



**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KALİTENİN  
İYİLEŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BEKLENTİ VE ÖRGÜTSEL  
USTALIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ:  
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**MUHAMMET GÜMÜŞ**

**0000-0003-1278-6234**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**SİVAS  
AĞUSTOS 2023**

**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAKİ KALİTENİN  
İYİLEŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BEKLENTİ VE ÖRGÜTSEL  
USTALIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ:  
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**MUHAMMET GÜMÜŞ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. ENİS BAHA BİÇER**

**SİVAS-2023**

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında bir üniversite hastanesinde sağlık çalışanlarında kalitenin iyileştirilmesine yönelik beklenti ve örgütsel ustalık arasındaki ilişkinin incelenmesi istenmiştir.

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca özveriyle, sabırla ve deneyimleriyle beni aydınlatan, karşılaştığım bütün sorunlarda kuşkusuz kapısını çalabildiğim ve hayatım boyunca örnek alacağım çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Enis Baha BİÇER'e,

Manevi desteğini her an yanımda hissettiğim kıymetli hocalarım Doç. Dr. Yılmaz DAŞLI'ya, Doç. Dr. Sait BARDAKÇI'ya, Dr. Öğr. Üyesi Abdullah MISIRLIOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe NUMANOĞLU AKBAŞ'a Öğr. Gör. Ecem DEMİR'e ayrıca,

Büyük fedakârlıklarla beni bugünlere getiren, bitmek bilmeyen sevgi, destek ve bana olan inançlarıyla yanımda olan sevgili aileme,

Bu zorlu tez sürecinde benden desteğini bir an için bile esirgemeyen değerli Ağabeyim Furkan AKBAŞ'a, verilerin toplanmasında yardımcı olan Ablam Çilem ESEN'e,

Araştırmanın yapıldığı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama Ve Araştırma Hastanesi yönetimine ve çalışanlarına,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Muhammet GÜMÜŞ

2023– SİVAS

## ÖZET

### SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KALİTENİN İYİLEŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BEKLENTİ VE ÖRGÜTSEL USTALIK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Muhammet GÜMÜŞ

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Enis Baha BİÇER

2023, 109-+xiii Sayfa

Sağlık sektöründe kalite son yirmi yılda önem kazanmaya başlamıştır. Sektöründeki toplam kalite yönetiminin iyileştirilmesine yönelik gerek devlet gerekse de özel girişimciler tarafından yapılan çalışmalar, her geçen gün sağlık sektörünün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarının hizmet sunumunda kaliteli, verimli ve etkili olabilmeleri için, sürekli iyileştirme çabası içerisinde olmaları gerekmektedir. Bunun da en iyi yolu sağlık hizmetlerinde kalitenin ve çalışan memnuniyetinin artırılması ile gerçekleşmesi mümkündür.

Artan rekabet baskısı ve hızla değişen çevresel koşullar, kuruluşları yaratıcı, aktif, uyarlanabilir ve esnek kılmaya zorlamaktadır. Bu durum kurumları, farklı stratejik alternatifleri uygulanmaya yönlendirmektedir. Örgütsel ustalık stratejisi, örgütün mevcut yeteneklerinin araştırması ve yeni yeteneklerin keşfi kavramı olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde iş çevresinde örgütsel ustalık araştırmalarının sayısı gittikçe artmaktadır.

Bu araştırma sağlık çalışanlarının toplam kalite yönetimi ile örgütsel ustalık arasında ilişki olup olmadığını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Sağlık personelinin toplam kalite yönetimi ile örgütsel ustalık düzeyleri arasında belirlenecek ilişkiye göre literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Bu çalışmada; Şimşek (2019) tarafından geliştirilmiş olan “**Toplam Kalite Yönetimi**” ölçeği geçerlilik güvenirlik analizi yapılarak uygulanmıştır. Anket toplam 27 maddedir ve beşli tipi likert ölçek kullanılmıştır. “**Örgütsel Ustalık**” ölçeği Lubatkin, Şimşek, Ling ve Viega (2006) tarafından geliştirilen, geçerliliği ve güvenirliliği yapılmış ve Türkçeye uyarlaması Attar (2014) tarafından

gerçekleştirilen ve araştırmacı (6 soru) ve yararlanıcı (6 soru) stratejileri ölçen, toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Ölçekler, bir üniversite hastanesinin idari ve hasta hizmetleri birimlerinde çalışan 400 kişiye uygulanmıştır. Veriler 29.12.2021- 15.05.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. IBM SPSS 23.00 programından yararlanılarak veriler analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde t- testi, Anova ve Pearson Korelasyon Katsayısı ile Frekans testleri kullanılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre; sağlık çalışanlarının toplam kalite yönetimi ve örgütsel ustalık ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir; sağlık personelinin toplam kalite yönetimi ve örgütsel ustalık ile medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Grup ortalamaları da dikkate alındığında, bekâr katılımcıların Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanlarının evli katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Kalite, Sağlıkta Kalite, Örgütsel Ustalık

## **ABSTRACT**

### **EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN EXPECTATION AND ORGANIZATIONAL AMBIDEXTERITY FOR QUALITY IMPROVEMENT IN HEALTHCARE PROFESSIONALS: THE CASE OF A UNIVERSITY**

**HOSPITAL**

**Muhammet GÜMÜŞ**

**Master Thesis**

**Department of Health Management**

**Advisor: Associate Professor Enis Baha BİÇER**

**2023, 109-+xiii Page**

Quality in the health sector has started to gain importance in the last twenty years. The studies carried out by both state and private entrepreneurs to improve the total quality management in the sector constitute an important part of the health sector day by day. Health institutions should be in continuous improvement efforts in order to be quality, efficient and effective in-service delivery. The best way to achieve this is by increasing the quality and employee satisfaction in health services.

Increasing competitive pressures and rapidly changing environmental conditions are forcing organizations to be creative, active, adaptable and flexible. This situation leads institutions to implement different strategic alternatives. organizational ambidexterity strategy is the concept of researching the existing capabilities of the organization and discovering new talents. Today, the number of organizational ambidexterity research in the business environment is increasing.

This research aims to reveal whether there is a relationship between total quality management of health professionals and organizational ambidexterity. It aims to contribute to the literature according to the relationship to be determined between the total quality management and organizational ambidexterity levels of health personnel.

In this study, the "Total Quality Management" scale developed by Şimşek (2019) was applied by performing validity reliability analysis. The questionnaire had a total of 27 items and a five-type Likert scale was used. The “organizational ambidexterity” scale consists of a total of 12 questions developed by Lubatkin, Şimşek, Ling and Viega (2006), validated and reliable, and adapted to Turkish by

Attar (2014) and measuring researcher (6 questions) and beneficiary (6 questions) strategies.

The scales were applied to 400 people working in the administrative and patient services units of a university hospital. The data were collected between 29.12.2021- 15.05.2022. The data were analysed by using IBM SPSS 23.00 program. In the evaluation of the data, t-test, Anova and Pearson Correlation Coefficient and frequency tests were used.

According to the results obtained, it is seen that there is no significant difference between the total quality management and organizational mastery of health workers and their gender, and there is a significant difference according to the total quality management and organizational ambidexterity and marital status of health personnel. When the group averages are taken into consideration, it can be said that the average scores of the single participants on the Total Quality Management scale are significantly higher than the married participants.

**Keywords:** Health, Quality, Quality in Health, Organizational Ambidexterity

## İÇİNDEKİLER

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| ÖNSÖZ.....                                                      | i   |
| ÖZET.....                                                       | ii  |
| İÇİNDEKİLER .....                                               | vi  |
| TABLolar DİZİNİ .....                                           | x   |
| KISALTMALAR .....                                               | xii |
| BİRİNCİ BÖLÜM.....                                              | 1   |
| KALİTE VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....                                | 1   |
| 1.1.Kalitenin Tanımı.....                                       | 1   |
| 1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı.....                 | 3   |
| 1.3.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi .....      | 6   |
| 1.4.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi.....            | 7   |
| 1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin İyileştirilmesi .....       | 9   |
| 1.6. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri ..... | 11  |
| 1.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Hasta (Müşteri) Odaklılık.....      | 11  |
| 1.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılık .....                  | 13  |
| 1.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Geliştirme/Kaizen .....     | 14  |
| 1.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Eğitim .....                | 15  |
| 1.6.5. Sağlık Hizmetlerinde Liderlik .....                      | 16  |
| 1.6.6. Sağlık Hizmetlerinde Sıfır Hata .....                    | 17  |
| 1.6.7. Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon.....                     | 18  |
| 1.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri .....           | 18  |
| 1.7.1. Etkenlik.....                                            | 19  |
| 1.7.2. Etkililik .....                                          | 19  |
| 1.7.3. Verimlilik .....                                         | 19  |
| 1.7.4. Optimal Olma.....                                        | 20  |

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.7.5. Kabul Edilebilirlik.....                              | 20        |
| 1.7.6. Yasallık .....                                        | 20        |
| 1.7.7. Eşitlik .....                                         | 21        |
| 1.8. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı .....                       | 21        |
| 1.9. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....             | 22        |
| 1.9.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....                      | 22        |
| 1.9.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: .....  | 23        |
| 1.9.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: ..... | 23        |
| 1.9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....                  | 24        |
| 1.9.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetler ..... | 24        |
| 1.9.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....  | 25        |
| 1.9.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....  | 25        |
| 1.9.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....               | 25        |
| 1.9.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon .....                          | 26        |
| 1.9.3.2. Sosyal Rehabilitasyon .....                         | 26        |
| 1.9.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....               | 26        |
| 1.10. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....                 | 27        |
| 1.11. Hastanelerin Tanımı ve Tarihçesi.....                  | 29        |
| 1.12. Hastanelerin Sınıflandırılması .....                   | 31        |
| 1.12.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler.....                | 31        |
| 1.12.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler .....                 | 32        |
| 1.12.3. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler .....               | 32        |
| 1.12.4. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler.....        | 33        |
| 1.12.5. Yatış Süresine Göre Hastaneler.....                  | 33        |
| <b>İKİNCİ BÖLÜM .....</b>                                    | <b>35</b> |
| <b>ÖRGÜTSEL USTALIK .....</b>                                | <b>35</b> |

|                                                                                                                   |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1. Örgütsel Uсталık (Organizational Ambidexterity) Kavramı .....                                                | 35        |
| 2.2. Örgütsel Uсталık Kavramının Tarihsel Gelişimi.....                                                           | 37        |
| 2.3. Örgütsel Uсталıkta Temel Kavramlar .....                                                                     | 39        |
| 2.3.1. Sıralı Örgütsel Uсталık .....                                                                              | 39        |
| 2.3.2. Yapısal Örgütsel Uсталık.....                                                                              | 40        |
| 2.3.3. Bağlamsal Örgütsel Uсталık.....                                                                            | 42        |
| <b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>                                                                                         | <b>47</b> |
| <b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>                                                                                       | <b>47</b> |
| 3.1. Yöntem .....                                                                                                 | 47        |
| 3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....                                                                          | 47        |
| 3.1.2. Araştırmanın Tipi .....                                                                                    | 47        |
| 3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....                                                                     | 48        |
| 3.1.4. Veri Toplama Aracı.....                                                                                    | 48        |
| 3.1.5. Etik İzin.....                                                                                             | 49        |
| 3.1.6. Verilerin Toplanması ve Puanlanması.....                                                                   | 49        |
| 3.1.7. Araştırmanın Hipotezleri .....                                                                             | 50        |
| 3.1.8. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....                                                                    | 50        |
| 3.2.Bulgular .....                                                                                                | 52        |
| 3.2.1.Demografik Bulgular .....                                                                                   | 52        |
| 3.2.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine<br>İlişkin Bulgular .....            | 54        |
| 3.2.3.Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine<br>İlişkin Bulgular .....              | 54        |
| 3.2.4.Örgütsel Uсталık Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin<br>Bulgular .....                    | 57        |
| 3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçek İfadelerine Katılım Düzeylerine ve Ortalama<br>Puanlarına İlişkin Bulgular..... | 60        |

|                                                                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.3.1.Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğinin İfadelerine Katılım Düzeylerine ve Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular .....                | 60         |
| 3.3.2.Örgütsel Uсталık Ölçeğinin İfadelerine Katılım Düzeylerine ve Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular .....                      | 64         |
| 3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular ..... | 67         |
| 3.5. Araştırma Hipotezlerinin Testine İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları .....                                            | 75         |
| <b>TARTIŞMA .....</b>                                                                                                               | <b>78</b>  |
| <b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                                                                                                       | <b>86</b>  |
| <b>KAYNAKÇA .....</b>                                                                                                               | <b>90</b>  |
| <b>EKLER.....</b>                                                                                                                   | <b>106</b> |
| Ek 1. İzinler .....                                                                                                                 | 106        |
| <b>ÖZ GEÇMİŞ.....</b>                                                                                                               | <b>109</b> |

## TABLÖLAR DİZİNİ

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1.</b> Çalışma Grubunun Cinsiyete Göre Frekans Dağılımı .....                                                          | 52 |
| <b>Tablo 2.</b> Çalışma Grubunun Yaşa Göre Frekans Dağılımı.....                                                                | 52 |
| <b>Tablo 3.</b> Çalışma Grubunun Medeni Duruma Göre Frekans Dağılımı .....                                                      | 52 |
| <b>Tablo 4.</b> Çalışma Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Frekans Dağılımı .....                                                    | 53 |
| <b>Tablo 5.</b> Çalışma Grubunun Kurumda Çalışma Süresine Göre Frekans Dağılımı....                                             | 53 |
| <b>Tablo 6.</b> Çalışma Grubunun Sağlık Kuruluşundaki Göreve Göre Frekans Dağılımı                                              | 53 |
| <b>Tablo 7.</b> Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğine İlişkin KMO Katsayısı ve Bartlett Testi<br>Sonuçları .....                      | 55 |
| <b>Tablo 8.</b> Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi<br>Bulguları .....                            | 56 |
| <b>Tablo 9.</b> Örgütsel Uсталık Ölçeğine İlişkin KMO Katsayısı ve Bartlett Testi<br>Sonuçları .....                            | 58 |
| <b>Tablo 10.</b> Örgütsel Uсталık Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları .....                                    | 59 |
| <b>Tablo 11.</b> Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği İfadelerine Katılım Düzeyleri ve<br>Ortalamalar .....                            | 60 |
| <b>Tablo 12.</b> Örgütsel Uсталık Ölçeği İfadelerine Katılım Düzeyleri ve Ortalamalar ...                                       | 65 |
| <b>Tablo 13.</b> Cinsiyete Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin t Testi<br>Sonuçları.....                             | 67 |
| <b>Tablo 14.</b> Medeni Duruma Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin t Testi<br>Sonuçları.....                         | 68 |
| <b>Tablo 15.</b> Yaşa Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA<br>Sonuçları.....                          | 69 |
| <b>Tablo 16.</b> Eğitim Düzeyine Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Tek<br>Yönlü .....                              | 70 |
| <b>Tablo 17.</b> Kuruluşunda Çalışma Süresine Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına<br>İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları ..... | 72 |

|                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 18.</b> Kuruluşundaki Görev Türüne Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları .....              | 74 |
| <b>Tablo 19.</b> Toplam Kalite Yönetiminin Örgütsel Ustalık ve Alt Boyutlarına Etkisine İlişkin Basit Regresyon Analizi Sonuçları ..... | 76 |



## KISALTMALAR

|             |                                                                                      |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>  | : Amerika Birleşik Devletleri                                                        |
| <b>ATB</b>  | : Amerikan Tabipler Birliği                                                          |
| <b>IOM</b>  | : Tıp Enstitüsü                                                                      |
| <b>QS</b>   | : Kalite Standartları                                                                |
| <b>SCÜH</b> | : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve<br>Araştırma Hastanesi |
| <b>SKİ</b>  | : Sağlıkta Kalite İyileştirme                                                        |
| <b>SKS</b>  | : Sürekli Kalite İyileştirmek                                                        |
| <b>TKY</b>  | : Toplam Kalite Yönetimi                                                             |

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KALİTE VE SAĞLIK HİZMETLERİ

#### 1.1.Kalitenin Tanımı

Bir kavram olarak kalite, hem tanım hem de anlayış açısından farklılık göstermektedir. Kalite ile ilgili birçok tanım yapılmıştır ve kaliteyi, farklı yazarlar farklı şekillerde tanımlamışlardır. Kalite kavramı hizmet literatüründe en çok tartışılan konulardan biri olmuştur. Bunun nedeni, nasıl tanımlanacağı konusunda fikir birliği olmamasıdır (Azam M. Vd., 2012; Piligrimiene Z. vd., 2011).

#### **Bazılar yazarlar kaliteyi şu şekilde tanımlamıştır:**

Crosby'nin (1979) tamamen kaliteyi, spesifikasyona uygunluk olarak tanımlamıştır.

Deming (1988), Feigenbaum (1983) ve Ishikawa (1985) kaliteyi ihtiyaç duyulan ürün ve hizmetler olarak tanımlamıştır ve müşterilerin ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda hareket etmeleri gerektiğini belirtmişlerdir.

Juran (1988) tanımında, kaliteyi hem spesifikasyonun hem de müşteri memnuniyetinin aynı anda olması olarak ifade etmiştir.

Kalite kavramı, Latince “qualitas” sözcüğünden türetilmiş bir kelime olarak ele alınmaktadır ve “nasıl oluştuğu” anlamına gelen bir sözcük olarak bilinmektedir. Bu anlamı yunan yazarların ve Çiçero’nun “mahiyet veya nitelik” anlamlarına gelen sözcükler olarak kullandığı bilinmektedir. Tanımlardan anlaşıldığı üzere, sürekli olarak kullanılan ve duyulan bu kavram konusunda net bir tanım yapmak mümkün olmamaktadır (Şimşek, 2001).

Kısaca ve genel haliyle, kalite, müşterinin belirtilen /belirtilmeyen, bilinçli/bilinçsiz, öznel gereksinimlerine göre değişiklik gösteren ürün ve hizmetle ilgili deneyimine dayanmaktadır. Kalite ölçümünün amacı, ürün veya hizmetin toplam bileşime yaklaşma derecesini veya düzeyini belirlemek ve değerlendirmektir. Bir ürünün “kalitesinin” ne olacağını belirlemenin temel şartı, çeşitli bireysel kalite

özelliklerinin ekonomik olarak dengelenmesini gerektirmektedir (Feigenbaum, 1991).

İşletmeler her ne kadar da kusursuza ulaşmanın peşinde olsalar da, sistem ve insanlar hata yapabilmektedir. Kalite kavramı işte bu yüzden önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalite, sistem hatalarını ve insan hatalarını en aza indirmeyi hedeflemektedir. (Yurtseven & Afacan Fındıklı, 2020).

Kalite yararlılık derecesi ya da kullanıma uygunluk anlamına gelen bir kavramdır. (Şişman & Turan, 2002). Çoğu insan, hizmetin veya bir ürünün sahip olması gereken bir veya daha fazla arzu edilen özellik olarak ifade edilen, kalite anlayışına sahiptir. Bu anlayış faydalı bir başlangıç noktası olarak görülmektedir. Kalite, rakip ürün ve hizmetler arasında seçim yaparken, en önemli tüketici karar faktöründen biri olarak görülmektedir. (Montgomery, 2009).

Kalite kavramı çok boyutlu olmasından dolayı farklı anlamlar ifade etmektedir. Kalite bireylerde olumlu niteliklere sahip olan, pahalı olan, kişide mutluluk hissi veren, üstün olan kavramları ifade ettiği bilinmektedir. (Yatkın, 2004).

Kalite ihtiyacını ilk fark eden imalat sanayileri olmuş ve daha sonra hizmet sektörlerinde kalite kavramı ortaya çıkmıştır (Lockwood, 1995). Hizmet sektöründe, tüketici bilinci ve beklentisi, teknoloji ve rekabet açısından dış çevredeki önemli değişiklikler nedeniyle artık kalite odağına olan ihtiyacı fark etmişlerdir. Kurumlarının çalışma ortamı, artan imalat ve hizmet sektörü talebi, teknolojik ilerleme, gelişen bilgi ekonomisi ve paydaşlarının ihtiyaç ve isteklerine yanıt verme baskısı açısından değişikliklere uğramıştır (Blackmore, 2009). Bu değişiklikler büyük zorlukları ortaya çıkarmış ve kurumlarının uzun vadeli hayatta kalması, kaliteli eğitim verme sistemine bağlı hale getirmiştir. Sonrasında, kalite hizmet sektörü için giderek daha önemli hale gelmiştir (Gallifa & Batalle, 2010).

Kalite kavramı, günümüzde alışılmış anlamından oldukça uzaklaşmış ve farklı algılanmıştır. Kalite, sadece hizmet ya da ürün kalitesi olarak algılanmamakta, teknik kavramdan çıkarılarak stratejik kavrama doğru kayma eğilimi göstermektedir (Burçoğlu Karaca, 2014).

Kalite denildiğinde ilk olarak akla pahalı kelimesi gelmektedir. Aynı zamanda kaliteyi fiyat ya da maliyetlerle genellemek de yanlış olacaktır. Kalitenin her zaman

maliyet ya da fiyatlarla karşılaştırılması yanlış sonuçları doğurmaktadır (Akın Acuner, 2004).

“Kalite” terimi, her zaman uygulandığı sektör veya alanla ilgili çeşitli tanımlarla açıklandığından belirli bir tanımlama yapmak zordur. Genel olarak kalite, önceden tanımlanmış gereksinimleri ve beklentileri karşılayan, sağlanan bir hizmeti veya ürünü karakterize eden üstünlük veya mükemmellik olarak yorumlanabilmektedir.

## **1.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tanımı**

Sağlık hizmetlerinde kalite sistem odaklıdır. Sağlık hizmeti içersinde yer alan sistemler yapı, süreç ve sonuçlardan oluştuğu için sağlık hizmeti kalitesi, bu sistemlerin tüm unsurlarını toplu olarak iyileştirmenin yollarını bulmayı gerekli kılmıştır. Sağlık hizmeti kalitesinin temel ilkelerinden biri, bir sağlık sisteminin öğelerinin birbirine bağımlı olması ve daha iyi hasta sonuçlarına ulaşmak için hiçbir parçanın diğerlerinden daha önemli olmamasıdır. Bu nedenle, iyileştirmeler aranırken bir sistemin tüm unsurlarının dikkate alınması gerekmektedir (Berwick, 1989).

Sağlık hizmeti kalitesi yine veri odaklıdır. Kalite iyileştirme ve kalite yönetimi gibi kalite süreçleri, belgelenmiş ve hesaplanmış olarak ilerlemesine dayanmaktadır. Bu nedenle veri olmadan kalite ölçülememekte ve iyileştirmeler yapılamamaktadır. Sağlık hizmeti kalitesi, uygun veri toplama teknikleri, uygun veri analizi, araçların ihtiyatlı kullanımı ve veri yönetimi protokolleri aracılığıyla anlamlı verilerin etkin kullanımı konusunda eğitimi gerektirir. Sağlık hizmetlerinde iyileştirme fırsatları, veri analizlerine dayanır ve daha sonra uygun bir şekilde ele alınır. Sağlık hizmeti kalitesi, temel süreçlerin tanımlanmasını ve akış şemasını içerir. Bu süreçlerdeki iyileştirme fırsatlarının erkenden belirlenmesi, erken müdahalelerin başlatılması için önemlidir (Assaf, 2011).

Ovretveit (1997) sağlık hizmetlerinde kaliteyi, hizmete en çok ihtiyaç duyanların ihtiyaçlarının, kuruluşa en az maliyetle, üst merciler ve alıcılar tarafından belirlenen limitlerin ve direktiflerin dâhilinde tam olarak karşılanması olarak tanımlamıştır.

Avedis Donabedian sağlık hizmetlerinde kalite kavramına yön veren ve şekillendiren isimlerden biri olarak bilinmektedir. Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi “*hizmet süreçlerinin bütün aşamalarında beklenen kazanç ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra iyilik halini en üst düzeye çıkarması beklenen bakım türü*” olarak tanımlamıştır. Donabedian’a göre sağlık hizmetlerinde kalite üç bileşenden oluşmaktadır. Kalitenin ilk ögesi sağlık kurumlarında uygun hizmet stratejilerini belirlemede kullanılan bilgi ve yargı kalitesidir. Bilgi ve yargı stratejileri kullanımdaki ustalığa dayanarak teknik hizmet kalitesini oluşturmaktadır. Kalitenin ikinci ögesi sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişkinin sağlanmasıdır. Üçüncü ve son öge ise sağlık hizmeti sunulan ortamın uygunluğu, sessizliği, hijyenik olması, konforun ve estetiğin olmasını sağlayan etkenlerdir. Kalite ögelerinde yaşanan bir problem diğerlerini de büyük ölçüde etki etmektedir (Üzgöl Yenidikci, 2016).

Tıp Enstitüsü (IOM), sağlık hizmetlerinde kaliteyi “*hastalara yönelik sağlık hizmetlerinin arzu edilen sağlık sonuçlarının olasılığını artırma ve mevcut mesleki bilgilerle tutarlı olma derecesi*” olarak tanımlamıştır (Lohr & Schroeder, 1990). Bu tanım kaliteyi, sunulan hizmetlerin amaçlarına uygun olmasını sağlamak için sürekli olarak kullanılabilen, gereksinimler ve özelliklerden oluşan kalite standartları (QS) ile ilişkilendirmiştir (Mitchell ve Lang, 2004).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984’de sağlık hizmetlerinde kaliteyi “*Yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeyi veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet*” olarak tanımlamıştır. ATB yapmış olduğu tanım sonucunda etkilenebilecek değişkenleri hastalığın şiddeti, hastanın cinsiyeti ve yaşı, hastalığa karşı tutumu, yaşam koşulları vs. şeklinde sıralamıştır. Sağlık hizmetinde ortamın uygun olması ve doğru şekilde hizmetin verilebilmesi için, sağlık hizmeti sunucularının hastanın yararına teknoloji kullanımının etkili olmasını gerektirmektedir (Kaya, 2013).

Kalite, hastalar üzerinde temel olarak tanı ve tedavi süreçlerinin uygun, etkili ve doğru bir şekilde yapılmasını gerekli kılmıştır. Sağlık kurumlarında kalitenin artırılması için; hasta ve hasta yakınlarının algıları ve beklentilerinin belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca kalite, kaynakların en iyi şekilde değerlendirilmesi ve bundan elde edilecek olan bilginin sağlık hizmetinde etkili ve verimli bir şekilde kullanımını

sağlamaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının istek ve beklentileri doğrultusunda sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması hem hastaların kuruma sadık kalmalarını sağlamakta hem de çevrelerinde o kurum hakkında olumlu bir imaj bırakmaktadır (Kıdak, Nişancı, & Burmaoğlu, 2015).

Sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin en etkin unsuru hasta memnuniyetidir. Hastalara sunulan hizmetlerde memnuniyeti sağlamanın yolu ise onların beklentilerinin karşılanmasıdır. Verilen hizmet nedeniyle hastanın hastaneye gelişinden itibaren müracaat, kabul, tanı, tedavi ve sonuç aşamasına kadar yapılan tüm işlemler önemli rol oynamaktadır (Koca ve Öztürk, 2018).

Verilen hizmet sonucunda hizmet kalitesini belirleyen birçok etken vardır. Bunlar; hastanenin görünümü, hastane ortamı, verilen hizmetin/hizmetlerin zamanlaması, çalışanların alanlarında uzman olmaları, hizmetin sürekli ve kesintisiz olması, doğru ve esnek olması ve güvenilir olmasıdır. Bunlara ek olarak hastaların hastanede bekleme süreleri, personelin nazik ve saygılı olması, kolay ulaşılabilirlik, verilen hizmetin doğru olarak yapılması, beklenmeyen durumlar karşısında çalışanların etkili çözüm üretebilmesi ve eksiksiz olarak hizmetin zamanında verilmesi gibi faktörler de hastaların hizmet kalitesi algılarını belirlemede önemli rol oynamaktadır (Tarım, 2000).

Sağlık hizmetlerinde kalite denilince akla hastaların ve hasta yakınlarının istek ve ihtiyaçlarına uygun olarak verilmesi, verilen hizmetin bilimsel normlara ve standartlara uygun olması gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetlerde hem mesleki tecrübe ve deneyim hem de kuruluşlar için kabul edilebilirlik kapsamında kalitenin uygun olması gerekmektedir (Karabulut, 2009).

Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerde başarısızlıkların sonuçlarını sadece hasta olan bireyler ve hastaların yakınları değil aynı zamanda hizmeti sunan sağlık kurumlarının da büyük bir maliyet yüklenmesi gerekmektedir. Sağlık kurumlarının hastalarını (müşterilerini) memnun etmesi gerekmektedir. Memnun olan müşteri verilen sağlık hizmetinin daha kaliteli olduğunu düşünmektedir (Arslanoğlu, 2019).

Sağlık hizmetlerinde kalite, verilen hizmetlerin bilimsel standartlara ve kurallara uygun olmasını ve sunulan hizmetlerde hasta memnuniyetinin sağlanmasını ve beklentilerin karşılanmasını içermektedir.

### 1.3.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının geçmişi çok eskilere dayanmaktadır. Kalite kavramı ilk olarak sanayi kolunda ortaya çıkmış olmasına karşın daha sonraları sağlık hizmetinin ihtiyacından dolayı bu alanda da varlığını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin tarihsel gelişimine baktığımızda ilk olarak M.Ö. 2100'lerde Hammurabi yasası ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. 19. yy.'da enfeksiyonların artması ve ölümlerin de çoğalmasından dolayı kaliteye ihtiyaç duyulmuştur. Kalite uygulamalarının gerçekleştirilmesi ile ölümlerin azalmasına ve hastane enfeksiyonlarının belirli bir düzeyde önlenmesinde etkili olmuştur. Sağlık hizmetlerinde kalitenin uygulanmasında ve gelişmesinde öncülük eden bir başka isim Florence Nightingale'dir. Nightingale savaş dönemlerinde hastaların bulundukları odaların havalandırılması, yataklar arasındaki mesafenin ayarlanması, hastaların olduğu yerlerin kalabalık olmasının engellenmesi gibi önlemleri almıştır. Hastanelerde hastaların kayıt defterlerinin tutulması ve hastaların verilerinin toplanmasında büyük bir katkı sağlamıştır (Kumru, 2019).

Sağlık hizmetlerinde ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD'de hastaların memnuniyetine yönelik olmasa bile, sağlık hizmeti verilen kurumlarda standartları belirleyecek istatistiksel çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sağlıkta kalitenin ölçülmesinde ilk uygulamalar olarak bilinmektedir. 1950'li yıllarda Avendis Donabedian sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili önemli adımlar atmıştır. Donebedian kalitenin tanımını yapmanın zor olduğunu ve sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi için yapı, süreç ve sonuç odaklı olunması gerektiğini belirtmiştir (Karabulut, 2009).

1950-1960 yılları arasında sağlık hizmetlerinde teknolojinin yaygın bir şekilde kullanılmasına paralel olarak milli gelirde de artış yaşanmıştır. Milli gelirde artış yaşanması ise sağlık harcamalarında maliyetlerin kontrol edilmesi amacıyla bir takım organizasyonların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Bu organizasyonlar, müşteri odaklı olmayıp genel anlamda kalite güvencesi yaklaşımını benimseyen organizasyonlardır ve hekimler tarafından direnç gösterilmesi sonucunda başarılı olamamışlardır. Crosby, Juran, Deming gibi araştırmacılar daha önceleri sanayi işletmelerinde başarılı bir şekilde uygulanmış olan toplam kalite yönetimi

uygulamalarının sağlık işletmelerinde de uygulanması amacıyla bir tasarı çalışması başlatmışlardır (Gunal, 2007).

1984 yılına gelindiğinde ise sağlık işletmelerinde verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması, iyileştirilmesi ve kalitenin değerlendirilmesi için Peer Review Organizations (PRO) isimli kuruluşlar kurulmuş ve yaygınlaşması sağlanmıştır. PRO ile hastaneler anlaşma yaparak, verilen sağlık hizmetinin standartlara uygunluğunun sağlanması, denetlenmesi ve uygun alanlarda danışmanlık hizmetlerinin sağlanması teşvik edilmiştir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde kalitenin gelişimine baktığımızda 2003 yılında Sağlık Bakanlığının başlatmış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinde kalite büyük bir ivme kazanmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının bileşenlerinden biri “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite Ve Akreditasyon” dur. Bu programın açıklanmasının ardından kalite ve akreditasyon amacına ulaşması için 2007 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Son olarak 2020 yılında sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon hizmetlerinin tüm sağlık hizmeti sunan kamu hastaneleri ve özel hastaneleri kapsayacak şekilde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) 6 sürümü yayınlanmıştır. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin amacı, ülkemizde sağlık hizmeti veren özel ve devlet kuruluşlarındaki hasta ve çalışanların güvenliği ile hasta ve sağlık personelinin memnuniyetinin sağlanmasıdır. Ayrıca verilen sağlık hizmeti tarafsız, zamanında ve adalet çerçevesinde sunulmalıdır (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/>).

#### **1.4.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) sürekli olarak iyileştirmeye yönelik olup, müşterilerin beklentilerine cevap vermeyi amaçlamaktadır ve kalite uzmanları olan Juran, Deming, Crosby ve Oakland tarafından geliştirilmiş ve kullanılmış bir yöntem olarak bilinmektedir. TKY aynı zamanda üretim ya da hizmet işletmelerinin her türlü iletişimi dikkate alarak sistemli bir yaklaşım olarak bilinmektedir. TKY kuruluşların her alanında ve bütün personeli ilgilendiren ve rehberlik eden bir aşama olarak bilinmektedir. TKY’nin amacına bakıldığında hizmet işletmelerinde ve üretim

işletmelerinde değişikliklerin ortadan kaldırılması ve verilen hizmetin ya da ürünün eksikliklerini ve hatalarını kaldırılmayı amaçlamaktadır (İlman, 2020).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ve verimliliğin geliştirilmesi üzerine atılmış en etkili adım toplam kalite yönetiminin getirilmiş olmasıdır. TKY bir kurum da çalışan tüm personelin katılımı ile sağlanmaktadır. Sağlık kurumlarında TKY hastaların (müşterilerin) memnuniyeti ile uzun vadeli başarıya ulaşmaları amaçlanmaktadır (Kaya, 2005).

Sağlık hizmetlerinde TKY, sağlık işletmelerinin iş akışlarında mümkün olduğu kadar gereksiz süreçlerin ortadan kaldırmasını sağlamaktadır. TKY sağlık işletmelerinde hastaların(müşterilerin) memnuniyeti, optimum olarak çıktı kalitesine, çalışanların memnuniyetine ve performans sonuçlarının elde edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinde TKY'nin temel amaçlarından birisi hem hizmet sunucularının hem de hizmet alıcılarının mümkün olduğunca en düşük maliyette hizmet verilmesi gerekmektedir. Bir diğer amaç hastalara hızlı ve etkili bir şekilde sağlık hizmeti vermek ve en yüksek derecede iyileşmeyi sağlamayı amaçlamaktır(Yıldız, 2019).

Sağlık hizmetlerinde kalite iki boyutta ele alınmaktadır. Bunlar fonksiyonel kalite ve teknik kalite olarak ikiye ayrılmaktadır. Teknik kalite, mesleki gerekliliklere uygunluk doğrultusunda tıbbi teşhis ve prosedürlerin teknik doğruluğun temeli olarak tanımlanmaktadır. Fonksiyonel kalite ise hastalara sağlık hizmetin nasıl sunulduğu üzerinde durmaktadır (Padma, Rajendran, ve Lokachari, 2010).

Sağlık hizmeti veren kurumlarda, toplam kalite yönetiminden bahsedebilmek için kurumların güçlü bir organizasyon yapısının var olması ve dayanıklı bir yönetim modelinin olması gerekmektedir. Kurumda işlerin kim, ne zaman, nerde ve hangi araçlar kullanılarak verilen hizmetin yapılacağı bilinmesi gerekmektedir. Tepe yönetim, kaliteye inanmalı ve personelinin de kalite konusunda inandırmalıdır. Yönetim, kalite konusunda personele destek vermeli ve kalite konusunda personele eğitimler sağlanmalı ve eğitimlerin süreklilik arz etmesi gerekmektedir (Lülecı, İıkızler, & Koç Aytekin, 2019).

Sağlık hizmetlerinde, TKY uygulamalarında hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. TKY ile standartların sürekli olarak iyileştirilmesinin sağlanması, sağlık hizmeti sunucularının hasta ve yakınlarının memnuniyetinin artırılması hedeflenmektedir.

### **1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin İyileştirilmesi**

Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme kavramı çeşitli şekillerde tanımlarının yapıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde, kalite kavramı genel olarak *“müşterilerin beklentilerini karşılayan ya da aşan bir hizmet sağlamak için süreklilik gösteren bir çaba”* veya *“müşterilerin beklentilerini karşılayan veya aşan bir mal ya da hizmeti sağlama ile ilgili süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesi felsefesi”* olarak tanımlanmıştır (Kaya, 2005).

Sağlık kurumlarında, kaliteyi sürekli iyileştirmek için kalitenin ölçülmesinde ve iyileştirilmesinde yerinde ve doğru ölçümlerin yapılması gerekmektedir. Sağlık kurumları tarafından yapılan sürekli iyileştirme faaliyetleri, hizmetlerin etkin bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır. Kalite iyileştirme faaliyetleri, sağlık kurumlarında çalışan tüm personeli kapsamakta ve kurumdaki tüm personelin katılımı ile meydana gelmektedir. Sağlık kurumlarında, sürekli iyileştirme faaliyetleri hastaların beklentilerini, isteklerini ve arzularını tam olarak karşılanması ile doğru orantılıdır (Taşlıyan & Gök, 2012).

Üretim ve hizmet işletmeleri için, kalite iyileştirme, bir yaşam felsefesi olarak bilinmektedir. Kalite iyileştirmede müşterilerin (hastaların) istekleri önceden belirlenir, sonra bu isteklerin nasıl iyileştirilmesi yönünde, gerekli çalışmalar yapılarak, müşterilerin (hastaların) talep ve beklentileri karşılanması amaçlanmaktadır.

ABD’de SKİ ile TKY kavramları birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Sürekli kalite iyileştirme kavramı, Avrupa’da TKY’nin bir alt maddesi olarak görülmektedir.

TKY ile SKİ ortak özellikleri şu şekildedir (Kaya, 2005);

- ❖ Organizasyonun stratejik amaçlarını asıl öğelerine bağlamak,
- ❖ Organizasyonun en üst liderlerinden oluşan bir kalite ekibinin kurulması,

- ❖ Üretim veya hizmet işletmelerinde çalışan personeller için eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ❖ Kurumların iyileştirme olanaklarının oluşulması,
- ❖ Kurumlarda sürekli iyileştirme takımlarının oluşturulması,
- ❖ Süreçlerin yeniden analizi ve tasarımı için personel desteğinin alınması,
- ❖ Kurum içinde süreçlerin iyileştirilmesi ve personel motivasyonunun sağlanması için ilgili politikaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık bakım endüstrisi, SKİ/TKY programını “ *iş sistemleri ve iş süreçlerinde sürekli iyileştirmenin planlanması ve uygulanması için (yöneticiler, doktorlar, orta düzey yöneticileri ve üst düzey yöneticiler kapsayacak şekilde) aşağıdan yukarıya bütün hastanenin katılımını ve hep birlikte çalışmalarını sağlayan oldukça bilimsel veya yapısal bir sistem*” olarak tanımlamıştır (Kaya, 2005).

SKİ/TKY programı, düşük sağlık maliyetleri ile hastaların arzu ettikleri sağlık hizmetini sunmak ve mümkün olan en az kaynak kullanılarak istenen sonuçların elde edildiği yönetsel ve klinik süreçlerin etkinliğini sağlamaktadır. Kurum içinde personel ile kurum dışındaki personeller arasındaki gelişmiş ilişkiyi göstermektedir (Tengilimoğlu, 2011).

Sağlık sektöründe sürekli olarak kalitenin iyileştirilmesi yönünde, iyi bir üretkenlik ve iyi bir liderlik elde etmek için, şu hususlara uyulması gerekmektedir. Üst yönetim şunları yapmalıdır:

- Üst yönetim kurumda çalışan personele kurum hedeflerini bildirmelidir,
- TKY'nin kullanımıyla ilgili zorluklar konusunda anlaşmaya varmalıdır,
- Personelin monotonluktan kaçınmasını sağlamalıdır,
- Üst yönetimle bağlantı kurabilecek ve aynı zamanda kalite iyileştirmelerinden sorumlu olacak birilerinin görev alması sağlanmalıdır,
- Personeller için sürdürülebilir iyileştirmeler konusunda tavsiyelerde bulunabilecek bir organizasyon yapısı kurulmalıdır,
- Personeli değişimin önemi ve değişikliğin getirilmesine katılım konusunda bilgilendirmek, hizmetlerin iyi bir şekilde sunulmasını sağlamak için tüm personelin bir ekipte yer almasını sağlamak gerekmektedir.

Kalite iyileştirmeyi benimsemiş bir yönetici, kurumda çalışanlarını yetkilendirir, iş başında eğitime önem verir, kurum içinde öneri planı hazırlar ve çalışan personelin performansı değerlendirmeleri ışığında kalitede iyileştirmeyi sağlamayı amaçlamaktadır. Çalışanların, kurumun sunduğu sağlık hizmetlerini iyileştirecek önerilerde bulunmalarına izin verilmelidir. Çalışanların bilgi ve becerilerini artıracak eğitimler verilmeli ve çalışan performansı periyodik olarak ölçülmeli ve çalışanları motive etmek için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi uygulamalarının başarılı olması için kurumların, etik, güven, dürüstlük, iş başında eğitim, liderlik, takım çalışması ve iletişim gibi hususlara dikkat etmesi gerekmektedir. Etik, çalışanların işlerinin başındayken uymaları gereken davranışlarına rehberlik eden kuralların belirleyicisidir. Dürüstlük, bağlılık ve saygı, hastaların çalışanlardan beklediği değerlerdir. Güven, tüm çalışanlar için bağlılık geliştirmekte ve çalışanların işe sahip çıkmalarına ve kendilerini işe adanmalarına olanak sağlamaktadır. Eğitim, sağlık ekibi için verimliliklerini arttırdığı için çok önemlidir. Eğitim aynı zamanda personelin devir hızını da düşürmektedir. Takım çalışması personelin uyum için de çalışmasını sağlamaktadır. Sağlık kurumlarında kalite iyileştirme, hasta memnuniyetini en üst düzeye çıkarmasını sağlamaktadır. Verilen hizmetin yüksek verimlilik düzeyinde olmasını ve daha iyi hizmet kalitesi elde etmesini sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde TKY, israfı azaltmaya yardımcı olmaktadır. TKY uygulaması, müşteri memnuniyetini sağlayan yüksek kaliteli hizmetler sunmayı başarak bireylerle güçlü bir ilişki sürdürmektedir. Yönetim, çalışanların öğrenmesini ve yetkilendirilmesini teşvik etmeli ve çalışanları motive etmeli, başarılı olanların çabalarını tanımalı ve onlara yetkinlik vermelidir (Faloudah, Qasim ve Bahumayd, 2015).

## **1.6. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri**

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır; müşteri (hasta) odaklılık, liderlik, motivasyon, sürekli iyileştirme/kaizen, katılımcılık, sıfır hata ve sürekli eğitimidir.

### **1.6.1. Sağlık Hizmetlerinde Hasta (Müşteri) Odaklılık**

Hasta odaklılık, kalite yönetiminin benzersiz yönünü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hasta odaklılığa yöneticiler çok az önem vermişlerdir. Buna karşılık,

hasta odaklılık sağlık hizmetlerinde TKY'nin özü ve hedefini oluşturmaktadır. Hasta odaklılık hastanelerin örgütsel yönünü ve hedefini belli etmektedir. Yönetim hasta memnuniyeti artırmak için kaliteye odaklanmalıdır. Hasta odaklılık organizasyonlara yukarıdan aşağıya (yönetimin algısı) veya içten dışa (çalışan perspektifi) bakma eğilimindedir; ancak nadiren dışarıdan içeriye (hasta perspektifi) bakmayı sağlamaktadır. Sağlık kurumlarında müşteri (hasta) kavramı geçmişteki gibi sadece hastalar değil hastaya verilen hizmeti katılan tüm bireylerde ve kuruluşlardan oluşmaktadır. Sağlık kurumları açısından baktığımızda hasta odaklılığını sağlamak, bir kuruluşun en zorlu ve hassas alanlarından ve konularından biri olduğunu anlaşılmaktadır (Taşlıyan ve Gök, 2012).

Sağlık kurumlarında müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamak için hastanelerin iç ve dış müşterilerinden gelen talep ve beklentilerini analiz etmede proaktif olmaları gerekmektedir. Ayrıca müşteri memnuniyetinin, sürekli izlenmesi ve hastane yönetimine düzenli olarak raporlanması gerekmektedir. Toplanan veriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Bakım kalitesini değerlendirmek için dâhili veri kaynakları kullanılmalıdır (Bucak, 2013).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda müşteriler ikiye ayrılmaktadır: dış müşteriler ve iç müşterilerdir. Dış müşteriler sağlık kurumundan doğrudan ya da dolaylı olarak hizmet alan ya da yararlanan kişiler ve kurumlar olarak tanımlanmaktadır. Dış müşteriler hastalar ve hastaların aileleri, devlet ve diğer kurumlar, sigorta şirketleri, eczaneler, anlaşmalı kurumlar olarak sıralanmaktadır. İç müşterilere baktığımızda sağlık kurumlarında çalışan ve sağlık kurumu ile doğrudan bir şekilde iletişimde bulunan kişilere iç müşteri denilmektedir. İç müşteriler ise kurumda çalışan personeller, ortaklar olarak görülmektedir. Kalite katılımı, bir kuruluştaki çalışan tüm personeli kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018).

İç ve dış müşterilerden gelen geri bildirimler doğrultusunda, çeşitli kesimlere hitap eden puanlama sistemleri yer almaktadır. Bu geri bildirimler geri bildirim formu, iç ve dış müşteri katılımları ve anketler yoluyla müşteri ya da hasta memnuniyeti ölçülmektedir. Daha fazla iyileştirme ve aksiyon için müşterilerden gelen geri dönütler kalite departmanına gönderilmelidir. Hasta odaklılıkta, hastanenin ayakta kalması için hastaların ve hasta yakınlarının memnun edilmesi en

önemli etkindir. Sağlık kurumları hastaların istek ve önerilerini dikkate almalıdır. Hizmetten memnun olan hasta, sağlık kurumunu tekrar tercih edeceğinden kurumun kazancında da bir artış sağlayacaktır. Verilen hizmetten tatmin olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilir ve başka kurumu tercih edebilir. Sağlık kurumları, rekabetin en yoğun olduğu yerler olduğundan hastalarını memnun edilmesi gerekmektedir. Hizmet sektöründe yer alan işletmeler rakiplerinin önünde avantajlı bir duruma geçmeleri için hastalarının memnuniyetini benimsemeleri gerekmektedir. Hasta memnuniyeti hizmet sektörü için önemli bir etkiye sahiptir. (Şenbabaoğlu, Baş, ve Dölarsan, 2016).

Hasta odaklı işletmeler hastalarının beklentilerine eksiksiz ve sorunsuz cevap vermelidirler. Sorunun olduğunda çözülmesi için en kısa sürede kaynağına inerek sorunu ortadan kaldırmalıdır. Deming, sağlık hizmetlerini tercih eden hastaların ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılayacak şekilde tasarlanabilmesi için hastaların şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını ve isteklerini anlamaya teşvik etmektedir. Ayrıca, memnun olmayan hastalar kurumu bir daha tercih etmeyeceğinde iş performansına ve karına zarar verdiğini de savunmuştur. Sağlık hizmetlerinde TKY sadece nihai alıcıları sadece hasta odaklı değil, aynı zamanda hizmet sürecinden etkilenen tüm insanları da ele almaktadır (Öztürk ve Gök, 2021).

#### **1.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Katılımcılık**

Sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde katılımcılığın sağlanması için en alt kademedeki bulunan personelden, en üst kademedeki bulunan personeller de dâhil olmak üzere herkesin katılması önem arz etmektedir. Sağlık kurumlarında personelin karar almada ve süreçlerin iyileştirilmesi konusunda personellerin görüşleri alınmalıdır. Personelin, karar süreçlerine katılımları sağlanarak, daha fazla motive olmaları ve verimli bir şekilde çalışmaları açısından çok önemlidir. Sağlık kurumlarında üst yöneticiler, yetki devrine önem vermelidirler. Yetki devrine önem veren yöneticiler, personeller arasında demokratik bir şekilde tutum sergilemektedirler. Kurumda çalışanlara, TKY konusunda sürekli olarak eğitimler verilmelidir. Kurum personeline örgütsel ve bireysel olarak eğitimin benimsetilmesi gerekmektedir. Personelerin sorumlulukları net olarak bildirilmelidir. Sağlık personelinin, hastalar ile iletişimi etkin bir şekilde sağlanmalı ve kurumun performansında olumlu bir şekilde artış

sağlayacağı için çalışanların kararlara katılması konusunda teşvik edilmelidir. (Tengilimoğlu, 2011).

Sağlık kurumlarında verilen hizmetler için gerçekleştirilen harcamaların hızlı bir şekilde artması sonucu kalitenin iyileştirilmesi kurumlar açısından önemli bir hale gelmiştir. Sağlık kurumlarının yanlış tanı ve tahlil yapması sonucunda, yapılan harcamalarda hızlı bir şekilde artış olması durumu, kalite için gerekli iyileştirme politikalarının oluşturması gerekliliğini doğurmuştur (Şimşek İlkim & Derin, 2016).

### **1.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Geliştirme/Kaizen**

Sağlık kurumlarında en çok başvurulanan yöntemlerin başında sürekli geliştirme/Kaizen geldiği görülmektedir. Japoncada KAI, değişim; ZEN ise iyi, daha iyi anlamına geldiği görülmektedir. Sürekli geliştirme/kaizen sağlık kurumları için daha iyiye ulaşma, büyüme ya da hizmet kullanımlarında sürekli iyileşme veya gelişme sağlama anlamına gelmektedir(Şimşek İlkim & Derin, 2016).

Sürekli iyileştirme/kaizen sağlık kurumları faaliyetlerinin tüm yönlerinde etkili ve önemli bir faktör olarak görülmektedir. Sağlık kurumlarında sürekli gelişmeye önem verildiği sürece kalite artacak ve maliyetlerde düşüş sağlanmaktadır. Son yıllarda sağlık kurumları olsun diğer sektörlerdeki kuruluşlar olsun sürekli gelişmeye/iyileşmeye önem verdikleri görülmektedir. Bunun deni olarak kurular varlıklarını devam ettirebilmek için sürekli gelişmeye başvurdıkları görülmektedir (Kıngır, 2006).

Sağlık kurumlarında başarının anahtarının, iyileştirme konusunda müşterilerle sürekli etkileşimde bulunması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında iyileştirmeler yapmak zaman aldığından dolayı iç müşterilerin ve dış müşterilerin bu iyileştirmeleri fark etmesi zaman almaktadır. Ayrıca, sürekli hareket etmeyi veya sürekli olarak müşterilerle (hastalarla)iletişim halinde olmak gerekir ve onların nasıl istediklerini dinlemeyi gerektirir (Øvretveit, 2000).

Sürekli gelişme işletmelerin iyileştirme amaçlarını kurum içinde personelin ve yöneticilerin çabası ile olmaktadır. Kurumun başlangıç noktasında, iyileştirme hedeflerini belirleyip gerekli olan ihtiyaçların fark edilmesi ile başlanmaktadır. İşletmelerin ihtiyaçları doğrultusunda problemin fark edilmesi ile ihtiyaç oraya çıkmaktadır (Bucak, 2013).

Sağlık kurumlarında kaizen anlayışının benimsenmesi ve uygulanması için hizmet veren kurumların israf alanlarını belirleyip o alanlarda gerekli olan düzenlemeler yapmalıdır (Çavmak, 2018).

Sağlık kurumları israfı azaltmak için birinci adım olarak kullanılan ekipmanların bir sınıflandırılması yapılmalıdır. Bu sınıflandırma çalışılan bölümde ve alanda yer açmaktadır ve gereksiz ekipmanların ortadan kaldırılmasına sebep vermektedir. İkinci adım olarak sağlık kurumlarında personellerin kullanacağı ekipmanları düzenli ve ulaşabilecekleri yerlere koymalarını sağlamaktadır. Üçüncü adım olarak temiz tutma yer almaktadır. Personelin çalıştığı ortamı ve ekipmanlarını temiz tutması kaliteyi arttırmakta hem de enfeksiyon oranını azaltmaktadır. Dördüncü adım olarak sistematiklik yer almaktadır. Bu madde ilk üç maddenin düzenli bir şekilde yapılmasını sağlamakta ve çevrenin temizliği konusunda da önemli bir adım olarak karşılaşılmaktadır. Beşinci ve son adım olarak disiplin ise bu ilk dört maddenin devamlılığı için önemli bir adım olarak görülmektedir. Sağlık personeli burada öz disiplini sağlaması gerekmektedir (Grabau, 2011).

#### **1.6.4. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Eğitim**

Toplam kalite uzmanı Ishikawa işletmelerde kaliteyi eğitimle başlayıp eğitimle biten bir süreç olarak ifade etmiştir. Toplam kalite yönetimi uygulamaları, üst kademedan başlayarak en alt düzeydeki çalışana kadar işletmede bulunan herkesi kapsamaktadır. İşletmelerde eğitim verilmesinin amacı, personelin davranışlarını olumlu yönde değiştirmektir. Davranış değiştirmenin amacı ise personeller arasındaki ilişkilerde personellerin bilgi, beceri ve yeteneklerinin eğitim yoluyla geliştirilmesidir (Kıngır, 2006).

Sağlık hizmetlerinde kalitede önemli rol oynayan etkenlerden birisi sürekli eğitimidir. Eğitim sadece kurumda çalışan personelin mesleki gelişimi açısından değil aynı zamanda kurum içinde öğrenme modellerin ve enformasyonun paylaşılması sürecinde de önemli bir etki yaratmaktadır. Kurum içinde verilen eğitim ile personel devir oranının azalmasında, personelin işine sahip çıkmasında ve kuruma karşı bir aidiyet duygusu hissetmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Kalitenin iyileştirilmesinde eğitimin önemli bir yeri vardır. Eğitim sağlık personelinde kilit bir rol oynamaktadır. Personelin mesleki açıdan yeterliliğinin yanında yetkin olmasında da eğitimin önemi

büyükür. Kalitede sürekli iyileştirme oldukça önemlidir ve çalışanların çabalarının sürdürülmesi ve süreçlerin iyileştirilmesi için teknik konularda devamlı olarak işgücü eğitimi verilmelidir. Sürekli bir eğitim programı, çalışanların organizasyonu benimsemesine ve kalite iyileştirme için yenilikçi yolların keşfedilmesine yardımcı olmaktadır. Kalite iyileştirmelerinin gerçekleştirmesinde çalışanların da katkıda bulunması gerekmektedir. Kaliteyi yönetmek için çalışanların kalite verilerini zamanında etkili bir şekilde ölçüp kullanmaları ve bunun için kalite iyileştirme araçlarının kullanımı konusunda eğitimlerin verilmesi gerekmektedir (Ahire & Dreyfus, 2000).

Kalite verileri toplamak ve kullanmak eğitim olmadan imkânsızdır. Eğitim tek başına bir iyileştirme çabasını sürdürememektedir. Eğitimin yanı sıra çalışanların kalite verilerini zamanında alması ve etkin bir şekilde kullanması da gerekmektedir (Yıldırım & Esen, 2018).

#### **1.6.5. Sağlık Hizmetlerinde Liderlik**

Liderlik kavramı, kalite yönetimi başarısının anahtarıdır ve yönetim literatüründe kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır. TKY bağlamındaki liderlik, üst yönetimin kuruluşun gelişimine ilişkin uzun bir vizyon yelpazesi olarak ele aldığı, bu vizyonu benimsediği, bir eylem planı uyguladığı ve tüm organizasyonu hedeflerin başarılması için motive eden liderlik olarak adlandırılmaktadır. Bir liderin dönüştürücü olup olmadığı öncelikle liderin takipçiler üzerindeki etkisi ile ölçülür. Lider, takipçilerini örgütsel amaçların önemi konusunda daha bilinçli hale getirerek onları örgüt ve takım adına kendi çıkarlarının ötesine geçmeye teşvik eder ve benlik saygısı gibi daha üst düzey ihtiyaçları harekete geçirerek motive eder. Bu nedenle yöneticiler personeli işletmede tutabilmek için uzun vadeli bir bakış açısı izlemelidir. Üst düzey yöneticilerin de kurumları için yenilikleri takip etme, risk alma, personellerinin başarılarını ve performanslarını takip etme, müşterilerine sunulan hizmetin veya ürünün sürekli olarak iyileştirilmesini sağlamaları gerekmektedir. Liderler, iyi bir kurum kültürü oluşturmali ve kurumlarının vizyonu ve misyonu konusunda personelleri ile iletişim halinde olmalıdırlar. Liderlerin bir diğer önemli görevi ise kurumun üretkenliğini artırmak için personele eğitim olanakları sağlayarak hem

kurumun verimliliğini hem de personelin kuruma olan bağlılığını artırmaktadır (Aykaç & Özer, 2006).

Toplam kalite yönetimi ile ilgili çalışmalarda üst yönetim önemli bir rol oynamaktadır. Yönetimin yaklaşımı, çalışanlar üstünde önemli bir etkiye sahip olup çalışanların başarılarında ve iş performanslarında önemli bir rol oynamaktadır. Yönetim ve çalışanlar arasındaki ikili iletişimin varlığı personel verimliliğinde büyük rol oynamaktadır. Liderler ya da yöneticiler kurumda çalışan personele aidiyet hissi vererek kurumda bir aile ortamında yer aldıklarını göstermelidirler (Şimşek, 2001).

Sağlık kurumlarında üst yönetim, organizasyonda kaliteyi yönetmeli ve teşvik etmelidir. Kurumda çalışan herkesi kalite iyileştirme planlamasına katılmaya motive etmeli ve klinik ve klinik olmayan kalite iyileştirme girişimlerine dâhil etmelidir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda geleneksel örgüt kültürünün kalite ve müşteri odaklı örgüt kültürüne dönüştürülmesi gerekmektedir. Yönetimin hasta bakımına özellikle dikkat etmesi gerekmektedir. Yöneticiler ve diğer çalışanlar için düzenli olarak kalite odaklı eğitim programı verilmeli ve geri bildirim sistemi yoluyla iyileştirme gibi TKY programlarının desteklenmesi gerekmektedir (Talib, Rahman, & Azam, 2010).

#### **1.6.6. Sağlık Hizmetlerinde Sıfır Hata**

Sağlık kurumlarının temelinde sıfır hata yer almaktadır. Sıfır hata diğer sektörlerde tolere edilebilirken sağlık sektörü için bu durum söz konusu değildir. Sağlık kurumlarında sunulan hizmet insan yaşamı ile ilgili olduğu için hata yapma gibi bir durum söz konusu değildir. Sıfır hata için sağlık personeli planlamasının doğru, kapsamlı ve titiz bir şekilde yapılarak sonradan oluşabilecek hataların önüne geçilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde sıfır hataya hizmet maliyetlerinin ve kalitesinin düzenli olarak incelenmesi, karşılaştırmalar yapılarak değerlendirmelerin yapılması sonucunda ulaşıldığı görülmektedir. Sıfır hata sağlık kurumları için önemli bir etki yaratmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda hastaların yaşamsal faaliyetleri söz konusu olduğundan tanı, tedavi ve bakımında hastanın sağlığı için herhangi bir tehdit boyutunun olmamasını gerekmektedir (Zeyrekli Yaş, 2021).

### **1.6.7. Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon**

Sağlık kurumları toplumların istek ve ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla faaliyet gösteren kurumlardır. Bu kurumlar emek yoğun kurumlar olarak da bilinmektedir. Sağlık kurumlarının başarısı personelin başarısı ile doğru orantılıdır.

Sağlık kurumlarında birçok farklı branş yer aldığı için bunların organize bir şekilde çalışması zor gibi görünmektedir. Bu yüzden sağlık kurumlarındaki personelin motivasyonu için gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumlarda motivasyon, personeli belirli bir amaç doğrultusunda harekete geçirmek için etkileşimde bulunma olarak tanımlanmaktadır. Hizmet sektöründe motivasyonun önemi her geçen gün daha da artmaktadır. Üst yönetim personelin motivasyonunu sağlayarak işgücü devir hızını düşürmektedir. Motive olan personelin işini daha fazla sahiplenmesi söz konusudur. Sağlık hizmetinde motivasyon, personelin hastalara ve çevresindeki insanlara karşı nasıl davrandığı ve diğer personelin yaptığı iş hakkında neler düşündüğü ile ilgilidir (Yıldırım ve Esen, 2018).

Sağlık personelinin her koşulda motivasyonunun yüksek olması gerekmektedir. Çünkü sağlık hizmetlerinde insan emeği yoğun ve hasta memnuniyeti sınırsız olduğu için hastalar karşılarında güler yüzlü ve kendileri ile ilgilenen çalışanlarla karşılaşmak istemektedir. Bu durum sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyinin yüksek olduğu kadar motivasyonlarının da yüksek olmasını gerektirmektedir. Sağlık çalışanları yoğun ve stresli ortamlarda çalıştıklarından dolayı motivasyonları da bundan etkilenmektedir. Sağlık çalışanları en çok da ücret faktöründen etkilenmektedir. Sağlık personelinde prim usulü çalışma, sosyal ve ekonomik ödüllerin verilmesi, ücretlerinde yapılan artış ve sosyal güvenlik hizmetlerinin verilmesi gibi faktörlerin motivasyonlarını artırdığını ortaya çıkarmaktadır.

### **1.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri**

Kalite kavramı, sağlık hizmeti sunan kurumlara etki etmiş olmakla beraber sağlık hizmetlerinde kalite kavramı üzerinde önemli çalışmalar yürütülmüştür. Sağlık kurumlarında kalite kavramından söz edebilmek için Donabedian'a göre yedi madde olarak ifade edilmiştir. Bunlar; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimal olma, kabul edilebilirlik, yasallık ve eşitlik olarak sıralanmaktadır. Bu maddeler sağlık hizmetlerinde verilen hizmetlerin kaliteli olup olmaması konusunu ortaya koymakta

ve sağlık hizmetlerindeki kalite uzmanlarına yol gösterme konusunda temel olarak kabul edilmektedir. (Şeremet, 2019).

#### **1.7.1. Etkenlik**

Etkenlik kavramı, üretim ve hizmet sektörünün belirli bir ürün ya da hizmeti üretebilmek için gerekli olan girdiler ne derecede etkin kullandıklarını göstermektedir. Etkenlik kavramı var olan bilgileri bilimsel çerçevede hastaların sağlıklı hallerinde ve hastalıkları hakkında yapılabilecek maksimum gelişmeleri elde etmektedir. Başka bir deyişle etkenlik sağlık kurumlarının potansiyeli ile mevcut teknolojiyi kullanarak hastaların en iyi hizmetleri alabilmesini kapsamaktadır. Sağlık kurumları için bilimsel bilgiye dair en yararlı olacak şeyleri kapsamaktadır (Şeremet, 2019; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

#### **1.7.2. Etkililik**

Etkililik kavramı, bireylerin sağlık ile ilgili durumlarında gerçekleştirilmesi beklenen veya gerçekleştirilen gelişmelerdir. Sağlık hizmeti veren kurum, hastanın sağlık durumunda herhangi bir gelişme ve değişiklik yaratmış ise bu hizmetin verimli olduğunu göstermektedir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişime yol açmamış ise hizmetin etkili olmadığını göstermektedir. Verilen diğer tüm özellikler hasta açısından iyi olsa bile, hastanın sağlık durumunda bir iyileşme olmadığı için verilen hizmet kaliteli olarak kabul edilmesi mümkün değildir (Çavuş ve Gemici, 2013).

#### **1.7.3. Verimlilik**

Verimlilik kavramı, bir hizmet ya da üretim sürecinde, belirli bir zamanda üretilmiş olan outputun mal ve hizmetlerin gerçekleştirilmesi için kullanılan inputların birbirine oranlamasıdır. Verimlilik kavramının amacı ulaşılmak istenen en uygun hizmetlere en yüksek ve en ekonomik biçimde en iyi çıktıya ulaşmaktır. Aynı girdi ile daha çok çıktıyı elde etmek istenmektedir. Burada çıktının girdi artışından daha yüksek olması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetinde verimlilik kavramına baktığımızda geçerli olan bir hizmetin en az maliyetlerle üretilmesi olarak tanımlanmaktadır. Doğru hastaya uygun tedavinin sağlanması verimliliği sağlamaktadır. Uygun tedavinin sağlanması hem maliyetlerde düşüş sağlamakta hem

de hastanın en kısa sürede sağığına erişmesini sağlamaktadır (Aygır ve Önsüz, 2017).

#### **1.7.4. Optimal Olma**

Optimal olma, hastaya verilen sağıık hizmetinin yararı ve maliyetleri arasındaki dengenin sağılanması amacıyla kullanılmaktadır. Optimal sağıık hizmetlerinde sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi ve bu iyileştirmelerin maliyet açısından dengelenmesini amaçlamaktadır. Sağıık hizmetlerinde en uygun maliyet ile fayda arasında “optimum” ya da “en iyi” durumda bulunduğı anlamına geldiğı bilinmektedir (Şeremet, 2019; Kaya, 2013; Kavuncubaşı, 2000).

#### **1.7.5. Kabul Edilebilirlik**

Kabul edilebilirlik, sağıık kurumlarında verilen hizmetlerin, hastaların veya hasta yakınlarının beklentilerine, isteklerine ve değerlerine kurum açısından uyumlu olmaları anlamına gelmektedir. Sağıık kurumlarında verilen hizmetlerin kabul edilebilir olması amacıyla bir dizi önlemler alınması gerekmektedir. Bunlar şunlardır (Şeremet, 2019; Kavuncubaşı& Yıldırım, 2010):

- Sağıık hizmetine almak isteyen hastaların sağıık hizmetine kolayca ulaşabilmesi,
- Sağıık hizmeti veren hekim, hemşire ve diğır sağıık personellerinin hastalara karşı hassas olmaları gerekmekte ve hastaların beklentilerine ve isteklerine karşılık vermeleri,
- Sağıık hizmeti verilen ortakların rahat ve güvenli olması,
- Sağıık hizmetlerinin etkili olması gerekmektedir.

#### **1.7.6. Yasallık**

Sağıık hizmetlerinde yasallık kavramına baktığımızda, toplum tarafından sağıık hizmetinin kabul edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağıık hizmeti veren kurumlar verdikleri hizmetlerde sosyal olarak ilgi ve tercihlere uyumlu değilse çevre yani kişiler tarafından onay verilmeyecektir (Şeremet, 2019; Kavuncubaşı, 2000). Başka bir tanımla yasallık, toplumun gerekliliklerine ve kurallarına uygun bir tutumla tüm fertleri tarafından onaylanmasıdır (Aygır ve Önsüz, 2017).

### 1.7.7. Eşitlik

Eşitlik kavramı tüm bireylere din, dil, ırk gibi ayrımcılık yapılmadan eşit şekilde hizmetlerden yararlanması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde eşitlik kavramı tüm bireylere hizmetin eşit ve adil bir biçimde verilmesini kapsamaktadır (Şeremet, 2019; Kavuncubaşı, 2000).

Bireyler arasında hiçbir ayırım gözetilmeksizin eşit sağlık hizmeti sağlanmalı ve her fert hasta olarak eşit haklara sahip olduğu bilinmektedir. Her birey hastalığının uygun şekilde ve tıbbin gerekli gördüğü ölçüde sağlık hizmetinden faydalanması gerekmektedir (Burçuoğlu Karaca, 2014).

### 1.8. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık kavramı, oldukça karmaşık bir yapı olduğu için tek bir ifade ile tanımlanmasının da zor olduğu görülmekte bundan dolayı sağlık kavramı geçmişten günümüze birçok değişkenlik göstermektedir (Somunluoğlu, 1999). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık kavramı; *“sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir”* şeklinde yapmıştır. Sağlık, bireylerin yaşamlarını etkin şekilde sürdürmeleri, yaşam kalitelerini korumada ve yaratmasında büyük bir etkiye sahiptir. Bu yüzden sağlık kavramı toplumdan topluma, kültürden kültüre ve bireyden bireye değişiklik göstermektedir (Öztürk ve Kırac, 2019). Dünya sağlık örgütü sağlığın, bir temel hak olduğunu herkese eşit, adil ve erişilebilir bir şekilde verilmesini desteklemektedir.

Bireylerin sağlık ile ilgili olan ihtiyaçlarını karşılayabilmelerine yönelik verilen hizmetlere sağlık hizmetleri adı verilmektedir. Sağlık hizmetleri doktorlardan, hemşirelerden ve diğer sağlık personelinden yararlanarak toplumların gereksinimlerini ve ihtiyaçlarını gerçekleştirmektedir. Toplumda bulunan tüm insanlara uygun ve pahalı olmayacak şekilde sunulması gereken bir hizmettir. Sağlık hizmetleri bireylerin sağlığına zarar veren etkenlerin yok edilmesinde büyük rol oynamakta ve zarar veren etkenlerin bireyleri ve toplumu koruması, hasta olan bireylerin tedavi edilmesi, ruhsal ve bedensel kabiliyetlerin ve yeteneklerini yetersiz bir şekilde kullananların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlere sağlık hizmeti denilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

Sağlık hizmetlerinin genel amaçlarına baktığımızda bireylerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bireylerin sağlıklarını koruyup geliştirmesine yardımcı olmaktır. Sağlık hizmetleri tüm bireylere adil, eşit biçimde ve bireylerin ihtiyaçlarına ve beklentilerine uygun olarak verilen hizmetlere sağlık hizmeti denilmektedir. Sağlık hizmetleri ulaşılabilir olmalı, kaliteli olmalı, bilimsel yöntem ve ilkelere uygun bir biçimde verilmelidir. Yine sağlık hizmetleri bölgesel farkları azaltıcı bir şekilde hizmetin verilmesini sağlamalıdır. Hasta haklarına saygılı ve toplumları ve bireyleri etkin bir şekilde sağlık hizmetleri içerisinde yer edinmesini sağlayarak sağlıklı toplumların ve sağlıklı bireylerin oluşmasında etkili olmaktadır (Söyük, 2018).

### **1.9. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri dünya genelinde öncelikle hastaların hastalıklarını tedavi etmek biçiminde anlaşılmış ve daha etkin bir şekilde tedavi hizmetlerine doğru yönelimlerin arttığı görülmektedir. Bu doğrultuda sağlık hizmetleri için bir genel tanıma bakacak olursak; *“sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne”* sağlık hizmeti denilmektedir. Sağlık hizmetleri dört başlık altında ele alınmaktadır. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olarak dört başlık altında incelenmektedir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2017).

#### **1.9.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetlerine baktığımızda bireylerin var olan sağlıklarının devamlılığını sağlamayı amaçlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ülke içinde yaşayan bireyleri bilinçlendirmek ve bilgilendirmeyi amaçlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri bireyler hastalanmadan önce sağlıklarını korumayı ve hasta olan bireyleri de en kısa sürede erken tedavi ederek sağlıklarına kavuşturmayı sağlamaktır (Çağatay, 2019).

Başka bir tanımda koruyucu sağlık hizmetleri kişilerin sağlıklarının korunması, verilen hizmetlerin kaliteli sağlanması ve hastalıkların önlenmesi ile yapılan gerekli olan hizmetleri sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri devlet kontrolündedir ve koruyucu hizmetlerde devlet tarafından verilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri *çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri* ve *kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri* olarak ikiye ayrılmaktadır (Aktan & Işık, 2007).

#### **1.9.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:**

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin hastalıklarının erken bir şekilde tanı konulmasında etkili olmaktadır. Hastaları en az zarar ile hastalıktan kurtulmasını amaçlayan hizmetler bu hizmetin içinde yer almaktadır. Hekimlerin, hemşirelerin yürüttüğü hizmetleri kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmeti ile toplum direnci de güçlü bir şekilde artacaktır (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat, 2017).

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şu şekilde sıralanmaktadır (Tengilimoğlu, Işık, ve Akbolat, 2017):

- Aşılama,
- Erken tanı ve yerinde tedavi,
- İlaç ile korunma,
- Aile planlaması ve ana çocuk sağlığı,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Kişisel temizlik olarak sıralanmaktadır.

Bu hizmet grupları özellikle sağlık sektörü ve sağlık çalışanlarınca yürütölmektedir.

#### **1.9.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:**

Çevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçları çevre sağlığını olumsuz bir şekilde etkileyen etkenlerin olumlu hale getirilmesi amacıyla yapılan hizmetlerdir. Biyolojik, kimyasal ve fiziksel olarak insan sağlığını etkilemelerini önleyerek bireylerin ve toplumun sağlığını olumlu bir hale getirmektir. Çevre sağlığı hizmeti verilirken bu alanlarda uzman kişilerden yararlanılmalıdır. Bu uzman kişiler veterinerler, çevre sağlığı uzmanları ve teknikerleri, su ve su ürünleri mühendisleri, ziraat mühendisleri gibi kişilerden yararlanılmalıdır. Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetlerde sağlık sektörünün temel görevi denetim, eğitim ve danışmanlık hizmetleri vermektir (Başol, 2015).

Çevreyeye yönelik verilen hizmetler şu şekilde sıralanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000):

- Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,

- Hava kirliliğinin denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Zararlı canlılarla mücadele,
- Besin sanitasyonu,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- İş sağlığı ve radyolojik zararlıların denetimi olarak sıralanmaktadır.

### **1.9.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetlerine baktığımızda tamamen bireye yönelik olduğu görülmektedir. Sağlığı bozulan veya bireyin kendini sağlıklı olarak hissetmediği durumlarda başvurduğu hizmet türüne tedavi edici sağlık hizmeti denilmektedir. Bu hizmet bireylere tanı ve teşhis işlemi ile ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Tedavi edici hizmetler genel olarak hastanelerde ve yataklı sağlık hizmeti veren kurumlarda sağlanmaktadır (Söyük, 2018).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, daha donanımlı ve uzman kişiler tarafından sağlanmaktadır. Tedavi edici hizmetlerde hastaların yaralanması, her hangi bir kaza geçirmesi ya da vücut uzuvlarında azalmalar olmasından dolayı başvuru alan yerler olarak bilinmektedir. Bu hizmetlerde teknolojinin hekimler tarafından etkili bir şekilde kullanılarak hastaların tanı ve tedavisinin en iyi şekilde sonuçlanmasını sağlamayı amaçlamaktadır (Ateş, 2011). Tedavi edici sağlık hizmetleri de kendi içinde üçe ayrılmaktadır.

#### **1.9.2.1. Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, ayaktan teşhis ve tedavinin yapıldığı kurumlardır. Bu hizmetlerin temel amacına baktığımızda temel sağlık problemlerini ele alır ve hastaların hastalanmadan önce hastalığı önleme, rehabilite etme ve tedavi etme kısmını oluşturmaktadır. Bu hizmet daha çok kişiye yönelik hizmetler olarak bilinmektedir. Bireyler kendilerini iyi hissetmediklerinde ya da kendilerini hasta hissettiklerinde ilk başvuru yaptıkları yerdir (Söyük, vd. 2018).

Erken tanı ve teşhis ile birinci basamak tedavi hizmetleri sağlık maliyetlerinde düşüş sağlamaktadır. Bu kuruluşlar yataksız sağlık hizmeti vermektedir ve hastaların

ilk başvurdukları kurumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ana çocuk sağlığı, aile hekimlikleri bu hizmeti sağlayan kurumlardır (Tengilimoğlu, vd. 2017: Ateş, 2011).

#### ***1.9.2.2. İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri***

Hastaların hastalandıklarında birinci basamağa yönlendirmesi ile gittikleri kurumlara ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri denilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri 50 ile 100 yataklı kurumlar olarak bilinmektedir. Bu kurumlarda en az 3 ile 4 uzman hekimin çalışması gerekmektedir. Teknolojik ve hizmet olarak birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara göre daha gelişmiş halidir. Yataklı tedavi hizmeti sunan kurumlar gerektiğinde ameliyat hizmetinin de verildiği sağlık kurumlarıdır. Ayaktan ya da yatarak tedavi hizmeti sunulmaktadır. Devlet hastaneleri, tam teşekküllü hastaneler, diyaliz merkezleri örnek olarak verilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

#### ***1.9.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri***

Bu basamakta verilen sağlık hizmetleri daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Hastalara yönelik yapılan tanı ve tedavisi sıranda teknolojik ve laboratuvar araştırmalarından yararlanan kurumlardır. Yeni hastalıkların ya da var olan hastalıkların detaylı bir şekilde incelenmesi ve gerekli olan tetkiklerin yapıldığı hizmetleri kapsamaktadır. İkinci basamakta yapılamayan hizmetlerin ya da daha gelişmiş bir hizmetin sağlanması gerekiyorsa üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmektedir. Üniversite hastaneleri, şehir hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve dal hastaneleri bu gruba girmektedir (Atilla,2016).

#### ***1.9.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri***

Rehabilite edici sağlık hizmetleri engellilerin veya hastalıkların sağlıklarını tekrar kazanmaları için verilen hizmet türüdür. Rehabilitasyon bireylerin çalıştıkları ortamlarda ve yaşadıkları ortamlarda tam olarak kendilerini aktif olarak kullanamamaları sonucun da gereksinim duyulmaktadır (Köşker, 2021).

Rehabilitasyon hizmetleri sağlığını kaybeden kişilerin ya da sonradan sakatlanan bireylerin çevreleri ile etkileşime girmeleri potansiyelini ortaya çıkarmaya yaramaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri kişileri doğrudan etkilediği gibi dolaylı

olarak da etkilemektedir. Bu yüzden devlet rehabilitasyon hizmetlerini etkili bir şekilde kullanması gerekmektedir (Özer & Sungur, 2019).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri ikiye ayrılmaktadır:

#### **1.9.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon**

Bedensel olarak engelli bireylerin mümkün olduğunca sağlıklarına kavuşturulması için yapılan hizmetlerdir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinde kişilerin yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmet olarak bilinmektedir. Bu hizmete gözlük, protez ve tekerlekli sandalye gibi yardımcı ekipmanla bireylerin hayatlarını daha kolay sağlamalarına yardımcı olmaktadır. Bu hizmetleri sağlayan kuruluşlara örnek olarak fizik tedavi merkezleri ya da hastanelerini verebiliriz (Özer & Sungur, 2019; Ateş, 2011).

#### **1.9.3.2. Sosyal Rehabilitasyon**

Sosyal rehabilitasyon hizmetleri kişilerin eski işlerinde çalışamayacak ya da belirli bir işe girdiğinde çalışamayacak olan kişilerin yeni bir beceri kazanma ve iş öğrenmelerini sağlayan hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon hizmetlerinde bireyler sosyal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamaları amaçlanmaktadır. Bu duruma uyum sağlamaları için kişilerin çeşitli destek programları sağlanması gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, Ateş, 2011).

#### **1.9.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlığı geliştirme kavramını ilk olarak ele alan tıp tarihçisi Henry E. Sigerist'in tanımıyla sağlığın dört temel görevinin olduğunu belirtmiştir. Bu görevler sırasıyla şunlardır; sağlığın geliştirilmesi, hastanın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve rehabilitasyon olarak sıralanmaktadır. Sigerist sağlığın geliştirme kavramında iyi çalışma koşulları, dinlenme ve eğitim, uygun yaşam koşulları sağlandığı sürece sağlığın geliştirileceğini belirtmiştir (Tengilimoğlu, Işık, & Akbolat, 2017).

Sağlığın geliştirme hizmetleri sağlık durumu iyi olan bireylerin sağlık durumlarını daha iyi bir duruma getirmek için sağlanan hizmetler olarak bilinmektedir. Bu hizmetin geliştirmesinde ve korunmasında bütün sorumluluk bireylere düşmektedir.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde bireylerin ve halkın sağlık konusunda bilinçlendirilmesi ve bilgilendirilmesi yönelik faaliyetleri içerisine alan bir yapılanmadır. Bilinçlenme ve bilgilendirme faaliyetleri sağlık eğitimi merkezlerinde, aile sağlığı merkezlerinde, sağlık yaşam merkezlerinde ve ana çocuk sağlık merkezlerinde verilmektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha çok görev düşmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde büyük rol oynamaktadır (Sarp, 2018).

#### **1.10. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetlerinin verimli ve etkili bir şekilde sunulabilmesi için kaliteye uygunluk, kolay kullanılabilirlik, süreklilik özelliklerinin olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde kontrol edilebilirlik zor bir durumdur. Sağlık hizmetlerinde insan emeğinin karşılığı yükseldikçe kalite artmaktadır. Sağlık hizmetleri genelde beklenmedik zamanlarda gereksinim duyulmaktadır. Ancak son zamanlarda zevklerin ve tercihlerin de ön plana çıktığı görülmekte kişilerin estetik amaçlı olarak da sağlık hizmeti aldığı görülmektedir. Bu durumda göstermektedir ki bireylerin sadece hastalandıklarında hekime başvurmadıklarını ve tercih nedeni olarak da sağlık kurumlarına başvurduklarını göstermektedir (Özalbant, 2010).

Artan sağlık hizmetleri girdiler, daha iyi sağlık hizmetlerine ve hizmetin sunumu kalitesinde daha iyi erişime yol açmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite standardını karşılayan hizmetlerin erişim güvenliğini sağlamak sağlık hizmetinin temel özellikleri arasında yer almaktadır. İyi hizmet sunumu, herhangi bir sağlık sisteminin özellikleri arasında yer almalıdır. Hizmet sunumu, sağlığın sosyal belirleyicileri de dâhil olmak üzere diğer faktörlerle birlikte nüfusun sağlık durumuna temel bir girdisidir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve içeriği bir ülkeden diğerine farklılık göstermektedir. Ancak iyi işleyen bir sağlık sistemi özellikleri aşağıdaki temel özelliklere sahip olmalıdır(WHO, 2010):

**Kapsamlılık:** Sağlık hizmetlerinde tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, palyatif ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirme faaliyetleri olmak üzere bireylerin ihtiyaçlarına uygun kapsamlı bir sağlık hizmetleri verilmesini sağlamaktadır.

**Erişilebilirlik:** Hizmetler, gereksiz maliyet, dil, kültür veya coğrafya engelleri olmaksızın doğrudan ve kalıcı olarak erişilebilir durumda olmalıdır. Sağlık hizmetleri, birinci basamak düzeyinde (uzman veya hastane düzeyinde değil) hizmet ağına rutin bir giriş noktasıyla insanlara yakındır. Hizmetler evde, toplum merkezlerinde, işyerinde veya uygun şekilde sağlık tesislerinde sağlanabilmektedir.

**Kapsam:** Hizmet sunumu, tanımlanmış bir hedef popülasyondaki tüm insanları, yani hastaları ve hasta yakınlarını, tüm gelir gruplarını ve tüm sosyal grupları kapsayacak şekilde tasarlanmalıdır.

**Süreklilik:** Sürekli hizmet sunumu, bireyin hizmet ağı, sağlık koşulları, bakım seviyeleri ve yaşam döngüsü boyunca bakımın sürekliliğini sağlamak için organize edilir.

**Kalite:** Sağlık hizmetleri yüksek kaliteli olmalı yani etkili, güvenli, hastanın ihtiyaçlarına odaklı ve zamanında verilmesi gerekir

**Kişî merkezlilik:** Hizmetler, hastalık veya finansman değil, kişî etrafında organize edilir. Kullanıcılar, sağlık hizmetlerini kendileri için duyarlı ve kabul edilebilir olarak algırlar. Hizmet sunum tasarımı ve değerlendirmesinde hedef kitlenin katılımı vardır. İnsanlar kendi sağlık hizmetlerinde ortaktır.

**Koordinasyon:** Yerel sağlık hizmeti ağları, sağlayıcı türleri, bakım türleri, hizmet sunum seviyeleri ve hem rutin hem de acil durumlara hazırlık için aktif olarak koordine edilir. Hastanın birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı, ihtiyaç duyulan hizmetler arasındaki yolu kolaylaştırır ve diğer hizmet sağlayıcı düzeyleri ve türleri ile işbirliği içinde çalışır.

**Hesap verebilirlik ve verimlilik:** Sağlık hizmetleri, yukarıda açıklanan temel unsurları minimum kaynak israfı ile elde edecek şekilde iyi yönetilmelidir. Yöneticilere, planlanan hedefe ulaşabilmesi için gerekli sorumluluklar verilir. Hedef sonrası genel performans ve sonuçlardan da sorumludur. Değerlendirme, sivil toplumun katılımı ve hedef nüfus için uygun mekanizmaları içerir.

Sağlık hizmetleri özellikleri diğer hizmet üreten ve mal üreten işletmelerden ayrılan birçok yönü vardır. Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinin olduğu

bilinmektedir. Bu hizmetlerin bir kısmı aşağıda yer almaktadır (Söyük& Gün, 2018; Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2017; Ateş, 2011):

- ✓ Sağlık hizmetleri üretildiği an tüketilmektedir.
- ✓ Sağlık hizmetleri depolanamaz.
- ✓ Sağlık hizmetleri 24 saat kesintisiz hizmet vermektedir.
- ✓ Arz ve talep arasında belirli bir eşitsizlik vardır.
- ✓ Sağlık hizmeti veren personellerin uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde verilen tıbbi hizmetler bireylerin gereksinimlerine göre verilmektedir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde çalışan personel kadın personel ağırlıklıdır.
- ✓ Verilen hizmetler pahalı hizmetlerdir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde tüketilen mal ve hizmetler diğer piyasalardaki mal ve hizmete göre standart değildir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde tüketilen hizmetler rastlantısal ve yapılacak masraflarda belirsizdir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde diğer sektörlere göre çatışma daha çok görülmektedir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin işlevsel yoğunluk olduğundan ekip çalışmasını gerektirmektedir.
- ✓ Hizmetlerin acildir ve ertelenemez.
- ✓ Sağlık hizmeti alan ile sunan arasında asimetrik bir ilişki vardır.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde kadın personel ağırlıklı çalıştığı için kurumda personel devir hızı da fazladır.
- ✓ Verilen sağlık hizmetlerinde hata, kuşku ve yanılgıya yer yoktur.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamak güç bir durumdur.
- ✓ Sağlık hizmetleri ertelenemez ve ikamesi yoktur.
- ✓ Sağlık hizmeti sunucuları ani ve hızlı karar vermeleri gerekmektedir.

### **1.11. Hastanelerin Tanımı ve Tarihçesi**

Hastane kavramına tıp tarihinde ilk defa Sümerler zamanında rastlanmaktadır. Eski Mısır, Yunan medeniyeti ve Hititlerde tıbbi kayıtların yapıldığına rastlanmaktadır. Bu dönemde hekimlik görevini din adamları üstlenmektedir. Bu dönemlerde ilk kez

hastanelerin temelleri atılmıştır. Osmanlı döneminde hastanelere ilk olarak cami, medrese, kervansaray, imaret, hamam, tabhane, çarşı ve benzerleri külliyelerin bir kısmı olarak planlanmıştır. Özellikle Osmanlı Devleti döneminde çok sayıda hastane İstanbul'da bulunmaktadır. İstanbul da kurulan ilk hastane Fatih Sultan Mehmet tarafından 1470'de kendi adıyla da bilinen Fatih Darüşşifası olarak bilinmektedir. 19. Yüzyılda Avrupa tarzında modern hastanelerin temeli atılmıştır. Modern hastanelerin yanında tıp eğitimi hastanelerinin de açıldığı görülmektedir (Tokaç & Topçu, 2013).

Hastane kelimesinin kökeni Farsçadan gelen “hastahane” kelimesinden gelmektedir. Türkçedeki karşılığına baktığımızda ise “hastane” anlamına gelmektedir. Latincedeki anlamına baktığımızda ise misafirperverlik anlamına gelen “hospital” anlamında kullanılmaktadır. DSÖ 1965 yılında yapmış olduğu hastane tanımı şu şekildedir; “*müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun ve kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kurumlar*” tanımını yapmıştır (Danacı, 2010).

Hastaneler çok değişkenli bir ortamda hizmet verdiklerinden dolayı karmaşık bir yapıya sahiptirler. Hastaneler çok eski tarihlere dayanmaktadır.

Yataklı tedavi kurumlarının yapmış olduğu hastane tanımında hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, yatarak veya ayaktan müşahede, teşhis, muayene, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan sağlık kurumlar olarak tanımlamıştır. Hastaneler tıbbi hizmetlerinin yanında araştırma, eğitim ve toplum sağlığı konularında da etkin rol oynamaktadır. Brown hastaneleri şu şekilde tanımlamıştır; tıbbi hizmet veren bir kuruluş, ekonomik bir yapıda işletme, hekim, hemşire ve diğer sağlık personellerine eğitim veren bir kuruluştur. Yine eğitimin yanında araştırma faaliyetini göstermesi, farklı alanlarda çalışan uzman meslek gruplarına sahip örgüt yapısına sahip olması, toplumsal ve sosyal bir kuruluş olup bu sayılan amaçları ve hedefleri gerçekleştirmek için faaliyet gösteren hizmet veren kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (Ağırbaş, 2016).

Başka bir tanım hastaneleri şu şekilde açıklamaktadır. Hastaneler sadece tıbbi ve tedavi hizmeti verilen kurumların olmadığı, aynı zamanda kişilerin eğitim durumu, bireylerin refah düzeyleri, tüketim alışkanlıkları, bireylerin aile yapıları,

kültürel düzeylerini, sosyal güvenlik durumlarını, sağlık sisteminin yapısı ve sağlık politikası gibi birçok koşulu içine alan çevresel, bireysel ve tepe sisteme ait olan faktörlerin açık bir şekilde ele alınması olarak tanımlanmıştır (Kurtulmuş, 1998).

#### **1.12. Hastanelerin Sınıflandırılması**

Hastaneler topluma ve bireylere çok amaçlı hizmet veren kurumlar olarak bilinmektedir. Hastaneler verdikleri hizmete göre sınıflandırıldığı bilinmektedir. Bu sınıflandırmaya sırası ile şu şekilde yapılmaktadır;

- Hastanelerin mülkiyetine göre,
- Hastanelerin büyüklüklerine göre,
- Eğitim statüsüne göre,
- Verdikleri hizmet türlerine göre,
- Hastanede kalış sürelerine göre sıralanmaktadır.

##### **1.12.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler**

Mülkiyet temelli hastanelere baktığımızda mülkiyetin hangi kurum ve kuruluşta olduğu hastaneler grubunu sınıflandırmaktadır. Mülkiyet temelli hastanelerde kendi içinde üçe ayrılmaktadır.

**Devlet Hastaneleri:** Bu hastaneler sağlık bakanlığına doğrudan bağlı hastaneler olarak bilinmektedir. Devlete doğrudan bağlı hastanelerin mülkiyeti devletin himayesindedir, kar amacı gütmeyen kurumlardır ve devlet tarafından işletilmektedir. Devlet hastaneleri yaş cinsiyet gözetmek sizin sağlık hizmetinin verildiği ilk kurum olarak bilinmektedir. Ülkemizdeki verilen sağlık hizmeti sunumunda devlet hastanelerinin önemi büyüktür (Özel Hastane Yönetmeliği, 2016).

**Üniversite Hastaneleri:** Üniversite hastanelerinin amacı teşhis, muayene ve tedavi amacıyla hastaneye başvuran kişilerin yatarak ya da ayaktan tedavi hizmeti verilen kurumlardır. Sağlık hizmetlerinin yanında eğitim, öğretim hizmetleri de vermektedir. Üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlar arasında yer almaktadır. Üniversite hastanelerinde her türlü sağlık görevlileri yetiştirmeyi amaçlamaktadır (Söyük, 2018; Tengilimoğlu vd., 2017).

**Özel Hastaneler:** Özel hastaneler kar amacı ile kurulmuş hastaneler olarak bilinmektedir. Son yıllarda özel hastanelerin payı ülkemizde büyük bir oranda artış

sağlamıştır. Bu hastaneler genelde girişimciler tarafından kurulan hastanelerdir. Bu hastanelerin piyasada var olabilmeleri için kar etmeleri gerekmektedir. Özel hastaneler belirli bir uzmanlık alanında uzmanlık kişilerce verilen hizmetleri kapsamaktadır. Özel hastaneler gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait hastaneleri kapsamaktadır. Özel hastaneler kadın hastalıkları, çocuk ve doğum hastaneleri, kalp damar hastaneleri ve onkoloji hastaneleri olarak sıralanmaktadır (Söyük, 2018; Tengilimoğlu vd., 2017; Özel Hastane Yönetmeliği, 2016).

### **1.12.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler**

Hastanelerin büyüklük kapasitesini belirleyen belli başlı ölçütler vardır. Bu ölçütler sırası ile hastanelerin yatak sayısı, hasta günü sayısı ve personel sayıları hastanelerin büyüklük kapasitesini belirlemektedir. Hastanelerin yatak kapasiteleri önemli bir sınıflandırma şeklidir. Bu ölçütlerin içinde en ekili olanı hastanelerin yatak kapasitesi ölçütüdür. Yatak sayıları bakımından hastanelere baktığımızda 25-50-100-200-400-600-800 ve üstü hastaneler olarak sıralanmaktadır. Büyüklüğüne göre hastaneler özel hastaneler için yatak kapasitesi en az 25, devlet hastanesi için ise en az 50 yataklı hastaneler olmak zorundadır (Kılıç & Öztürk, 2006).

### **1.12.3. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler**

Eğitim statüsüne göre hastanelere baktığımızda ikiye ayrılmaktadır. Bunlar eğitim amacı olmayan hastaneler ve eğitim amacı olan hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır (Söyük, 2018).

**Eğitim Hastaneleri:** Hastalara ve hastalık belirtisi olanlara sağlık hizmeti veren kurumlardır. Tanı ve tedavi hizmetinin yanında profesyonel sağlık personeli yetiştirmek amaçlamaktadır. Eğitime yönelik sağlık hizmetleri sunmaktadır. Eğitim hastanelerinin amacı uzman hekim, hemşire ve sağlık profesyonelleri yetiştirmeyi amaçlamaktadır. Örnek olarak üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri verilmektedir.

**Eğitim Amacı Olmayan Hastaneler:** Sadece sağlık hizmeti verilen hastanelerdir ve burada sağlık personeli yetiştirme gibi bir amacı yoktur. Devlet hastaneleri örnek verilebilir (Söyük, 2018; Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010).

#### 1.12.4. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler

Hastaneler verdikleri hizmet sınıfına göre ikiye ayrılmaktadır. Bunlar genel hastaneler ve özel dal hastaneler olarak sıralanmaktadır.

**Genel Hastaneler:** Bu hastanelerde her türlü vakaların, yaş, cinsiyet ayrımı yapılmadan verilen hizmetleri kapsamaktadır. Genelde farklı uzmanlık dallarında hastaların kabul edildiği kurumlar olarak bilinmektedir. Genel hastaneler en az 50 yatak kapasitesine sahip olmalıdır. Ayaktan ve yatarak sağlık hizmeti verilen kurumlar genel hastane grubunda yer almaktadır (Tengilimoğlu, vd. 2017; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010; Kavuncubaşı, 2000).

**Özel Dal Hastaneleri:** Bu hastaneler belirli bir yaş ve cinsiyet grubuna hizmet ettiği bilinmektedir. Özel dal hastaneleri belirli alanda uzmanlaşmış ve sadece hastanede belirli alanlarda hizmet verilen kurumlar olarak bilinmektedir. Bu hastaneler hastaların tedavilerinin yapıldığı, teşhis ve muayene hizmetlerinin yanında rehabilitasyon hizmetlerini yapan kurum olarak bilinmektedir. Kadın doğum, onkoloji hastaneleri, göz hastaneleri ve psikiyatri hastaneleri örnek olarak verilmektedir (Tengilimoğlu, vd. 2017; Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010; Kavuncubaşı, 2000).

#### 1.12.5. Yatış Süresine Göre Hastaneler

Sağlık hizmeti alan bireylerin hastanede kalış süreleri ikiye ayrılmaktadır. Bunlar sırası ile kısa süreli bakım hizmeti veren hastaneler ve uzun süreli bakım hizmeti veren hastaneler olarak sıralanmaktadır.

**Kısa Süreli Bakım Hizmeti Veren Hastaneler:** Bu hastane hizmetleri genelde 30 günden az olan hastane hizmetleri olarak bilinmektedir. Bu hizmetlere akut bakım hizmetleri de denilmektedir. Kısa süreli bakım hizmetlerinde halka açık hizmetler olup ülkemizde devlet hastaneleri ile doğumevleri bu gruba girmektedir (Söyük, 2018; Tengilimoğlu vd, 2017; Kavuncubaşı, 2000).

**Uzun Süreli Bakım Hizmeti Veren Hastaneler:** Kronik bakım hizmetleri veren hastanelerde denilmektedir. Uzun süreli bakım hizmetleri, 30 günden fazla sürede hizmet verilen hastanelere denilmektedir. Bu hizmeti veren hastanelere baktığımızda,

fizik tedavi hastaneleri, ruh ve sinir hastaneleri, geriatri hastaneleri olarak bilinmektedir (Söyük, 2018; Tengilimoğlu vd., 2017; Kavuncubaşı, 2000).



## İKİNCİ BÖLÜM

### ÖRGÜTSEL USTALIK

#### 2.1. Örgütsel Ustalık (Organizational Ambidexterity) Kavramı

İngilizce “ambidexterity” kelimesinin Türkçe karşılığı, ustalık kavramı olarak tanımlanmaktadır. Ustalık; bireylerin özelliklerini gösterebilmeleri için, farklı yeteneklere sahip kişilerin ellerini aynı anda ve eşit olarak kullanma yeteneğidir. Örgütsel ustalık kavramı, iki elini aynı anda eşit beceriyle kullanılabilmek yeteneğini gösteren bireyler için kullanılmaktadır (Yıldız ve Karataş, 2018).

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte bilgi çok daha hızlı yayılmaya başlamıştır. Bu nedenle işletmeler, yeni düzenlemelere ayak uydurma konusunda birtakım zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Karşılaştıkları değişikliklerle başa çıkabilen örgütler uzun vadede varlıklarını sürdürebilirler. Hayatta kalmayı başaran ve varlığını sürdürmeyi hedefleyen örgütler, kaynaklarını ve yetkinliklerini gelişen teknoloji ile yenilemek zorundadırlar (Viyanda, 2012). Rekabetin arttığı ve gelişimin sürekli yaşandığı dünyada, yöneticiler zorluklarla yüz yüze kalır. Örgütler bir yandan verimliliği artırmayı hedeflerken diğer yandan maliyetleri düşürmeye çalışırlar ve bu yüzden çeşitli çatışmalarla, tartışmalarla yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Değişimin hızı arttıkça, artan değişimlere cevap verebilmek için örgütlerin yeniliklere olan ihtiyaçlarının da artması muhtemeldir. Bu değişimlerde biri de son yıllarda adından sıkça söz ettiren örgütsel ustalık kavramıdır (Reviş vd. 2013). Kuruluşlar örgütsel ustalık kavramını mevcut fikir veya ürünlerini güncel tutmak için kullanmalı, bilim ve teknolojiyi geliştirmek için gerekli olan yeni fikir veya ürünleri keşfetmelidirler. Örgütsel ustalık, tanım eksikliği veya işin yürütülmesine ilişkin bilgi eksikliği ile başa çıkmak için yeni bilgiler üretirken içerik bilgisi ve yeterliliğinden faydalanma olarak tanımlanmaktadır (Turner vd. 2015; Jansen vd., 2005).

Örgütsel ustalık kavramı, kuruluşlara ikili bakış açısını önermektedir. Ustalık kavramı, “çift yönlülük” (Fındıklı ve Pınar, 2014; Tunç, 2015) “çift yeteneklilik” olarak da tanımlanmıştır (Şanal, 2013; Çömez, 2012).

Bodwell ve Chermack (2010) örgütsel ustalığı, örgütün stratejilerini gerçekleştirirken fırsatlarını da etkili bir şekilde değerlendirmesi olarak tanımlamaktadır.

O'Reilly ve Tushman (2008) örgütsel ustalık kavramı ile ilgili şu tanımlı yapmıştır. Örgütler yararlanma süreçlerinin, yetkinliklerin ve rutin işlerin keşif faaliyetlerinden farklı olduğunu ve bu farklı yetkinliğin yönetilmesini örgütsel ustalık olarak tanımlamışlardır.

He ve Wong (2004) gibi araştırmacılar, örgütsel ustalığı iki boyutta ele almaktadır. Bunlar örgütün yararlanma ve araştırma boyutu olarak değerlendirilmektedir. Paliokaite ve Pacesa (2015), çevresel değişimlere uyum sağlayabilen ve dinamik çevresel boyutlara rağmen organizasyonu etkin ve başarılı bir şekilde yönetebilen organizasyonları çok yönlü organizasyonlar (örgütsel ustalık) olarak tanımlamışlardır. Örgütler, evrimsel ve dinamik değişimleri başarıyla yöneten gruplardır (Menguc ve Auh, 2008).

Örgütsel ustalık kavramının kesin bir tanımı yoktur, ancak terimin geniş tanımı olarak, örgütün aynı anda iki şeyi yapması anlamına geldiği öne sürülmektedir. Örgütsel ustalık yararlanma ve araştırma tanımları, örgütsel ustalık kavramının iki yönlülüğünü belirler (O'Reilly ve Tushman 2013). Örgütsel yararlanma, yeni fırsatlar aramanın yanı sıra mevcut yeterlilik ve yetenekleri kullanmaktır. Başka bir deyişle, bir kuruluş uzun vadeli başarı elde etmeyi amaçlarsa koordinasyonu ve uyumu etkin bir şekilde yönetmelidir (Akdoğan, vd. 2009). Hem koordinasyonu hem de uyumu yönetmeye örgütsel ustalık denir (Birkinshaw ve Gibson, 2004). Yeni bir yol aramak ve mevcut kapasiteyi kullanmak bizi örgütsel ustalık ile tanıştırır.

Tushman ve O'Reilly (1996), Mevcut pazarda yetkinliklerini etkin bir şekilde sergileyebilen kuruluşları tanımlarken, verimliliğin önemini ve çeşitli farklılıklara odaklanan pazarlarda yeni ürünlerin, hizmet geliştirme süreçlerinin, esneklik, deneyim ve hızın önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Örgütsel ustalıkta bunlar, uzun vadede ürün, pazar ve teknolojik gelişme arasındaki dengeyi sağlamak, kısa vadede ise karlılığı ve koordinasyonu yönetebilme yeteneğidir (Chaharmahali ve Siadat, 2010).

Örgütsel ustalığın çevre koşullarına uyumlu olabilmesi için, fırsatların göz önüne alınmalıdır. Fırsatlar ile elde edilen verilerin yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir (Kriz vd., 2014).

## **2.2. Örgütsel Ustalık Kavramının Tarihsel Gelişimi**

Örgütsel ustalık kavramını ilk kez 1976'da kullanmıştır. Robert Duncan 1976 yılında “The ambidextrous organization: Designing dual structure for Innovation” adlı makalesinde örgütsel ustalık terimini kullanmış ve bu terim literatürdeki yerini almıştır (O'Reilly ve Tushman, 2008).

Bu terimin tanıtılmasıyla literatüre katkı sağlayan Duncan, örgütsel ustalık kavramını (çift yönlülüğü) yenilik faaliyetleri açısından incelemiştir (Raisch vd., 2009).

İşletmeler örgütsel ustalık kavramına ulaşmanın yolları üzerine araştırmalar yapmıştır. Duncan 1976, yenilik sürecinin farklı aşamalarında gerekli olan örgütsel yapılara dikkat çekmiştir. (Tushman ve O'Reilly 2013).

Literatürde yaygın olarak kullanılan örgütsel ustalık kavramı, dilimiz literatüründe yeni kullanılmaya başlayan bir terim olmuştur Akdoğan vd., 2009).

Tushman ve O'Reilly (1996), son zamanlarda örgütsel ustalığı çift el becerisini aynı anda hem artımlı hem de süresiz yenilik olarak nitelendirmiş ve değişimi takip etme yeteneği olarak tanımlamışlardır. Araştırmalar başarılı ve uzun ömürlü organizasyonların esas olarak çok yönlülüğe bağlı olduğunu göstermelidir. Sürekli değişimin olduğu iş dünyasında rekabetin arttığı ve değişime ayak uydurmanın zorlaştığı bu süreçte kuruluşların mevcut yeteneklerini kullanarak ve yeni yetenekleri keşfederek kendilerini yenilemeleri oldukça önemli bir durumdur. Kuruluşlar yeteneklerinden yararlanma ve yeni araştırmalarla birlikte, çok yönlülük elde edebilir ve kuruluşların performansı önemli ölçüde gelişme eğilimi içinde olabilir (Tushman ve O'Reilly: 1996).

Örgütsel ustalık (iki yönlülük); rekabet avantajı, koruma, kullanım ve araştırma yenilikleri yaratarak devrim niteliğindeki değişiklikler yoluyla kuruluşların karlılığını artırabileceğini ifade etmektedir. Buna ek olarak, örgütsel ustalığı benimseyen kuruluşlar kendilerini beklenmedik büyük değişikliklerden koruyabilirler ve yüksek performans elde edebilirler. Örgütsel olarak katılığa karşı korunurlar, satışlarda yüksek kar elde ederler ve öğrenme kapasitelerini geliştirirler (Jansen, 2005).

Örgütsel ustalık (iki yönlülük) üzerine yapılan araştırmaların çoğu örgütsel performansa odaklanmayı önemli bir değişken olarak kabul etmektedir. Ancak sonuçlar iki taraflı ve belirsizdir. Bazı araştırmacılara göre, örgütsel ustalığın performans üzerinde doğrudan bir etkisinin olduğu düşünülürken, bazı araştırmacılarda negatif bir etki olduğunu öne sürmektedir (He ve Wong, 2004). Örgütsel ustalık ile performans arasında negatif veya eğrisel bir ilişki olabileceği ifadeleri de yer almaktadır (Şimşek, 2009).

Araştırmalar, örgütsel ustalık (iki yönlülük) ile satışların artması, performansın öznel olarak değerlendirilmesi, yenilikçilik, pazarın değerlendirilmesi ve örgütün hayatta kalması arasında pozitif bir ilişki olduğuna işaret etmektedir (O'Reilly ve Tushman, 2013). Ayrıca artan rekabet ve çevresel belirsizlik koşullarında örgütsel ustalığın (çift yönlülüğün) daha değerli olduğu konusu tartışılmaktadır (Wang ve Li, 2008; Jansen, 2005).

Araştırma stratejisi, radikal değişikliklere odaklanan ve yeni müşteriler için yeni ürünler, hizmetler veya teknolojiler geliştiren tehlikeli ve zorlu bir strateji olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle araştırma stratejisinin örgütsel performans üzerindeki etkisi uzun vadeli, beklentilerden farklı olabilir ve kısa vadede olumsuz etki gösterebilir. Aksine, yararlanma stratejisi, mevcut süreci, ürünü veya hizmetleri geliştirmek için mevcut bilgileri ve organizasyonel yeterlilikleri kullanmaktadır. Bu bağlamda, doğası gereği, araştırma stratejisinin performans üzerindeki etkileri kısa vadede daha öngörülebilir ve olumludur. Ancak uzun vadede örgütsel öngörüsüzlük yaratarak örgütsel performansı da olumsuz yönde etkileyebilir (O'Reilly ve Tushman, 2013).

### 2.3. Örgütsel Ustalıkta Temel Kavramlar

Yapılan araştırma ve yararlanma türleri arasında çok yönlülük oluşturmak için üç tür örgütsel ustalık kavramı üzerinde durulmaktadır. Bunlar:

- Yapısal Örgütsel Ustalık,
- Sıralı Örgütsel Ustalık,
- Bağlamsal Örgütsel Ustalıktır.

Örgütsel ustalığın göz önünde olan önemine rağmen, araştırmacılar ve uzmanlar bu yapının anlamını ve kavramını kapsamlı bir şekilde ele alamamışlar ve kavramın nasıl elde edildiği konusunda bir uzlaşmaya varamamışlardır (Siachou ve Gkorezis, 2018). Fakat örgütsel ustalığı türlerine göre sıralı, yapısal ve bağlamsal ustalık olarak üçe ayırmışlardır (Stokes vd., 2015).

Sıralı ustalık, zaman içinde geçici olarak çözülen, yaralanma ve keşifle ilgili gerilimleri ve etkileşimleri göstermektedir. Yapısal ustalığın, uzman birimler tarafından ele alındığı kabul edilirken, bağlamsal ustalığın tüm organizasyonel katılımcıların kültürüne, günlük davranışlarına ve alışkanlıklarına yerleştirilmesi amaçlanmaktadır (Martin vd., 2017).

#### 2.3.1. Sıralı Örgütsel Ustalık

Organizasyonlar, araştırma ve yararlanma faaliyetleri arasında dinamik ve zamansal bir sıralamaya uyum sağladığında, sıralı örgütsel ustalığı başardığını göstermektedir. Sıralı strateji, kuruluşların değişen çevre şartlarına uyum sağlamasına yardımcı olduğu için kuruluşlara birçok avantaj sağlamaktadır (Raisch, 2009).

Sıralı örgütsel ustalığı bireysel düzeyde tamamlamanın daha kolay olduğu belirtilmiştir. Sınırlı şartlarda değişim başladığında, işletmelerin bu duruma yanıt vermesi gerekmektedir. İşletmelerin hem yararlanma hem de araştırma stratejilerine odaklanması gerekmektedir (Raisch, 2012).

Sıralı örgütsel ustalığın başarılı olabilmesi için, araştırma ve yararlanma stratejilerinin sürecin bir düzeni veya uzunluğunun belirli süresi olması gerekmektedir. Bu çerçevede örgütler, değişen çevre koşullarını ve stratejilerini yansıtacak şekilde düzenlerini yeniden ele almalıdırlar (O'Reilly ve Tushman, 2013).

Örgütlerin girişimde bulunabilmeleri için yapılarını değiştirmeleri ve yeniliklere ayak uydurmaları gerekmektedir (O'Reilly ve Tushman 2013). Chenve Katila (2008), araştırma ve yararlanma stratejileri faaliyetlerinin sırayla gerçekleşmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca kuruluşların faaliyetlerini arttırmaya veya çeşitliliklerini sürdürmeye odaklanabileceklerini belirtmişlerdir. Ancak her ikisini aynı anda uygulamanın, yenilikçi strateji olup olmadığı tartışılmaktadır.

Sıralı örgütsel ustalığa odaklanan çalışmalarda, odak noktası incelendiğinde, uzun süreler boyunca sürekli değişikliğin gerçekleştiği görülmektedir. Bu yaklaşımlarda geçişin nasıl sağlandığı, bahsetmenin kolay olup olmadığı, gerçek durumlarda bunun nasıl sağlandığı ve araştırmanın tersi yönde geçişin ne olduğu gibi sorular ortaya çıkmaktadır (O'Reilly ve Tushman, 2013).

Yeniliğin ve verimliliğin elde edilmesi için araştırma ve yararlanma faaliyetlerinin ilişkilendirilmesi gerektiği ve örgütün amaçları ile uyumlu bir yapı oluşturmak için örgütsel yapının zaman içinde değiştirilmesi gerektiği öne sürülmektedir. Aynı zamanda sıralı örgütsel ustalık yaklaşımı verimli bir şekilde uygulandığında, kuruluşlarda sıralı ustalık bazen tartışılmaktadır (O'Reilly ve Tushman, 2013).

### **2.3.2. Yapısal Örgütsel Ustalık**

Yapısal örgütsel ustalık kavramı, yararlanma ve araştırma stratejilerinin yapısal olarak farklı işletme birimlerinde gerçekleştirildiği ve üst yöneticiler tarafından koordinasyonun yapıldığı örgütsel ustalık türü olarak bilinmektedir (Gözen, 2018).

Yapısal ustalık, araştırma ve yararlanma olarak ikili bir yapının bölünmesini ifade etmektedir. Yapısal ustalık çeşitli örgütsel birimler veya departmanlarda araştırma ya da yararlanma faaliyetlerini ele almaktadır. Bu farklı iş birimleri ya yenilikçi ya da standart düzeyde operasyonlara odaklanmaktadır (GarcíaLillo vd., 2016).

Yapısal örgütsel ustalık yaklaşımı, örgütün her alt biriminde belirli uygun faaliyetlerin uygulanmasına ve iş süreçlerinin örgüt hiyerarşisinde daha üst sıralarda yer alması için uzlaşmasına ve bütünleşmesine bağlıdır (Pellegrinelli vd., 2015). Benzer şekilde, her birimin özel ve dikkate değer güçleri, prosedürleri ve kültürü

olması gerekmektedir. Dolayısıyla tüm bu süreçler, planlı bir araştırma ve işletme uyumu yaratma çabası gerektirmektedir (Sulphery ve Alkahtani, 2017).

Yapısal örgütsel ustalık pazarlama ve AR-GE gibi bölümlerin yararlanıcı departmanları daha etkindir. Yönetim süreçleri yoluyla etkinliği ve kontrolü artırmaya vurgu yapan sıkı kültürlerle daha fazla bütünleşmektedir. Buna karşılık, Ar-Ge departmanları gibi keşfedici birimler, araştırma yoluyla yenilik faaliyetleri küçük, merkezi olmayan ve daha uyarlanabilir birimlerde yapılmaktadır (Panagopoulos, 2016).

Yapısal olarak örgütsel ustalığa sahip kuruluşların yararı, temsilcilerin hedeflerini ve görev tanımlarını açıkça belirlemektedir. Bununla birlikte, yapısal ustalık aynı zamanda çeşitli görevleri izole etme riskini de kapsamaktadır. Bu kapsamda, belirli birimler arasında yararlanma ve araştırma faaliyetleri konularında sürekli uyum içinde ve bilgi alışverişinde olmaları gerekmektedir (Gschwandtner ve Hiebl, 2016). Bu departmanlar arasında uyum ve örgütsel dağılmanın önlenmesi için, kuruluşların bir dizi ortak değerlere ve genel bir öneme sahip olan üst yönetime bağlı olmaları gerekmektedir (Martin vd., 2017).

Yapısal ustalık üzerinde üst düzey bir yönetimin rolünün, yararlanıcı ve araştırmacı ustalık arasında ortaya çıkan baskılarla başa çıkarak, kuruluşu bir arada tutmak için “kurumsal tutucu” olarak tasvir edildiği vurgulanmıştır (Papachroni ve ark., 2016). Örgütsel ustalığa yönelik yapısal yaklaşımdaki önemli kararların kuruluşlardaki üst yönetim tarafından verildiği görülmektedir (Birkinshaw ve Gupta, 2013). Buna ek olarak, kuruluşların yapısal departmanları arasındaki uyum bileşenlerinin, gereksinimlerine yanıt verebilmesi için bazı çalışmaların, tutarlılık stratejisi ve dengeli varlık dağılımı sağlamak için üst yönetimin davranışsal ve sosyal uyumlara odaklanması gerekmektedir (Papachroni vd., 2016).

Örgütsel ustalığı denetlemeye yönelik sistemler, yararlanma ve araştırma gibi iki birimli yapısal yönlülüğe eş değer olarak çalıştığını göstermelidir (Başkarada vd., 2016). Bu nedenle, yapısal ustalığa sahip kuruluşlar, öncelikle araştırma departmanları, her biri farklı strateji, yapı, yönetim ve kültüre sahip olan yararlanıcı birimlerden ayrılmalıdır. Ancak her iki bölümün de bir üst yönetim ekibinin denetimi altında yer aldığı bilinmektedir.

Kuruluşların yeteneklerini kazanmak için yararlanma veya araştırma stratejileri üzerine odaklanmaları gerekmektedir. Yararlanma ve araştırma departmanlarının üst yönetimin gözetiminde olduğu düşünülse de yapısal ustalık ekibinin kendi kararlarını etkili bir şekilde vermeleri gerekmektedir (Birkinshaw vd., 2016).

### **2.3.3. Bağlamsal Örgütsel Ustalık**

Bağlamsal ustalık davranışı, inisiyatif alma ve uzmanlık kapsamının ötesindeki olasılıkları algılama kapasitesi, katılım taraması, çok sayıda rolü üstlenme kapasitesi ve potansiyel iş birliklerini tanıma kapasitesi ile kabul edilmektedir (Papachroni vd., 2014).

Bağlamsal örgütsel ustalık fikri, onu “tüm iş biriminde aynı anda uyum ve uyurlanabilirliği göstermek için davranışsal kapasite” olarak tanımlanmıştır (Gibson ve Birkinshaw, 2004). Bu yaklaşım, araştırma ve yararlanma stratejileri ile denge oluşturmaktadır.

Bağlamsal örgütsel ustalık, ikili yapıların anlamı ile baş etmez, ancak örgüt bireyleri erişilebilir zamanlarında uyum ve bağlam sağlamayı destekleyen, farklı inandırıcı ve çelişkili talepler arasında ayarlamaya teşvik eden, çeşitli sistemler ve süreçler geliştirir (X. Yu vd., 2017; Pellegrinelli vd., 2015).

Bağlamsal örgütsel ustalık ayrıca, kuruluşları hem yararlanıcı hem de araştırmacı görevleri dengeleme konusunda güçlendiren ve ayrıca üyeleri, zamanlarını yararlanma ve araştırma stratejisinde elde edilebilecek kaynakları bölmek için en iyi yöntemin ne olduğuna kendi başlarına karar vermeye teşvik eden bir etkileşim olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla bağlamsal ustalık bu şekilde örgütsel yapının kendisi yerine birey ve grup düzeyinde ifade edilen bir kapasiteye dönüşmektedir (García-Lillo vd., 2016).

Bağlamsal yaklaşım, bir organizasyonun davranış bağlamını karakterize etmek için iş birliği yapan disiplin, esneme, destek ve güven gibi ustalık yaklaşımına (örgütsel ustalığa) yönelik dört özelliği ele alır. Disiplin ve esneme, performans yönetimi bileşenleri tarafından örneklenen katı bileşenler olarak gözlenirken, destek ve güven, sosyal bağlamı içeren yumuşak öğeler olarak bilinmektedir (Günsel vd., 2018).

Bağlamsal ustalığı başarmak kayda değer bir zorluktur. Özellikle yapısal veya geçici araştırma ve yararlanmanın giderek daha popüler hale gelmesi ve daha genel olarak algılanması nedeniyle, bağlamsal ustalık faydalarına rağmen, bu tür bir ustalığı (çift yönlülüğü) gerçekleştirmenin en iyi yoluna ilişkin araştırmalar hala sınırlıdır (Havermans vd., 2015).

Çatışmaları hafifletmek için bir sosyal kuruluş sağlayan üst yönetim ekipleri ve çalışanlar arasında bütünleştirici bir referans çerçevesinin varlığını göz önünde bulundurarak bağlamsal ustalıkla başa çıkmanın bir yolunu sağlamaktadır (Papachroni vd., 2014).

Örgütsel ustalığın gelişimi, bir kuruluşun tüm düzeylerinde mevcuttur ve herhangi bir yönetim düzeyinin taahhüdünü gerektirir. Bağlamsal ustalığın elde edilmesinin zor ama mümkün olduğu düşünüldüğünde, bu ustalık yaklaşımındaki kilit kararlar aracı kuruluşlar, yöneticiler veya çalışanlar tarafından belirlenmektedir (Sulphey ve Alkahtani, 2017).

Sonuç olarak, kurum kültürünün, teşvik edici yapıların ve kurumsal değer sisteminin temsilcilerinin hem yenilikçi deneyleri hem de verimli uygulamayı takip etmek için uyum ve bağlam sağlama gibi her iki faaliyete de enerji ve zamanlarını bilinçli olarak sağladıkları ileri sürülmektedir (Martin vd., 2017). Bu tür bağlam, ustalık uygulamalarının en erken başlangıç noktasından itibaren dâhil edildiği ve tercihen riskin olmadığı bir bakış açısına sahiptir (Gschwandtner ve Hiebl, 2016).

**Çizelge 1. Yapısal ve Bağlamsal Ustalık Arasındaki Farklar**

|                                                                                                            | <b>Yapısal Ustalık</b>                                                                   | <b>Bağlamsal Ustalık</b>                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ustalık nasıl sağlanır?</b>                                                                             | Uyum odaklı ve uyarlanabilirlik faaliyetleri ayrı birimler veya ekipler halinde yapılır. | Bireysel çalışanlar, zamanlarını uyum odaklı ve uyarlanabilirlik odaklı faaliyetler arasında bölüştürür. |
| <b>Ortaklaşa iş birliği ve uyarlanabilirlik arasındaki ayrım hakkında karar kimler tarafından verilir?</b> | Organizasyonun en üstündeki kişilerce                                                    | Satış görevlileri, işletme amirleri, ofis çalışanları ön saflarda.                                       |
| <b>Üst yönetimin rolü</b>                                                                                  | Yapıyı tanımlamak, hizalama ve uyarlanabilirlik arasında denge kurmak.                   | Bireylerin hareket ettiği örgütsel bağlamı geliştirmek.                                                  |
| <b>Rollerin doğası</b>                                                                                     | Nispeten net bir şekilde tanımlanmış.                                                    | Nispeten esnek.                                                                                          |
| <b>Çalışanların becerileri</b>                                                                             | Daha fazla uzman                                                                         | Daha fazla genelci                                                                                       |

**Kaynak:** Tatar, 2014.

Sıralı ve yapısal ustalık yaklaşımları, uygulanması için nispeten doğrudan üst düzey yöneticiye bağlıdır. Çünkü her yaklaşım tek bir kaldıraç içermektedir. Bağlamsal örgütsel ustalığa baktığımızda ise yöneticiler ve bireysel birimler dikkatlerini, rekabetçi hedefler arasında uygun gördükleri ve başarılı bir şekilde paylaştıkları ortamı yaratmayı içeren konulara verirler. Bağlamsal ustalık belirsizdir ve potansiyel olarak çok sayıda kaldırıcın aynı anda kullanılmasını gerektirmektedir (Birkinshaw vd., 2013).

Ayrıca örgütsel ustalığın sıralı, yapısal ve bağlamsal gibi sınıflandırmaları kavramsal ve geneldir. Bu üç yaklaşım, araştırma ve yararlanma, örgütsel koşullar içinde ve arasında nasıl değişebileceğini veya bir örgütsel ortamda nasıl bir arada var olabileceklerini göstermektedir (Pellegrinelli vd., 2015).

Kısaca, bazı bilim insanları, bu üç teorik modelin çağdaş organizasyonların doğasında var olan karmaşıklığı yeterince açıklamadığını belirtmekte ve bunu göz önünde bulundurarak, yararlanma ve araştırma yaklaşımlarının herhangi bir zamanda gerçekleşmesini beklemektedirler. Dolayısıyla, bu kavramlar esas olarak örgütsel düzeyde anlaşılmaktadır ve hem yararlanma hem de araştırma faaliyetlerinin operasyonel düzeyde gerçekleştirilmesini ayrıntılı olarak açıklamaya yeterli değildir (Turner vd., 2015).

## **Örgüt Yaşamında Araştırma ve Yararlanma Boyutları**

Kuruluşlar öğrenme sürecinde ve mevcut yeteneklerini iyileştirmede, deneyerek, yenilik yaparak ve risk alarak, deneyimde çeşitlilik yaratarak istenileni gerçekleştirebilirler. (Lewin ve Volberda, 1999; March, 1991). Yararlanma; verimlilik, üretim ve uygulama gibi faaliyetleri kapsamaktadır (March, 1991). Kuruluşlar mevcut kaynaklarını, uygulamada yararlanma veya yeni alternatifleri keşfetmeye ayırma konusunda bir ikilemle karşı karşıya kalmaktadırlar. Yararlanma yoluyla kuruluşlar, yeteneklerini geliştirmeyi, mevcut bilgileri uygulamayı ve mevcut alanlarda mevcut faaliyetlere odaklanmayı öğrenirler (Holmqvist, 2004). Kuruluşlar mevcut yetkinlikleri kullanıp geliştirirken, aynı zamanda araştırma yapabilir ve mevcut yeterliliklerden belirgin şekilde farklı olan yeni yetkinlikler peşinde koşabilirler. Araştırma; varyasyon, deneme, esneklik, risk alma ve yenilik ile karakterize edilen faaliyetleri ifade etmektedir (McGrath, 2001). Yararlanma, bilginin artırılması ve uygulamaların rutinleştirilmesi yoluyla deneyimde güvenilirlik kazanmaktadır (Holmqvist, 2004).

Araştırmacı yenilikler, radikal yeniliklerdir ve ortaya çıkan müşterilerin ve pazarların gereksinimlerini karşılamak için tasarlanmıştır (Benner ve Tushman, 2003; Danneels, 2002) ve buna bağlı olarak yeni pazarlar, dağıtım kanalları ve yeni tasarımlar oluşturmaktadırlar (Abernathy ve Clark, 1985).

Araştırmacı yeniliklerin ortaya çıkış sebebi, yeni organizasyonel rutinlerin araştırılması ve teknolojilere, işlere, süreçlere ve ürünlere bağlı olarak yeni yaklaşımların keşfedilmesidir (McGrath, 2001). Araştırmacı yenilikler, yeni bilgi veya mevcut bilgiden ayrılmayı gerektirir ve araştırma, varyasyon, deneme, esneklik, risk alma ile karakterize olmaktadır (Levinthal ve March, 1993).

Araştırmacı yaklaşımın tersine, yararlanma yaklaşımı yenilikleri artırır ve mevcut müşterilerin veya pazarların gereksinimlerini karşılamak için tasarlanmıştır (Benner&Tushman, 2003).

Yenilikler mevcut bilgi üzerine inşa edilir ve mevcut becerileri, süreçleri ve yapıları güçlendirirler (Lewin vd., 1999; Levinthal ve March, 1993; Abernathy ve Clark, 1985). Kuruluşlardaki yenilikle birlikte, üretim, verimlilik ve uygulama faaliyetlerine de odaklanarak verimlilik artırılabilir.

**Çizelge 2. Araştırma ve Yararlanma Stratejilerinin Farkları**

|                                | <b>Araştırma</b>                                    | <b>Yararlanma</b>                                            |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Stratejik Amaç</b>          | Büyüme ve yenilik                                   | Kar ve maliyet                                               |
| <b>Önemli görevler</b>         | Yenilikçilik, ürün uyumu ve yeni ürünler            | Etkinlikler, Operasyonlar ve mevcut ürünlerin geliştirilmesi |
| <b>Yetkinlikler</b>            | Girişimcilik                                        | Operasyonel                                                  |
| <b>Yapı</b>                    | Esneklik, uygulanabilir                             | Sabit ve resmi                                               |
| <b>Ödüller</b>                 | Verimlilik                                          | Büyüme                                                       |
| <b>Kültür</b>                  | Risk alabilme, hız, esneklik ve denemeler yapabilme | Etkinlik, düşük risk, kalite ve müşteriler                   |
| <b>Liderlik Rolü</b>           | Vizyoner ve sürecin içinde                          | Otoriter ve tepeden kontrol eden                             |
| <b>Çıktılar</b>                | Yeni tasarımlar yeni pazarlar ve dağıtım kanalları  | Mevcut dağıtım kanalları, pazarlar ve tasarımlar             |
| <b>Bilgi temeli</b>            | Yeni bilgiyi istemek ve mecbur tutmak               | Mevcut bilgiyi ve yetenekleri geliştirmek                    |
| <b>Performans Uygulamaları</b> | Uzun vadeli fayda                                   | Kısa vadeli fayda                                            |

**Kaynakça:**Başkan, K. (2020).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma sağlık personelinin TKY ve Örgütsel Ustalık uygulamaları arasında ilişkiyi incelemektedir. Bu bağlamda hizmet sektörü olan sağlık kurumlarında çalışan personel uygulamaya alınmıştır. Çalışma alanı olarak Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde (SCÜH) araştırma yürütülmüştür. Bu bölümde çalışmanın önemi, amacı, modeli, evren,kapsamı ve verilerin toplanması, örnekleme, verilerin uygulanması ve değerlendirilmesi gibi konular hakkında bilgi verilmektedir.

#### 3.1. Yöntem

##### 3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın temel amacı sağlık kurumlarında çalışan personelin beklentilerini ve memnuniyet düzeylerini belirlemek, toplam kalite yönetimi ve örgütsel ustalık algılarının demografik değişkenler ve tanımlayıcı özelliklere göre anlamlı olup olmadığını belirlemek, çalışanların kaliteli hizmet sunumu ve örgütsel ustalık algılarına göre aralarındaki ilişki düzeylerini ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yapılacak ufak bir hata insan yaşamının sonlanmasına neden olmaktadır ve sağlık hizmetlerinde verilen hizmetlerin kalite standartlarına uygun olması gerekmektedir. Kalite uygulamalarının kullanılmasının gerekli olduğu sektörlerin başında sağlık sektörü gelmektedir. Kalite yönetimi belirlenen standartlara uygun tanının konulması ve tedavi hizmetlerinin yanında, verilen hizmetin planlanan süreç boyunca hastaların ve sağlık personelinin sürekli ve tam memnuniyetlerini sağlamaktadır.

##### 3.1.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, hekim, hemşire, ebe, idari personel ve sağlık teknikerlerinin kalitenin iyileştirilmesine yönelik beklenti ve örgütsel ustalık arasındaki ilişkinin sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmesine yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır.

### 3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 27.12.2021 ve 27.04.2022 tarihleri arasında, SCÜH’de çalışan hemşire, hekim, sağlık teknikeri, idari personel vd. toplam 3143 sağlık çalışanı evreni oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleminin hesaplanmasında  $n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1) + t^2.p.q}$  formülü ile hesaplanarak 3143 sağlık çalışanı arasından 358’inin örnekleme alınması öngörülmüştür.

N= Evren sayısı

n= Örnekleme alınacak eleman sayısı

p= incelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı)

q= incelenen olayın görülmemesi sıklığı

t= belirli serbestlik derecelerinde ve saptanan yanılma düzeyinde yani anlamlılık düzeyinde tablosunda bulunan kritik değer

d= olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma miktarı

### 3.1.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak verilen anket formu kullanılmıştır. Söz konusu anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik özelliklerinin dağılımını belirlemeyi amaçlayan 6 adet demografik soru yer almaktadır. İkinci bölümde katılımcıların çalıştıkları kuruluşa ilişkin örgütsel ustalık algılarını ölçmeyi amaçlayan toplam 12 adet soru yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise katılımcıların çalıştıkları kuruluştaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algılarını ölçmeyi amaçlayan 27 adet soru yer almaktadır.

#### Kişisel Bilgi Formu

Çalışma araştırmacılar tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” 6 sorudan oluşmaktadır. Formda oluşturulan sorular sağlık personelin yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bilgilerinin yanı sıra, kurumda kaç yıldır çalışmaktasınız ve hastanedeki pozisyonunuz gibi sorular yer almaktadır.

### **Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği**

Şimşek (2019) tarafından geliştirilmiş olan toplam kalite yönetimi ölçeği geçerlilik güvenirlik analizi yapılarak literatüre kazandırılmıştır. Anket toplam 27 maddedir ve beşli tipi likert tipi ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,924 olarak bulunmuştur. Ankette “1=Kesinlikle Katılmıyorum”, “2= Katılmıyorum”, “3=Kararsızım”, “4= Katılıyorum” ve “5=Kesinlikle Katılıyorum” olarak yer almaktadır. Ölçek alt boyutu bulunmamaktadır.

### **Örgütsel Ustalık Ölçeği**

Lubatkin, Şimşek, Ling ve Viega (2006) tarafından geliştirilen, geçerliliği ve güvenirliği kanıtlanmış, Türkçeye uyarlaması Attar (2014) tarafından gerçekleştirilen ve araştırmacı (6 soru) ve yararlanıcı (6 soru) stratejileri ölçen, toplam 12 sorudan oluşan örgütsel ustalık ölçeği kullanılmıştır. Ölçek; Araştırmacı Ustalık 1-6 Yararlanıcı Ustalık 7-12 şeklinde dağılım göstermektedir. Ankette 1: kesinlikle katılmıyorum- 5: kesinlikle katılıyorum olarak yer almaktadır. Ölçek alt boyutu bulunmamaktadır.

#### **3.1.5. Etik İzin**

Araştırmanın etik izinleri Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 17.11.2021 tarihinde izinler alınmıştır.

Gerekli etik izinler alındıktan sonra SCÜH’den yazılı izin alınmıştır(EK-1).

#### **3.1.6. Verilerin Toplanması ve Puanlanması**

Çalışmanın verileri, gönüllülük esasına dayanarak araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire, hekim, sağlık teknikeri, idari personel vd. online anket formu ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplanmıştır. Sağlık personeline, araştırmaya katılım konusundaki kararın tamamıyla gönüllülük kararı ile yapıldığı bildirilmiştir.

Ölçeklere verilen cevaplar en olumsuz seçenekten en olumlu seçeneğe doğru “1=Kesinlikle Katılmıyorum”, “2= Katılmıyorum”, “3=Kararsızım”, “4= Katılıyorum” ve “5=Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde puanlanmıştır. Ölçeklere ait ortalama puanlar ise içerdikleri maddelerin toplam puanı madde sayısına bölünerek hesaplanmıştır. Araştırmanın “etik kurul onayı” alınmıştır (EK-2).

### 3.1.7. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmanın ana hipotezi ve alt hipotezleri aşağıdaki gibi oluşturulmuştur:

**H<sub>1</sub>:**Sağlık çalışanlarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algıları, çalıştıkları kuruluşa ilişkin genel örgütsel ustalık algıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

**H<sub>1a</sub>:**Sağlık çalışanlarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algıları, çalıştıkları kuruluşa ilişkin araştırmacı ustalık algıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

**H<sub>1b</sub>:**Sağlık çalışanlarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algıları, çalıştıkları kuruluşa ilişkin yararlanıcı ustalık algıları üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

### 3.1.8. Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırma verilerinin analizinde aritmetik ortalama, standart sapma gibi betimsel istatistiklerin yanı sıra frekans tabloları kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerin yapı geçerliğinin incelenmesinde Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), ölçeklerin güvenirlik analizi için ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı dikkate alınmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklere ait puanlar ortalamalarının karşılaştırılmasında parametrik ya da nonparametrik testlerin kullanımına karar vermek amacıyla ölçeklerden ve alt boyutlarından elde edilen ortalama puanların normal dağılıp/dağılmadığı incelenmiştir. Normallik varsayımının testi için Kolmogorov-Smirnov normallik testinin sonuçlarıyla birlikte her bir değişken için çarpıklık/standart hata ve basıklık/standart hata değerleri dikkate alınmıştır. Çarpıklık ve basıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölümünden elde edilen değerlerin -1,96 ile +1,96 arasında olması, ilgili değişkenin normal dağıldığını ifade etmektedir (Can, 2014). Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonucunda değişkenlerin bazılarının normal dağılıma uygunluk gösterdiği görülmüştür ( $p>0,05$ ). Ayrıca tüm değişkenlere ait çarpıklık/standart hata ve basıklık/standart hata değerlerinin -1,96 ile +1,96 arasında değer aldığı görülmüştür. Bu bulgular, araştırmada kullanılan değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğunu göstermiştir. Bu bağlamda araştırmada iki grup ortalamasının karşılaştırıldığı durumlarda

bağımsız gruplar t testi, üç ya da daha fazla grubun ortalamalarının karşılaştırıldığı durumlarda ise tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA) yöntemi kullanılmıştır. ANOVA sonucunda tespit edilen farklılıkların hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Söz konusu istatistiksel testlerin sonucunun yorumlanmasında önem seviyesi  $\alpha=0,05$  olarak kabul edilmiştir.

Son olarak araştırmanın ana hipotezini ve alt hipotezlerini test etmek için ise basit doğrusal regresyon analizi yöntemi kullanılmıştır. Söz konusu istatistiksel tekniklerin uygulanmasında IBM SPSS 23.0 paket programından yararlanılmıştır.



### 3.2.Bulgular

Bu bölümde araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

#### 3.2.1.Demografik Bulgular

Araştırmanın örneklemini oluşturan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre frekans dağılımları aşağıda verildiği gibidir.

**Tablo 1.** Çalışma Grubunun Cinsiyete Göre Frekans Dağılımı

| Cinsiyet | Frekans | Yüzde (%) |
|----------|---------|-----------|
| Kadın    | 205     | 51,2      |
| Erkek    | 195     | 48,8      |
| Toplam   | 400     | 100,0     |

Tablo 1’deki bulgulara göre, çalışma grubundaki sağlık çalışanlarının %51,2’si kadın çalışanlardan, %48,8’i ise erkek çalışanlardan oluşmaktadır.

**Tablo 2.** Çalışma Grubunun Yaşa Göre Frekans Dağılımı

| Yaş             | Frekans | Yüzde (%) |
|-----------------|---------|-----------|
| 20-30 Yaş       | 157     | 39,3      |
| 31-40 Yaş       | 151     | 37,7      |
| 41 Yaş ve Üzeri | 92      | 23,0      |
| Toplam          | 400     | 100,0     |

Tablo 2’deki bulgulara göre, çalışma grubundaki sağlık çalışanlarının %39,3’ü 20-30 yaş grubundaki çalışanlardan, %37,7’si 31-40 yaş grubundaki çalışanlardan, %23,0’ü ise 41 yaş ve üzerindeki çalışanlardan meydana gelmektedir.

**Tablo 3.** Çalışma Grubunun Medeni Duruma Göre Frekans Dağılımı

| Medeni Durum | Frekans | Yüzde (%) |
|--------------|---------|-----------|
| Evli         | 238     | 59,5      |
| Bekâr        | 162     | 40,5      |
| Toplam       | 400     | 100,0     |

Tablo 3’teki bulgulara göre, araştırmanın çalışma grubunda yer alan sağlık çalışanlarının %59,5’i evli katılımcılardan, %40,5’i ise bekâr çalışanlardan oluşmaktadır.

**Tablo 4.** Çalışma Grubunun Eğitim Düzeyine Göre Frekans Dağılımı

| Eğitim Düzeyi    | Frekans | Yüzde (%) |
|------------------|---------|-----------|
| Lise             | 22      | 5,5       |
| Ön Lisans-Lisans | 244     | 61,0      |
| Yüksek Lisans    | 62      | 15,5      |
| Doktora          | 72      | 18,0      |
| Toplam           | 400     | 100,0     |

Tablo 4'teki bulgulara göre, çalışma grubundaki sağlık çalışanlarının %5,5'inin lise mezunu çalışanlar, %61,0'ini ön lisans/lisans mezunu çalışanlar, %15,5'ini yüksek lisans mezunu çalışanlar, %18,0'ini ise doktora mezunu çalışanlar meydana getirmektedir.

**Tablo 5.** Çalışma Grubunun Kurumda Çalışma Süresine Göre Frekans Dağılımı

| Kurumda Çalışma Süresi | Frekans | Yüzde (%) |
|------------------------|---------|-----------|
| 1 Yılden Az            | 31      | 7,8       |
| 1-3 Yıl                | 113     | 28,1      |
| 4-6 Yıl                | 62      | 15,5      |
| 7-9 Yıl                | 37      | 9,3       |
| 10 Yıl ve Üzeri        | 157     | 39,3      |
| Toplam                 | 400     | 100,0     |

Tablo 5'te verilen çalışma grubundaki sağlık çalışanlarının kurumlarındaki çalışma sürelerine göre frekans dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %7,8'inin kurumunda 1 yıldan az bir süredir, %28,1'inin kurumunda 1-3 yıldır, %15,5'inin kurumunda 4-6 yıldır, %9,3'ünün kurumunda 7-9 yıldır, %39,3'ünün ise kurumunda 10 yıl veya daha fazla bir süredir çalıştığı görülmektedir.

**Tablo 6.** Çalışma Grubunun Sağlık Kuruluşundaki Göreve Göre Frekans Dağılımı

| Sağlık Kuruluşundaki Görev | Frekans | Yüzde (%) |
|----------------------------|---------|-----------|
| Hekim                      | 80      | 20,0      |
| Hemşire                    | 139     | 34,8      |
| Sağlık Teknikeri           | 115     | 28,7      |
| İdari Personel             | 66      | 16,5      |
| Toplam                     | 400     | 100,0     |

Tablo 6'daki bulgulara göre, çalışma grubundaki sağlık çalışanlarının %20,0'si hekimlerden, %34,8'i hemşirelerden, %28,7'si sağlık teknikerlerinden, %16,5'i ise idari personel konumundaki çalışanlardan meydana gelmektedir.

### **3.2.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular**

Bu aşamada araştırma modelinin testinde kullanılan ölçeklere ilişkin yapı geçerliği analizleri ile birlikte güvenirlik analizleri yapılmıştır. Ölçeklerin ölçme yapısının geçerliğine yönelik açımlayıcı faktör analizi yapılmış, güvenirliğin incelenmesi amacıyla ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları hesaplanmıştır. Araştırmanın bu kısmında yapılan bu analizler sonrasında elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

### **3.2.3. Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğinin yapı geçerliği incelenmiştir. Yapı geçerliği, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı kavramsal yapıyı ne derece doğru ölçtüğüyle ilgilenen geçerlik türüdür. Ölçeğin ölçtüğü kavramsal yapıya ilişkin faktör yapısının istatistiksel olarak tanımlanabilmesi için açıklayıcı faktör analizi yöntemi kullanılmaktadır. Faktör analizinde her zaman çok alt boyutlu bir yapı tanımlamak mümkün olmamakta, bazen ölçekteki tüm maddeler sadece bir boyutu (ana yapıyı) temsil edici nitelikte olmakta ve ölçme yapısı tek boyutlu bir yapıda olabilmektedir (Kartal ve Bardakçı, 2018:40). Bu aşamada Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğinin ölçme yapısının belirlenmesi ve yapı geçerliğinin incelenmesi amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizi bulgularına yer verilmiştir.

Bir veri setinin açıklayıcı faktör analizine uygun olup olmadığının değerlendirilmesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett testi dikkate alınmaktadır. KMO katsayısı, araştırmanın örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterliğinin değerlendirilmesinde kullanılan bir katsayıdır ve aşağıdaki şekilde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2002 ):

| <b>KMO Değeri</b> | <b>Örneklem Yeterliği</b> |
|-------------------|---------------------------|
| 0,00-0,49         | Kabul Edilemez            |
| 0,50-0,59         | Zayıf                     |
| 0,60-0,69         | Orta                      |
| 0,70-0,79         | İyi                       |
| 0,80-0,89         | Çok İyi                   |
| 0,90-1,00         | Mükemmel                  |

Bartlett testi ise verilerin faktör analizine uygunluğunu normallik varsayımı temelinde test eden bir yöntemdir. Faktör analizinin bir varsayımı, tüm değişkenlerin ve bu değişkenlerin bütün lineer kombinasyonlarının normal dağılım göstermesi gerektiğidir. Bu varsayımın sağlanması için Bartlett testinin istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olması gerekmektedir.

Toplam Kalite Yönetimi ölçeği için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen KMO katsayısı değeri ve Bartlett Testi sonuçları Tablo 7’de verildiği gibidir.

**Tablo 7.** Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğine İlişkin KMO Katsayısı ve Bartlett Testi Sonuçları

|                                 |                |              |
|---------------------------------|----------------|--------------|
| <b>Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)</b> | 0,962          |              |
| <b>Örneklem Ölçüm Yeterliği</b> |                |              |
| <b>Bartlett Testi</b>           | Ki-Kare Değeri | 8760,757     |
|                                 | s.d            | 325          |
|                                 | p              | <b>0,000</b> |

Tablo 7’deki bulgulara göre, Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ilişkin KMO istatistiği 0,962 olarak hesaplanmıştır. Bu değer "mükemmel" sınıflandırmasına karşılık gelmektedir. Buna göre, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için mükemmel düzeyde yeterli olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan, Bartlett testinin sonucu da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Bu durumda küresellik varsayımının da sağlandığı ve verilerin faktör analizine uygun olduğu söylenebilir.

Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğine yönelik faktör analizi, Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) temelinde yapılmıştır. İlk aşamada hiçbir faktör altında toplanmayan ve toplam açıklanan varyansı olumsuz etkileyen Madde13 ölçekten çıkarılarak analiz tekrarlanmıştır. Tekrarlanan analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 8’de verildiği gibidir.

**Tablo 8.** Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

| Ölçek Alt Boyutu       | Maddeler | Faktör Yüğü Değeri | Özdeğer | Açıklanan Varyans (%) | Cronbach Alpha |
|------------------------|----------|--------------------|---------|-----------------------|----------------|
| Toplam Kalite Yönetimi | TKY 3    | 0,870              | 14,766  | 56,792                | 0,965          |
|                        | TKY 10   | 0,863              |         |                       |                |
|                        | TKY 9    | 0,862              |         |                       |                |
|                        | TKY 24   | 0,852              |         |                       |                |
|                        | TKY 7    | 0,836              |         |                       |                |
|                        | TKY 14   | 0,828              |         |                       |                |
|                        | TKY 8    | 0,825              |         |                       |                |
|                        | TKY 23   | 0,824              |         |                       |                |
|                        | TKY 4    | 0,792              |         |                       |                |
|                        | TKY 15   | 0,786              |         |                       |                |
|                        | TKY 26   | 0,785              |         |                       |                |
|                        | TKY 17   | 0,773              |         |                       |                |
|                        | TKY 25   | 0,758              |         |                       |                |
|                        | TKY 18   | 0,750              |         |                       |                |
|                        | TKY 19   | 0,747              |         |                       |                |
|                        | TKY 16   | 0,730              |         |                       |                |
|                        | TKY 27   | 0,728              |         |                       |                |
|                        | TKY 22   | 0,721              |         |                       |                |
|                        | TKY 12   | 0,714              |         |                       |                |
|                        | TKY 20   | 0,712              |         |                       |                |
|                        | TKY 21   | 0,712              |         |                       |                |
|                        | TKY 2    | 0,708              |         |                       |                |
|                        | TKY 5    | 0,644              |         |                       |                |
|                        | TKY 1    | 0,617              |         |                       |                |
|                        | TKY 6    | 0,526              |         |                       |                |
|                        | TKY 11   | 0,469              |         |                       |                |

Tablo 8’den görüldüğü gibi, Toplam Kalite Yönetimi ölçeğinin nihai formu ölçeğin orijinal formunda olduğu gibi tek boyut altında toplanan 26 adet maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin faktör yükü değerleri ise 0,469 ile 0,870 aralığında değişmektedir. Büyüköztürk (2010)’a göre ölçek maddelerin ait olduğu faktörle ilişkisinin göstergesi olan faktör yükü değeri için literatürde 0,45 üzeri değerler madde seçimi için uygun görülmektedir. Bu ölçüte göre, Toplam Kalite Yönetimi ölçeğinin madde faktör yüklerinin yapı geçerliği yönünden yeterli değerler oldukları ifade edilebilir.

Literatürde, faktörlerin açıkladığı kümülatif varyans miktarının toplam varyansı açıklama oranının sosyal bilimler için %40 ile %60 arasında olması yeterli görülmektedir (Karagöz, 2016). Faktör analizi sonucunda açıklanan toplam varyans oranının yüksek olması, ortaya konulan ölçme yapısının ölçülmesi hedeflenen değişkeni ne derece güçlü şekilde ölçtüğünün bir göstergesidir. Bu nedenle, toplam açıklanan varyansın yüksek olması yapı geçerliğinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Tablo 8'den Toplam Kalite Yönetimi ölçeğinin toplam varyansın %56,792'sini açıkladığı görülmektedir. Tek boyutlu bir ölçek için bu açıklanan varyans değerinin yapı geçerliği bakımından oldukça yeterli ve yüksek bir değer olduğu ifade edilebilir.

Bir ölçme aracı için güvenilirliğin önemli bir göstergesi olarak kabul edilen ve yaygın olarak kullanılan Cronbach  $\alpha$  iç tutarlılık katsayısı, kabaca 0,70'ten büyük bir değer alırsa ölçeğin güvenilir olduğu yönünde yorumlanmaktadır (Kartal ve Bardakçı, 2018. 45). Literatürde yaygın kabul görmüş olan bir diğer kritere göre ise Cronbach  $\alpha$  katsayısı aşağıdaki şekilde değerlendirilebilir (Özdamar, 1999:522):

$0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Toplam Kalite Yönetimi ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,965 olarak hesaplanmıştır (Tablo 8). Bu bulgu doğrultusunda, Toplam Kalite Yönetimi ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısının 0,7'nin üzerinde ve 0,80-1,00 aralığında değer aldığı, dolayısıyla ölçeğin yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

#### **3.2.4.Örgütsel Ustalık Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Bulgular**

Bu kısımda Örgütsel Ustalık Ölçeğinin ölçme yapısının belirlenmesi ve yapı geçerliğinin incelenmesi amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizi bulgularına yer verilmiştir. Öncelikle Örgütsel Ustalık ölçeğine ilişkin yapılan açıklayıcı faktör analizi işlemi sonucunda elde edilen KMO katsayısı değeri ve Bartlett Testi sonuçları Tablo 9'daki gibidir.

**Tablo 9.** Örgütsel Uсталık Ölçeğine İlişkin KMO Katsayısı ve Bartlett Testi Sonuçları

|                                 |                |              |
|---------------------------------|----------------|--------------|
| <b>Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)</b> | 0,943          |              |
| <b>Örneklem Ölçüm Yeterliği</b> |                |              |
| <b>Bartlett Testi</b>           | Ki-Kare Değeri | 3708,476     |
|                                 | s.d            | 66           |
|                                 | p              | <b>0,000</b> |

Tablo 9'daki bulgulara göre, Örgütsel Uсталık ölçeğine ilişkin KMO istatistiği 0,943 olarak hesaplanmıştır. Bu değer "mükemmel" sınıflandırmasına karşılık gelmekte ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için mükemmel düzeyde yeterli olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda Bartlett testi de anlamlı ( $p<0,001$ ) bulunmuş ve Örgütsel Uсталık ölçeğine ilişkin verilerin faktör analizine uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Örgütsel Uсталık ölçeğinin ölçme yapısının belirlenmesine yönelik olarak yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen bulgular ise Tablo 10'da verildiği gibidir.

**Tablo 10.** Örgütsel Uсталık Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

| Ölçek Alt Boyutu    | Maddeler | Faktör Yük Değeri | Özdeğer | Açıklanan Varyans (%) | Kümülatif Varyans (%) | Cronbach Alpha |
|---------------------|----------|-------------------|---------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| Yararlanıcı Uсталık | ÖU 11    | 0,831             | 7,628   | 63,564                | 63,564                | 0,928          |
|                     | ÖU 12    | 0,814             |         |                       |                       |                |
|                     | ÖU 9     | 0,792             |         |                       |                       |                |
|                     | ÖU 10    | 0,789             |         |                       |                       |                |
|                     | ÖU 7     | 0,764             |         |                       |                       |                |
|                     | ÖU 8     | 0,755             |         |                       |                       |                |
| Araştırmacı Uсталık | ÖU 1     | 0,824             | 0,847   | 7,060                 | 70,625                | 0,887          |
|                     | ÖU 2     | 0,820             |         |                       |                       |                |
|                     | ÖU 3     | 0,618             |         |                       |                       |                |
|                     | ÖU 5     | 0,461             |         |                       |                       |                |
|                     | ÖU 6     | 0,460             |         |                       |                       |                |
|                     | ÖU 4     | 0,452             |         |                       |                       |                |

Tablo 10’da verilen bulgulara göre, Örgütsel Uсталık ölçeğinin ölçme yapısı ölçeğin orijinaliyle aynı olarak iki boyut altında toplanan 12 maddeden meydana gelmektedir. Maddelerin faktör yükü değerlerinin “Yararlanıcı Uсталık” alt boyutu için 0,755 ile 0,831 aralığında, “Araştırmacı Uсталık” alt boyutu için ise 0,452 ile 0,824 aralığında değişim gösterdiği görülmektedir. Bu değerlere göre, maddelere ait faktör yüklerinin 0,45’in üzerinde ve yapı geçerliği yönünden oldukça yeterli değerler oldukları ifade edilebilir. Diğer yandan, Örgütsel Uсталık ölçeğinin toplam varyansın %70,625’ini açıkladığı belirlenmiştir. Çok boyutlu bir ölçek için bu açıklanan varyans değerinin %60’ın üzerinde ve yapı geçerliği bakımından oldukça yeterli ve yüksek bir değer olduğu söylenebilir.

Örgütsel Uсталık ölçeğinin alt boyutlarına ait Cronbach Alpha katsayılarının ise “Yararlanıcı Uсталık” alt boyutu için 0,928 olarak, “Araştırmacı Uсталık” alt boyutu için 0,887 olarak hesaplanmıştır (Tablo 10). Ölçeğin tümüne ait Cronbach Alpha katsayısı 0,946 olarak bulunmuştur. Buna göre, ölçeğin ve alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayılarının 0,7’nin üzerinde ve 0,80-1,00 aralığında değer aldığı ve dolayısıyla ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

### 3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçek İfadelerine Katılım Düzeylerine ve Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu kısımda, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının araştırmada kullanılan ölçeklerde yer alan ifadelerle verdikleri cevapların frekans dağılımlarına, ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

#### 3.3.1. Toplam Kalite Yönetimi Ölçeğinin İfadelerine Katılım Düzeylerine ve Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeği ifadelerine verdikleri cevapların frekans dağılımları ile ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 11’de verildiği gibidir.

**Tablo 11.** Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği İfadelerine Katılım Düzeyleri ve Ortalamalar

| İfadeler                                                                                       | Kesinlikle Katılmıyorm |      | Katılmıyorm |      | Kararsızım |      | Katılıyorum |      | Kesin. Katılıyorum |      | $\bar{X}$ | ss   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|-------------|------|------------|------|-------------|------|--------------------|------|-----------|------|
|                                                                                                | n                      | %    | n           | %    | n          | %    | n           | %    | n                  | %    |           |      |
| TKY1. Hastanemizin vizyon, misyon ve amaçları belirlenmiştir.                                  | 47                     | 11,7 | 73          | 18,3 | 82         | 20,6 | 148         | 37,1 | 49                 | 12,3 | 3,20      | 1,22 |
| TKY2. Hastanemizde vizyon, misyon ve amaçlar çalışanlar tarafından bilinmektedir.              | 64                     | 16,2 | 111         | 28,0 | 102        | 25,7 | 91          | 23,0 | 28                 | 7,1  | 2,77      | 1,17 |
| TKY3. Hastanemizde yeni fikir ve düşüncelere değeri verilmektedir.                             | 111                    | 28,0 | 111         | 28,0 | 76         | 19,1 | 81          | 20,4 | 18                 | 4,5  | 2,46      | 1,22 |
| TKY4. Hastanemizde çalışanların tümüne gerekli yetki ve sorumluluk verilmiştir.                | 98                     | 24,5 | 128         | 32,0 | 78         | 19,5 | 80          | 20,0 | 16                 | 4,0  | 2,47      | 1,18 |
| TKY5. Hastanemizde birimler arasında rekabet özendirilmektedir.                                | 94                     | 23,7 | 96          | 24,2 | 123        | 31,0 | 65          | 16,4 | 19                 | 4,7  | 2,54      | 1,15 |
| TKY6. Hastanemizde çalışma ilişkilerinde güvene dayalı bir ortam vardır.                       | 127                    | 32,0 | 87          | 21,9 | 75         | 18,9 | 85          | 21,4 | 23                 | 5,8  | 2,54      | 1,99 |
| TKY7. Hastanemizde çalışanların kararlara katılımına önem verilmektedir.                       | 147                    | 36,8 | 104         | 26,0 | 73         | 18,3 | 63          | 15,8 | 13                 | 3,3  | 2,23      | 1,19 |
| TKY8. Hastanemizde sorunlar hızlı ve etkili bir biçimde çözülmektedir.                         | 155                    | 39,0 | 109         | 27,5 | 67         | 16,9 | 44          | 11,1 | 22                 | 5,5  | 2,17      | 1,21 |
| TKY9. Hastanemizin tüm bölümlerinde gelişime açık bir yapı bulunmaktadır.                      | 117                    | 29,3 | 124         | 31,1 | 82         | 20,6 | 58          | 14,5 | 18                 | 4,5  | 2,34      | 1,17 |
| TKY10. Hastanemizin tüm bölümlerinde verimlilik artışını destekleyecek bir yapı bulunmaktadır. | 103                    | 25,7 | 132         | 33,0 | 80         | 20,0 | 65          | 16,3 | 20                 | 5,0  | 2,42      | 1,18 |
| TKY11. Hastanemizde çalışanlar nitelik açısından yeterlidirler.                                | 77                     | 19,2 | 102         | 25,6 | 84         | 21,1 | 105         | 26,3 | 31                 | 7,8  | 2,88      | 1,73 |
| TKY12. Hastanemizde çalışanlar nicelik açısından yeterlidir.                                   | 88                     | 22,0 | 95          | 23,8 | 76         | 19,0 | 107         | 26,8 | 34                 | 8,4  | 2,76      | 1,29 |
| TKY14. Hastanemizdeki yönetim şekli yol göstericidir.                                          | 109                    | 27,4 | 113         | 28,4 | 94         | 23,6 | 63          | 15,8 | 19                 | 4,8  | 2,42      | 1,18 |
| TKY15. Hastanemizde çalışanlar dünyadaki gelişmeleri sürekli olarak takip etmektedir.          | 109                    | 27,4 | 127         | 31,7 | 84         | 21,0 | 61          | 15,1 | 19                 | 4,8  | 2,39      | 1,17 |

**Tablo 11 (devamı)**

|                                                                                                      |     |      |     |      |     |      |     |      |    |     |      |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|----|-----|------|------|
| TKY16. Hastanemizde performansa dayalı ödüllendirme ve terfi sistemi uygulanmaktadır.                | 168 | 42,2 | 110 | 27,6 | 65  | 16,4 | 32  | 8,0  | 23 | 5,8 | 2,08 | 1,19 |
| TKY17. Hastanemizde denetlemede eşitlik ve adalet egemendir.                                         | 150 | 37,5 | 117 | 29,3 | 75  | 18,7 | 41  | 10,2 | 17 | 4,3 | 2,16 | 1,23 |
| TKY18. Hastanemizde bulunan araç ve gereçler yeterlidir.                                             | 145 | 36,4 | 120 | 30,2 | 54  | 13,6 | 64  | 16,1 | 15 | 3,7 | 2,21 | 1,20 |
| TKY19. Hastanemizdeki çalışma ortamının fiziki koşulları uygundur.                                   | 133 | 33,6 | 128 | 32,3 | 55  | 13,9 | 61  | 15,4 | 19 | 4,8 | 2,26 | 1,20 |
| TKY20. Hastanemize gelen müşteriler, hastanemiz hakkında pozitif bir düşünceye sahiptir.             | 92  | 23,2 | 96  | 24,2 | 132 | 33,4 | 58  | 14,6 | 18 | 4,6 | 2,55 | 1,20 |
| TKY21. Hastanemizde kalite anlayışı müşterilerin ihtiyaçlarını karşılama ve memnun etmeye dayalıdır. | 79  | 19,9 | 84  | 21,1 | 110 | 27,6 | 91  | 22,9 | 34 | 8,5 | 2,79 | 1,24 |
| TKY22. Hastanemizde etkili haberleşme ve iletişim sistemi bulunmaktadır.                             | 78  | 19,5 | 80  | 20,0 | 106 | 26,5 | 104 | 26,0 | 32 | 8,0 | 2,83 | 1,24 |
| TKY23. Hastanemizde ekip halinde çalışmaya önem verilmektedir.                                       | 97  | 24,2 | 90  | 22,5 | 70  | 17,5 | 108 | 27,0 | 35 | 8,8 | 2,74 | 1,32 |
| TKY24. Hastanemizde yöneticiler, çalışanları destekleyen bir liderlik anlayışına sahiptir.           | 150 | 37,9 | 105 | 26,5 | 59  | 14,9 | 68  | 17,2 | 14 | 3,5 | 2,22 | 1,21 |
| TKY25. Hastanemizde eğitime önem verilmektedir.                                                      | 104 | 26,0 | 85  | 21,2 | 86  | 21,5 | 95  | 23,8 | 30 | 7,5 | 2,66 | 1,29 |
| TKY26. Hastanemizde çalışanlar arasında çatışma ve uyuşmazlık olmamaktadır.                          | 122 | 30,7 | 114 | 28,5 | 87  | 21,9 | 56  | 14,1 | 19 | 4,8 | 2,34 | 1,18 |
| TKY27. Hastanemizde kalite iyileştirmeye yönelik eğitim programları uygulanmaktadır.                 | 79  | 19,8 | 90  | 22,6 | 74  | 18,6 | 122 | 30,7 | 33 | 8,3 | 2,85 | 1,28 |

Tablo 11’de verilen bulgular aşağıdaki şekilde yorumlanabilir:

- “Hastanemizin vizyon, misyon ve amaçları belirlenmiştir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%37,1) cevabı “Katılıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $3,20 \pm 1,22$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde vizyon, misyon ve amaçlar çalışanlar tarafından bilinmektedir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%28,0) “Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,77 \pm 1,17$  olduğu tespit edilmiştir.
- “Hastanemizde yeni fikir ve düşüncelere değer verilmektedir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%28,0) cevabı “Kesinlikle Katılmıyorum” ve “Katılmıyorum” seçenekleri olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,46 \pm 1,22$  olarak bulunmuştur.

- “Hastanemizde çalışanların tümüne gerekli yetki ve sorumluluk verilmiştir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%32,0) “Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,47 \pm 1,18$  olduğu belirlenmiştir.
- “Hastanemizde birimler arasında rekabet özendirilmektedir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%31,0) cevabı “Kararsızım” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,54 \pm 1,15$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde çalışma ilişkilerinde güvene dayalı bir ortam vardır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%32,0) “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,54 \pm 1,99$  olduğu saptanmıştır.
- “Hastanemizde çalışanların kararlara katılımına önem verilmektedir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%36,8) cevabı “Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,23 \pm 1,19$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde sorunlar hızlı ve etkili bir biçimde çözülmektedir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%39,0) “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,17 \pm 1,21$  olduğu tespit edilmiştir.
- “Hastanemizin tüm bölümlerinde gelişime açık bir yapı bulunmaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%31,1) cevabı “Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,34 \pm 1,17$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizin tüm bölümlerinde verimlilik artışını destekleyecek bir yapı bulunmaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%33,0) “Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,42 \pm 1,18$  olduğu belirlenmiştir.
- “Hastanemizde çalışanlar nitelik açısından yeterlidirler” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%26,3) cevabı “Katılıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,88 \pm 1,73$  olarak bulunmuştur.

- “Hastanemizde çalışanlar nicelik açısından yeterlidir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%26,8) “Katılıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,76 \pm 1,29$  olduğu saptanmıştır.
- “Hastanemizdeki yönetim şekli yol göstericidir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%28,4) cevabı “Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,42 \pm 1,18$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde çalışanlar dünyadaki gelişmeleri sürekli olarak takip etmektedir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%31,7) “Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,39 \pm 1,17$  olduğu tespit edilmiştir.
- “Hastanemizde performansa dayalı ödüllendirme ve terfi sistemi uygulanmaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%42,2) cevabı “Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,08 \pm 1,19$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde denetlemede eşitlik ve adalet egemendir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%37,5) “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,16 \pm 1,23$  olduğu belirlenmiştir.
- “Hastanemizde bulunan araç ve gereçler yeterlidir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%36,4) cevabı “Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,21 \pm 1,20$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizdeki çalışma ortamının fiziki koşulları uygundur” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%33,6) “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,26 \pm 1,20$  olduğu saptanmıştır.
- “Hastanemize gelen müşteriler, hastanemiz hakkında pozitif bir düşünceye sahiptir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%33,4) cevabı “Kararsızım” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,55 \pm 1,20$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde kalite anlayışı müşterilerin ihtiyaçlarını karşılama ve memnun etmeye dayalıdır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%27,6)

“Kararsızım” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,79 \pm 1,24$  olduğu tespit edilmiştir.

- “Hastanemizde etkili haberleşme ve iletişim sistemi bulunmaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%26,5) cevabı “Kararsızım” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,83 \pm 1,24$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde ekip halinde çalışmaya önem verilmektedir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%27,0) “Katılıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,74 \pm 1,32$  olduğu belirlenmiştir.
- “Hastanemizde yöneticiler, çalışanları destekleyen bir liderlik anlayışına sahiptir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%37,9) cevabı “Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,22 \pm 1,21$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde eğitime önem verilmektedir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%26,0) “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,66 \pm 1,29$  olduğu saptanmıştır.
- “Hastanemizde çalışanlar arasında çatışma ve uyuşmazlık olmamaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%30,7) cevabı “Kesinlikle Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,34 \pm 1,18$  olarak bulunmuştur.
- “Hastanemizde kalite iyileştirmeye yönelik eğitim programları uygulanmaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%30,7) “Katılıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,85 \pm 1,28$  olduğu tespit edilmiştir.

### **3.3.2.Örgütsel Uсталık Ölçeğinin İfadelerine Katılım Düzeylerine ve Ortalama Puanlarına İlişkin Bulgular**

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Örgütsel Uсталık ölçeği ifadelerine verdikleri cevapların frekans dağılımları ile ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 12’de verilmiştir.

**Tablo 12. Örgütsel Ustalık Ölçeği İfadelerine Katılım Düzeyleri ve Ortalamalar**

| İfadeler                                                                                                                       | Kesinlikle Katılmıyorum |      | Katılmıyorum |      | Kararsızım |      | Katılıyorum |      | Kesinlikle Katılıyorum |      | $\bar{X}$ | ss   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------|--------------|------|------------|------|-------------|------|------------------------|------|-----------|------|
|                                                                                                                                | n                       | %    | n            | %    | n          | %    | n           | %    | n                      | %    |           |      |
| ÖU1. Alışılmışın dışında hareket ederek, yeni teknolojik fikirler bulmaya çalışır.                                             | 84                      | 21,0 | 101          | 25,3 | 85         | 21,3 | 99          | 24,7 | 31                     | 7,7  | 2,73      | 1,26 |
| ÖU2. Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için yaratıcı yollar aramaktadır.                                                     | 46                      | 11,5 | 94           | 23,6 | 71         | 17,8 | 143         | 35,8 | 45                     | 11,3 | 3,12      | 1,22 |
| ÖU3. Hastanemiz alanlara girmeyi göze almaktadır.                                                                              | 51                      | 12,8 | 89           | 22,3 | 153        | 38,3 | 86          | 21,6 | 20                     | 5,0  | 2,84      | 1,06 |
| ÖU4. Hastanemiz, kurum için yenilikçi olan ürün ve hizmetler oluşturmaktadır.                                                  | 88                      | 22,0 | 110          | 27,5 | 103        | 25,8 | 82          | 20,5 | 17                     | 4,2  | 2,58      | 1,16 |
| ÖU5. Başarısını yeni teknolojiler araştırma kabiliyetine dayandırmaktadır.                                                     | 82                      | 20,6 | 122          | 30,7 | 100        | 25,1 | 69          | 17,3 | 25                     | 6,3  | 2,60      | 1,26 |
| ÖU6. Etkin bir şekilde yeni hasta gruplarını hedef alır.                                                                       | 54                      | 13,5 | 106          | 26,6 | 117        | 29,3 | 99          | 24,8 | 23                     | 5,8  | 2,83      | 1,12 |
| ÖU7. Ürün ve hizmetlerinin güvenilirliğini sürekli olarak geliştirir.                                                          | 79                      | 19,8 | 99           | 24,9 | 116        | 29,1 | 87          | 21,9 | 17                     | 4,3  | 2,66      | 1,15 |
| ÖU8. Operasyonlarındaki otomasyon seviyelerini yükseltir.                                                                      | 75                      | 18,8 | 88           | 22,0 | 117        | 29,2 | 101         | 25,2 | 19                     | 4,8  | 2,75      | 1,16 |
| ÖU9. Mevcut hastaların memnuniyeti devam ettirmek için mevcut ürün ve hizmetlerinde küçük değişiklikler ya da eklemeler yapar. | 53                      | 13,3 | 98           | 24,6 | 83         | 20,7 | 140         | 35,1 | 25                     | 6,3  | 2,96      | 1,18 |
| ÖU10. Çalışmalarını, kaliteyi yükseltmeye ve maliyete düşürmeye adanmıştır.                                                    | 65                      | 16,4 | 83           | 21,0 | 92         | 23,2 | 120         | 30,3 | 36                     | 9,1  | 2,95      | 1,24 |
| ÖU11. Mevcut hasta tabanına derinlemesine nüfuz etmeye çalışır.                                                                | 57                      | 14,4 | 99           | 25,0 | 116        | 29,3 | 105         | 26,5 | 19                     | 4,8  | 2,82      | 1,12 |
| ÖU12. Mevcut hastaların memnuniyetini düzenli olarak değerlendirir.                                                            | 67                      | 16,8 | 95           | 23,8 | 87         | 21,8 | 120         | 30,1 | 30                     | 7,5  | 2,88      | 1,22 |

Tablo 12’de verilen bulgular aşağıdaki şekilde yorumlanabilir:

- Çalıştığı hastane hakkında “Alışılmışın dışında hareket ederek, yeni teknolojik fikirler bulmaya çalışır” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%25,3) cevabı “Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,73 \pm 1,26$  olarak bulunmuştur.
- Çalıştığı hastaneye yönelik “Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için yaratıcı yollar aramaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%35,8) “Katılıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $3,12 \pm 1,22$  olduğu tespit edilmiştir.
- Çalıştığı hastane hakkında “Hastanemiz alanlara girmeyi göze almaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%38,3) cevabı “Kararsızım”

seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,84 \pm 1,06$  olarak bulunmuştur.

- Çalıştığı hastaneye yönelik “Hastanemiz, kurum için yenilikçi olan ürün ve hizmetler oluşturmaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%27,5) “Katılmıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,58 \pm 1,16$  olduğu belirlenmiştir.
- Çalıştığı hastane hakkında “Başarısını yeni teknolojiler araştırma kabiliyetine dayandırmaktadır” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%30,7) cevabı “Katılmıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,60 \pm 1,26$  olarak bulunmuştur.
- Çalıştığı hastaneye yönelik “Etkin bir şekilde yeni hasta gruplarını hedef alır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%29,3) “Kararsızım” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,83 \pm 1,12$  olduğu saptanmıştır.
- Çalıştığı hastane hakkında “Ürün ve hizmetlerinin güvenilirliğini sürekli olarak geliştirir” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%29,1) cevabı “Kararsızım” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,66 \pm 1,15$  olarak bulunmuştur.
- Çalıştığı hastaneye yönelik “Operasyonlarındaki otomasyon seviyelerini yükseltir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%29,2) “Kararsızım” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,75 \pm 1,16$  olduğu tespit edilmiştir.
- Çalıştığı hastane hakkında “Mevcut hastaların memnuniyeti devam ettirmek için mevcut ürün ve hizmetlerinde küçük değişiklikler ya da eklemeler yapar” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%35,1) cevabı “Katılıyorum” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,96 \pm 1,18$  olarak bulunmuştur.
- Çalıştığı hastaneye yönelik “Çalışmalarını, kaliteyi yükseltmeye ve maliyete düşürmeye adanmıştır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%30,3) “Katılıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,95 \pm 1,24$  olduğu belirlenmiştir.

- Çalıştığı hastane hakkında “Mevcut hasta tabanına derinlemesine nüfuz etmeye çalışır” ifadesine katılımcıların çoğunluğunun (%29,3) cevabı “Kararsızım” seçeneği olmuştur ve bu ifadeye katılım düzeyi ortalaması  $2,82 \pm 1,12$  olarak bulunmuştur.
- Çalıştığı hastaneye yönelik “. Mevcut hastaların memnuniyetini düzenli olarak değerlendirir” ifadesine katılımcıların çoğunluğu (%30,1) “Katılıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Bu ifadeye katılım düzeyi ortalamasının  $2,88 \pm 1,22$  olduğu tespit edilmiştir.

### 3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Ortalama Puanlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Bu bölümde katılımcıların araştırmada kullanılan Toplam Kalite Yönetimi ve Örgütsel Ustalık ölçeklerinden aldıkları ortalama puanların araştırmada yer verilen demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine yönelik yapılan hipotez testlerine ait bulgulara yer verilmiştir. Her bir demografik değişken için sıfır hipotezi ve alternatif hipotez aşağıdaki gibi oluşturulmuştur:

**H<sub>0</sub>:** Katılımcıların ilgili ölçeğe ait ortalama puanları ilgili demografik değişkene göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H<sub>1</sub>:** Katılımcıların ilgili ölçeğe ait ortalama puanları ilgili demografik değişkene göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 13.** Cinsiyete Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin t Testi Sonuçları

| Ölçek                          | Cinsiyet | N   | Ort. | ss.  | t      | p     |
|--------------------------------|----------|-----|------|------|--------|-------|
| Toplam Kalite Yönetimi         | Kadın    | 205 | 2,55 | 0,91 | 0,813  | 0,417 |
|                                | Erkek    | 195 | 2,47 | 0,96 |        |       |
| Araştırmacı Ustalık Alt Ölçeği | Kadın    | 205 | 2,74 | 0,97 | -0,869 | 0,385 |
|                                | Erkek    | 195 | 2,82 | 0,92 |        |       |
| Yararlanıcı Ustalık Alt Ölçeği | Kadın    | 205 | 2,88 | 0,96 | 0,868  | 0,386 |
|                                | Erkek    | 195 | 2,79 | 1,06 |        |       |
| Örgütsel Ustalık (Toplam)      | Kadın    | 205 | 2,81 | 0,93 | 0,029  | 0,977 |
|                                | Erkek    | 195 | 2,81 | 0,94 |        |       |

Tablo 13'teki bulgulara göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeği ortalama puanlarının katılımcıların cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $t=0,813$ ;  $p=0,417>0,05$ ). Benzer şekilde katılımcıların Örgütsel Ustalık ölçeği genel ortalama puanlarının da katılımcıların cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır ( $t=0,029$ ;  $p=0,977>0,05$ ). Örgütsel Ustalık ölçeğinin alt boyutlarına yönelik bulgular göz önüne alındığında ise, hem araştırmacı ustalık alt boyutu, hem de yararlanıcı ustalık alt boyutu ortalama puanlarının katılımcıların cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14.** Medeni Duruma Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin t Testi Sonuçları

| Ölçek                                 | Medeni Durum | N   | Ort. | ss.  | t      | p            |
|---------------------------------------|--------------|-----|------|------|--------|--------------|
| <b>Toplam Kalite Yönetimi</b>         | Evli         | 238 | 2,41 | 0,88 | -2,628 | <b>0,009</b> |
|                                       | Bekâr        | 162 | 2,66 | 0,99 |        |              |
| <b>Araştırmacı Ustalık Alt Ölçeği</b> | Evli         | 238 | 2,70 | 0,92 | -2,088 | <b>0,037</b> |
|                                       | Bekâr        | 162 | 2,90 | 0,97 |        |              |
| <b>Yararlanıcı Ustalık Alt Ölçeği</b> | Evli         | 238 | 2,73 | 0,98 | -2,481 | <b>0,014</b> |
|                                       | Bekâr        | 162 | 2,99 | 1,03 |        |              |
| <b>Örgütsel Ustalık (Toplam)</b>      | Evli         | 238 | 2,72 | 0,90 | -2,396 | <b>0,017</b> |
|                                       | Bekâr        | 162 | 2,94 | 0,97 |        |              |

Tablo 14'teki bulgular aşağıdaki gibi yorumlanabilir:

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanları katılımcıların medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $t=-2,628$ ;  $p=0,009<0,05$ ). Grup ortalamaları da dikkate alındığında, bekâr katılımcıların Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanlarının evli katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu söylenebilir.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait genel ortalama puanları da katılımcıların medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $t=-2,396$ ;  $p=0,017<0,05$ ). Grup ortalamaları göz önüne alındığında, bekâr

katılımcıların Örgütsel Ustalık ölçeğine ait ortalama puanlarının evli katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Araştırmacı Ustalık altölçeğine ilişkin ortalama puanlarının katılımcıların medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $t=-2,088$ ;  $p=0,037<0,05$ ). Grup ortalamalarına göre, bekâr katılımcıların Araştırmacı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının evli katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının da katılımcıların medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $t=-2,481$ ;  $p=0,014<0,05$ ). Grup ortalamaları dikkate alındığında, bekâr katılımcıların Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ilişkin ortalama puanlarının evli katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 15.** Yaşa Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

| Ölçek                                 | Yaş             | N   | Ort. | ss.  | F     | p     |
|---------------------------------------|-----------------|-----|------|------|-------|-------|
| <b>Toplam Kalite Yönetimi</b>         | 30 Yaş ve Altı  | 157 | 2,61 | 0,90 | 1,588 | 0,206 |
|                                       | 31-40 Yaş       | 151 | 2,45 | 0,99 |       |       |
|                                       | 41 Yaş ve Üzeri | 92  | 2,42 | 0,89 |       |       |
| <b>Araştırmacı Ustalık Alt Ölçeği</b> | 30 Yaş ve Altı  | 157 | 2,83 | 0,86 | 2,048 | 0,130 |
|                                       | 31-40 Yaş       | 151 | 2,83 | 0,97 |       |       |
|                                       | 41 Yaş ve Üzeri | 92  | 2,61 | 1,02 |       |       |
| <b>Yararlanıcı Ustalık Alt Ölçeği</b> | 30 Yaş ve Altı  | 157 | 2,88 | 0,96 | 0,514 | 0,598 |
|                                       | 31-40 Yaş       | 151 | 2,85 | 1,05 |       |       |
|                                       | 41 Yaş ve Üzeri | 92  | 2,75 | 1,02 |       |       |
| <b>Örgütsel Ustalık (Toplam)</b>      | 30 Yaş ve Altı  | 157 | 2,86 | 0,86 | 1,213 | 0,298 |
|                                       | 31-40 Yaş       | 151 | 2,84 | 0,98 |       |       |
|                                       | 41 Yaş ve Üzeri | 92  | 2,68 | 0,99 |       |       |

Tablo 15'teki bulgulara göre, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeği ortalama puanlarının katılımcıların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $F=1,588$ ;  $p=0,206>0,05$ ). Buna göre, her ne

kadar katılımcıların yaş düzeyi arttıkça Toplam Kalite Yönetimi ölçeği ortalama puanlarının azaldığı görünse de gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Benzer biçimde, katılımcıların Örgütsel Ustalık ölçeği genel ortalama puanlarının da katılımcıların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $F=1,213$ ;  $p=0,298>0,05$ ). Her ne kadar katılımcıların yaş düzeyi arttıkça Örgütsel Ustalık ölçeği genel ortalama puanlarının azaldığı gözlenirse de gözlenen bu farklılık da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tablo 15'teki Örgütsel Ustalık ölçeğinin alt boyutlarına yönelik bulgular dikkate alındığında, hem araştırmacı ustalık alt boyutu ortalama puanlarının, hem de yararlanıcı ustalık alt boyutu ortalama puanlarının katılımcıların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16.** Eğitim Düzeyine Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü

| ANOVA Sonuçları                       |                  |     |      |      |       |              |                         |
|---------------------------------------|------------------|-----|------|------|-------|--------------|-------------------------|
| Ölçek                                 | Eğitim Düzeyi    | N   | Ort. | ss.  | F     | p            | Gruplar Arası Farklılık |
| <b>Toplam Kalite Yönetimi</b>         | Lise             | 22  | 2,47 | 0,68 | 0,074 | 0,974        | -                       |
|                                       | Ön Lisans-Lisans | 244 | 2,50 | 0,97 |       |              |                         |
|                                       | Yüksek Lisans    | 62  | 2,55 | 0,85 |       |              |                         |
|                                       | Doktora          | 72  | 2,53 | 0,96 |       |              |                         |
| <b>Araştırmacı Ustalık Alt Ölçeği</b> | Lise             | 22  | 3,31 | 0,93 | 2,579 | 0,053        | -                       |
|                                       | Ön Lisans-Lisans | 244 | 2,74 | 0,94 |       |              |                         |
|                                       | Yüksek Lisans    | 62  | 2,72 | 0,93 |       |              |                         |
|                                       | Doktora          | 72  | 2,80 | 0,95 |       |              |                         |
| <b>Yararlanıcı Ustalık Alt Ölçeği</b> | Lise             | 22  | 3,35 | 0,96 | 3,483 | <b>0,016</b> | 1> 2                    |
|                                       | Ön Lisans-Lisans | 244 | 2,73 | 1,05 |       |              |                         |
|                                       | Yüksek Lisans    | 62  | 2,97 | 0,87 |       |              |                         |
|                                       | Doktora          | 72  | 2,94 | 0,93 |       |              |                         |
| <b>Örgütsel Ustalık (Toplam)</b>      | Lise             | 22  | 3,33 | 0,94 | 2,963 | <b>0,032</b> | 1> 2; 1> 3<br>1> 4      |
|                                       | Ön Lisans-Lisans | 244 | 2,74 | 0,95 |       |              |                         |
|                                       | Yüksek Lisans    | 62  | 2,84 | 0,86 |       |              |                         |
|                                       | Doktora          | 72  | 2,87 | 0,90 |       |              |                         |

Tablo 16'daki bulgular aşağıdaki gibi yorumlanabilir:

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $F=0,074$ ;  $p=0,974>0,05$ ).
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait genel ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $F=2,963$ ;  $p=0,032<0,05$ ). Farklılığın kaynaklandığı grupların tespitine yönelik yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre, lise mezunu olan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait ortalama puanlarının hem ön lisans-lisans mezunu, hem yüksek lisans mezunu hem de doktora mezunu olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ).
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Araştırmacı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $F=2,579$ ;  $p=0,053>0,05$ ).
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait genel ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $F=3,483$ ;  $p=0,016<0,05$ ). Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre, lise mezunu olan sağlık çalışanlarının Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının ön lisans-lisans mezunu olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Tablo 17.** Kuruluşunda Çalışma Süresine Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

| Ölçek                                 | Çalışma Süresi  | N   | Ort. | ss.  | F     | p            | Gruplar Arası Farklılık   |
|---------------------------------------|-----------------|-----|------|------|-------|--------------|---------------------------|
| <b>Toplam Kalite Yönetimi</b>         | 1 Yıldan Az     | 31  | 2,76 | 0,93 | 3,457 | <b>0,009</b> | <b>3 &gt; 4; 3 &gt; 5</b> |
|                                       | 1-3 Yıl         | 113 | 2,50 | 0,94 |       |              |                           |
|                                       | 4-6 Yıl         | 62  | 2,81 | 1,06 |       |              |                           |
|                                       | 7-9 Yıl         | 37  | 2,23 | 0,84 |       |              |                           |
|                                       | 10 Yıl ve Üzeri | 157 | 2,41 | 0,86 |       |              |                           |
| <b>Araştırmacı Ustalık Alt Ölçeği</b> | 1 Yıldan Az     | 31  | 3,05 | 0,92 | 3,358 | <b>0,010</b> | <b>3 &gt; 2; 3 &gt; 5</b> |
|                                       | 1-3 Yıl         | 113 | 2,66 | 0,86 |       |              |                           |
|                                       | 4-6 Yıl         | 62  | 3,11 | 0,92 |       |              |                           |
|                                       | 7-9 Yıl         | 37  | 2,72 | 0,77 |       |              |                           |
|                                       | 10 Yıl ve Üzeri | 157 | 2,70 | 1,02 |       |              |                           |
| <b>Yararlanıcı Ustalık Alt Ölçeği</b> | 1 Yıldan Az     | 31  | 3,04 | 1,00 | 1,955 | 0,101        | -                         |
|                                       | 1-3 Yıl         | 113 | 2,79 | 0,97 |       |              |                           |
|                                       | 4-6 Yıl         | 62  | 3,03 | 1,02 |       |              |                           |
|                                       | 7-9 Yıl         | 37  | 2,50 | 1,02 |       |              |                           |
|                                       | 10 Yıl ve Üzeri | 157 | 2,83 | 1,02 |       |              |                           |
| <b>Örgütsel Ustalık (Toplam)</b>      | 1 Yıldan Az     | 31  | 3,05 | 0,90 | 2,441 | <b>0,046</b> | <b>3 &gt; 4</b>           |
|                                       | 1-3 Yıl         | 113 | 2,73 | 0,88 |       |              |                           |
|                                       | 4-6 Yıl         | 62  | 3,07 | 0,91 |       |              |                           |
|                                       | 7-9 Yıl         | 37  | 2,61 | 0,82 |       |              |                           |
|                                       | 10 Yıl ve Üzeri | 157 | 2,77 | 0,99 |       |              |                           |

Tablo 17’deki bulgulara göre,

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanları katılımcıların kuruluşlarındaki çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $F=3,457$ ;  $p=0,009<0,05$ ). Farklılığın kaynaklandığı grupların tespitine yönelik yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda, kuruluşundaki çalışma süresi 4-6 yıl olan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 7-9 yıl ile 10 yıl ve üzeri olan

katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Örgütsel Uсталık ölçeğine ait genel ortalama puanlarının katılımcıların kuruluşlarındaki çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $F=2,441$ ;  $p=0,046<0,05$ ). Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda, kuruluşundaki çalışma süresi 4-6 yıl olan sağlık çalışanlarının Örgütsel Uсталık ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 7-9 yıl olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Araştırmacı Uсталık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının katılımcıların kuruluşlarındaki çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $F=3,358$ ;  $p=0,010<0,05$ ). Yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda, kuruluşundaki çalışma süresi 4-6 yıl olan sağlık çalışanlarının Araştırmacı Uсталık altölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 1-3 yıl ile 10 yıl ve üzeri olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Yararlanıcı Uсталık alt ölçeğine ait ortalama puanları ise katılımcıların kuruluşlarındaki çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $F=1,955$ ;  $p=0,101>0,05$ ).

**Tablo 18.** Kuruluşundaki Görev Türüne Göre Ölçeklere Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

| Ölçek                                 | Görev            | N   | Ort. | ss.  | F     | p      | Gruplar Arası Farklılık |
|---------------------------------------|------------------|-----|------|------|-------|--------|-------------------------|
| <b>Toplam Kalite Yönetimi</b>         | Hekim            | 80  | 2,53 | 0,91 | 1,522 | 0,208  | -                       |
|                                       | Hemşire          | 139 | 2,51 | 0,97 |       |        |                         |
|                                       | Sağlık Teknikeri | 115 | 2,38 | 0,90 |       |        |                         |
|                                       | İdari Personel   | 66  | 2,69 | 0,92 |       |        |                         |
| <b>Araştırmacı Ustalık Alt Ölçeği</b> | Hekim            | 80  | 2,72 | 0,90 | 6,120 | <0,001 | 1 < 4; 2 < 4            |
|                                       | Hemşire          | 139 | 2,78 | 0,88 |       |        | 3 < 4                   |
|                                       | Sağlık Teknikeri | 115 | 2,59 | 0,98 |       |        |                         |
|                                       | İdari Personel   | 66  | 3,19 | 0,96 |       |        |                         |
| <b>Yararlanıcı Ustalık Alt Ölçeği</b> | Hekim            | 80  | 2,93 | 0,85 | 8,887 | <0,001 | 2 < 4; 3 < 4            |
|                                       | Hemşire          | 139 | 2,77 | 1,03 |       |        |                         |
|                                       | Sağlık Teknikeri | 115 | 2,57 | 1,04 |       |        |                         |
|                                       | İdari Personel   | 66  | 3,33 | 0,90 |       |        |                         |
| <b>Örgütsel Ustalık (Toplam)</b>      | Hekim            | 80  | 2,82 | 0,83 | 7,970 | <0,001 | 1 < 4; 2 < 4            |
|                                       | Hemşire          | 139 | 2,78 | 0,90 |       |        | 3 < 4                   |
|                                       | Sağlık Teknikeri | 115 | 2,58 | 0,98 |       |        |                         |
|                                       | İdari Personel   | 66  | 3,26 | 0,91 |       |        |                         |

Tablo 18’de verilen bulgular aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanları katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $F=1,522$ ;  $p=0,208>0,05$ ).
- Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait genel ortalama puanları katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $F=7,970$ ;  $p<0,001$ ). Farklılığın kaynaklandığı grupların tespitine yönelik yapılan Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda, kuruluşunda idari personel olarak görev yapan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşunda hekim, hemşire ve sağlık teknikeri olarak görev yapan sağlık

alışanlarının tümüne göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

- Araştırmaya katılan sağlık alışanlarının Araştırıcı Uсталık alt leğine ait ortalama puanlarının katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=6,120$ ;  $p<0,001$ ). Tukey oklu karşılaştırma testi sonucunda, kuruluşunda idari personel olarak görev yapan sağlık alışanlarının Araştırıcı Uсталık alt leğine ait ortalama puanlarının kuruluşunda hekim, hemşire ve sağlık teknikeri olarak görev yapan sağlık çalışanlarının tamamına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
- Araştırmaya katılan sağlık alışanlarının Yararlanıcı Uсталık alt leğine ait ortalama puanları da katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $F=8,887$ ;  $p<0,001$ ). Tukey oklu karşılaştırma testi sonucuna göre, kuruluşunda idari personel olarak görev yapan sağlık alışanlarının Yararlanıcı Uсталık alt leğine ait ortalama puanlarının kuruluşunda hemşire ve sağlık teknikeri olarak görev yapan sağlık çalışanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

### **3.5. Araştırma Hipotezlerinin Testine İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları**

Bu kısımda araştırma hipotezlerinin basit doğrusal regresyon analizi ile test edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 19.** Toplam Kalite Yönetiminin Örgütsel Ustalık ve Alt Boyutlarına Etkisine İlişkin Basit Regresyon Analizi Sonuçları

| Bağımlı Değişken                | Bağımsız Değişken      | $\beta$ | t      | p                | F       | Model (p)        | R <sup>2</sup> |
|---------------------------------|------------------------|---------|--------|------------------|---------|------------------|----------------|
| <b>Örgütsel Ustalık (Genel)</b> | Sabit                  | 0,920   | 10,391 | <b>&lt;0,001</b> | 517,295 | <b>&lt;0,001</b> | 0,565          |
|                                 | Toplam Kalite Yönetimi | 0,753   | 22,744 | <b>&lt;0,001</b> |         |                  |                |
| <b>Araştırmacı Ustalık</b>      | Sabit                  | 0,998   | 10,312 | <b>&lt;0,001</b> | 385,625 | <b>&lt;0,001</b> | 0,492          |
|                                 | Toplam Kalite Yönetimi | 0,710   | 19,637 | <b>&lt;0,001</b> |         |                  |                |
| <b>Yararlanıcı Ustalık</b>      | Sabit                  | 0,842   | 8,572  | <b>&lt;0,001</b> | 468,738 | <b>&lt;0,001</b> | 0,541          |
|                                 | Toplam Kalite Yönetimi | 0,795   | 21,650 | <b>&lt;0,001</b> |         |                  |                |

Tablo 19’da verilen basit doğrusal regresyon analizi bulguları aşağıdaki gibi yorumlanabilir:

- Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin genel örgütsel ustalık algılarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algılarından etkilenme durumunu test etmek için kurulan basit doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (F=517,295; p<0,001). Bu modele göre H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algıları, çalıştıkları kuruluşa ilişkin genel örgütsel ustalık algıları üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir ( $\beta=0,753$ ; t=22,744; p<0,001). Söz konusu model, sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin genel örgütsel ustalık algısındaki değişimi %56,5 oranında açıklamaktadır (R<sup>2</sup>=0,565).
- Sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin araştırmacı ustalık algılarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algılarından etkilenme durumunu test etmek için kurulan basit doğrusal regresyon modeli de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=385,625; p<0,001). Modele göre H<sub>1a</sub> alt hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algılarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin araştırmacı ustalık algıları

üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir ( $\beta=0,710$ ;  $t=19,637$ ;  $p<0,001$ ). Bu model, sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin araştırmacı ustalık algısındaki değişimi %49,2 oranında açıklamaktadır ( $R^2=0,492$ ).

- Son olarak, sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin yararlanıcı ustalık algılarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algılarından etkilenme durumunu test etmek için kurulan basit doğrusal regresyon modelinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir ( $F=468,738$ ;  $p<0,001$ ). Bu modele göre  $H_{1b}$  alt hipotezi de kabul edilmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algılarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin yararlanıcı ustalık algıları üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ( $\beta=0,795$ ;  $t=21,650$ ;  $p<0,001$ ). Bu model, sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin yararlanıcı ustalık algısındaki değişimi %54,1 oranında açıklamaktadır ( $R^2=0,541$ ).

## TARTIŞMA

Bu çalışma bir üniversite hastanesindeki çalışanlarına yöneliktir. Sağlık çalışanlarında kalitenin iyileştirilmesine yönelik beklenti ve örgütsel ustalık arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Katılımcıların %51,2'si kadınlardan oluşurken, %48,8'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında % 59,5'i evli, %40,5'i bekâr personelden oluştuğu görülmektedir. Çalışanların yaş dağılımına baktığımızda 20-30 yaş arası personel %39,3 iken, 31-40 yaş arası personel %37,8 ve 41 yaş ve üzeri personelin yüzdesine baktığımızda 23,0 olarak görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunu ön lisans /lisans mezunlarından oluşmaktadır (%61,0) çalışma grubunun en azını ise lise mezunu personel ( %5,5'ini) oluşturmaktadır.

Sağlık personelinin kurumda çalışma sürelerine bakıldığında 10 yıl ve üzeri çalışan personel %39,3'ünü oluştururken, en düşük kurumda çalışma süresi 1 yıldan az süre çalışan personel %7,8 olarak saptanmıştır. Sağlık personelinin meslek gruplarına göre dağılımlarına baktığımızda %34,8'i hemşire, %28,7'si sağlık teknikeri, %20,0'ını hekim ve %16,5'ini idari personel oluşturduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim seviyesine bakıldığında büyük çoğunluğunu (%61,0)'i ön lisans /lisans mezunlarından oluşmaktadır. Bunun sonucu olarak da sağlık hizmetlerinde verilen hizmetlerin profesyoneller tarafından verilmesinden gösterilmektedir. Benzer çalışmalarda Doğan ve Kaya (2004)'nın çalışmasında personelin büyük bir kısmının eğitim seviyesinin ön lisans (%32,4) olduğu, Ulusoy ve ark. (2011) çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun eğitim seviyesinin lisans (%39,6) olduğu görülmüştür. Kılıç (2022)'in çalışmasında SKS eğitimi alma durumu ile eğitim düzeyleri arasında benzer sonuç bulunmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeği ortalama puanlarının katılımcıların cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $t=0,813$ ;  $p=0,417>0,05$ ). Literatürde birebir aynı çalışmalar olmasa bile benzer çalışmalar incelendiğinde, Biçer vd. (2012) çalışmasında toplam kalite yönetimi ile cinsiyet kavramı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer bir çalışmada Avcı (2016)'nın yüksek lisans tez çalışmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ablak (2019), sağlık kuruluşlarında toplam kalite

yönetimi algısını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada araştırma bulgularımızdan farklı olarak sağlık personelinin cinsiyet değişkeni ile kalite anlayışları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğunu ortaya koymuştur.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $F=0,074$ ;  $p=0,974>0,05$ ). Çalışmaya bire bir benzer çalışmalar olmasa da yakın çalışmalar incelendiğinde şu sonuçlar görülmektedir. Kılıç (2022)'ın yüksek lisans tez çalışmasında toplam kalite yönetiminin eğitim durumuna etkisine bakıldığında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Dikmetaş (2006)'ın çalışmasında sağlık personelinin eğitim düzeylerine göre çalışma / iş yaşam kalitesi boyutlarına verdikleri yanıtlar bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Akar'ın (2014) çalışmasında, araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde eğitim durumu ile TKY arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görülmektedir. Doğan (2013) "Özel ve Kamu Hastanelerindeki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çalışan Sağlık Personeli Tarafından Algılanması" yüksek lisans tezinde benzer şekilde katılımcıların eğitim durumu ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak benzer sonucu bulmuştur. Kızıl (2018)'ın yüksek lisans tezinde eğitim seviyesi ile TKY açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını tespit etmiştir. Tunç (2018) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin eğitim durumu ile TKY arasında anlamlı düzeyde bir farkın olduğu belirtmiştir. Küçükaltay (2019)'ın yüksek lisans tezinde hastane çalışanlarının eğitim durumları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çalışmaya katılan sağlık personelinin toplam kalite yönetiminin medeni durumun arasın da anlamlı düzeyde farkın olmadığı görülmektedir (Tablo 14). Ancak gruplar arası ortalama ya bakıldığında bekâr personelin evli personele göre toplam kalite yönetimine bakış açısı daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer çalışmalar incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır. Erkan (2011)'ın yüksek lisans tezinde yapmış olduğu karşılaştırmada aynı sonuca ulaşmıştır. Çaklı (2021) tarafından yapılan çalışma da bekâr katılımcıların toplam kalite yönetimi algıları ortalamaları evli bireylerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Şimşek (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada medeni durum ile Toplam Kalite Yönetimi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup evli olan sağlık personeli çalıştığı

hastaneyi daha kaliteli bulmaktadır. Medeni durumun toplam kalite yönetimine etkisine baktığımızda bekâr sağlık çalışanlarının toplam kalite yönetimini benimsediklerini ve uyguladıkları görülmektedir.

Yaş değişkeni ile toplam kalite yönetimi üzerinde anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Personelin yaş düzeyi arttıkça Toplam Kalite Yönetimi ölçeği ortalama puanlarının azaldığı görünse de anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir (Tablo 15). Benzer bir çalışmada, (Türk ve diğerleri, 2012) yaşam kalitesi algısıyla yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark ulaşılmamıştır. Top (2013) 'un yüksek lisans tezinde yaşı toplam kalite yönetimi ile alt boyutları arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir.

Görev dağılımının Toplam Kalite Yönetimi ait ortalama puanları katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $F=1,522$ ;  $p=0,208>0,05$ ). Koçer (2020)'in yüksek lisans tezinde görev dağılımlarına göre ortalama TKY uygulamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır. Kızıl (2018)'in çalışmasında görev dağılımı ile TKY arasında benzer sonuca ulaşılmıştır. Şimşek (2019)'in çalışmasında hastanesinde çalışan sağlık personelinin görev dağılımları arasında Toplam Kalite Yönetimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Dikmetaş (2006) ve Argentero ve diğerleri (2007) yapmış oldukları çalışmalarda da sağlık personelinin mesleki değişiminin çalışma yaşam kalitesi düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılığın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gündüzhan (2017)'in yapmış olduğu araştırmada görev dağılımının ile toplam kalite yönetimi uygulamaları arasında anlamlı düzeyde bir farkın olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılanların ortalama değerleri incelendiğinde hemşire olarak görev yapan sağlık personelinin toplam kalite yönetimi uygulamalarına yönelik tutumları diğer meslek gruplarına göre daha yüksek ve anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir.

Sağlık personelinin kurumda çalışma süresine göre dağılıma baktığımızda anlamlı düzeyde farklılığın olduğu görülmektedir ( $F=3,457$ ;  $p=0,009<0,05$ ). Kurumda çalışma sürelerine baktığımızda 4-6 yıl olan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetiminin ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 7-9 yıl ile 10 yıl ve üzeri olan sağlık personellerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Cinel vd. (2021) yapmış oldukları çalışmada TKY algı düzeyleri kurumda

çalışma süresine göre dağılıma baktığımızda 11-15 yıl arası sürede görev yapanlara göre 1-5 yıl arası görev yapanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bakır'ın (2017) yüksek lisans tezinde benzer sonuca ulaşmıştır. Pirhan (2014)'ın çalışmasında kurumda çalışma süresi ile toplam kalite yönetimi arasında anlamlı bir farklılık çıkmadığı görülmektedir. Gündüzhan (2017)'de yapmış olduğu çalışmasın da sağlık personelinin çalışma süreleri ile toplam kalite yönetimi uygulamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık personelinin kurumda çalışma sürelerinin ortalama değerlerine bakıldığında 6-9 yıl çalışma süresine sahip sağlık personelinin toplam kalite yönetimi uygulamalarına karşı tutumları diğer yaş aralıklarına göre daha yüksek ve anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır.

Genel olarak baktığımızda TKY ile sağlık personelinin performansı arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir. literatür ile uyumlu benzerlik gösteren çalışmalar Samson ve Terziovski (1999), Demirbağ ve ark. (2006), Kaynak (2003), Sadıkoğlu ve Zehir (2010) ve Alolayyan (2012), TKY'nin doğrudan veya dolaylı olarak sağlık personelinin performans ile önemli bir pozitif ilişkiye sahip olduğunu görülmektedir.

### **Örgütsel Uсталık**

Sağlık personelinin Örgütsel Uсталık ölçeği genel ortalama puanları ve alt boyut olan yararlanıcı uсталık ile araştırmacı uсталık puanlarına baktığımızda cinsiyete göre anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir ( $t=0,029$ ;  $p=0,977>0,05$ ). Alan yazın incelendiğinde araştırmancının bulguları ile benzer sonuçları ortaya koyan çalışmalar, Fettahlıoğlu vd. (2016) makalesinde örgütsel uсталık ve alt boyutları ile cinsiyet kavramıyla ilgili anlamlı fark çıkmamıştır. Yine benzer bir sonuç Çiftçi (2017)'in makalesinde benzer sonuç görülmektedir. Yiğit (2022)'in makalesinde örgütsel uсталığın cinsiyet üzerinde bir fark oluşturmadağı saptanmıştır.

Medeni duruma göre örgütsel uсталık ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu göstermektedir ( $t=-2,396$ ;  $p=0,017<0,05$ ). Bekâr katılımcıların evli katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çiftçi (2017)'in makalesinde örgütsel uсталığın araştırmacı uсталık alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğunu belirtmiştir.

Yaş dağılımına göre örgütsel ustalık ve alt boyutlarına baktığımızda ölçeklere ait puanlar dikkate alındığında, hem araştırmacı ustalık alt boyutu ortalama puanlarının, hem de yararlanıcı ustalık alt boyutu ortalama puanlarının katılımcıların yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır ( $F=1,213$ ;  $p=0,298>0,05$ ). Benzer bir çalışmada Çiftçi (2017)'in makalesinde katılımcıların yaşlarına göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin Örgütsel Ustalık ölçeğine ait genel ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait ortalama puanlarının hem ön lisans-lisans mezunu, hem yüksek lisans mezunu hem de doktora mezunu olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucu görülmektedir ( $F=3,483$ ;  $p=0,016<0,05$ ). Örgütsel ustalığın alt boyutu olan Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait genel ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Lise mezunu olan sağlık personelinin Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının ön lisans-lisans mezunu olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu durumda yararlanıcı ustalığın sağlık personelleri arasında lise mezunu personelin daha çok benimsediği ve kurumda uyguladığı görülmektedir. Diğer bir alt boyuta baktığımızda sağlık çalışanlarının Araştırmacı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $F=2,579$ ;  $p=0,053>0,05$ ).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının **Örgütsel Ustalık ölçeğine** ait genel ortalama puanlarının katılımcıların kuruluşlarındaki çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $F=2,441$ ;  $p=0,046<0,05$ ). Kuruluşundaki çalışma süresi 4-6 yıl olan sağlık personelinin Örgütsel Ustalık ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 7-9 yıl olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Araştırmaya katılan sağlık personellerinin **Araştırmacı Ustalık alt ölçeğine** ait ortalama puanlarının katılımcıların kuruluşlarındaki çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $F=3,358$ ;  $p=0,010<0,05$ ). Kuruluşundaki çalışma süresi 4-6 yıl olan sağlık çalışanlarının Araştırmacı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 1-3 yıl ile 10 yıl ve üzeri olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha

yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). 4-6 yıl arasında olan sağlık personelinin daha çok araştırmaya önem verdiği görülmektedir. 1-3 yıl arasındaki çalışan personelin kurumu tanıma aşamasında olmasından dolayı 10 yıl ve üzeri personelinde kurum kültürünü benimsediklerinden dolayı araştırma üzerinde katılımlarının düşük olduğu görülmektedir. Diğer alt boyut olan Yararlanıcı Ustalık Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının *Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine* ait ortalama puanları ise katılımcıların kuruluşlarındaki çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $F=1,955$ ;  $p=0,101>0,05$ ).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait genel ortalama puanları katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $F=7,970$ ;  $p<0,001$ ). Kurulusta görev alan idari personel olarak görev yapan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşunda hekim, hemşire ve sağlık teknikeri olarak görev yapan sağlık çalışanlarının tümüne göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının *Araştırmacı Ustalık alt ölçeğine* ait ortalama puanlarının katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $F=6,120$ ;  $p<0,001$ ). Kuruluşunda idari personel olarak görev yapan sağlık çalışanlarının Araştırmacı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşunda hekim, hemşire ve sağlık teknikeri olarak görev yapan sağlık çalışanlarının tamamına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Diğer bir alt boyut olan *Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine* ait ortalama puanları da katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $F=8,887$ ;  $p<0,001$ ). Kuruluşunda idari personel olarak görev yapan sağlık çalışanlarının Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşunda hemşire ve sağlık teknikeri olarak görev yapan sağlık çalışanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Sağlık çalışanlarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algıları, çalıştıkları kuruluşa ilişkin genel örgütsel ustalık algıları üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir ( $\beta=0,753$ ;  $t=22,744$ ;  $p<0,001$ ). Sağlık personelinin kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri ile çalıştıkları kuruluşa ilişkin araştırmacı ustalık algıları üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu

görülmektedir. Yararlanıcı ustalık ile toplam kalite yönetimi arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Literatürde birebir aynı çalışmalar olmasa benzer çalışmalar incelendiğinde, Gülenç ve Kozak (2019)'ın yılında medikal turizm hizmeti sağlayan hastanelerde yapmış olduğu çalışmada, sağlık otelciliği hizmetleri ile örgütsel ustalık arasında anlamsal ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bakan ve Sezer (2017)'in makalesinde örgütsel ustalığın performans yönetimini anlamlı ve pozitif olarak etkilediğini tespit etmişlerdir. Çiftçi (2017)'in çalışmasında, örgütsel ustalığın alt boyutları ve personel güçlendirme arasında orta ve düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişkinin olduğunu saptamıştır. Attar (2014)'ın doktora tezinde liderlik tarzlarının örgütsel ustalığın başarılmasında etkili olduğunu belirtmiştir. Gözen (2018)'in doktora tezinde örgütsel ustalık ve işletme performansı arasındaki güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu tespit belirtilmiştir. Atçı (2017)'nin çalışmasında örgütsel ustalık ve otel işletmecilerinin bireysel yenilik düzeyi arasında anlamlı ve pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir. Başkan (2020)'in doktora tezinde örgütsel ustalık ile örgütsel performans arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğunu söylemektedir. Gülenç (2019)'in doktora tezinde sağlık otelciliği hizmetleri ile yararlanıcı ve araştırıcı strateji arasında; üniversite hastanesi ve özel hastanede orta düzeyde güçlü bir ilişki devlet hastanesinde güçlü bir ilişkinin var olduğunu göstermektedir. March (1999), örgütsel ustalığın alt boyutları olan araştırıcı ve yararlanıcı stratejilerin örgütsel öğrenme üzerinde anlamlı bir etki olduğunu göstermiştir. O'Reilly ve Tushman (2013) "Organizational Ambidexterity: Past, Present and Future" adlı makalelerinde örgütsel ustalığın performansı arttırdığını söylemişlerdir. Bae ve Koo (2015), makale çalışmalarında örgütsel ustalık boyutları ilgilie internet aracılığıyla faaliyet gerçekleştiren oyun işletmeleri üzerinde yaptıkları çalışmada, yararlanıcı ve araştırıcı stratejinin dengelenmesi ile bu işletmelerin sürdürülebilir bir rekabet avantajı sağladıklarını ortaya koymuştur. He ve Wong (2004), yapmış oldukları makalede Malezya ve Singapur'da 206 işletme üzerinde yaptıkları bir çalışmada araştırmacı ve yararlanıcı yenilik stratejilerinin pozitif yönde bir artış sağladı görülmektedir ve etkileşiminin performans artışı sağladığı ve performans da satış rakamlarındaki artış değerlendirmektedir. Bierly ve Daly (2007), yapmış oldukları makalede 98 küçük ve orta ölçekli işletmeleri kapsayan araştırmalarında araştırma ve yararlanma yenilik etkileşimi ile performans

çıktısı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Attar (2014)'ın doktora tezinde Araştırmacı Ustalık, Yararlanıcı Ustalık ve Örgütsel Ustalık Stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Üç değişken arasında güçlü ilişkiler ve pozitif yönlü olduğunu belirtmiştir. Jansen vd. (2008), yapmış oldukları çalışmada, örgütsel ustalık ile üst düzey yönetimin özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemişler ve üst düzey yönetimi ile örgütsel ustalık arasında pozitif ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma öncelikle sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi ve örgütsel ustalık arasındaki ilişki dinamiklerini bulmayı amaçlamaktadır. Öncelikle sağlık çalışanlarının toplam kalite yönetiminde kararları ile ilgili örgütsel ustalığın alt boyutlarını analiz edilip incelemiştir.

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları kurum içi ve kurum dışı toplam kalite yönetimi ve örgütsel ustalık düzeylerine ilişkin görüşleri incelenmiş, bireylerin toplam kalite yönetimi ile örgütsel ustalık üzerindeki etkileri ve bu görüşleri etkileyen demografik faktörler belirlenerek aralarındaki ilişkiler tespit edilmiştir.

Bu araştırma SCÜH çalışanları hekim, hemşire, sağlık teknikeri ve idari personelden oluşmaktadır.

Araştırmada iki ölçek kullanılmıştır. Çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir; Araştırma sonucunda katılımcıların %51,2'i kadın personelden oluşmaktadır. Tarihsel olarak baktığımızda sağlık sektöründe kadın çalışanın daha ağırlıklı olduğu görülmektedir. %39,3'ü 20-30 yaş aralığında personelden oluşmaktadır. Yaş aralığına baktığımızda gençlerden oluşmaktadır ağırlıklı olarak ve gençlerin eğitimlerini bitirdikten sonra sağlık sektörünün de gereksiniminden dolayı tercih ettiği sonucuna ulaşılmaktadır. %61,0'i Ön Lisans-Lisans mezunu, sektöründe profesyonel eğitime ihtiyaç duymasından dolayı uzmanlaşmış personelden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. %39,3'ü 10 yıl ve üzeri çalışmaktadır. Bu durumda personelim kurumda uzun süreli çalıştığı sonucuna ulaşılmaktadır. %59,5'i evli personelden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır ve %34,8'i hemşire sağlık çalışanın daha ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetiminde bilgi ve deneyimlerinin yeterli olduğu görülürken, örgütsel ustalık konusunda sağlık personelinin yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle örgütsel ustalık konusunda daha çok araştırma yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi üstünde daha fazla eğitim verildiği görülmektedir.

Çalışmanın bulgularına baktığımızda genel olarak sağlık personelinin toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algıları, çalıştıkları kuruluşa ilişkin genel

örgütsel ustalık algıları üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örgütsel ustalığın araştırmacı alt boyutuna bakıldığında çalışanların kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algılarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin araştırmacı ustalık algıları üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir alt boyutu olan yararlanıcı ustalık algısı sağlık çalışanlarının kuruluşlarındaki toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin algılarının çalıştıkları kuruluşa ilişkin yararlanıcı ustalık algıları üzerinde pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak baktığımızda kurunun araştırmacı eğilimi ile yararlanıcı eğilimli olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Araştırma sonuçlarına baktığımızda iki ölçek arasında toplam kalite yönetimi ile örgütsel ustalık arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir ifade ile TKY'nin Örgütsel Ustalık üstüne güçlü bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bulgulara göre, Toplam Kalite Yönetiminde bir artış olduğunda, buna paralel olarak örgüt ustalık ölçeğinde de olumlu yönde bir artış olduğu belirtilmektedir.

Çalışmanın sonucunda sağlık personelinin demografik özelliklerine baktığımızda Toplam Kalite Yönetimi ve örgüt ustalık ölçekleri ile alt boyut puanlarının arasında karşılaştırıldığında sağlık personelinin hem TKY hem de Örgütsel ustalık ile alt boyutlarının cinsiyetler arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer taraftan sağlık personelinin yaş ile toplam kalite yönetimi ve örgütsel ustalık arasında istatistikî olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Sağlık personelinin demografik özelliklerine baktığımızda medeni durum ile Toplam Kalite Yönetimi ve örgüt ustalık ölçekleri ile alt boyut puanlarının arasında karşılaştırıldığında istatistikî olarak anlamlı bir farklılığın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bekâr katılımcıların Toplam Kalite Yönetimi ölçeğinde ve örgütsel ustalık ölçeği ve alt boyutlarında ait ortalama puanlarının evli katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bekâr sağlık personelinin hem TKY hem de Örgütsel Ustalık ve alt boyutunu benimsedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Eğitim düzeyine göre baktığımızda sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeği ile Araştırmacı Ustalık boyutuna ait ortalama puanları katılımcıların eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermezken örgütsel ustalık ölçeği ve alt boyutu olan yararlanıcı ustalık alt boyutu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılığın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Lise mezunu olan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ve alt boyutu olan Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının ön lisans-lisans mezunu olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık personelinin kurumda çalışma sürelerine göre bakıldığında Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanları ise katılımcıların kuruluşlarındaki çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak kurumda çalışma sürelerine göre bakıldığında **Toplam Kalite Yönetimi** ile **Örgütsel Ustalık Ölçeği** ve alt boyutu olan **Araştırmacı Ustalık** alt boyutu arasında almalı bir ilişki olduğu görülmektedir. **Toplam Kalite Yönetimi** ile kuruluşundaki çalışma süresi 4-6 yıl olan sağlık çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 7-9 yıl ile 10 yıl ve üzeri olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. **Örgütsel Ustalık Ölçeği** ile kuruluşunda çalışan sağlık personelinin çalışma süresi 4-6 yıl olan sağlık çalışanlarının Örgütsel Ustalık ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 7-9 yıl olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. **Araştırmacı Ustalık** alt boyutu ile kurumda çalışma süresi 4-6 yıl olan sağlık çalışanlarının Araştırmacı Ustalık alt ölçeğine ait ortalama puanlarının kuruluşundaki çalışma süresi 1-3 yıl ile 10 yıl ve üzeri olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık personelinin Toplam Kalite Yönetimi ölçeğine ait ortalama puanları katılımcıların kuruluşlarındaki görevine göre anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Örgütsel ustalık ile araştırmacı alt boyutlarına baktığımızda kuruluşunda idari personel olarak görev yapan sağlık çalışanlarının kurumda hekim, hemşire ve sağlık teknikeri olarak görev yapan sağlık personellerinin tümüne göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastane de idari personel olarak görev yapan sağlık çalışanlarının Yararlanıcı Ustalık alt ölçeğine ait puanları kuruluşunda

hemşire ve sağlık teknikeri olarak görev yapan sağlık çalışanlarına göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Literatürde sağlık sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ile Örgütsel Ustalık bir arada inceleyen çalışmanın olmadığı bilinmektedir. Bu araştırmanın sağlık personellerine yapılmasının önemli bir nedenini oluşturmaktadır.

Bu çalışma, gelecekte yapılması muhtemel sağlıkla ilgili araştırmalara yön vereceğinin düşünülmesi sebebiyle farkındalık yaratmaya olanak tanımaktadır.

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personeli üzerinde yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler tüm sağlık çalışanlarına genellenemez. Sonuç olarak, bu araştırma, geleceğin akademisyenleri ve araştırmacıları için, özellikle sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve örgütsel ustalık hakkında daha iyi bir anlayış ve bilgi sağlamaktadır. Ek olarak, gelecekteki araştırmacılar bu tezde tartışılan yöntemlerden teorik bir şekilde yararlanabilirler.

### **Öneriler**

- Kamu kurumlarında örgütsel ustalık ile TKY arasında çalışma yapılmalıdır.
- Gerek akademik gerekse sağlık kurumları olarak örgütsel ustalık stratejisi, kamu kurumlarında dikkate alınması gereken önemli bir strateji olarak talimatlar alınabilir.
- Çalışma bir üniversite hastanesinde yürütülmüştür ve benzer çalışmalar özel ve kamu hastanelerinde farklı analizler edilebilir.
- Türkiye'de uygulanan örgütsel ustalık stratejileri ile ilgili kısıtlı çalışmaya ulaşılmıştır ve bu alanda daha çok çalışmanın yapılması önerilmektedir.
- Bu çalışma ile elde edilen sonuçların kıyaslanabilmesi için benzer araştırmalar yapılması yararlı olacaktır.
- Hastanelerin örgütsel ustalık stratejileri ve alt boyutlarına daha fazla önem vererek, hastanelerin yenilikçi ve araştırmacı yönlerini güçlendirmesi ve geliştirilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Ablak, K. (2019). Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımının İnsan Kaynakları Yönetiminde İş Tatminine Etkisi: Akredite Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Bir Araştırma, *Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı*, İstanbul.
- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetim ve Organizasyon*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Ahire, S. L., & Dreyfus, P. (2000). The impact of design management and process management on quality: an empirical investigation. *Journal of Operations Management* , 549–575.
- Akın Acuner, Ş. (2004). *Müşteri İlişkilerinde Hareket Noktası : Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü*. Ankara : Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.
- Akın, Ö. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan* . Bursa : Ezgi Kitabevi .
- Aktan, C. C. (2009). Performans Yönetimi: Organizasyonlarda Performans Değerlendirme ve Ölçme . *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi* , 26.
- Aktan, C. C., & Işık, A. K. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. C. C. Aktan, & U. Saran içinde, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* (s. 20). İstanbul : Aura Kitapları.
- Akar, Y. (2014). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği), Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Akdoğan, Ş., Akdoğan, A., ve Cingöz, A. (2009). Organizational Ambidexterity: An Empirical Examination Of Organizational Factors As Antecedents Of Organizational Ambidexterity, *Journal of Global Strategic Management*, 3(2), 17-27.
- Arslanoğlu, A. (2019). Standartlar Açısından Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon. U. Beylik, & K. Avcı içinde, *Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon* (s. 246). Ankara : Gazi Kitapevi .

- Argentero, P., Miglioretti, M., & Angilletta, C. (2007). Quality of Work Life In A Cohort of Italian Health Workers. *G Ital Med Lav Ergon*, 29/1 Suppl A, A50-54.
- Alolayyan, N.M, Ali, K.A.M., Idris, F. and Ibrehem, S.A. (2011) ‘Advance Mathematical Model To Study and Analyze The Effects of Total Quality Management (TQM) and Operational Flexibility On Hospital Performance’, *Total Quality Management and Business Excellence*, Vol. 22, No. 12, pp.1371–1393.
- Assaf, A. A. (2011). Introducing Quality in Healthcare:An International Perspective . *Journal for Healthcare Quality* , 4-15.
- Ateş, M. (2011). Sağlık Hizmetleri ile İlgili Genel Kavramlar. M. Ateş içinde, *Sağlık İşletmeciliği* (s. 12-13). İatnabul : Beta Basım A.Ş. .
- Atçı, D., Kale, A., Şeker, F. (2017). “Otel İşletmecilerinin Bireysel Yenilikçilik Profili ve Çift Yönlülük (Ambidexterity) Düzeyi İlişkisi”, *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 5(3), s. 47-58.
- Aygar, H., & Önsüz, M. F. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* , 26-32.
- Aykaç, B., & Özer, M. A. (2006). Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Kuruluşlarında Uygulanması: Sorunlar ve Yeni Arayışlar. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , 171-202.
- Avcı, M. (2016) Kamu Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulama Örneği (Yüksek Lisans Tezi). *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Bilim Dalı*, 79.
- Atilla, E. A. Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik (Editör:Aylanur Ataklı), Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2016.
- Azam M, Rahman Z, Talib F, Singh KJ. A Critical Study Of Quality Parameters İn Health Care Establishment: Developing An İntegrated Quality Model, *Int J Health Care Qual Assur.* 2012; 25(5): 387-402. Doi: 10.1108/09526861211235892.

- Bakan, İ., Sezer, B. (2017). “Örgütsel Ustalığın Performans Yönetimi Üzerindeki Etkisi: Bir Alan Çalışması”, KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 14(2), s. 323-346.
- Bakır, M.Ş, (2017). Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları: Şırnak Devlet Hastanesi Örneği, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Erzurum.
- Başkan, K. (2020). Otel İşletmelerinde Liderlik Özellikleri, Örgütsel Ustalık Ve Örgütsel Performans İlişkisi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Ve Otelcilik Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sistemindeki Sevk Zinciri. *Balkan Journal of Social Sciences* 4(8) , 3.
- Bae, J. ve Koo, D.M. (2015). Strategic Ambidexterity of Online Game Companies: The Exploitation and Exploration of Ncsoft. *Journal of Korea Game Society*, 15 (1), 115-124.
- Benner, M. J. and Tushman, M. L. (2003), Exploitation, Exploration, and Process Management: The Productivity Dilemma Revisited, *Academy of Management Review*, 28, pp. 238-256.
- Berwick, D. M. (1989). Continuous Improvement As An Ideal In Health Care . *The New England Journal Of Medicine* , 53-56.
- Biçer, E. B., Ekinci, H., & Naldöken, Ü. (2012). Toplam Kalite Yönetimi TKY nin Kurumsal İmaj Üzerine Etkileri Yönetici Görüşleri Üzerine Bir Araştırma. *Verimlilik Dergisi*, (2), 35–48.
- Birkinshaw, J., Crilly, D., Bouquet, C., & Lee, S. Y. (2016). How do Firms Manage Strategic Dualities? A Process Perspective. *Academy of Management Discoveries*, 2(1), 51-78.
- Birkinshaw, J., & Gibson, C. (2004). Building Ambidexterity into an Organization. *MIT Sloan Management Review*, Summer, 47-55.
- Blackmore, J. (2009). Academic pedagogies, quality logics and performative universities: evaluating teaching and what students want. *Studies in Higher Education* , 857-872.

- Bucak, T. (2013). *İşletmelerde Kalite Yönetimi* . İzmir : İlya İzmir Yayınevi.
- Burçoğlu Karaca, Ş. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Yüksek Lisans Tezi). *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Burçoğlu Karaca, Ş. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama Yüksek Lisans Tezi . *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aydın* , 40-41.
- Bodwell, W., & Chermack, T. J. (2010). Organizational Ambidexterity: Integrating Deliberate and Emergent Strategy with Scenario Planning. *Technological Forecasting and Social Change*, 77(2), 193-202.
- Bierly, P., Daly, P. (2007), "Alternative Knowledge Strategies, Competitive Environment, and Organizational Performance in Small Manufacturing Firms." *Entrepreneurship, Theory and Practice*, Vol. 31(4): 493-516
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Can, A. (2014). *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*. (3. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Chen, Eric L. and Katila, Riitta (2008). Rival interpretations of balancing exploration and exploitation: Simultaneous or sequential? In Shane, Scott (ed.) *Handbook of Technology and Innovation Management*, NY: Wiley, 197-214.
- Crosby PB. *Quality is free*. New York: McGraw-Hill Book Co.; 1979. 4.
- Cinel, M. O. & Karaman, G. (2021). Belediye Çalışanlarının Hizmetkâr Liderlik Ve Toplam Kalite Yönetimi Algıları; Giresun Belediyesi Örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20 (79) , 1262-1278. DOI: 10.17755/esosder.812333
- Çağatay, A. (2019). Sağlık Kurumlarında Yönetim, Temel Kavram ve Yaklaşımlar. Z. Öztürk içinde, *Sağlık Kurumlarında Yönetim* (s. 64-65). Ankara : Siyasal Kitabevi .
- Çavmak, D. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim: Bir Özel Hastane Koroner Yoğun Bakımı Değerlendirmesi. *Usaysad Dergisi* , 59.

- Çavuş, M. F., & Gemici, E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* , 238-257.
- Çiftçi, G. E. (2017). Örgütsel Uсталık Çalışmalarının Personel Güçlendirme Üzerinde Etkisi, *International Journal of Academic Value Studies (Javstudies)*, Vol:3, Issue:10; pp:188- 202 (ISSN:2149-8598)
- Danacı, B. (2010). Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması Yüksek Lisans Tezi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kütahya* , 33.
- Demirbag, M., Tatoglu, E., Tekinkus, M. and Zaim, S. (2006) ‘An analysis of the relationship between TQM implementation and organizational performance’, *Journal of Manufacturing Technology Management*, Vol. 17, No. 6, pp.829–847.
- Donabedian, A. (1966). Assessment and measurement of quality assurance in health care. *Milbank Memorial Quarterly* , 194-196.
- Doğan, S. (2013). “Özel ve Kamu Hastanelerindeki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çalışan Sağlık Personeli Tarafından Algılanması (Malatya İli Örneği)”, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Douglas, T. J. (2001). Total quality management implementation and competitive advantage: the role of structural control and exploration. *Academy of Management Journal* , 158-169.
- Efil, İ. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi*. Bursa: Alfa Aktüel.
- Faloudah, A. A., Qasim, S., & Bahumayd, M. (2015). Total Quality Management in Healthcare. *International Journal of Computer Applications* , 22-24.
- Feigenbaum, A. V. (1991). *Total Quality Control*. ABD: McGraw-Hill, Inc.
- Feigenbaum AV. Total quality control. New York: McGraw-Hill Book Co.; 1983.

- Gallifa, J., & Batalle, P. (2010). Student perceptions of service quality in a multi-campus higher education system in Spain. *Quality Assurance in Education* , 156-170.
- García-Lillo, F., Úbeda-García, M., & Marco-Lajara, B. (2016). Organizational Ambidexterity: Exploring the Knowledge Base. *Scientometrics*, 107(3), 1021- 1040.
- Gibson, C. B., & Birkinshaw, J. (2004). The Antecedents, Consequences, and Mediating Role of Organizational Ambidexterity. *Academy of management journal*, 47(2), 209-226.
- Gözen, A.(2018), Aile İşletmelerinde Aile Etkisi Ve Örgütsel Ustalık Kavramlarının İşletme Performansı Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Grabar, M. (2011). *Yalın Hastane Kalite Hasta Güvenliği ve Çalışan Memnuniyetini Artırmak*. istanbul : Optimist Yayınları.
- Gülenç, S. (2019). Medikal Turizm Hizmeti Veren Hastanelerde Sağlık Otelciliği Hizmetleri İle Örgütsel Ustalık İlişkisi (Doktora Tezi), *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Eskişehir.
- Gschwantner, S., & Hiebl, M. R. W. (2016). Management Control Systems and Organizational Ambidexterity. *Journal of Management Control*, 27(4), 371-404.
- Günsel, A., Altındağ, E., Kılıç Keçeli, S., Kitapçı, H., & Hızıroğlu, M. (2018). Antecedents and Consequences of Organizational Ambidexterity: the Moderating Role of Networking. *Kybernetes*, 47(1), 186-207.
- Gülenç, S. & Akoğlan Kozak, M. (2019). Medikal Turizm Hizmeti Veren Hastanelerde Sağlık Otelciliği Hizmetleri İle Örgütsel Ustalık İlişkisi. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 16 (3) , 366-382 . DOI: 10,24010/soid.655835
- Günel, M. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini . *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı*

*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi) , 22-23.*

Gündüzhan, B. (2017). Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Bireysel Performansa Etkisi Üzerine Bir Alan Araştırması, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Bilim Dalı. İstanbul.

Havermans, L. A., Den Hartog, D. N., Keegan, A., & Uhl-Bien, M. (2015). Exploring the Role of Leadership in Enabling Contextual Ambidexterity. *Human Resource Management*, 54(1), 179-200.

He, Z.-L., & Wong, P.-K. (2004). Exploration vs. Exploitation: An Empirical Test of the Ambidexterity Hypothesis. *Organization science*, 15(4), 481-494.

Holmqvist, M. 2004. Experiential Learning Processes of Exploitation and Exploration. An Empirical Study of Product Development. *Organization Science*, 15: 70-81

Ilıman, E. (2020). Sağlık Kurumlarında Kalite ve Akreditasyon. E. B. Biçer içinde, *Sağlık Yönetiminde Temel Yaklaşımlar* (s. 194). Ankara : Nobel Yayıncılık .

Irani, Z., Beskese, A., & Love, P. (2004). Total quality management and corporate culture:constructs of organizational excellence. *Technovation* , 643-650.

Ishikawa K. What is total quality control? The Japanese way. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.; 1985.

Jansen, J.J.P., George, G., Van den Bosch, F.A.J. and Volberda, H.W. (2008). Senior team attributes and organizational ambidexterity: the moderating role of transformational leadership. *Journal of Management Studies*, 45, 982-1007.

Jansen, J. (2005), Ambidextrous Organizations: A Multiple-Level Study of Absorptive Capacity, Exploratory and Exploitative Innovation and Performance, Unpublished Dissertation, ERIM.

Juran JM. Juran's quality control handbook. New York: McGrawHill Book Co.; 1988.

- Karabulut, F. (2009). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO/IEC 15189:2003 Uygulaması (Yüksek Lisans Tezi ). *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı* , 61.
- Karagöz, Y. (2016). SPSS ve AMOS 23 Uygulamalı İstatistiksel Analizler. 1. Basım. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kartal, M. ve Bardakçı, S. (2018). *SPSS ve AMOS Uygulamalı Örneklerle Güvenirlilik ve Geçerlik Analizleri*. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* . Ankara : Siyasal Kitabevi .
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000) *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme* . Ankara : Pelikan Yayınları .
- Kaynak, H. (2003) ‘The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance’, *Journal of Operation Management*, Vol. 21, No. 4, pp.405–435.
- Kaya, S. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. S. Kaya, D. Tengilimoğlu, O. Işık, M. Akbolat, & A. Yılmaz içinde, *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi* (s. 11-7). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.
- Kıdak, L., Nişancı, Z. N., & Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği. *Yönetim ve Ekonomi* 22/2 , 483-500.
- Kılıç, M., & Öztürk, H. (2006). Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:9, Sayı:1 , 58.
- KILIÇ, U. (2022). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Elazığ Örneği, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı*, Elazığ.

- Kıngır, S. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi* . Ankara : Nobel Akademik Yayıncılık .
- Kriz, A., Voola, R. Ve Yüksel, U. (2014). The Dynamic Capability Of Ambidexterity In Hypercompetition: Qualitative Insights. *Journal Of Strategic Marketing*, 22(4): 287-299.
- Kızıl, S. (2018). Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algılarının Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlıkta Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Koçer, C. (2020). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Ve Çalışan Memnuniyeti Arasındaki İlişki, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yalova.
- Köşker, S. (2021 ). Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesinden Kaynaklanan Sorumluluklar (Yüksek Lisans Tezi). *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilgi Yönetimi Ana Bilim Dalı Sağlık Hukuku Programı* , 6.
- Kumar, R., Garg, D., & Garg, T. (2009). Total quality management in Indian industries: relevance, analysis and directions. *The TQM Journal* , 607-622.
- Kumru, S. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi. U. Beylik, & K. Avcı içinde, *Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon* (s. 18-19-20). Ankara : Gazi Kitabevi.
- Kundu, G. (2017). Quality In Higher Education From Different Perspectives: A Literature Review. *International Journal For Quality Research* , 17-34.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Küçükbalbay, N. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İle Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma (Yüksek Lisans Tezi). *Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı*, 66.

- Lee, V., Ooi, K., Tan, B., & Chang, A. (2010). A structural analysis of the relationship between TQM practices and product innovation. *Asian Journal of Technology Innovation* , 73-96.
- Levine, S., Malone, E., Lekachvili, A., & Briss, P. (2019). Health care industry insights: Why the use of preventive services is still low. *Preventing Chronic Disease*, 16, E30. <https://doi.org/10.5888/pcd16.180625>
- Lewin, A.Y., Long, C.P., & Carroll, T.N. (1999). The Coevolution of New Organizational Forms. *Organization Science*, 10: 535-550
- Levinthal, D. A. and March, J. G. (1993). The Myopia of Learning. *Strategic Management Journal*. 14, 95-112.
- Lin, Z., Yang, H., & Demirkan, I. (2007). The Performance onsequences of Ambidexterity in Strategic Alliance Formations: Empirical Investigation And Computational Theorizing. *Management Science*, 53(10), 1645-1658.
- Lockwood, A. (1995). Applying service quality concepts to hospitality education. *Education + Training* , 38-44.
- Lohr, K. N., & Schroeder, S. A. (1990). A strategy for quality assurance in medicare. *The New England Journal of Medicine* , 707-712.
- Lubatkin, M. H., Simsek, Z., Ling, Y., & Veiga, J. F. (2006). Ambidexterity and performance in small-to medium-sized firms: The pivotal role of top management team behavioral integration. *Journal of management*, 32(5), 646-672.
- Lüleci, M., İkizler, C., & Koç Aytekin, G. (2019). Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve Personel Performansını Etkileyen Faktörler: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği . *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , 19.
- March, James G. (1999). “Exploration and Exploitation in Organizational Learning”, *Organization Science*, 2 (1), pp.71-87.

- Martin, A., Keller, A., & Fortwengel, J. (2017). Introducing Conflict as the Microfoundation of Organizational Ambidexterity. *Strategic organization*, 1-24.
- March, J. G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization science*, 2(1), 71-87.
- Menguc, B., & Auh, S. (2008). The asymmetric moderating role of market orientation on the ambidexterity–firm performance relationship for prospectors and defenders. *Industrial Marketing Management*, 37(4), 455-470.
- Montgomery, D. C. (2009). *Statistical Quality Control*. Asia: John Wiley and Sons.
- O'Reilly, C. A. and Tushman, M. L (2013), “Organizational Ambidexterity: Past, Present and Future”, *Academy of Management Perspectives* (in press), ss.1-30.
- O'Reilly, C. A., & Tushman, M. L. (2008). Ambidexterity as a dynamic capability: Resolving the innovator's dilemma. *Research in organizational behavior*, 28, 185-206.
- Ordanini, A., Parasuraman, A., & Rubera, G. (2014). When the recipe is more important than the ingredients: a qualitative comparative analysis (QCA) of service innovation configurations. *Journal of Service Research* , 134-149.
- Ovretveit, J. (1997). Learning from quality improvement in Europe and beyond. *Journal of the Joint Commission for Accreditation of Health care Organizations* , 7-22.
- Özcan Çaklı, İ. (2021). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Donabedian Kalite Özellikleri Ve Sağlık Çalışanlarının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi. *İş'te Davranış Dergisi*, 6 (1) , 1-15. DOI: 10,25203/idd.907641
- Özdamar, K. (1999). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi 1. 2. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

- Özer, Ö., & Sungur, C. (2019). Sağlık Statüsü Belirleyicisi Olarak Sağlık Hizmetleri Sunumu. F. Budak içinde, *Sağlık Statüsü Belirleyicileri* (s. 216). Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Özalbant, Z. (2010). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü*. Ankara : Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayını.
- Öztürk, Y. E., & Kırar, R. (2019). Sağlık Ve Hastalık. *Scientific Developments*, 382.
- Padma, P., Rajendran, C., & Lokachari, P. S. (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. *Benchmarking: An International Journal* Vol. 17 No. 6, 807-841.
- Paliokaitė, A., & Pačėsa, N. (2015). The Relationship Between Organisational Foresight and Organisational Ambidexterity. *Technological Forecasting and Social Change*, 101, 165-181.
- Papachroni, A., Heracleous, L., & Paroutis, S. (2016). In Pursuit of Ambidexterity: Managerial Reactions to Innovation–Efficiency Tensions. *human relations*, 69(9), 1-32.
- Papachroni, A., Heracleous, L., & Paroutis, S. (2014). Organizational Ambidexterity Through the Lens of Paradox Theory: Building a Novel Research Agenda. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 51(1), 71-93.
- Pellegrinelli, S., Murray-Webster, R., & Turner, N. (2015). Facilitating Organizational Ambidexterity Through the Complementary Use of Projects and Programs. *International Journal of Project Management*, 33(1), 153-164.
- Piligrimiene Z, Buciuiene I. Exploring managerial and professional view to healthcare service quality. *Journal of Economics and Management*. 2011; 16: 1304-1317.
- Pirhan, Ş. (2014). Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.

- Raisch, S., Birkinshaw, J., Probst, G., & Tushman, M. L. (2009). Organizational Ambidexterity: Balancing Exploitation and Exploration for Sustained Performance. *Organization science*, 20(4), 685-695
- Sadikoglu, E. and Zehir, C. (2010) ‘Investigating the effects of innovation and employee performance on the relationship between total quality management practices and firm performance: an empirical study of Turkish firm’, *International Journal of Production Economics*, Vol. 127, No. 1, pp.13–26.
- Samson, D. and Terziovski, M. (1999) ‘The relationship between total quality management practices and operational performance’, *Journal of Operation Management*, Vol. 17, No. 4, pp.393–409.
- Sarp, N. (2018). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Kuruluşları. M. Şeker, & Y. Bulduklu içinde, *Sağlık Kurumları Yönetimi-I* (s. 33). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları .
- Siachou, E., & Gkorezis, P. (2018). Empowering Leadership and Organizational Ambidexterity: A Moderated Mediation Model. Paper presented at the Evidencebased HRM: a Global Forum for Empirical Scholarship.
- Singh, J., & Smith, R. (2004). Relationship between TQM and innovation: an empirical study. *Journal of Manufacturing Technology Management* , 394-401.
- Somunluoğlu, S. (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 52.
- Söyük, S. (2018). Sağlık ve Sağlık Hizmetleri. S. Söyük, & İ. Gün içinde, *Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Temel Boyutlar Rehberi* (s. 18-25). İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş.
- Sulphey, M. M., & Alkahtani, N. S. (2017). Organizational Ambidexterity as a Prelude to Corporate Sustainability *Journal of Security & Sustainability Issues*, 7(2), 335-347.
- Stokes, P., Moore, N., Moss, D., Mathews, M., Smith, S. M., & Liu, Y. (2015). The Micro-Dynamics of Intraorganizational and Individual Behavior and Their

- Role in Organizational Ambidexterity Boundaries. *Human Resource Management*, 54(S1), 63-86.
- Şenbabaoğlu, E., Baş, A., & Dölarsan, E. Ş. (2016). Müşteri Odaklılık ve Algılanan Kalitenin Müşteri Sadakati Oluşumuna Etkisi. *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi* , 95 - 124.
- Şeremet, G. G. (2019). Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi. Z. Öztürk içinde, *Sağlık Kurumlarında Yönetim* (s. 470). Ankara : Siyasal Kitabevi.
- Şimşek İlkin, N., & Derin, N. (2016). Dünyadan ve Türkiye’den Örneklerle Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* , 484.
- Şimşek, Z. (2009). Organizational Ambidexterity: Towards a Multilevel Understanding. *Journal of Management Studies*, 46(4), 597-624.
- Şimşek, M. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Alfa Basım Yayım Dağıtım.
- Şimşek, H. (2019). Sağlık Çalışanlarının Kalitenin İyileştirilmesine Yönelik Beklenti Ve Algılarının Araştırılması: Mersin İli Tarsus Devlet Hastanesi Çalışma Örneği, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı*, İstanbul.
- Şişman, M., & Turan, S. (2002). *Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi* . Ankara : Pegem A Yayıncılık .
- Talib, F., Rahman, Z., & Azam, M. (2010). Total Quality Management Implementation in the Healthcare Industry: A Proposed Framework. *2nd International Conference on Production and Industrial Engineering CPIE-2010* , 1364.
- Taşlıyan, M., & Gök, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , 69-94.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* . Ankara : Nobel Yayıncılık .
- Tokaç, M., & Topçu, İ. (2013). Hastanelrin Tarihçesi. H. Sur, & T. Palteki içinde, *Hastane Yönetimi* (s. 7). İstanbul : Nobel Tıp Kitabevi .

- Top, H. (2013) Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışanlara Etkisi (Kırklareli İli Sağlık Çalışanları Örneği) (Yüksek Lisans Tezi). *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı*, 92.
- Tunç, M. (2018). “Toplam Kalite Yönetiminin Hemşirelerin Performans Algısına Etkisi”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.
- Turner, N., Maylor, H., & Swart, J. (2015). Ambidexterity in Projects: An Intellectual Capital Perspective. *International Journal of Project Management*, 33(1), 177- 188.
- Tushman, M. L., & O'Reilly III, C. A. (1996). Ambidextrous organizations: Managing evolutionary and revolutionary change. *California management review*, 38(4), 8-29.
- Tushman, M. L., & O'Reilly III, C. A. (1996). Ambidextrous organizations: Managing evolutionary and revolutionary change. *California management review*, 38(4), 8-29.
- Ulusoy H, Biçer E. B, Naldöken Ü. (2011). “Hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimine ilişkin görüşleri”, *Cumhuriyet Medical Journal*. 33(1): 17- 25.
- Úbeda-García, M., Claver-Cortés, E., Marco-Lajara, B., Zaragoza-Sáez, P., & GarcíaLillo, F. (2017). High Performance Work System and Performance: Opening the Black Box Through the Organizational Ambidexterity and Human Resource Flexibility. *Journal of Business Research*, 1-10.
- Üzgül Yenidikci, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Önemi. S. Söyük, & A. Üzgül Yenidikici içinde, *Sağlık İşletmelerinde Kalite Yönetimi* (s. 47). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- WHO. (2010). *Health Service Delivery*. Aralık Cumartesi , 2021 tarihinde WHO\_MBHSS\_2010\_section1\_web.pdf: adresinden alındı
- Yatkın, A. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi* . Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Yıldırım, F., & Esen, Ş. (2018). *Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi ve Mükemmellik Modeli: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Uygulama*. Çanakkale: Rating Academy Yayınları.
- Yıldız, B. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları ve İnovasyon. K. Avcı içinde, *Sağlıkta Kalite Yönetimi Güncel Konular ve Stratejik Yaklaşımlar* (s. 5-6). Ankara : Gazi Kitapevi.
- Yiğit, B. (2022). Örgütsel Çift Yönlülük: Teknopark Çalışanları Üzerinde Bir Çalışma, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 14 (2), 1164-1174.
- Yurtseven, F. M., & Afacan Fındıklı, M. (2020). *Sağlıkta Kalite Yönetimi Türkiye'den ve Japonya'dan Efqm Modeli Uygulama Örnekleri* . Ankra : Nobel Bilimsel Eserler .
- Yusof, M., & Aspinwall, E. (2000). Total quality management implementation frameworks:comparison and review. *Total Quality Management* , 281-294.
- Donabedian, Avedis (1993). “Quality in Health Care: Whose Responsibility Is It?”. *American Journal Of Medical Quality*, 8(2): 34.
- Zeyrekli Yaş, S. (2021). Toplam Kalite Anlayışının Sağlık Hizmetlerinde Uygulanması . *Trakya Üniversitesi Kalite ve Strateji Yönetimi Dergisi* , 29.

#### **İnternet kaynakları:**

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Hakkımızda, (2020).”SKS Hastane Sürüm 6 Seti Yayınlandı”, Erişim Adresi: (Erişim Tarihi:17/05/2022).
- Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması 2019/18 nolu genelge (Erişim Tarihi:17/05/2022).

## EKLER

### Ek 1. İzinler

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.12.2021-108886



T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-93596471-010.99-108886  
Konu : Muhammet GÜMÜŞ Anket Uygulama  
İzni

17.12.2021

Sayın: Muhammet GÜMÜŞ

İlgi : 13.12.2021 tarihli yazı.

Üniversitemiz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Enis Baha BİÇER' in yürütücüsü olduğu " Sağlık Çalışanlarında Kalitenin İyileştirilmesine Yönelik Beklenti ve Örgütsel Ustalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği" konulu tez çalışmanızı kurumumuzda görev yapan sağlık personeline uygulama isteğiniz uygun bulunmuş olup; Gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN  
Başhekim

Ek.: (5 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSAKPUMZ3E Pin Kodu :91982

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/cumhuriyet-universitesi-ehys>

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas

Telefon:0 346 2581326 Faks:0 346 258 0024

e-Posta:hastaneyazilari@cumhuriyet.edu.tr Web:www.cumhuriyet.edu.tr

Kep Adresi:cumhuriyetuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Medine TECER

Uzman: Bilgisayar İşletmeni





**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL-OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

|                       |                                                                                                                                                                         |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Sağlık Çahşanlarında Kalitenin İyileştirilmesine Yönelik Beklentisi ve Örgütsel Ustalık Arasındaki İlişkinin İncelemesi; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                  |                                                                                                                     |
|------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ETİK KURULU BİLGİLERİ</b> | ETİK KURULUN ADI | Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu                                          |
|                              | AÇIK ADRESİ:     | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı,<br>Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı<br>TR-58140 Merkez/Sivas |
|                              | TELEFON          | 0 346 487 20 92                                                                                                     |
|                              | FAKS             | -                                                                                                                   |
|                              | E-POSTA          | goksek2014@gmail.com                                                                                                |

|                          |                                                     |                                                                                                                                                            |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b> | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI   | Doç. Dr. Enis Baha Biçer                                                                                                                                   |
|                          | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI   | Sağlık Yönetimi                                                                                                                                            |
|                          | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı                                                                   |
|                          | DESTEKLEYİCİ                                        | -                                                                                                                                                          |
|                          | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ                    | -                                                                                                                                                          |
|                          | ARAŞTIRMANIN TÜRÜ                                   | Yüksek lisans tezi                                                                                                                                         |
|                          | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER                       | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |



**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

|                       |                                                                                                                                                                         |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Sağlık Çalışanlarında Kalitenin İyileştirilmesine Yönelik Beklenti ve Örgütsel Ustalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                   |                                                                                                              |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tarihi                   | Versiyon Numarası | Dili                                                                                                         |
|                          | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                          | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                          | OLGU RAPOR FORMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                          |                   | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                          | Belge Adı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                   | Açıklama                                                                                                     |
|                          | SİGORTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |                   |                                                                                                              |
|                          | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |                   |                                                                                                              |
| KARAR BELGELERİ          | SONUÇ RAPORU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> |                   |                                                                                                              |
|                          | DİĞER:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |                   |                                                                                                              |
|                          | Karar No: 2021-11/25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Tarih: 17.11.2021        |                   |                                                                                                              |
|                          | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereği olan bilimsel amaçlarla kullanılmak üzere incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezi/merkezlere gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış katılan etik kurul üye sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. |                          |                   |                                                                                                              |

|                                                     |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |                                                                                                                                                                                     |
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI                          | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI                      | Prof. Dr. Gülşay Yıldırım                                                                                                                                                           |
|                                                     | Araştırma ile ... ..                                                                                                                                                                |

## ÖZ GEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Ad Soyadı

MUHAMMET GÜMÜŞ

### Eğitim ve Akademik Durumu

### İş Tecrübesi