Management in Healthcare*, 4(1), 27-33.
- Boxall, P., & Macky, K. (2014). High-involvement work processes, work intensification and employee well-being. *Work, employment and society*, 28(6), 963-984.

- Bruzzi, S., Ivaldi, E., & Santagata, M. (2022). Measuring regional performance in the Italian NHS: Are disparities decreasing?. *Social Indicators Research*, 159(3), 1057-1084.
- Bryson, J. M. (2018). *Strategic planning for public and nonprofit organizations: A guide to strengthening and sustaining organizational achievement*. John Wiley & Sons.
- Carrillo-García, C., Solano-Ruíz, M. D. C., Martínez-Roche, M. E., & Gómez-García, C. Crosby, P. B. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. New American Library.
- Cochran, W.G.** (1977). *Sampling Techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Çağatay, A. (2019). Kamu ve özel hastanelerdeki yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanım görüşleri hakkında karşılaştırmalı bir araştırma. [Doktora Tezi] *Gazi Üniversitesi, Ankara*.
- Çağatay, A., & Kızılkaya, S. (2021). Stratejik insan kaynakları yönetimi aracının liyakate esas görüşlerle olan ilişkisi: Sağlık çalışanları örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(1), 249-267.
- Çağatay, A., & Kızılkaya, S. (2022). Sağlık Yöneticilerinin Kurumsal Stratejik Yönetim Araçlarını Bilmelerini Etkileyen Faktörlerin Çaid Analizi Yöntemiyle İncelenmesi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12(24), 407-431.
- Çağatay, A., & Öztürk, Z. (2021). Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin stratejik yönetim araçları kullanım görüşleri. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22(2), 1-29.
- Çaklı, İ. Ö. (2021). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Donabedian Kalite Özellikleri ve Sağlık Çalışanlarının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi. *İş'te Davranış Dergisi*, 6(1), 1-15.
- Dahlgaard-Park, S. M. (2011). The quality movement: where are you going?. *Total Quality Management & Business Excellence*, 22(5), 493-516.
- Dean Jr, J. W., & Bowen, D. E. (1994). Management theory and total quality: improving research and practice through theory development. *Academy of management review*, 19(3), 392-418.
- Deming, W. E. (1986). Principles for transformation. *Out of the Crisis*, 18, 96.

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.
- Efil, İ. (2009). *Toplam kalite yönetimi ve stratejik uygulamalar*. Alfa Aktüel Yayınları.
- Erdem, A. R. (1998). Süreç Kuramlarının Eğitim Yönetimine Katkıları. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(4), 51-57.
- Erdoğan, İ. (1996). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları*. Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi, XII (12), 575–578.
- Feigenbaum, A. V. (1991). Total quality control. *New York*, 12.
- Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage publications limited.
- Fink, S., & American Management Association. (1986). *Crisis management: Planning for the inevitable*. Amacom,
- Freedman, M., & Tregoe, B. B. (2003). The art and discipline of strategic leadership. (No Title)
- Gemici, E., & Çavuş, M. F. (2024). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *The Journal Of Academic Social Science*, 1(1), 238-257.
- Gomes, J. V., & Romão, M. J. B. (2025). Balanced Scorecard Promotes the Strategic Alignment. In *Entrepreneurial Ecosystems Driving Economic Transformation and Job Creation* (pp. 281-312). IGI Global Scientific Publishing.
- Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *Jama*, 286(20), 2578-2585.
- Gudelj, M., Delic, M., Kuzmanovic, B., Tesic, Z., & Tasic, N. (2021). Business process management model as an approach to process orientation. *International Journal of Simulation Modelling*, 20(2), 255-266.
- Güler, M., & Doğan, S. (2018). Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi uygulamaları. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 14(3), 457–472
- Hambrick, D. C., & Fredrickson, J. W. (2001). Are you sure you have a strategy?. *Academy of Management Perspectives*, 15(4), 48-59.

- Hamilton, A. L., Layden, E. A., Storrar, N., Skinner, J., Harden, J., & Wood, M. (2024). Definition, Measurement, Precursors, and Outcomes of Trust Within Health Care Teams: A Scoping Review. *Academic Medicine*, 99(1), 106-117.
- Hardy, K. (2024). Adopting High-Reliability Principles in Healthcare: A Pathway to Enhanced Organizational Resilience. Available at SSRN 4967894. Harvard Business Press.
- Heydari, M., Lai, K. K., Fan, Y., & Li, X. (2022). A review of emergency and disaster management in the process of healthcare operation management for improving hospital surgical intake capacity. *Mathematics*, 10(15), 2784.
- Hill, C. W., & Jones, G. R. (2012). *Strategic management an integrated approach*. South-Western cengage learning.(2013). Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(06), 1314-1320
- Imai, M. (1986). Kaizen: The key to Japan's competitive success. *Kaizen Institute Ltd*.
- Juran, J. M. (1988). Juran on planning for quality. (No Title).
- Institute of Medicine [IOM]. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press.
- International Organization for Standardization [ISO]. (2021). *ISO standards*. Retrieved [https://www.iso.org/standards.html] Erişim Tarihi 04.01.2025
- Johnson, G., Whittington, R., & Scholes, K. (2011). *Exploring Strategy: Pearson College*. Pearson Higher Ed.
- Joint Commission International [JCI]. (2021). Joint Commission International accreditation standards for hospitals (7th ed.). Joint Commission Resources.
- Juran, J. M. (1988). Juran on planning for quality. (No Title).
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2021). *The execution premium*. McGraw Hill-Ascent Audio.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Kaynak, H. (2003). The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance. *Journal of Operations Management*, 21(4), 405–435.
- Kızıldağ, Z. (2022). *Hastane çalışanlarının kalite algısı ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yeni Yüzyıl Üniversitesi Yayınları.
- Krohwinkel, A., Mannerheim, U., Rognes, J., & Winberg, H. (2021). *Value-based healthcare in theory and practice*.
- Kubat, G. (2012). Öz değerlendirmenin 360 derece geri besleme yöntemindeki işlevselliği. *Hitit üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü dergisi*, 5(1), 51-66.
- Lavín Fernández, A., & Mazza, C. (2024). Social Conformity and Adaptation to Norms: The Compliance Society. In *Boards Under Crisis: Decision-Making in the Age of Uncertainty and Fear* (pp. 131-143). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Lizarelli, F. L., Toledo, J. C. D., Gambi, L. D. N., & Gonçalves, C. L. (2023). Continuous improvement behaviors and impacts on innovation. *The TQM Journal*, 35(2), 366-388.
- Mink, O. G. (1991). *Developing and managing open organizations: A model and method for maximizing organizational potential*/Somerset Consulting Group.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of management review*, 22(4), 853-886.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), 77.
- Njomo, E. (2022). *Total Quality Management and Operational Performance of United Nations Agencies Based in Nairobi Kenya* (Doctoral dissertation, University of Nairobi).
- Noorossana, R., Delshad, A. T., & Nayeypour, M. R. (2021). Determinants of patient satisfaction with hospital service quality in the context of Iranian health care market. *International Journal of Operations and Quantitative Management*, 27(3), 287-302.
- Nunes, B., Batista, L., Masi, D., & Bennett, D. (2022). *Sustainable operations management: Key practices and cases*. Routledge.

- Nwabueze, U. (2001). An industry betrayed: the case of total quality management in manufacturing. *The TQM Magazine*, 13(6), 400-409.
- OHSAD. (2023). *Sağlık istatistikleri yılı 2023 haber bülteni*. <https://ohsad.org/wp-content/uploads/2024/10/Saglik-Istatistikleri-Yilligi-2023-Haber-Bulteni.pdf>
- Okoro, G. O. (2024). Lean Kaizen Implementation And Organisational Survival: A Moderating Role Of Organstional Structure Of Manufacturing Firms In Port Harcourt. *Bw Academic Journal*.
- Ozsungur, F. (2024). Unveiling the Innovation Nexus: How Workplace Belongingness Shapes Tomorrow's Breakthroughs through Corporate Stakeholder Responsibility. *Journal of Organisational Studies and Innovation*, 11(1), 10-51659.
- Yılmaz, N. (2007). *Toplam Kalite yönetimi ve örgüt kültürü* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. *Journal of retailing*, 64(1), 12.
- Pearson, C. M., & Mitroff, I. I. (1993). From crisis prone to crisis prepared: A framework for crisis management. *Academy of Management Perspectives*, 7(1), 48-59.
- Poksinska et al., 2006
- Akıncı, P. (2011). *The Relationship Between Tqm and Service Quality: an Application in Health Care Industry* (Master's thesis, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*. Free Press.
- Porter, M. E. (2008). *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*. simon and schuster.
- Read, G. J., Shorrock, S., Walker, G. H., & Salmon, P. M. (2021). State of science: Evolving perspectives on 'human error'. *Ergonomics*, 64(9), 1091-1114.
- Sarıduman, M. (2016). *Sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetimi akreditasyon uygulamalarının ve kalite algısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Örnek bir uygulama* [Yüksek lisans tezi, Atılım Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi. <https://acikbilim.yok.gov.tr/>

- Savage, G. T., Fottler, M. D., & Khatri, N. (Eds.). (2010). *Strategic human resource management in health care*. Emerald Group Publishing.
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (1994). *Health care management: Organization, design, and behavior (Delmar series in health services administration)*. Albany: Delmar Publishers.
- Slack, N., & Brandon-Jones, A. (2018). *Operations and process management: principles and practice for strategic impact*. Pearson UK.
- Sönmez, S. (2023). *Sağlık çalışanlarının kalite algılarında demografik faktörlerin rolü: SDÜ örneği*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi
- Şengül, M. (1997). Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi.
- Taş, Y. F., & Aksu, A. (2011). Toplam kalite yönetimi ve stratejik liderlik. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 351-361.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (7th ed.). Pearson
- Tomblin, B. T. (2021). *Effect of Joint Commission International Accreditation on Hospital Performance: a Systematic Literature Review* (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh).
- Toni, M., & Mattia, G. (2022). Value-Based Healthcare. In *The Digital Healthcare Revolution: Towards Patient Centricity with Digitization, Service Innovation and Value Co-creation* (pp. 29-36). Cham: Springer International Publishing.
- Wilkinson, A., Redman, T., Snape, E., & Marchington, M. (1998). *Managing with total quality management: theory and practice*. Bloomsbury Publishing.
- Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(3), 233-235.
- World Health Organization. (2022). Health systems resilience toolkit: a WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts.
- Yükçü, S., & Atağan, G. (2009). Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yaratdığı Karışıklık. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 1-13.

Zhang, L., Huang, Y., & Wu, M. (2024). Sustaining accreditation programs: A study of hospital staff perceptions in China. *International Journal for Quality in Health Care*, 36(2), 89–98.

