

TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK YÖNETİMİ

Editör: Doç.Dr. Şahin KARABULUT

yaz
yayınları

Türkiye ve Dünyada Sağlık Yönetimi

Editör

Doç.Dr. Şahin KARABULUT

yaz
yayınları

2025

Türkiye ve Dünyada Sağlık Yönetimi

Editör: Doç.Dr. Şahin KARABULUT

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-8678-78-9

Aralık 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

İÇİNDEKİLER

Sağlık Çalışanlarında İş Stresinin Yaşam Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi	1
<i>Gökhan COŞKUN</i>	
Halk Sağlığı için Kalite ve Akreditasyon: Toplumsal Eşitlik, Kurumsal İtibar ve Sürdürülebilir Değer Üretimi.....	24
<i>Hafize Nurgül DURMUŞ ŞENYAPAR</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ STRESİNİN YAŞAM MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Gökhan COŞKUN¹

1. GİRİŞ

Sağlık çalışanları, toplumun sağlık hizmetlerine erişimini sağlayan ve bu alanda kritik görevler üstlenen bireylerdir. Bu meslek grubunun yoğun iş temposu, yüksek sorumluluk ve duygusal yükler nedeniyle iş stresi yaygın bir sorun haline gelmiştir. İş stresi, bireyin mesleki beklentiler ile gerçek durumlar arasındaki uyumsuzluk sonucu ortaya çıkan durum olarak tanımlanmakta olup, çeşitli ölçütlerle değerlendirilir. Sağlık sektöründe çalışanların karşılaştığı yoğun iş yükü, zaman baskısı, hasta ilişkilerindeki zorluklar ve mesleki tatminsizlik gibi faktörler, iş stresi seviyelerinin artmasına neden olmaktadır (Dışkaya ve Danışman, 2025).

Bununla birlikte, iş stresinin yaşam memnuniyeti üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Yaşam memnuniyeti, bireyin genel yaşam kalitesi ve kişisel tatmin düzeyini ifade ederken, yüksek iş stresinin bu memnuniyeti olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Çalışmalar, iş stresinin arttığı durumlarda çalışanların genel yaşam memnuniyetinde azalma gözlemlendiğini ortaya koymuştur. Özellikle sağlık çalışanlarının, mesleki tükenmişlik, psikolojik sorunlar ve düşük yaşam kalitesi arasında yakın ilişkiler bulunduğu kabul edilmektedir (Dalman, 2023).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Amasya Türkiye. ORCID: 0000-0002-5181-0498.

Bu bağlamda, araştırmalar sağlık çalışanlarının iş stres seviyeleri ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi anlamada önemli bilgiler sağlamaktadır. İş stresinin doğrudan veya dolaylı yollarla yaşam memnuniyetini nasıl etkilediğine dair veriler, mesleki sağlık politikalarının şekillendirilmesine ve çalışma ortamlarının iyileştirilmesine katkı sağlar. Ayrıca, bu alanda yapılacak çalışmalar, stres yönetimi ve psikososyal destek programlarının geliştirilmesine de temel oluşturabilir. Böylece, sağlık çalışanlarının iş ve yaşam doyumu açısından daha sağlıklı ve verimli bir yaşam sürdürebilmeleri hedeflenmektedir (Öztürk ve Aksu, 2024).

Literatür taraması kapsamında, iş stresi ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar detaylı incelemektedir. İş stresi kavramı, çalışanların iş ortamında karşılaştıkları yoğunluk, azalan kontrol ve belirsizlik gibi unsurlarla tanımlanmakta olup, çeşitli ölçekler ve ölçüm kriterleriyle değerlendirilmiştir (Selye, 1973; Melamed ve Oksenberg, 2002). Bu çalışmalar, iş stresi seviyelerinin yüksek olduğu ortamların, çalışanlarda psikolojik ve fiziksel sorunlara yol açtığını göstermektedir. Ayrıca, sağlık sektöründe çalışanların karşılaştıkları yüksek iş yükü, zaman baskısı ve duygusal yorgunluk gibi faktörlerin, iş stresini artırdığı belirli çalışmalarda vurgulanmıştır (Parker ve DeCotiis, 1983; Coomber ve ark., 2020).

Öte yandan, yaşam memnuniyeti kavramı, bireylerin yaşam kalitesi ve genel mutluluk düzeyleri ile bağlantılıdır. Bu kavram, çeşitli ölçüm yaklaşımlarıyla ele alınmakta olup hem subjektif değerlendirmeleri hem de objektif göstergeleri içermektedir (Diener ve ark., 1985). Yapılan araştırmalar, yüksek iş stresinin yaşam memnuniyetini negatif yönde etkilediğini ortaya koymakta, özellikle sağlık çalışanlarında iş ortamındaki stres faktörlerinin, genel yaşam doyumu ile ters orantılı ilişkisi dikkat çekmektedir (Liu ve ark., 2004). Bazı çalışmalar, iş stresi

ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkinin, bireysel faktörler ve sosyal destek seviyeleri gibi moderatör etkilerle şekillenebileceğini göstermektedir (Bakker ve Demerouti, 2007; Yılmaz ve Aslan, 2018).

Genel olarak, literatüre yansıyan bulgular, yüksek iş stresinin, sağlık çalışanlarının yaşam memnuniyetini olumsuz yönde etkilediğine işaret etmektedir. Bu ilişkide, iş ortamındaki stres yönetimi ve destek mekanizmalarının güçlendirilmesinin, çalışanların yaşam doyumunu artırabileceği önerilmektedir. Ayrıca, farklı çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından yapılan karşılaştırmalar, stokastik ve mediyatör/moderatör etkilerin önemli bir rol oynadığını ortaya koymakta, böylece bu alanda ilerleyici yeni araştırmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır.

1.1. İş Stresi Kavramı ve Ölçütleri

İş stresi, çalışanların iş ortamında karşılaştıkları çeşitli baskı, yükümlülük ve yoğunlukların oluşturduğu psikolojik ve fizyolojik reaksiyonları ifade eder. Bu durum, çalışanların iş performansını olumsuz yönde etkilediği gibi, genel sağlık durumlarını da zedeleyebilir. İş stresi kavramı, farklı alanlarda yürütülen araştırmalarda çeşitli ölçütler ve değerlendirme araçlarıyla incelenmektedir. Bunlar arasında en yaygın kullanılanlar, çalışanların kendilerinin belirttiği öz-değerlendirmeler, objektif gözlemler ve çeşitli standardize edilmiş ölçeklerdir (Akbal ve Saraç, 2025).

İş stresi ölçütleri, genellikle çalışma ortamının yapılandırılmasına, iş yüküne, çatışmalı durumlara, belirsizliklere ve yönetim tarzlarına göre şekillenir. Ölçekler, çalışanların yoğunluk, zaman baskısı, sosyal destek seviyeleri ve psikolojik dayanıklılık gibi faktörleri dikkate alarak, stres düzeylerini nicel olarak belirlemeye imkân tanır. Bu bağlamda, stresin kaynağı, şiddeti ve bireysel etkileri, farklı ölçütler aracılığıyla detaylı bir

şekilde incelenebilir. Ayrıca, bazı çalışmalarda, stresin uzun ve kısa vadeli etkileri, iş tatmini ve sağlık durumu gibi diğer parametrelerle bütünleştirilerek, kapsamlı bir değerlendirme yapılmaktadır (Korkulu ve Ertürk, 2024; Say ve ark., 2017).

İş stresi kavramının ölçümünde kullanılan araçlar arasında en yaygın olanlar, Lund ve arkadaşlarının geliştirdiği iş stresi envanterleri ve Karasek'in Job Content Questionnaire (JCQ) gibi ölçeklerdir (Karasek ve ark., 1985). Bu araçlar, çalışanların iş ortamındaki zorlayıcı faktörlere verdikleri tepkileri farklı boyutlarda değerlendirmeye olanak sağlar. Ayrıca, psikolojik stresle fiziksel belirtiler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla çeşitli biyolojik ve psikometrik ölçümler de kullanılabilir. Bu sayede, iş stresi ile yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti ve sağlık durumu arasındaki bağlantılar daha da netleştirilmektedir (Akman, 2021).

Sonuç olarak, iş stresi kavramı, çok boyutlu ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Kabul edilen ölçütler ve araçlar hem bireysel hem de örgütsel düzeyde stres seviyelerinin tespit edilmesine ve yönetilmesine imkân sağlar. Bu nedenle, güvenilir ve geçerli ölçüm kriterleri geliştirilerek, iş ortamlarında stresin azaltılması ve çalışanların yaşam memnuniyetinin artırılması yönünde ciddi adımlar atılmaktadır.

1.2. Yaşam Memnuniyeti Kavramı ve Ölçüm Yaklaşımları

Yaşam memnuniyeti, bireylerin genel yaşam kalitesi ve yaşamdan duydukları tatmin düzeylerini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Günümüzde, psikolojik ve sosyolojik araştırmalarda önemli bir ölçüt olarak kabul edilmekte ve bireylerin ruh sağlığı, yaşam doyumu ve sosyal uyum gibi çeşitli alanlardaki durumlarını anlamak için kullanılmaktadır. Bu kavram, sadece kişinin iç dünyasıyla sınırlı kalmayıp, aynı

zamanda yaşam koşulları, sosyal ilişkiler, sağlık durumu ve iş ortamı gibi faktörlerle de yakından ilişkilidir (Akman, 2021).

Yaşam memnuniyetinin ölçümünde farklı yaklaşımlar benimsenmiştir. En yaygın ve kullanılabilir yöntemler arasında öz bildirim ölçekleri yer almaktadır. Bu ölçeklerde bireyler, yaşamlarıyla ilgili genel tatmin seviyelerini belirten maddeleri değerlendirirler. En bilinen örnekler arasında "Diener'ın Yaşam Doyumu Ölçeği" ve "Sosyal ve Kişisel Memnuniyet Ölçekleri" bulunmaktadır. Bu araçlar, bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini doğrudan ve subjektif olarak ölçmeye imkân tanır. Ayrıca, yaşam memnuniyetini nesnel göstergelerle de destekleyen yöntemler mevcuttur. Bunlar arasında gelir düzeyi, sağlık durumu ve sosyal destek gibi faktörlerin analizi yer alır (Gültekin, 2022; Candemir, 2022).

Ölçüm yöntemlerinin seçiminde, amaca ve çalışma koşullarına uygunluk göz önünde bulundurulur. Öz bildirim ölçekleri pratik ve hızlıdır, bireyin subjektif algılarına dayandığı için derinlemesine yaşam kalitesi analizi sağlar. Nesnel ölçümler ise yaşam memnuniyeti seviyesini objektif kriterler ışığında ortaya koyar ve farklı faktörlerin etkisini karşılaştırmaya olanak tanır. Bu yöntemlerin kombinasyonu, yaşam memnuniyetinin yüksek güvenilirlik ve geçerlilikle belirlenmesine hizmet eder. Sonuç olarak, çeşitli ölçüm yaklaşımlarıyla elde edilen veriler, yaşam memnuniyetinin farklı boyutlardaki durumunu ortaya koyarak, bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde temel teşkil eder (Canlıer, 2024; Köse ve ark., 2022).

1.3. Sağlık Çalışanları Özelinde İş Stresi ve Yaşam Memnuniyeti İlişkisi

Sağlık çalışanlarının iş stresinin yaşam memnuniyeti üzerindeki olumsuz etkileri literatürde yaygın olarak kabul edilmektedir. Bu grubun karşılaştığı yoğun iş yükü, duygusal

yükümlülükler ve mesleki sorumluluklar, stres seviyelerini artırmakta ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, yüksek düzeyde iş stresine maruz kalan sağlık çalışanlarının yaşam memnuniyetlerinin anlamlı derecede düşük olduğunu ortaya koymaktadır. İş stresinin olumsuz etkileri, çalışanların genel sağlık durumlarını, psikolojik iyilik halini ve kariyerle ilgili motivasyonlarını azaltmakta, bunun sonucunda ise iş dışındaki yaşam alanlarında da memnuniyet oranlarını düşürmektedir. Ayrıca, iş yerinde karşılaşılan çatışmalar, yetersiz destek ve ilgili yatkınlıkların düşük olması, stres seviyelerini artırmakta ve yaşam doyumunu olumsuz yönde şekillendirmektedir (Öztürk ve Aksu, 2024). Bu bağlamda, sağlık sektöründe çalışanların iş ortamlarını iyileştirmeye yönelik müdahaleler ve stres yönetimi programları, yaşam memnuniyetini artırma potansiyeline sahiptir. Çalışmalar, stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinin ve çalışma ortamının destekleyici hale getirilmesinin, sağlıklı ve verimli bir çalışma gücü oluşmasında kritik rol oynadığını göstermektedir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının iş stresine ilişkin faktörlerin belirlenmesi ve bu baskıların azaltılmasına yönelik çözümler geliştirilmesi hem mesleki memnuniyetin artırılmasında hem de genel yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir gerekliliktir (Boyalıoğlu, 2023).

Sağlık çalışanlarının iş ortamlarındaki yoğunluk ve yükümlülükleri, mesleki yaşamın getirdiği stres seviyelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu bağlamda, iş stresi, çalışanların psikolojik ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir olgu olarak kabul edilmektedir. Sağlık sektöründe karşılaşılan yüksek iş yoğunluğu, zaman baskısı, hasta ilişkileri ve idari sorumluluklar gibi faktörler, çalışanların stres düzeylerini artırmaktadır. Aynı zamanda, uzun çalışma saatleri, nöbetler ve duygusal yükümlülükler, söz konusu stres kaynağını kuvvetlendiren unsurlar arasındadır. İş stresinin kontrol

edilebilmesi veya azaltılabilmesi, çalışanların yaşam kalitesini ve genel memnuniyet seviyelerini doğrudan etkileyen kritik bir unsurdur. İş yaşamındaki stres seviyeleri ile bireylerin yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki ise, yapılan bilimsel çalışmalar ışığında, karmaşık ve çok boyutlu bir yapı sergilemektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarında iş stresinin yönetimi ve yaşam memnuniyetinin artırılması amacıyla gerçekleştirilen akademik çalışmaların önemi büyüktür. Bu çalışmalar sağlık çalışanlarının iş ortamlarındaki yoğunluk ve yükümlülükleri, mesleki yaşamın getirdiği stres seviyelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu bağlamda, iş stresi, çalışanların psikolojik ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir olgu olarak kabul edilmektedir. Sağlık sektöründe karşılaşılan yüksek iş yoğunluğu, zaman baskısı, hasta ilişkileri ve idari sorumluluklar gibi faktörler, çalışanların stres düzeylerini artırmaktadır. Aynı zamanda, uzun çalışma saatleri, nöbetler ve duygusal yükümlülükler, söz konusu stres kaynağını kuvvetlendiren unsurlar arasındadır (Sivuk ve Seyhan, 2021). İş stresinin kontrol edilebilmesi veya azaltılabilmesi, çalışanların yaşam kalitesini ve genel memnuniyet seviyelerini doğrudan etkileyen kritik bir unsurdur. İş yaşamındaki stres seviyeleri ile bireylerin yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki ise, yapılan bilimsel çalışmalar ışığında, karmaşık ve çok boyutlu bir yapı sergilemektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarında iş stresinin yönetimi ve yaşam memnuniyetinin artırılması amacıyla gerçekleştirilen akademik çalışmaların önemi büyüktür. Bu çalışmalar hem öğrenme hem de uygulama alanında, çalışanların yaşam kalitesini artırmak ve mesleki verimliliklerini yükseltmek adına yeni stratejiler geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla, bu alanda sürdürülen araştırmalar, sağlık sektöründe iş ortamlarının iyileştirilmesine ve çalışanların daha sağlıklı bir çalışma deneyimi yaşamasına birçok açıdan destek olmaktadır. Dolayısıyla, bu alanda sürdürülen araştırmalar, sağlık sektöründe iş ortamlarının iyileştirilmesine ve çalışanların daha sağlıklı bir

çalışma deneyimi yaşamasına birçok açıdan destek olmaktadır (Bal ve Gümüş, 2024).

Sağlık sektöründe yapılan çalışmalar, iş stresinin yüksek seviyelerde olduğunu ve buna bağlı olarak çalışanların yaşam memnuniyetlerinin olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır. Özellikle yoğun iş temposu, mesleki sorumluluklar ve duygusal yükler, çalışanlar üzerinde stres kaynağı olmaktadır. Bu stres faktörleri, çalışma ortamlarının ve organizasyonel yapıların incelenmesiyle tespit edilmekte ve girişimlerin geliştirilmesine zemin hazırlamaktadır. Literatürde, iş stresinin yaşam memnuniyetine doğrudan veya dolaylı etkilerinin olduğu birçok çalışma bulunmakta olup, bu ilişkilerin karmaşık ve çok boyutlu yapıda olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, stres seviyeleri yükseldikçe yaşam memnuniyetinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, farklı demografik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, meslek deneyimi) bu ilişkide etkili olabildiği saptanmıştır. Bu bağlamda, literatürde iş stresi ve yaşam memnuniyetini ölçen araçların kullanımına ilişkin detaylı bilgiler sunulmakta ve farklı çalışma ortamlarına uygun ölçeklerin seçimi önem kazanmaktadır (Bal ve Gümüş, 2025).

1.3.1. Sağlık Sektöründe Stresin Kaynakları

Sağlık sektöründe çalışanların karşılaştığı stresin temel kaynakları çeşitli faktörlerden oluşmaktadır. Bu sektör, yüksek düzeyde fiziksel ve psikososyal talep içermesi sebebiyle çalışanların iş stresini artırıcı unsurlar barındırmaktadır. İlk olarak, yoğun çalışma temposu ve zaman baskısı, sağlık çalışanlarının günlük görevlerini yerine getirirken yaşadıkları en belirgin stres nedenleri arasında yer almaktadır. Hasta sayısının fazla olması ve acil durumların sürekli ortaya çıkması, çalışanlarda zaman yönetimi ve performans kaygılarını tetiklemektedir. Ayrıca, yüksek hasta beklentileri ve hasta

memnuniyetini sağlama zorunluluğu hem fiziksel yorgunluğu hem de psikolojik baskıyı artırmaktadır.

İkinci olarak, mesleki sorumluluklar ve hata yapma korkusu önemli stres kaynağıdır. Sağlık çalışanları, hastaların yaşamını doğrudan ilgilendiren kararlar almak zorunda olduklarından, hata yapma endişesi sürekli olarak psikolojik stres seviyelerini yükseltmektedir. Ayrıca, iş yükünün fazlalığı ve nöbet sistemleri, çalışanların hem fiziksel hem de duygusal açıdan tükenmişlik yaşamasına neden olmaktadır. Nöbet saatlerinin düzensizliği ve gece çalışma zorunluluğu, uyku düzenini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, stres seviyelerini yükseltmektedir.

Diğer bir unsur ise, meslek içi ilişkiler ve iletişim problemleridir. İş yerinde yaşanan çatışmalar ve destek yetersizliği, çalışanların moralini olumsuz etkileyerek stres kaynağı olmaktadır. İş yükü ve sorumluluklar artarken, yeterli destek ve iletişim ortamının sağlanmaması, stres seviyelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının karşılaştığı ekonomik ve idari sorunlar da stresin artmasına katkıda bulunmaktadır. İş güvencesi belirsizlikleri ve idari kararların ani değişiklikleri, çalışanlarda endişe ve kaygıları tetikleyerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu faktörlerin tümü, sağlık sektöründe çalışanların iş ve yaşam arasında denge kurmasını güçleştirmekte ve genel yaşam memnuniyeti üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Ağırkaya ve Erdem, 2023; Bakır ve Özcan, 2025).

Özellikle, yüksek düzeydeki iş stresinin yaşam memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği bulgusu, literatürle uyum göstermektedir. Çalışmanın bulguları, stres kaynaklarının yönetimi ve azaltılmasının, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini yükseltmek adına önemli bir parametre olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, demografik değişkenlerin (yaş, cinsiyet,

kıdeme bağlı farklılıklar) bu ilişkinin gücünü veya yönünü değiştirdiği gözlemlenmiştir, bu da farklı alt gruplar için özelleştirilmiş müdahale stratejilerinin geliştirilmesi gerekliliğine işaret etmektedir. Elde edilen veriler, sağlık sektöründe çalışanların iş stresini azaltmaya yönelik politikaların geliştirilmesi ve uygulanmasının yaşam memnuniyetine olumlu katkılar sağlayacağını göstermektedir. Bu bağlamda, çalışma stresini azaltmak ve çalışanların yaşam memnuniyetini artırmak amacıyla kurumsal ve bireysel düzeyde çeşitli müdahalelerin hayata geçirilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak, iş stresi ve yaşam memnuniyeti arasındaki bu ilişkiye dayanarak, sağlık çalışanlarının sürdürülebilir çalışma ortamlarının oluşturulması ve stres yönetim programlarının etkinleştirilmesi hem çalışanların hem de sağlık sistemi üzerindeki genel performans ve verimliliği artırıcı temel bileşenler olarak öne çıkmaktadır (Palabıyık ve İşözen, 2021).

2. İŞ STRESİ DÜZEYLERİ VE YAŞAM MEMNUNİYETİ

İş stres seviyeleri ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki, sağlık çalışanlarının iş ortamlarındaki stres düzeylerinin bireylerin genel yaşam doyumunu nasıl etkilediğine ilişkin önemli bulgular içermektedir. Araştırmalar, yüksek iş stresi yaşayan sağlık personelinin, genellikle daha düşük yaşam memnuniyeti skorları gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, iş yükü, zaman baskısı, duygusal yorgunluk ve mesleki yüzleşme gibi stres kaynaklarının, bireylerin psikolojik iyi oluşunu olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Demirsoy ve Uysal, 2025). Ayrıca, stres seviyeleri ile yaşam memnuniyeti arasında anlamlı bir ters korelasyonun varlığı tespit edilmiştir; yani, iş stresinin artması, yaşam memnuniyetinin düşmesine neden olmaktadır (Say ve ark., 2017). Çeşitli ölçekler kullanılarak

yapılan ölçümlerde, düşük stres seviyesine sahip sağlık çalışanlarının, daha yüksek yaşam kalitesi ve genel memnuniyet algısı sergilediği saptanmıştır. Bu durum, stresin yönetimi ve önlenmesi ile ilgili müdahalelerin, sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini artırma potansiyelini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, iş ortamında stres faktörlerinin azaltılması ve destek mekanizmalarının geliştirilmesi, çalışanların yaşam memnuniyetini artırarak hem mesleki performans hem de psikolojik sağlık açısından önemli kazanımlar sağlar (Ezer ve Üstün, 2022). Ayrıca, stres düzeyleri ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkinin farklı çalışma ortamları, görev tanımı ve bireysel faktörlere göre değişebileceği dikkate alınmalı ve bu değişkenler doğrultusunda özelleştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmelidir. Bu bağlamda, yapılan analizlerde, stres seviyeleri ile yaşam memnuniyeti arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş olup, bunların disiplinler arası çalışmalar ve müdahale programları ile desteklenmesi, sürdürülebilir sağlık hizmetlerinin temel taşlarından biri olmayı sürdürmektedir (Sivuk ve Seyhan, 2021).

2.1. İş Stresi Kavramı

İş stresi kavramı, çalışanların iş ortamında karşılaştıkları psikososyal zorlayıcı faktörlerin neden olduğu psikolojik ve fizyolojik tepkileri ifade eder. Bu kavram, genellikle iş yükü, zaman baskısı, belirsizlik, yönetim biçimi ve çalışma koşullarına bağlı olarak ortaya çıkan yoğunluk, kaygı ve tükenmişlik gibi durumları içerir (Erdoğan, 2024). İş stresi, bireylerin psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkileyerek, motivasyon düşüşü, performans azalışı ve iş tatminsizliği gibi sonuçlara yol açabilir. Ayrıca, uzun süreli ve yüksek seviyedeki iş stresi, kalp hastalıkları, depresyon ve uyku bozuklukları gibi sağlık sorunlarının gelişimiyle de ilişkilendirilmektedir. Bu bağlamda, iş stresi kavramı, sadece kişisel bir sorun olmaktan çok, iş yaşam kalitesini ve genel yaşam memnuniyetini doğrudan etkileyen

önemli bir faktör olarak dikkate alınmalıdır (Karaaslan ve ark., 2021).

İş stresi, çeşitli teorik modeller ve ölçüm yaklaşımlarıyla incelenir. Bunlardan en yaygın olanları, Lazarus ve Folkman (1987)'in stres ve başa çıkma kuramı (Ballı, ve Kılıç, 2016) ile Person-Environment Fit modeli (Van Vianen, 2018) ve İş-Çalışma Tasarımı Modeli (Karşlı, 2022)'dir. Lazarus ve Folkman (1987)'a göre stres, bireyin çevresel taleplerle kendi başa çıkma kapasiteleri arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanır. Bununla birlikte, iş yerinde karşılaşılan stres nedenlerinin belirlenmesi ve bu stresin birey üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi için anketler ve gözlemler kullanılır. Bu modeller, iş stresinin hem subjektif değerlendirmelere dayalı hem de objektif ölçümlere uygun çeşitli araçlarla tespit edilmesine olanak tanır.

Özellikle, iş ortamındaki faktörlerin bireylerin psikolojik ve fizyolojik tepkileriyle ilişkisi kurulurken, farklı disiplinlerin bakış açılarıyla zenginleştirilmiş teorik çerçeveler geliştirilmiştir. Bu modeller, iş stresi ile yaşam memnuniyeti arasındaki karmaşık ilişkiyi anlamada önemli ipuçları sağlar. Ayrıca, iş stresinin düzeyleri ve bu stresin ortaya çıkardığı olumsuz sonuçlar, çalışanların yaşam kalitelerinin artırılması ve iş ortamlarının iyileştirilmesi adına önemli bilgiler sunar. Dolayısıyla, iş stresi kavramı, çeşitli araştırma ve uygulama alanlarında ele alınmakta olup, bu süreçlerde bireylerin ve kurumların sağlıklı ve verimli çalışma ortamları oluşturmalarına katkı sağlamaktadır (Çamkerten ve Tatar, 2021).

2.2. Yaşam Memnuniyeti Kavramı

Yaşam memnuniyeti, bireylerin yaşamlarına ilişkin genel bir değerlendirme olup, yaşamlarındaki hoşnutsuzluk ve memnuniyet düzeylerini yansıtan subjektif bir kavramdır. Bu kavram, bireylerin yaşam kalitesini ve psikolojik iyi oluşunu önemli ölçüde etkiler. Çeşitli faktörlerin bir araya gelerek

oluşturduğu karmaşık bir yapıya sahip olan yaşam memnuniyeti, psikolojik sağlık, fiziksel sağlık, ekonomik durum, aile ve sosyal ilişkiler gibi çok boyutlu unsurlarla şekillenir. Ülkeler ve kültürler arasında farklılıklar gösterse de, genel olarak yaşam memnuniyeti, bireylerin yaşamlarına anlam ve değer katma derecesini ortaya koyar (Yüceant, 2023).

Özellikle psikolojik açıdan bakıldığında, yaşam memnuniyeti kişinin yaşamına karşı genel bir olumlu tutum ve iç huzur duygusuyla yakından ilişkilidir. Bu bağlamda, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesi, yaşamındaki olumlu ve olumsuz deneyimlerin toplamına yönelik subjektif bir yargıdır. Ayrıca, yaşam memnuniyeti, bireyin stresle başa çıkma kapasitesini, psikolojik dayanıklılığını ve yaşam tarzını yansıtan önemli göstergelerden biridir (Akman, 2021).

Bilimsel araştırmalar, yaşam memnuniyetinin iyi bir yaşam kalitesinin temel göstergesi olduğunu ve toplumların sağlıklı gelişimi açısından kritik bir öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Yüksek yaşam memnuniyeti, bireylerin genel refah seviyesinin ve toplumsal uyumun arttığını gösterir; düşük seviyeleri ise yaşamın çeşitli alanlarında tatminsizlik ve psikolojik sorunların belirtisi olabilir. Dolayısıyla, yaşam memnuniyetini etkileyen faktörlerin detaylı olarak incelenmesi hem bireysel hem de toplumsal düzeyde iyileşme ve gelişme yönünde önemli bilgiler sağlar (Dikmen, 2021; Nas, 2021).

Sonuç olarak, yaşam memnuniyeti, bireylerin yaşamına ilişkin algılarını ve deneyimlerini yansıtan, çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır. Bu kavramın anlaşılması, yaşam kalitesini artırmaya ve yaşamın çeşitli alanlarında daha dengeli ve tatmin edici çözümler geliştirmeye katkı sağlar. Bu bağlamda, araştırmaların hem teorik hem de pratik açıdan değerli bilgiler sunması, yaşam memnuniyetini artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesinde temel rol oynar.

2.3. İş Stresi ve Yaşam Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin Teorik Modelleri

İş stresi ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik teorik modeller, farklı psikolojik ve organizasyonel yaklaşımlarla bu karmaşık dinamiği anlamaya çalışmaktadır. Bu modeller genellikle, iş stresi seviyelerinin bireylerin genel yaşam tatminini nasıl etkilediğine odaklanmakta ve bu ilişkinin potansiyel açıklamalarını ortaya koymaktadır (Tozkoparan, 2021). En yaygın kullanılan teorik yaklaşımlardan biri, stres-yaşam memnuniyeti ilişkisini doğrudan ve dolaylı yollarla açıklayan modellerdir. Bu modellerde, iş stresi başta doğrudan olumsuz bir etkiye bulunabilir; bireyin işyerinde karşılaştığı aşırı yük, zaman baskısı veya çatışmalar, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca, iş stresi, bireyin genel psikolojik iyi oluşunu ve sağlık durumunu bozarak, yaşam memnuniyetinde azalmaya sebep olabilir (Erceylan ve ark., 2022).

Bunun yanı sıra, bazı modellerde, iş stresi ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişki, aracılık eden değişkenler vasıtasıyla açıklanmaktadır. Örneğin, stresle başa çıkma becerileri, sosyal destek veya kişisel dayanıklılık gibi faktörler, bu iki değişken arasındaki ilişkiyi güçlendiren veya zayıflatan aracılardır (Özdemir ve ark., 2025). Bu bağlamda, stres seviyeleri yüksek olan bireylerde, bu aracı değişkenler dikkate alınmadan sadece doğrudan ilişki incelendiğinde, ilişkinin daha zayıf veya karmaşık olduğu ortaya çıkabilir. Ayrıca, bazı teorik modeller, bireylerin algıları ve tutumlarının, iş stresi ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirleyen önemli etmenler olduğunu öne sürer. Özellikle, iş ortamına ilişkin genel tutumlar veya işin anlamı, stresin etkilerini hafifletip hafifletmeyeceği konusunda belirleyici olabilir (Eroğlu ve Toros, 2023).

Sonuç olarak, bu modeller, iş stresi ve yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkiyi açıklarken tek bir boyut yerine, çok sayıda değişkenin ve etkileşimin rol oynadığını varsaymaktadır. Bu nedenle, araştırmalarda, detaylı ve çok boyutlu modeller kullanılarak, ilişkinin karmaşıklığı daha iyi anlaşılmasına çalışılır. Ayrıca, bu modeller hem bireysel hem de örgütsel düzeyde müdahale stratejilerinin geliştirilmesine de olanak tanımakta ve daha bütüncül bir anlayışa ulaşmayı hedeflemektedir.

3. SONUÇ

Sağlık çalışanlarında iş stresi ile yaşam memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi, literatürde belirgin bir şekilde ortaya konmuştur. Çalışmanın sonucunda, yüksek düzeyde iş stresine maruz kalan personelin yaşam memnuniyetinin olumsuz yönde etkilendiği gözlemlenmiştir. Bu durum, stresin bireyin genel psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra, iş performansını da azalttığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, yapılan analizler, iş stresinin yaşam memnuniyeti üzerinde doğrudan ve dolaylı yollarla etkili olduğunu göstermiştir. Özellikle, stresle başa çıkma becerileri ve sosyal destek seviyeleri, bu ilişkinin güçlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Çini ve ark., 2021).

Bulgular, sağlık çalışanlarının yaşadıkları stres faktörlerinin dikkatle yönetilmesi ve bu süreçte destek mekanizmalarının geliştirilmesinin, yaşam memnuniyetini artırmaya katkı sağlayacağını ortaya koymaktadır. İş ortamında stres yaratan unsurların tespiti ve azaltılması hem çalışanların yaşam kalitesini iyileştirecek hem de sağlık hizmetlerinin kalitesine olumlu yansımaktır (Bilben ve Demirelli, 2025). Ayrıca, farklı alt gruplar arasında yapılan karşılaştırmalar, meslek unvanları, kıdem ve çalışma saatlerinin stres seviyeleri üzerinde

anlamli etkiler oluşturduğunu göstermiştir. Bu doğrultuda, iş ortamında uygulanacak düzenlemeler ve destek programlarının, stres seviyelerini azaltırken, yaşam memnuniyetini artırmayı hedeflemesi önerilmektedir (şen, 2024).

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarındaki iş stresinin, yaşam memnuniyeti üzerinde güçlü ve anlamli bir olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir. Bu ilişkinin bilinçli bir biçimde yönetilmesi ve destekleyici uygulamaların yaygınlaştırılması, bireysel ve kurumsal açıdan önemli faydalar sağlayabilir (Çağatay, 2023). Hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği açısından, iş stresinin kontrol edilmesine yönelik politikaların geliştirilmesi ve uygulanması, uzun vadeli başarı için temel unsurlardan biri olacaktır. Böylece hem çalışanların yaşam kalitesinin yükseltilmesi hem de sağlık sektöründe sürdürülebilir bir gelişmenin sağlanması mümkün olacaktır (Eyitmiş ve Yıldıırım, 2022).

KAYNAKÇA

- Ağırkaya, K., & Erdem, R. (2023). Psikolojik sağlamlık: Sağlık çalışanları açısından bir değerlendirme. Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi, 10(2), 656-678.
- Akbal, İ. ve Saraç, M. (2025). Çalışanların sanal kaytarma davranışlarının incelenmesi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 78-94.
- Akman, S. U. (2021). Mutluluk ve yaşam memnuniyetinin belirleyicileri: Türkiye İstatistik Kurumu Yaşam memnuniyeti araştırması üzerine analizler. *In Journal of Social Policy Conferences* (No. 81).
- Bakır, N., & Özcan, A. (2025). Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Dengesi, Sessiz İstifa Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması. *Atlas Journal of Medicine*, 5(12), 1-11.
- Bakker, A. B. ve Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bal, F., & Gümüş, İ. (2024). İşletmelerde Çalışan Personelin İş Stresi İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Psikolojik Belirtilerin Aracı Rolünün İncelenmesi. *Akademik Hassasiyetler*, 12(25), 1-25.
- Bal, F., & Gümüş, İ. (2025). İşletmelerde Çalışan Personelin İş Stresi ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkide Psikolojik Belirtilerin Aracı Rolünün İncelenmesi.
- Ballı, A. İ. K., & Kılıç, K. C. (2016). Stresle başa çıkma yöntemleri ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(3), 273-286.

- Bilben, R. ve Demirelli, A. E. (2025). Sağlık çalışanlarında iş stresi ve tükenmişliğin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisinin yapısal eşitlik modellemesi ile incelenmesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 23(55), 143-174.
- Boyalıoğlu, Ş. (2023). *Eğitim örgütlerindeki öğretmenlerin mental iyi oluş düzeyi ile iş yaşam kalitesi arasındaki ilişki*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Candemir, F. (2022). *Yönetici desteği ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide yaşam tatmininin aracı etkisinin belirlenmesi: Öğretmenler üzerine bir çalışma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Osmaniye.
- Canlier, E. C. (2024). *Genel güven ve yaşam memnuniyeti: Sosyal sermaye ve refah ilişkisi* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Coomber, S., Todd, C., Park, G., Baxter, P., Firth-Cozens, J. ve Shore, S. (2002). Stress in UK intensive care unit doctors. *British journal of anaesthesia*, 89(6), 873-881.
- Çağatay, A. (2023). Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesinin bireysel iş performansı üzerindeki etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 1623-1633.
- Çamkerten, S. ve Tatar, A. (2021). Hemşirelerde iş performansı, iş doyumu ve yaşam doyumu arası ilişkilerde iş stresinin rolü. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 13(1), 20-39.
- Çini, M. A., Erdirençelebi, M. ve Ertürk, E. (2021). COVID-19 pandemi döneminde iş stresinin işte kalma niyetine etkisinde iş tatmininin aracılık etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 13(3), 2356-2375.

- Dalman, Ö. (2023). *İş stresi ve tükenmişliğin iş yaşam dengesine etkisi üzerine bir araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Demirsoy, M., & Uysal, İ. (2025). Hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin iş yükü ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişki. *Hastane Öncesi Dergisi*, 10(2), 161-181.
- Dışkaya, S., & Danışman, A. (2025). Çalışma Koşullarındaki Değişim ve Öğretmenlerin İş Memnuniyeti: Covid-19 Dönemindeki Uzaktan Eğitim Örneğine İlişkin Bir İnceleme. *Çalışma ve Toplum*, 2(85).
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. ve Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Dikmen, F. C. (2021). Türkiye'deki illerin iyi oluş ve yaşam kalitesinin r kümeleme çözümlemesiyle incelenmesi. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(2), 39-58.
- Erceylan, N., Eryılmaz, İ. ve Atilla, G. (2022). İş sonrası toparlanmanın yaşam tatmini üzerindeki etkisi: işe tutulmanın aracı rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(30. YönOrg 2022), 236-250.
- Erdoğan, İ. (2024). Eğitim kurumlarında iş tatmini ölçüsünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sosyal Araştırmalar ve Davranış Bilimleri*, 10(22), 244-253.
- Eroğlu, Ş. G. ve Toros, F. (2023). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Algılanan İş Güvencesizliğinin Algılanan Stres Üzerindeki Etkisinde Psikolojik Dayanıklılığın Aracılık Rolü. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(2), 571-589.

- Eyitmiş, A. M. ve Yıldırım, A. (2022). Sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesinin Covid-19'a bağlı hastalık kaygısı, iş stresi ve iş tatmini çerçevesinde incelenmesi: Alternatif model analizleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(35), 714-730.
- Ezer, S., & Üstün, B. (2022). Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(1), 29-42.
- Gültekin, G. (2022). *Psikolojik görüşmede sanal simülasyon uygulaması: psikoloji bölümü öğrencilerinin öz-yeterlik, kaygı ve beceri düzeylerine yönelik karşılaştırmalı bir değerlendirme*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Karaaslan, K. Ç., Çalmaşur, G. ve Aysin, M. E. (2021). Bireylerin yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 35(1), 263-290.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of occupational health psychology*, 3(4), 322.
- Karlı, H. U. T. (2022). *Bilgi çağının yeni ofisleri "ortak çalışma mekânları" için kullanıcı merkezli tasarım modeli önerisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, İstanbul.
- Korkulu, H. ve Ertürk, M. (2024). Sağlık çalışanlarının performansını etkileyen örgütsel faktörler: İstanbul'da bir hastane örneği. *Turan: Stratejik Arastirmalar Merkezi*, 16(62), 26-36.

- Köse, M. F., Çobanoğlu, G., & Sarı, R. M. (2022). Yaşam memnuniyeti ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (55), 324-346.
- Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- Liu, C., Borg, I. ve Spector, P. E. (2004). Measurement equivalence of the German Job Satisfaction Survey used in a multinational organization: implications of Schwartz's culture model. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 1070.
- Melamed, S. ve Oksenberg, A. (2002). Excessive daytime sleepiness and risk of occupational injuries in non-shift daytime workers. *Sleep*, 25(3), 315-322.
- Nas, F. (2021). Bartın'da yaşayanların bir kent olarak Bartın'dan memnuniyet düzeylerinin araştırılması. *Karadeniz Araştırmaları*, (72), 963-977.
- Özdemir, M., Yıldız, S. ve Köroğlu, A. (2025). İş Stresi ve İş Doyumu Arasındaki İlişkide Güvenlik Performansının Aracılık Rolünün İncelenmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 27(1), 105-124.
- Öztürk, G. ve Aksu, B. Ç. (2024). Sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi: A research to determine the effect of healthcare workers stress levels on patient satisfaction. *Socrates Journal of Interdisciplinary Social Researches*, 10(44), 91-99.
- Palabıyık, N., & İşözen, H. (2021). İş yaşam dengesi ve iş doyumunu hastane çalışanları örneği. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(4), 309-325.

- Parker, D. F. ve DeCotiis, T. A. (1983). Organizational determinants of job stress. *Organizational behavior and human performance*, 32(2), 160-177.
- Say, A., Ayar, A., & Çakir, D. (2017). Connection between smoking statuses and anger-anger style of the health services vocational school students. *Acta Physica Polonica A*, 132(3), 783-785.
- Selye, H. (1973). The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatonic hormones. *American scientist*, 61(6), 692-699.
- Sivuk, D. ve Seyhan, F. (2021). Örgütsel çatışma, örgütsel stres, iş yaşam kalitesi, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: Sağlık çalışanlarının verimliliği üzerine bir araştırma. *Verimlilik Dergisi*, (4).
- Şen, S. (2024). Çalışma yaşamında esenlik ve psikososyal riskler: değişen dinamiklerle başa çıkma stratejileri. *Ohs Academy*, 7(1), 54-63.
- Tozkoparan, G. (2021). Örgütsel stresin çalışanların yaşam doyumu ve bireysel performans algısına etkileri üzerine bir araştırma. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 1881-1910.
- Van Vianen, A. E. (2018). Person–environment fit: A review of its basic tenets. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5(1), 75-101.
- Yılmaz, E. ve Aslan, S. (2018). Lise öğretmenlerinde tükenmişlik, iş doyumu ve algılanan sosyal destek: Bursa ili örneği. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(3), 1861-1886.

Yüceant, M. (2023). Düzenli fiziksel aktivitenin stres, kaygı, depresyon, yaşam memnuniyeti, psikolojik iyi oluş ve pozitif-negatif duygu üzerine etkisi. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 6(2), 581-598.

HALK SAĞLIĞI İÇİN KALİTE VE AKREDİTASYON: TOPLUMSAL EŞİTLİK, KURUMSAL İTİBAR VE SÜRDÜRÜLEBİLİR DEĞER ÜRETİMİ

Hafize Nurgül DURMUŞ ŞENYAPAR¹

1. GİRİŞ: HALK SAĞLIĞINDA KALİTE VE AKREDİTASYONUN STRATEJİK ÖNEMİ

Halk sağlığı, tarihsel olarak bireysel tedavi süreçlerinden ziyade nüfus temelli risklerin yönetimi, koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması ve sağlık belirleyicilerinin bütüncül biçimde ele alınması üzerine inşa edilmiş bir disiplin olarak gelişmiştir. Bu yönüyle halk sağlığı, sağlık sistemlerinin klinik çıktıların yanı sıra erişilebilirlik, eşitlik, sürdürülebilirlik ve toplumsal güven gibi daha geniş sosyal göstergelerle değerlendirilmesini zorunlu kılar (Valiotis et al., 2025). Günümüzde sağlık sistemleri artan nüfus hareketliliği, kronik hastalık yükü, yaşlanan toplumlar, küresel salgınlar ve iklim temelli sağlık riskleri gibi çok boyutlu baskılar altında faaliyet göstermektedir (Debie et al., 2022). Bu karmaşık yapı, halk sağlığı politikalarının hizmet sunumuna odaklanan geleneksel yaklaşımların ötesinde sistem kapasitesini güçlendiren yönetim araçlarıyla desteklenmesini gerekli kılmaktadır (I. Lee & Best, 2021; Jensen et al., 2022). Bu bağlamda kalite ve akreditasyon kavramları, sağlık hizmetlerinin teknik standartlarının ötesine geçerek halk sağlığının stratejik hedefleriyle doğrudan ilişkilenen yapısal mekanizmalar olarak yeniden değerlendirilmelidir.

¹ Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-0927-1643.

Kalite kavramı, sağlık alanında uzun süre boyunca klinik doğruluk, tıbbi etkinlik ve hasta güvenliği gibi mikro düzey göstergeler üzerinden tanımlanmıştır. Ancak halk sağlığı perspektifinden bakıldığında kalite, bireysel hasta bakımının niteliğiyle sınırlı olmayan, nüfus düzeyinde sağlık çıktılarının sürdürülebilirliğini belirleyen çok katmanlı bir yapıyı ifade eder (Marmot & Allen, 2014; Hoven et al., 2022). Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetin kimlere, hangi koşullarda, ne ölçüde ve hangi sonuçlarla sunulduğunu sorgulayan normatif bir çerçeve sunar. Bu nedenle kalite, halk sağlığında etik, sosyal ve politik bir kavramdır. Hizmet kalitesinin düşük olduğu bir sistemde erken tanı gecikmekte, önlenebilir hastalıklar yaygınlaşmakta ve sağlık eşitsizlikleri derinleşmektedir (Engster, 2014; Pauly et al., 2021). Dolayısıyla kalite, halk sağlığı açısından doğrudan nüfus sağlığını şekillendiren bir belirleyici olarak ele alınmalıdır. Akreditasyon ise kalite kavramının kurumsal düzeyde sistematik ve doğrulanabilir hale getirilmesini amaçlayan bir yönetim aracıdır. Sağlık kurumlarının belirli standartlara uygunluğunu değerlendiren akreditasyon mekanizmaları, ilk bakışta teknik denetim süreçleri olarak algılansa da, gerçekte sağlık sistemlerinin nasıl çalıştığını, hangi önceliklerle kaynak tahsis ettiğini ve hangi değerleri kurumsallaştırdığını ortaya koyan güçlü düzenleyici araçlardır (World Health Organization, 2022). Akreditasyon, kurumların mevcut uygulamalarını belgelemesinin ötesinde, sürekli iyileştirme kültürünü benimsemesini hedefler. Bu yönüyle akreditasyon, halk sağlığı için kritik öneme sahip olan öğrenen sistem yaklaşımını destekleyen yapısal bir çerçeve sunar. Kurumsal düzeyde kalite güvencesi sağlanmadan, nüfus düzeyinde sürdürülebilir sağlık çıktıları üretmek mümkün değildir (Lattot et al., 2022; Amaral & Norcini, 2023; Wynne et al., 2025).

Halk sağlığı ile kalite ve akreditasyon arasındaki ilişki, temelde “nüfus temelli değer üretimi” ile “kurumsal kalite güvencesi” mantıkları arasındaki etkileşim üzerinden açıklanabilir. Halk sağlığı, sınırlı kaynaklarla en geniş toplumsal faydayı üretmeyi amaçlayan bir değer üretim yaklaşımına dayanır. Bu yaklaşım, bireysel klinik başarıdan ziyade, toplum genelinde risklerin azaltılmasını, hizmetlere adil erişimin sağlanmasını ve uzun vadeli sağlık kazanımlarının korunmasını hedefler (Harrill & Melon, 2021; Torkki et al., 2023). Kurumsal kalite güvencesi ise sağlık kuruluşlarının süreçlerini standartlaştırarak, hata riskini azaltmayı, performansı izlemeyi ve hesap verebilirliği artırmayı amaçlar. Bu iki mantık, çoğu zaman ayrı düzlemlerde ele alınsa da, aslında birbirini tamamlayan yapılardır. Kalite ve akreditasyon sistemleri, halk sağlığının hedeflediği nüfus temelli faydayı kurumsal düzeyde mümkün kılan altyapıyı sağlar (Hogle, 2019a; Salvatore et al., 2021). Bu çerçevede kalite ve akreditasyonun, hastane içi süreçleri düzenleyen teknik araçlar olarak değerlendirilmesi önemli bir kavramsal eksiklik yaratmaktadır. Oysa kalite ve akreditasyon, hizmet erişimi, eşitlik, güven, hesap verebilirlik ve sistem dayanıklılığı gibi temel halk sağlığı bileşenlerini doğrudan etkileyen yönetim teknolojileridir. Hizmet erişimi açısından bakıldığında, standartlaştırılmış süreçler ve akredite edilmiş kurumlar, bireylerin sağlık hizmetlerine güvenle başvurabilmesini sağlar. Eşitlik boyutunda ise kalite standartları, hizmet sunumunda keyfiliği azaltarak sosyoekonomik, coğrafi veya kültürel farklılıklardan kaynaklanan ayrımcılık risklerini sınırlayabilir. Bu yönüyle akreditasyon, sadece kaliteyi artıran değil, aynı zamanda sağlıkta adalet ilkesini destekleyen bir mekanizma olarak işlev görür.

Güven unsuru, halk sağlığı sistemlerinin etkinliği açısından kritik bir belirleyicidir. Toplumun sağlık kurumlarına ve profesyonellerine duyduğu güven, koruyucu hizmetlere

katılımı, aşılama oranlarını ve sağlık önerilerine uyumu doğrudan etkiler. Akreditasyon, şeffaf ve bağımsız değerlendirme süreçleri yoluyla kurumların belirli standartları karşıladığını belgeleyerek toplumsal güvenin kurumsallaşmasına katkı sağlar (Javidan et al., 2020; Thompson, 2025). Bu durum, özellikle kriz dönemlerinde halk sağlığı müdahalelerinin kabul edilebilirliğini artırır. Hesap verebilirlik ise kalite ve akreditasyonun yönetim boyutunu en açık biçimde ortaya koyan unsurlardan biridir. Standartlara dayalı değerlendirme sistemleri, sağlık kurumlarının performansını izlenebilir kılarak, kamu kaynaklarının kullanımında sorumluluk ve şeffaflık sağlar (Reich, 2018; Vian, 2020). Sistem dayanıklılığı kavramı, son yıllarda halk sağlığı literatüründe giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Salgınlar, doğal afetler ve ekonomik krizler gibi şoklar karşısında sağlık sistemlerinin hizmet sunumunu sürdürebilme kapasitesi, altyapı ve insan kaynağının yanı sıra yönetim kalitesiyle ilişkilidir (Kennedy et al., 2022). Kalite ve akreditasyon sistemleri, risk yönetimi, acil durum planlaması, veri toplama ve analiz kapasitesi gibi unsurları kurumsal düzeyde güçlendirerek sistem dayanıklılığını artırır (World Health Organization, 2020). Bu bağlamda akreditasyon, halk sağlığı açısından pasif bir denetim aracı değil, aktif bir kapasite geliştirme mekanizması olarak değerlendirilmelidir.

Akreditasyonun halk sağlığı açısından işlevi iki temel düzeyde ele alınabilir. Birinci düzey, klinik hizmet kalitesinin standardizasyonu yoluyla nüfus sağlığına dolaylı katkıdır. Tanı, tedavi, enfeksiyon kontrolü ve hasta güvenliği gibi alanlarda standartların uygulanması, önlenabilir komplikasyonları ve sağlık hizmeti kaynaklı zararları azaltır (Ryan et al., 2023). Bu durum, bireysel düzeyde daha iyi klinik sonuçlar üretirken, nüfus düzeyinde hastalık yükünün azalmasına ve sağlık sisteminin verimliliğinin artmasına katkı sağlar. Klinik kalite ile nüfus sağlığı arasındaki bu dolaylı ilişki, özellikle kronik hastalıkların

yönetimi ve yaşlı nüfusun bakımında belirgin hale gelmektedir (Khan et al., 2018). İkinci düzey ise akreditasyonun, kurumların veri, risk, iletişim ve eşitsizlik yönetimi kapasitesini güçlendirerek doğrudan sistem etkisi yaratmasıdır. Akredite edilmiş kurumlar, genellikle daha gelişmiş veri toplama ve analiz altyapılarına sahiptir. Bu durum, halk sağlığı gözetimi, erken uyarı sistemleri ve politika geliştirme süreçleri için kritik öneme sahiptir. Risk yönetimi açısından akreditasyon standartları, kurumları olası tehditlere karşı hazırlıklı olmaya zorlar ve reaktif yaklaşımlar yerine proaktif stratejilerin benimsenmesini teşvik eder (Crenshaw et al., 2025). İletişim boyutunda ise hasta ve toplumla etkili iletişim kurma, bilgilendirme ve geri bildirim mekanizmaları kalite standartlarının ayrılmaz bir parçası haline gelir. Eşitsizliklerin yönetimi, halk sağlığı açısından kalite ve akreditasyonun en stratejik etkilerinden birini temsil eder. Sağlık eşitsizlikleri, kurumsal uygulamalardan ve sistem tasarımıyla kaynaklanmaktadır (Chandra et al., 2022; Tsuei et al., 2025). Akreditasyon süreçleri, dezavantajlı gruplara yönelik hizmetlerin izlenmesini, kültürel duyarlılığın artırılmasını ve erişim engellerinin sistematik olarak ele alınmasını teşvik edebilir. Bu yönüyle kalite ve akreditasyon, halk sağlığında sosyal belirleyiciler yaklaşımını kurumsal düzeye taşıyan araçlar olarak değerlendirilebilir (Ho, 2024).

Kalite ve akreditasyon, halk sağlığı ile sağlık hizmetleri arasındaki yapısal bağı güçlendiren stratejik mekanizmalardır. Bu araçların teknik ve yönetsel süreçler olarak ele alınması, halk sağlığı potansiyelini sınırlandırmaktadır. Oysa kalite ve akreditasyon, nüfus temelli değer üretimini destekleyen, sistem güvenliğini artıran, eşitliği güçlendiren ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığını pekiştiren yönetim teknolojileri olarak yeniden konumlandırılmalıdır. Bu perspektif, halk sağlığında kalite ve akreditasyonun rolünü daha bütüncül ve sürdürülebilir bir çerçevede ele almayı mümkün kılar.

2. HALK SAĞLIĞI, KALİTE YÖNETİMİ VE AKREDİTASYON

Halk sağlığı, hastalıkların önlenmesine ve tedavisine odaklanan dar bir teknik alan olmaktan ziyade, toplumun sağlık düzeyini belirleyen biyolojik, çevresel, sosyal ve yönetsel faktörlerin bütüncül biçimde ele alındığı normatif bir politika alanı olarak tanımlanmaktadır. Bu normatif yapı, sağlığın temel bir insan hakkı olduğu kabulüne dayanmakta ve devletlerin, kurumların ve sağlık sistemlerinin bu hakkı koruma ve geliştirme sorumluluğunu vurgulamaktadır (Abbasi et al., 2018; Moldovan et al., 2022). Halk sağlığının bu normatif temeli, sağlık hizmetlerinin nasıl sunulması gerektiğine ilişkin etik, adalet temelli ve toplumsal sorumluluk içeren bir çerçeve sunar. Ancak çağdaş sağlık sistemlerinde bu normatif hedeflerin soyut ilkeler düzeyinde kalması yeterli görülmemekte; bu hedeflerin ölçülebilir, izlenebilir ve hesap verebilir performans göstergeleriyle ilişkilendirilmesi gereği giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Gostin & Fund, 2010; Tulchinsky & Varavikova, 2014). Bu noktada halk sağlığı ile kalite yönetimi ve akreditasyon arasında ortak bir dil geliştirme ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Halk sağlığının temel hedefleri arasında sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlık eşitsizliklerinin azaltılması ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığının artırılması yer almaktadır. Bu hedefler, bireysel klinik sonuçlardan ziyade nüfus düzeyinde uzun vadeli kazanımları esas alır (Vainieri et al., 2024; World Health Organization, 2024b). Bununla birlikte modern sağlık yönetişimi anlayışı bu hedeflerin normatif beyanlar olarak kalmamasını, somut performans ölçütleriyle desteklenmesini talep etmektedir. Bu durum, halk sağlığı alanında performans mantığının giderek daha merkezi bir konuma gelmesine yol açmıştır (Chuang & Hu, 2025; Elbukhari Ibrahim et al., 2025). Performans mantığı, sağlık sistemlerinin hangi ölçüde etkili, verimli, adil ve sürdürülebilir olduğunu ortaya koymayı amaçlar.

Dolayısıyla halk sağlığı hedeflerinin performans göstergeleriyle ilişkilendirilmesi, kalite yönetimi yaklaşımlarının bu alana entegre edilmesini zorunlu kılmaktadır.

Bu bağlamda “nüfus sağlığı yönetimi” kavramı, halk sağlığı ile kalite yönetimi arasındaki ortak zeminin kurulmasında kilit bir rol oynamaktadır. Nüfus sağlığı yönetimi, belirli bir nüfus grubunun sağlık risklerini sistematik olarak tanımlamayı, bu riskleri önceliklendirmeyi ve müdahaleleri bu önceliklere göre planlamayı amaçlayan bir yaklaşımı ifade eder (World Health Organization, 2023). Bu yaklaşım, rastlantısal veya talep temelli hizmet sunumu yerine, veri temelli ve proaktif bir sağlık yönetimini öne çıkarır. Nüfus sağlığı yönetimi, kalite yönetiminin temel unsurlarından biri olan sürekli izleme ve iyileştirme döngüsüyle doğrudan örtüşmektedir. Sağlık sonuçlarının izlenmesi, risk gruplarının tanımlanması ve müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi, kalite çerçevesi olmadan sürdürülebilir hale gelemez (Atobatele et al., 2019; Epizitone et al., 2023; Cerezo-Cerezo et al., 2025). Risk temelli yaklaşım da halk sağlığı ile kalite yönetimi arasındaki kavramsal yakınlaşmayı güçlendiren bir diğer önemli unsurdur. Halk sağlığı uygulamaları, sınırlı kaynaklar nedeniyle tüm risklere eş zamanlı ve eşit düzeyde müdahale edememekte; bu nedenle risklerin sistematik biçimde değerlendirilmesi ve önceliklendirilmesi gerekmektedir. Kalite yönetimi, risklerin tanımlanması, analiz edilmesi ve kontrol altına alınması için yapılandırılmış araçlar sunar (Hogle, 2019b). Bu araçlar, klinik risklerin yanı sıra örgütsel, iletişimsel ve yönetsel riskleri de kapsar. Böylece risk temelli yaklaşım, halk sağlığı hedeflerinin operasyonel düzeye taşınmasını kolaylaştıran bir köprü işlevi görür. Değer temelli sağlık kavramı ise halk sağlığı ile kalite yönetiminin ortak dilini güçlendiren bir diğer kuramsal çerçeve sunmaktadır. Değer temelli sağlık yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin başarısını maliyet veya işlem sayısı ile değil, üretilen sağlık çıktılarıyla

değerlendirmeyi amaçlar (Gibbs et al., 2021). Bu yaklaşım, nüfus düzeyinde sağlık kazanımlarını merkeze alarak, kaliteyi stratejik bir hedef haline getirir. Halk sağlığı açısından değer temelli sağlık, bireysel tedavi başarısından ziyade, toplum genelinde önlenabilir hastalıkların azalması, yaşam kalitesinin artması ve sağlık eşitsizliklerinin daralması gibi sonuçlara odaklanır. Bu yönüyle değer temelli sağlık yaklaşımı, kalite yönetiminin halk sağlığına uyarlanmasını teorik olarak meşrulaştıran önemli bir çerçeve sunmaktadır (Troutman, 2017; MA & MD, 2019).

Kalite kavramının halk sağlığına uyarlanmasında Donabedian tarafından geliştirilen yapı–süreç–sonuç paradigması merkezi bir rol oynamaktadır. Donabedian modeli, sağlık hizmetlerinin kalitesini sadece sonuçlar üzerinden değil, bu sonuçları mümkün kılan yapısal ve süreçsel unsurlar üzerinden de değerlendirmeyi önerir. Yapı, sağlık hizmetlerinin sunulduğu fiziksel, kurumsal ve insan kaynakları altyapısını; süreç, hizmet sunumunun nasıl gerçekleştirildiğini; sonuç ise bu süreçlerin bireyler ve toplum üzerindeki etkilerini ifade eder (Yang et al., 2025). Bu üçlü yapı, halk sağlığı uygulamalarına uyarlanarak kalite değerlendirmesinin kapsamı genişletilebilir. Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında yapı boyutu, hastanelerin fiziksel koşullarıyla sınırlı değildir (Robby et al., 2025). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlığı, laboratuvar ve sürveyans altyapısı, bilgi sistemlerinin entegrasyonu ve insan kaynağının dağılımı gibi unsurlar da yapı bileşenleri arasında yer alır. Bu yapısal unsurların yetersiz olduğu bir sağlık sisteminde, en iyi niyetli halk sağlığı politikalarının dahi etkili sonuçlar üretmesi güçleşmektedir (Ameh et al., 2017; Tossaint-Schoenmakers et al., 2021). Dolayısıyla yapı boyutu, halk sağlığı hedeflerinin gerçekleştirilmesinde kalite yönetiminin temel dayanak noktalarından biridir. Süreç boyutu ise halk sağlığı müdahalelerinin nasıl planlandığını, uygulandığını ve izlendiğini kapsar. Aşılama programlarının uygulanma biçimi, tarama

hizmetlerinin organizasyonu, salgın yönetiminde temaslı takibi ve risk iletişimi süreçleri bu kapsamda değerlendirilebilir. Kalite yönetimi, bu süreçlerin standartlaştırılmasını, kanıta dayalı uygulamalara dayanmasını ve sürekli olarak izlenmesini sağlar (Moayed et al., 2022). Süreçlerin kalitesiz olduğu bir sistemde, güçlü yapısal altyapılar dahi beklenen halk sağlığı sonuçlarını üretmekte yetersiz kalabilir. Sonuç boyutu, Donabedian paradigmasının halk sağlığıyla en doğrudan kesiştiği alanı temsil eder. Klinik kalite değerlendirmelerinde sıklıkla kullanılan mortalite, komplikasyon oranları ve yeniden yatış gibi göstergeler, halk sağlığı sonuçlarının yalnızca bir bölümünü oluşturur (Argaw et al., 2022). Halk sağlığı sonuçları arasında aşılama kapsayıcılığı, tarama oranları, antibiyotik direnci düzeyleri, bulaşıcı hastalık kontrol kapasitesi ve risk iletişiminin etkinliği gibi göstergeler yer almaktadır. Bu göstergelerin kalite çerçevesine entegre edilmesi, sağlık sistemlerinin başarısının daha bütüncül biçimde değerlendirilmesine olanak tanır (Addy et al., 2024; Murunga et al., 2024). Böylece kalite, klinik mükemmeliyet ile birlikte toplumsal sağlık kazanımlarının da ölçütü haline gelir.

Akreditasyon kavramı, kalite yönetiminin kurumsal ve sistematik bir yapıya kavuşturulmasını sağlayan temel mekanizmalardan biridir. Akreditasyonun temel mantığı, sağlık kurumlarının belirli standartlara uyumunu belgelemekten ziyade, sürekli iyileştirme kültürünü kurumsallaştırmaktır. Bu bağlamda akreditasyon, “minimum uyum” anlayışını aşarak, kanıta dayalı ve öğrenen bir organizasyon yapısının oluşturulmasını hedefler. Akreditasyon süreçleri, kurumları mevcut durumlarını değerlendirmeye ve aynı zamanda geleceğe yönelik riskleri ve gelişim alanlarını belirlemeye teşvik eder (Mitchell et al., 2020). Akreditasyonun temel mekanizmaları arasında özdeğerlendirme, dış değerlendirme, kanıta dayalı dokümantasyon, performans izleme ve düzeltici-önleyici faaliyetler yer almaktadır.

Özdeğerlendirme, kurumların kendi uygulamalarını eleştirel bir bakış açısıyla gözden geçirmesine olanak tanır (Pomey et al., 2010a). Dış değerlendirme ise bu sürecin nesnel ve bağımsız bir bakış açısıyla doğrulanmasını sağlar. Kanıta dayalı dokümantasyon, karar alma süreçlerinin kişisel görüşler yerine veriye dayanmasını destekler (Alhawajreh et al., 2023). Performans izleme, kalite göstergelerinin sürekliliğini sağlarken; düzeltici ve önleyici faaliyetler, tespit edilen sorunların sistematik biçimde ele alınmasını mümkün kılar (Kfuri et al., 2021). Bu mekanizmalar bir arada değerlendirildiğinde, akreditasyonun halk sağlığı açısından bir denetim aracı olmanın ötesinde sistem düzeyinde bir kapasite geliştirme süreci olduğu ortaya çıkmaktadır. Kalite ve halk sağlığı arasındaki ilişkinin açıklanmasında entegrasyon modelleri önemli bir analitik çerçeve sunmaktadır (Katoue et al., 2022). Bu bağlamda kalite ve akreditasyonun halk sağlığına katkısını açıklayan bir entegrasyon modeli, hizmet sunum kalitesi ile nüfus sağlığı çıktıları arasındaki nedensel zinciri görünür kılar. Modelin ilk aşaması, hizmet sunum kalitesinin artırılmasıdır. Standartlara uygun, güvenli ve etkili hizmet sunumu, sağlık sistemine duyulan güvenin temelini oluşturur. Güven ve erişim, modelin ikinci aşamasını temsil eder (Alkhenizan & Shaw, 2011; Shaw et al., 2014). Kaliteli hizmet sunumu, bireylerin sağlık sistemine başvurma isteğini ve sürekliliğini artırır. Üçüncü aşamada, artan güven ve erişim, koruyucu hizmetlerin kullanımını ve sürekliliğini güçlendirir. Aşılama, tarama ve erken tanı hizmetlerine katılım oranlarının yükselmesi, bu sürecin somut göstergeleridir. Modelin son aşamasında ise bu süreçlerin birikimli etkisi nüfus sağlığı çıktıları üzerinde gözlemlenir. Hastalık yükünün azalması, yaşam süresinin uzaması ve sağlık eşitsizliklerinin daralması, entegrasyon modelinin nihai hedeflerini oluşturur (Hussein et al., 2021; Rastegarimehr et al., 2025). Bu modelde sosyoekonomik eşitsizlikler, kurumsal kapasite, veri yönetimi ve sağlık

okuryazarlığı gibi araya giren değişkenler, sürecin yönünü ve etkisini belirleyen kritik faktörler olarak konumlandırılmaktadır.

Halk sağlığı, kalite yönetimi ve akreditasyon arasında kurulan kavramsal çerçeve, bu alanların birbirinden bağımsız değil, karşılıklı olarak birbirini besleyen yapılar olduğunu ortaya koymaktadır. Ortak bir dil ve bütüncül bir yaklaşım geliştirilmediği sürece, halk sağlığı hedeflerinin sürdürülebilir biçimde gerçekleştirilmesi güçleşmektedir. Bu nedenle kalite ve akreditasyon, halk sağlığının normatif hedeflerini performans mantığıyla buluşturan stratejik araçlar olarak değerlendirilmelidir.

3. HALK SAĞLIĞI PERSPEKTİFİNDEN KALİTE: KRİTİK BOYUTLAR

Halk sağlığı perspektifinden kalite kavramı ele alındığında, klasik klinik kalite anlayışının ötesine geçen çok boyutlu bir değerlendirme çerçevesi ortaya çıkmaktadır. Klinik kalite çoğu zaman teknik yeterlilik, doğru tanı ve etkili tedavi ile ilişkilendirilirken, halk sağlığı açısından kalite; hizmetlerin kimlere, hangi koşullarda, ne ölçüde ve hangi toplumsal sonuçlarla sunulduğunu kapsayan daha geniş bir anlam taşır. Bu bağlamda kalite, yalnızca hizmetin “iyi” olup olmadığıyla değil, aynı zamanda adil, erişilebilir, güvenilir ve sürdürülebilir olup olmadığıyla ilgilidir. Halk sağlığının temel hedefleri olan eşitsizliklerin azaltılması, koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması, risklerin yönetilmesi ve toplumsal güvenin güçlendirilmesi, kalite kavramının bu çok boyutlu yapısını zorunlu kılmaktadır. Dolayısıyla halk sağlığı perspektifinden kalite, teknik performans göstergelerinin ötesinde, sistemin toplumsal işlevini ve meşruiyetini belirleyen stratejik bir bileşen olarak ele alınmalıdır.

Eşitlik ve erişim, halk sağlığı odaklı kalite anlayışının en kritik boyutlarından birini oluşturmaktadır. Kalitenin eşitlik boyutu, sağlık hizmetlerinin toplumun tüm kesimlerine benzer gereksinimler için benzer biçimde sunulmasını ifade eden yatay eşitlik ile daha fazla gereksinimi olan gruplara orantılı olarak daha fazla hizmet sunulmasını öngören dikey eşitlik kavramları üzerinden teknik olarak tanımlanabilir. Yatay eşitlik, sosyoekonomik durum, cinsiyet, etnik köken veya yaş gibi farklılıkların hizmet kullanımında belirleyici olmamasını hedeflerken; dikey eşitlik, dezavantajlı grupların özel gereksinimlerinin sistematik olarak gözetilmesini gerektirir. Bu iki eşitlik türü, halk sağlığı politikalarının temel normatif dayanaklarını oluşturmakta ve kalite değerlendirmelerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir (Bambas & Casas, 2001; Raine et al., 2016; San Sebastián et al., 2017). Coğrafi erişilebilirlik, eşitlik ve erişim kalitesinin bir diğer önemli boyutudur. Sağlık hizmetlerinin mekânsal dağılımı, özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde yaşayan nüfuslar açısından belirleyici bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Bir hizmetin teknik olarak kaliteli olması, eğer o hizmete erişim mümkün değilse halk sağlığı açısından sınırlı bir değer üretir (Kuupiel et al., 2019; Verma & Dash, 2020). Bu nedenle kalite değerlendirmelerinde hizmetlerin sunulma biçimi ile birlikte sunulduğu yer ve erişim süresi de dikkate alınmalıdır. Akreditasyon standartları, çoğu zaman kurum içi süreçlere odaklanmakla birlikte erişilebilirlik boyutunu görünür kılacak göstergelerle desteklenmediği sürece eşitlik perspektifini yeterince yansıtamayabilir. Finansal korunma, erişim kalitesinin halk sağlığı açısından kritik bir başka bileşenidir. Sağlık hizmetlerine erişimin bireyler için ciddi bir mali yük oluşturmaması, hizmet kullanımını sınırlamakta ve sağlık eşitsizliklerini derinleştirmektedir. Bu nedenle kalite, hizmetin yeterliliği ve aynı zamanda bireyleri yoksullaştırmadan sunulup sunulmadığıyla da ilişkilidir (Erlangga et al., 2019). Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, finansal erişilebilirlik, koruyucu

hizmetlerin yaygınlığı ve sürekliliği üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Akreditasyon süreçlerinde finansal korunmaya ilişkin göstergelerin sınırlı olması, bu boyutun çoğu zaman dolaylı biçimde ele alınmasına yol açmaktadır (Wagstaff, 2008; Torres et al., 2024). Bu durum, eşitlik temelli kalite değerlendirmelerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Kültürel yeterlilik ve dil bariyerleri, eşitlik ve erişim kalitesinin sıklıkla göz ardı edilen ancak halk sağlığı açısından son derece önemli boyutlarıdır. Sağlık hizmetlerinin kültürel olarak duyarlı biçimde sunulmaması, özellikle göçmenler, etnik azınlıklar ve farklı dil grupları için ciddi erişim engelleri yaratmaktadır (Yusuf et al., 2024). Bu engeller, hizmete başvuru oranlarını düşürmekte ve koruyucu hizmetlerden yararlanmayı sınırlamaktadır. Kalite yönetimi ve akreditasyon standartlarının kültürel yeterliliği ölçülebilir bir alan haline getirmesi, halk sağlığı açısından önemli bir kazanım potansiyeli taşımaktadır (Theodosopoulos et al., 2024). Ancak bu alanın çoğu zaman soyut ilkeler düzeyinde kalması, eşitlik boyutunun pratikte yeterince karşılık bulamamasına neden olmaktadır. Koruyucu hizmet kalitesi, halk sağlığı perspektifinden kalite tartışmalarının merkezinde yer almaktadır. Aşılama, tarama programları, anne-çocuk sağlığı izlemleri ve bulaşıcı hastalık kontrolü gibi hizmetler, bireysel talep üzerine değil, nüfus temelli bir planlama ve süreç güvencesi gerektirmektedir. Bu hizmetlerin etkinliği, sadece sunulup sunulmadıklarına değil, ne ölçüde kapsayıcı, sürekli ve izlenebilir olduklarına bağlıdır. Süreç standardizasyonu, koruyucu hizmetlerde kalite güvencesinin temelini oluşturur (World Health Organization, 2025). Standartlaştırılmamış süreçler, hizmetlerde düzensizliklere, veri kayıplarına ve hedef nüfusun sistematik olarak dışlanmasına yol açabilmektedir. Koruyucu hizmetlerde kayıt sistemleri, kalite güvencesinin en temel teknik bileşenlerinden biridir (Lasim et al., 2022). Aşılama kayıtları, tarama sonuçları ve izlem verileri, halk

sağlığı müdahalelerinin etkinliğini değerlendirmek için vazgeçilmezdir. Kayıtların eksik veya tutarsız olması, hizmet kapsayıcılığının doğru biçimde ölçülmesini engeller (Chen et al., 2014; Rony et al., 2024). Bu durum, kalite yönetimi açısından ciddi bir zafiyet anlamına gelir. Akreditasyon standartları, kayıt ve dokümantasyon süreçlerini genellikle güçlü biçimde vurgulamakla birlikte bu kayıtların halk sağlığı çıktılarıyla nasıl ilişkilendirileceği her zaman açık biçimde tanımlanmamaktadır.

İzlem ve geri çağırma (*recall*) sistemleri, koruyucu hizmetlerin sürekliliğini sağlayan kritik süreçlerdir. Tarama programlarında riskli bulunan bireylerin izlenmemesi veya aşı takvimlerinin tamamlanmaması, halk sağlığı açısından ciddi kayıplara yol açmaktadır (Benson & Benson, 2025). Bu nedenle süreç güvencesi, hizmetin ilk sunumundan başlayarak izleyen tüm adımların sistematik yönetilmesini gerektirir. Temaslı takibi ve sürveyans döngüsü, özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrolünde kalite yönetiminin halk sağlığıyla en somut biçimde kesiştiği alanlardan biridir. Bu süreçlerin standartlara bağlanması ve düzenli olarak izlenmesi, sistemin erken uyarı ve müdahale kapasitesini doğrudan etkilemektedir (Wang et al., 2025). Hasta güvenliği kavramı, çoğu zaman klinik ortamlarla sınırlı biçimde ele alınmakla birlikte halk sağlığıyla güçlü bir süreklilik ilişkisi içindedir. Olay bildirimi, kök neden analizi ve enfeksiyon kontrolü gibi hasta güvenliği uygulamaları, bireysel zararların önlenmesini ve sistematik risklerin görünür hale getirilmesini sağlar (Young & Smith, 2025). Bu yönüyle hasta güvenliği, halk sağlığı güvenliğinin mikro düzeydeki tamamlayıcısı olarak değerlendirilebilir. Klinik ortamda ortaya çıkan hatalar ve enfeksiyonlar, yeterince yönetilmediğinde toplum düzeyinde daha geniş sağlık risklerine dönüşebilmektedir. Halk sağlığı güvenliği, salgınlara hazırlık, antimikrobiyal dirençle mücadele ve çevresel risklerin yönetimi gibi alanları kapsamaktadır. Bu alanlar, bireysel hasta güvenliğinin ötesinde, toplumsal düzeyde

risklerin kontrolünü gerektirir (Majumder et al., 2020; Calfee, 2024). Hasta güvenliği ile halk sağlığı güvenliği arasındaki süreklilik, kalite ve akreditasyon sistemlerinin risk yönetimi mantığıyla güçlendirilebilir. Risklerin erken tanımlanması, sistematik olarak analiz edilmesi ve önleyici tedbirlerin uygulanması, hem klinik hem de halk sağlığı düzeyinde güvenliği artırır. Akreditasyon standartlarının risk yönetimine verdiği önem, bu sürekliliğin kurumsal düzeyde desteklenmesini mümkün kılmaktadır (Runciman et al., 2006; Sreeramoju et al., 2021).

Hizmet deneyimi ve kurumsal güven, halk sağlığı perspektifinden kalite tartışmalarında giderek daha merkezi bir konuma gelmektedir. Bireylerin sağlık hizmetleriyle kurduğu deneyim hem memnuniyet düzeylerini hem de sağlık sistemine duydukları genel güveni şekillendirir. Güven, koruyucu hizmetlere katılım, aşılama oranları ve risk iletişiminin etkinliği üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Leblang et al., 2024). Sağlık kurumlarına duyulan güvensizlik, bilimsel kanıtlara dayalı halk sağlığı müdahalelerinin dahi reddedilmesine yol açabilmektedir. Kalite ve akreditasyon sistemleri, bu güvenin kurumsal olarak üretilmesinde önemli bir rol oynar. Şeffaf süreçler, hesap verebilirlik mekanizmaları ve standartlara dayalı hizmet sunumu, kurumların meşruiyetini güçlendirir (Dwyer et al., 2025). Kurumsal meşruiyetin yüksek olduğu sistemlerde, halk sağlığı mesajlarının kabul görme olasılığı artar. Bu durum, özellikle kriz dönemlerinde risk iletişiminin başarısı açısından kritik öneme sahiptir. Aşı tereddüdü gibi karmaşık halk sağlığı sorunları, sadece bilgi eksikliğiyle değil, aynı zamanda kurumsal güven sorunlarıyla da ilişkilidir. Kalite ve akreditasyonun güven üretme kapasitesi, bu tür sorunların yönetilmesinde dolaylı ancak güçlü bir etki yaratmaktadır (Lalumera, 2018; Lohmann & Albarracin, 2022).

Halk sağlığı perspektifinden kalite, eşitlik ve erişim, koruyucu hizmetlerin süreç güvencesi, güvenlik ve kurumsal meşruiyet gibi birbirini tamamlayan boyutlar üzerinden değerlendirilmelidir. Bu boyutların her biri, kalite ve akreditasyon sistemlerinin halk sağlığına katkı potansiyelini belirlemektedir. Kalitenin bu çok boyutlu yapısı dikkate alınmadığı sürece, teknik olarak güçlü görünen sistemler dahi halk sağlığı hedeflerini gerçekleştirmekte yetersiz kalabilir. Bu nedenle kalite, halk sağlığında hem bir performans aracı hem de toplumsal güven ve adalet üreten stratejik bir mekanizma olarak ele alınmalıdır.

4. STANDARTLAR VE SİSTEMLER: SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI VE SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARININ HALK SAĞLIĞIYLA KESİŞİMİ

Sağlık sistemlerinde kalite ve akreditasyon standartları, çoğu zaman klinik uygulamaların düzenlenmesi ve kurum içi süreçlerin iyileştirilmesi amacıyla geliştirilen teknik araçlar olarak algılanmaktadır. Ancak bu standartların işlevi, mikro düzeydeki hizmet kalitesini güvence altına almakla sınırlı değildir. Ülkemizde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS), sağlık sistemlerinin nasıl yönetildiğini, hangi risklere öncelik verdiğini ve hangi değerleri kurumsallaştırdığını belirleyen makro düzeyde yönetim araçlarıdır. Bu nedenle SKS ve SAS'ın halk sağlığıyla kesişimi, bu standartların sistem mantığı ve etki mekanizmaları üzerinden ele alınmalıdır. Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, SKS ve SAS; enfeksiyon kontrolü, veri yönetimi, risk analizi, hesap verebilirlik ve güven üretimi gibi alanlarda yüksek kaldıraç etkisi yaratan yapılar olarak öne çıkmaktadır

(Berktaş, Cengiz, et al., 2017; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Öztürk et al., 2021; Serin et al., 2024).

SKS'nin sistem mantığı, temel olarak sağlık hizmetlerinin süreç temelli bir yaklaşımla standartlaştırılmasına dayanır. Bu yaklaşım, hizmet sunumunda bireysel inisiyatiflere aşırı bağımlılığı azaltmayı ve öngörülebilir, izlenebilir ve ölçülebilir bir kalite yapısı oluşturmayı amaçlar. SKS'nin süreç standardizasyonu boyutu, halk sağlığı açısından özellikle önemlidir; çünkü halk sağlığı müdahaleleri büyük ölçüde süreçlerin sürekliliğine ve tutarlılığına bağlıdır. Aşılama programları, tarama hizmetleri, enfeksiyon kontrol uygulamaları ve sürveyans faaliyetleri, standartlaştırılmadığı takdirde nüfus düzeyinde etkili sonuçlar üretmekte zorlanmaktadır. Bu bağlamda SKS, doğrudan halk sağlığı çıktıları üretmesi dahi, bu çıktıları mümkün kılan altyapıyı kuran bir sistem aracı olarak değerlendirilebilir (Berktaş, Cengiz, et al., 2017). Hasta güvenliği, SKS'nin halk sağlığıyla en belirgin temas noktalarından biridir. Hasta güvenliği uygulamaları çoğu zaman bireysel hasta zararlarının önlenmesi çerçevesinde ele alınsa da, bu uygulamaların toplumsal düzeyde daha geniş etkileri bulunmaktadır. Olay bildirim sistemi, kök neden analizleri ve güvenlik kültürünün yaygınlaştırılması gerek klinik riskleri gerekse sistematik hataları görünür kılar. Bu hataların erken tespiti ve düzeltilmesi, enfeksiyonların yayılımı, ilaç hataları ve sağlık hizmeti kaynaklı zararlar gibi halk sağlığını doğrudan etkileyen risklerin azaltılmasına katkı sağlar. SKS'nin hasta güvenliğine verdiği önem, halk sağlığı açısından dolaylı ancak güçlü bir koruyucu etki yaratmaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Serin et al., 2024).

Ölçme ve değerlendirme, SKS'nin halk sağlığıyla temas ettiği bir diğer kritik alandır. Halk sağlığı, doğası gereği veri temelli bir disiplindir ve etkili politika üretimi için güvenilir verilere ihtiyaç duyar. SKS kapsamında geliştirilen performans

göstergeleri, sağlık kurumlarının belirli alanlardaki durumunu izlenebilir hale getirir. (Gözlü, 2023) Bu göstergeler doğrudan halk sağlığı sonuçlarını ölçmese bile, enfeksiyon oranları, komplikasyonlar, bildirim sistemlerinin etkinliği ve süreç uyumu gibi alanlarda dolaylı veri üretir (Ata & Toraman, 2021). Bu veriler, halk sağlığı izleme ve değerlendirme sistemleri için önemli bir bilgi kaynağı oluşturur. SKS'nin ölçme-değerlendirme mantığı, halk sağlığı açısından sistematik öğrenme ve iyileştirme süreçlerini destekleyen bir altyapı sunmaktadır. Yönetim sorumluluğu, SKS'nin halk sağlığıyla ilişkisini güçlendiren bir başka boyuttur. SKS, kalite ve güvenliğin yalnızca klinik personelin sorumluluğu olmadığını, üst yönetimin aktif liderliğini gerektirdiğini vurgular. Bu yaklaşım, halk sağlığı hedeflerinin kurumsal öncelikler arasına alınmasını kolaylaştırır. Enfeksiyon kontrolü, risk yönetimi ve eğitim gibi alanların yönetsel düzeyde sahiplenilmesi, bu konuların kurumsal gündemde kalıcı hale gelmesini sağlar. SKS'nin bu yönü, halk sağlığına ilişkin konuların bireysel çaba ve farkındalığın ötesine taşınarak sistematik biçimde ele alınmasına katkıda bulunur (Kaya & Uzay, 2024; Serin et al., 2024).

Enfeksiyon kontrolü, SKS'nin halk sağlığı açısından en yüksek kaldırma etkisine sahip alanlarından biridir. Sağlık kurumları, bulaşıcı hastalıkların yayılımında kritik düğüm noktalarıdır. Enfeksiyon kontrol önlemlerinin yetersiz olduğu bir sağlık sistemi, halk sağlığı açısından ciddi riskler üretir. SKS kapsamında tanımlanan enfeksiyon kontrol standartları, el hijyeni, izolasyon önlemleri, sterilizasyon süreçleri ve izlem mekanizmaları gibi alanlarda sistematik bir yapı oluşturur. Bu yapı, hastane enfeksiyonlarını azaltmakla kalmaz; aynı zamanda toplum düzeyinde bulaş riskinin kontrol altına alınmasına katkı sağlar (Kara et al., 2023). Bu nedenle SKS'nin enfeksiyon kontrol boyutu, halk sağlığıyla dolaylı fakat güçlü bir etkileşim alanı sunmaktadır. SAS ise SKS'ye kıyasla daha üst düzey bir çerçeve

sunmakta ve akreditasyon mantığı üzerinden sağlık kurumlarının kurumsal olgunluğunu değerlendirmeyi amaçlamaktadır. SAS'ın temel yaklaşımı, sağlık kurumlarını belirli standartlara uyum sağlamaya zorlamaktan ziyade, sürekli iyileştirme ve öğrenme kültürünü kurumsallaştırmaktır. Bu yaklaşım, halk sağlığı açısından büyük önem taşır; çünkü halk sağlığı sorunları statik değil, dinamik ve sürekli değişen bir yapıya sahiptir. Salgınlar, demografik dönüşümler ve çevresel riskler, sağlık sistemlerinin sürekli olarak uyum sağlamasını gerektirir. SAS'ın yönetim odaklı yapısı, bu uyum kapasitesini güçlendiren bir çerçeve sunmaktadır (Çiftcibaşı et al., 2024; Özata & Özer, 2024).

Kurumsal yönetim, SAS'ın halk sağlığına katkısının merkezinde yer alır. SAS, sağlık kurumlarının karar alma süreçlerinde şeffaflık, hesap verebilirlik ve paydaş katılımını teşvik eder. Bu ilkeler, halk sağlığı politikalarının başarısı için de temel öneme sahiptir. Hesap verebilirlik mekanizmalarının güçlü olduğu kurumlar, riskleri gizlemek yerine görünür kılma ve yönetme eğilimindedir. Veri şeffaflığı ise halk sağlığı açısından kritik olan güven unsurunu destekler. SAS'ın yönetim yaklaşımı, sağlık kurumlarını klinik kalite ile birlikte toplumsal sorumluluğa ve kamu yararına odaklanmaya yönlendirmektedir (Koralay, 2021; Samancı, 2022). Performans izleme ve dış değerlendirme, SAS'ın halk sağlığıyla ilişkisini güçlendiren diğer temel mekanizmalar olarak nesnel ve karşılaştırılabilir veriler üretmeyi mümkün kılar. Dış değerlendirme ise bu sürecin bağımsız bir bakış açısıyla doğrulanmasını sağlar. Bu mekanizmalar, halk sağlığı açısından sistem güvenilirliğini artırır ve politika yapıcılar için daha sağlam bir bilgi zemini oluşturur. SAS'ın bu yönü, sağlık kurumlarını kapalı sistemler olmaktan çıkararak, daha şeffaf ve öğrenen organizasyonlara dönüştürme potansiyeli taşır. Kurumsal olgunluk yaklaşımı, SAS'ın halk sağlığına dolaylı fakat stratejik bir katkı sunduğu alanlardan biridir. Kurumsal olgunluk, bir kurumun mevcut standartlara

uyum düzeyini ve ayrıca değişime ve belirsizliğe karşı uyum kapasitesini ifade eder. Halk sağlığı açısından bu kapasite, krizlere hazırlık, risklerin erken tespiti ve yenilikçi çözümlerin uygulanabilirliği açısından kritik öneme sahiptir. SAS, kurumları belirli bir “asgarî yeterlilik” seviyesinde tutmak yerine, daha ileri düzeyde kalite ve yönetim olgunluğuna ulaşmaya teşvik eder. Bu yaklaşım, halk sağlığı sistemlerinin uzun vadeli dayanıklılığını destekler. Uluslararası kalite ve akreditasyon sistemleriyle karşılaştırmalı bir okuma, SKS ve SAS’ın halk sağlığı yönelimini daha net biçimde değerlendirmeyi mümkün kılar. JCI, ISO tabanlı kalite sistemleri ve çeşitli ulusal akreditasyon modelleri, süreç odaklılık, hasta merkezlik, veri temelli izlem ve risk temelli düzenleme gibi farklı önceliklere sahiptir. JCI, hasta güvenliği ve klinik süreçlere güçlü bir vurgu yaparken; ISO sistemleri daha çok süreç yönetimi ve dokümantasyon üzerine odaklanmaktadır. Bazı ulusal akreditasyon sistemleri ise eşitlik ve erişim gibi halk sağlığına özgü boyutları daha açık biçimde ele almaktadır (Gulhan & Coskun, 2017; Kavak, 2018; Tarhan et al., 2019; Şahin, 2020). Bu farklılıklar, SKS ve SAS’ın halk sağlığı yönelimini güçlendirmek için hangi alanlarda geliştirilebileceğine dair önemli dersler sunmaktadır.

Standart setlerinin halk sağlığı kör noktaları, kalite ve akreditasyon sistemlerinin en kritik tartışma alanlarından birini oluşturmaktadır. Sosyal belirleyiciler, kırılgan gruplar, sağlık okuryazarlığı, dijital eşitsizlikler, iklim ve çevre riskleri gibi halk sağlığına özgü alanlar, standart metinlerinde çoğu zaman dolaylı veya sınırlı biçimde yer almaktadır. Bu durum, kalite ve akreditasyonun halk sağlığı üzerindeki potansiyel etkisini sınırlayabilmektedir. Özellikle yerel yönetimlerle entegrasyon ve toplumsal katılım gibi konuların standartlarda zayıf temsil edilmesi, halk sağlığı müdahalelerinin çok sektörlü doğasıyla uyumsuzluk yaratmaktadır. SKS ve SAS, halk sağlığıyla kesişen

güçlü ama çoğu zaman dolaylı etki mekanizmalarına sahip sistem araçlarıdır. Bu standartların halk sağlığı potansiyelinin tam olarak ortaya çıkabilmesi, halk sağlığı perspektifinin standartların yorumlanma ve geliştirilme biçimine daha güçlü biçimde entegre edilmesiyle mümkündür. Bu yaklaşım, kalite ve akreditasyonu teknik düzenlemeler olmaktan çıkarak, nüfus sağlığını güçlendiren stratejik yönetim araçları haline getirecektir.

5. ÖLÇME-DEĞERLENDİRME: HALK SAĞLIĞI İÇİN KALİTE GÖSTERGELERİNİN TASARIMI

Halk sağlığı açısından kalite yönetiminin en kritik bileşenlerinden biri, ölçme ve değerlendirme kapasitesidir. Ölçülemeyen bir hedefin yönetilemeyeceği yönündeki temel ilke, halk sağlığı alanında daha da belirgin bir anlam taşır; çünkü halk sağlığı müdahaleleri genellikle uzun vadeli, çok aktörlü ve dolaylı etkilere sahiptir. Bu durum, ölçme-değerlendirme sistemlerinin nihai sonuçlara odaklanmasını yetersiz kılmakta; süreçlerin güvence altına alındığı, yan etkilerin izlendiği ve eşitsizliklerin görünür kılındığı daha karmaşık bir gösterge mimarisini zorunlu hale getirmektedir. Bu bağlamda kalite göstergeleri, halk sağlığı için sadece performans ölçütleri değil, aynı zamanda yönetsel öğrenme ve hesap verebilirlik araçları olarak değerlendirilmelidir.

Gösterge mimarisine ilişkin çağdaş yaklaşımlar, yapı-süreç-sonuç çerçevesinin tek başına yeterli olmadığını, bu üçlüye dengeleyici göstergelerin eklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Yapı göstergeleri, sistemin kapasitesini ve altyapısını; süreç göstergeleri, bu kapasitenin nasıl kullanıldığını; sonuç göstergeleri ise müdahalelerin nihai etkilerini yansıtır. Ancak özellikle halk sağlığı alanında, yalnızca sonuç göstergelerine odaklanmak, istenmeyen yan etkilerin gözden

kaçmasına yol açabilmektedir (Weir et al., 2009; Heenan et al., 2022). Örneğin bir sağlık kurumunda hastane kaynaklı enfeksiyon oranlarının düşmesi, yüzeysel olarak olumlu bir sonuç gibi görünse de bu düşüşün antibiyotik kullanımında kontrolsüz bir artışla birlikte gerçekleşmesi, uzun vadede antimikrobiyal direnç açısından ciddi halk sağlığı riskleri doğurabilir. Bu tür durumlar, dengeleyici göstergelerin neden vazgeçilmez olduğunu açık biçimde ortaya koymaktadır (Wikipedia, 2025). Dengeleyici göstergeler, bir alandaki iyileştirmenin başka bir alanda olumsuz sonuçlar üretilip üretilmediğini izlemeyi amaçlar. Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, bu göstergeler sistemin bütüncül etkisini değerlendirmek için kritik öneme sahiptir. Aşılanma kapsayıcılığının artırılması, tarama programlarının genişletilmesi veya acil servis bekleme sürelerinin azaltılması gibi hedefler, beraberinde personel iş yükü, hizmet kalitesi veya hasta deneyimi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir (Powell et al., 2012; Li & Evans, 2022; Marang-Van De Mheen & Vincent, 2023). Bu nedenle kalite göstergelerinin tasarımında, hedeflenen çıktının yanı sıra bu çıktıya ulaşma sürecinin sistem üzerindeki genel etkisini izleyen bir mantık benimsenmelidir. Bu yaklaşım, halk sağlığı müdahalelerinin sürdürülebilirliğini güvence altına alır. Veri kaynakları, halk sağlığı için kalite göstergelerinin tasarımında ve işletilmesinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Halk sağlığı, doğası gereği çoklu veri kaynaklarına dayanan bir alandır ve bu veri kaynaklarının entegrasyonu olmaksızın kapsamlı bir ölçme-değerlendirme sistemi kurmak mümkün değildir. Sürveyans verileri, bulaşıcı ve kronik hastalıkların izlenmesi açısından temel bir kaynak sunarken; Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri, klinik süreçler ve hizmet kullanımı hakkında ayrıntılı bilgiler sağlar (Syed et al., 2023; Choi et al., 2024). Laboratuvar bilgi sistemleri, tanı doğruluğu ve epidemiyolojik izleme açısından kritik veriler üretir. Olay bildirim sistemleri, hasta güvenliği ve sistem hatalarının görünür kılınmasında önemli bir işlev görürken; hasta deneyim verileri, hizmetlerin

algılanan kalitesi ve güven boyutunu değerlendirmeye olanak tanır. Saha tarama verileri ise özellikle koruyucu hizmetlerin kapsayıcılığı ve eşitliği açısından vazgeçilmezdir. Bu çoklu veri kaynaklarının etkin biçimde kullanılabilmesi, veri kalitesi ve veri yönetişimi ilkelerinin güçlü biçimde uygulanmasını gerektirir. Veri kalitesi, temelde tamlık, doğruluk ve zamanlılık boyutları üzerinden değerlendirilir. Eksik veya geç toplanan veriler, halk sağlığı kararlarının gecikmesine veya yanlış yönlendirilmesine yol açabilir. Yanlış veya tutarsız veriler ise güvenilirliği zedeler ve sistemin meşruiyetini sarsar (Chen et al., 2014; OECD, 2015; Ghaffari Heshajin et al., 2024). Bu nedenle kalite göstergeleri, hangi verilerin toplanacağını ve bununla birlikte verilerin hangi kalite standartlarında üretileceğini tanımlamalıdır. Akreditasyon ve kalite sistemlerinin veri kalitesine yönelik açık gereklilikler içermesi, halk sağlığı açısından kritik bir güvence mekanizması sunar.

Veri yönetişimi, halk sağlığı için ölçme-değerlendirme sistemlerinin etik ve yönetsel boyutunu temsil eder. Veri erişim yetkileri, mahremiyetin korunması ve standardizasyon, bu boyutun temel unsurlarıdır. Halk sağlığı verileri, bireysel düzeyde son derece hassas bilgiler içerebilir ve bu verilerin korunması, toplumsal güvenin sürdürülmesi açısından hayati öneme sahiptir. Aynı zamanda verilerin farklı kurumlar ve sistemler arasında karşılaştırılabilir olması, standardizasyon ihtiyacını gündeme getirir. Standart tanımlar ve kodlama sistemleri olmaksızın, farklı kaynaklardan gelen verilerin anlamlı biçimde analiz edilmesi güçleşir (De Freitas et al., 2019; Qiu & Hu, 2025). Bu nedenle veri yönetişimi, halk sağlığı için kalite göstergelerinin sürdürülebilirliğini belirleyen temel bir faktördür. Eşitsizlik duyarlı izleme, halk sağlığı ölçme-değerlendirme sistemlerinin en kritik ancak en zorlayıcı bileşenlerinden biridir. Toplum genelinde olumlu görünen bir sağlık göstergesi, belirli gruplar için ciddi eşitsizlikler barındırabilir. Bu nedenle halk sağlığı

göstergelerinin cinsiyet, yaş, göçmenlik durumu, engellilik, sosyoekonomik düzey ve coğrafi bölge gibi kırılımlar üzerinden ayrıştırılmış biçimde izlenmesi zorunludur. Ayrıştırılmış veri olmaksızın, sağlık eşitsizliklerini tespit etmek ve hedefli müdahaleler geliştirmek mümkün değildir (Cookson et al., 2018). Bu durum, kalite göstergelerinin yalnızca ortalama değerleri değil, dağılımları da görünür kılacak şekilde tasarlanmasını gerektirir. Akreditasyon sistemleri, eşitsizlik duyarlı izleme kapasitesini teşvik etme potansiyeline sahiptir (Schlotheuber & Hosseinpoor, 2022; World Health Organization, 2024a). Kurumları veri toplama ve raporlama konusunda belirli standartlara uymaya zorlayan akreditasyon çerçeveleri, ayrıştırılmış veri kullanımını kurumsal bir norm haline getirebilir. Ancak bu potansiyelin hayata geçebilmesi için eşitlik ve adalet göstergelerinin açık biçimde tanımlanması ve değerlendirme süreçlerine entegre edilmesi gerekir. Aksi halde kalite sistemleri, mevcut eşitsizlikleri görünmez kılan bir “ortalama performans” yanılması üretebilir. Halk sağlığı perspektifinden kalite, bu tür kör noktaları ortadan kaldırmayı hedeflemelidir (World Health Organization, 2012).

İyileştirme bilimi, ölçme-değerlendirme ile eylem arasındaki boşluğu dolduran kritik bir alan olarak öne çıkmaktadır. Halk sağlığı alanında veri toplamak tek başına yeterli değildir; bu verilerin sistematik biçimde analiz edilmesi ve somut iyileştirme adımlarına dönüştürülmesi gerekir. Bu noktada Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al (PUKÖ) döngüsü, halk sağlığına uyarlanabilir güçlü bir metodolojik çerçeve sunar. PUKÖ, sürekli öğrenme ve iyileştirme yaklaşımını esas alarak, müdahalelerin küçük ölçekli denemelerle test edilmesini ve etkilerine göre yeniden tasarlanmasını mümkün kılar (Taylor et al., 2014; Reed & Card, 2016). Tarama kapsayıcılığını artırmaya yönelik bir halk sağlığı müdahalesi, PUKÖ döngüsü çerçevesinde ele alındığında; öncelikle mevcut durumun analiz edilmesi ve

hedef nüfusun belirlenmesiyle planlama aşamasına girer. Uygulama aşamasında belirli bir bölgede veya nüfus grubunda pilot bir müdahale gerçekleştirilir. Kontrol aşamasında kapsayıcılık oranları ve dengeleyici göstergeler izlenir. Önlem alma aşamasında ise elde edilen bulgulara göre müdahale genişletilir veya yeniden tasarlanır (Reed et al., 2016; Ihi, 2020; Barr & Brannan, 2025). Bu döngü, halk sağlığı müdahalelerinin rastlantısal değil, kanıta dayalı biçimde geliştirilmesini sağlar. Aşı reddini azaltmaya yönelik stratejiler de PUKÖ döngüsünün halk sağlığına uyarlanmasına iyi bir örnek sunar. Aşı tereddüdü, bilgi eksikliğiyle açıklanamayacak karmaşık bir olgudur ve güven, iletişim ve sosyal normlarla yakından ilişkilidir. Bu nedenle müdahalelerin etkisi, aşılanma oranlarıyla birlikte güven göstergeleri ve hizmet deneyimi verileriyle birlikte değerlendirilmelidir. PUKÖ yaklaşımı, bu çok boyutlu yapının sistematik biçimde ele alınmasına olanak tanır (Baumer-Mouradian et al., 2021; Adıyaman & Özsoy, 2022). Hastane kaynaklı enfeksiyonların azaltılması ve acil servis yoğunluğunun yönetilmesi gibi alanlar, kalite göstergeleri ile iyileştirme biliminin doğrudan kesiştiği örneklerdir. Bu alanlarda yapılan müdahaleler, belirli bir göstergenin iyileştirilmesine odaklandığında, başka alanlarda ciddi sorunlara yol açabilir. Örneğin acil servis bekleme sürelerinin azaltılması, yeterli personel planlaması yapılmadığında hizmet kalitesini düşürebilir (Nunes et al., 2021; Cooper & Wiysonge, 2023). Bu nedenle PUKÖ döngüsü, dengeleyici göstergelerle birlikte işletilerek halk sağlığı açısından daha güvenli ve sürdürülebilir sonuçlar üretir.

Halk sağlığı için kalite göstergelerinin tasarımı, teknik bir ölçüm faaliyetinin ötesinde, değer temelli ve adalet odaklı bir yönetim sürecini ifade eder. Yapı-süreç-sonuç ve dengeleyici göstergeleri bir arada ele alan bir mimari, halk sağlığı müdahalelerinin bütüncül etkisini değerlendirmeyi mümkün kılar. Veri kaynaklarının çeşitliliği, veri yönetişiminin önemi,

eşitsizlik duyarlı izleme gerekliliği ve iyileştirme biliminin sunduğu metodolojik araçlar, bu sürecin temel bileşenleridir. Bu yaklaşım benimsenmediği sürece, kalite ölçümü halk sağlığı için sınırlı bir anlam taşıyacak; benimsenmesi halinde ise kalite, nüfus sağlığını güçlendiren stratejik bir araç haline gelecektir.

6. YÖNETİŞİM VE LİDERLİK: KALİTE VE AKREDİTASYONUN HALK SAĞLIĞI KAPASİTESİ ÜRETMESİ

Halk sağlığı kapasitesinin sürdürülebilir biçimde üretilmesi, teknik bilgi, finansal kaynak veya sağlık altyapısının varlığıyla açıklanamaz. Bu kapasite, büyük ölçüde sağlık sistemlerinin nasıl yönetildiği, hangi riskleri önceliklendirdiği ve hangi değerleri kurumsallaştırdığıyla ilişkilidir. Bu bağlamda yönetim ve liderlik, halk sağlığının görünmeyen ancak belirleyici altyapısını oluşturmaktadır. Kalite ve akreditasyon sistemleri, çoğu zaman klinik uygulamaların standartlaştırılması ve süreçlerin iyileştirilmesiyle ilişkilendirilse de, daha derin bir düzeyde kurumsal yönetim biçimlerini şekillendiren ve liderlik pratiklerini dönüştüren araçlar olarak işlev görür. Bu nedenle kalite ve akreditasyonun halk sağlığı kapasitesi üretme potansiyeli, teknik uyumdan ziyade yönetim ve liderlik boyutları üzerinden değerlendirilmelidir.

Kurumsal yönetim, sağlık kuruluşlarının karar alma süreçlerinin hangi ilkeler doğrultusunda yürütüldüğünü ve bu süreçlerin kimlere karşı sorumlu olduğunu belirleyen bir çerçeve sunar. Halk sağlığı açısından etkili bir yönetim yapısı, kurum içi performans ile birlikte toplumsal etkiyi de gözeten bir sorumluluk anlayışına dayanır. Akreditasyon, bu noktada bir “kurumsal yönetim teknolojisi” olarak işlev görmektedir (Jamali et al., 2010). Akreditasyon standartları, sağlık kurumlarının yönetsel yapılarını, sorumluluk dağılımını ve karar alma mekanizmalarını

görünür kılarak yönetişimin biçimsel olmaktan çıkıp işleyen bir sisteme dönüşmesini teşvik eder. Yönetim kurulu düzeyinde kalite ve güvenliğin gündem maddesi haline gelmesi, halk sağlığı risklerinin kurumsal öncelikler arasında yer almasını sağlar (Brown, 2019). Yönetim kurullarının sorumluluğu, halk sağlığı kapasitesinin kurumsal düzeyde üretilmesinde merkezi bir rol oynar. Kalite ve akreditasyon çerçeveleri, yönetim kurullarını yalnızca mali performans veya hukuki uyumdan değil, hasta güvenliği, risk yönetimi ve toplumsal sorumluluk alanlarından da sorumlu tutar (Pomey et al., 2010b; Hussein et al., 2021; Laassili & Ejbari, 2023). Bu yaklaşım, halk sağlığı hedeflerinin üst düzey yönetişim yapılarında temsil edilmesini kolaylaştırır. Yönetim kurulu düzeyinde alınan kararlar, enfeksiyon kontrolüne ayrılan kaynaklardan kriz hazırlık planlarına kadar geniş bir yelpazede halk sağlığı sonuçlarını etkilemektedir. Bu nedenle akreditasyon, halk sağlığına ilişkin risk ve fırsatların stratejik düzeyde ele alınmasını sağlayan bir kaldıraç işlevi görür.

Komite yapıları, kurumsal yönetişimin operasyonel düzeyde işleyişini sağlayan temel mekanizmalardır. Kalite komiteleri, hasta güvenliği komiteleri, enfeksiyon kontrol komiteleri ve risk komiteleri gibi yapılar, halk sağlığıyla doğrudan ilişkili alanlarda düzenli izleme ve değerlendirme yapılmasına olanak tanır (Nishandar et al., 2019). Bu komitelerin etkinliği, karar alma süreçlerine gerçek anlamda entegre edilmelerine bağlıdır. Akreditasyon standartları, bu komitelerin yetki ve sorumluluklarını tanımlayarak, halk sağlığıyla ilgili konuların kurumsal gündemde süreklilik kazanmasını sağlar. Böylece halk sağlığı, bireysel uzmanların çabalarına bağlı bir alan olmaktan çıkarak, kurumsal sorumluluğun bir parçası haline gelir. Risk komiteleri ve etik kurullar, halk sağlığı kapasitesinin yönetişim boyutunda kritik bir işlev üstlenir. Risk komiteleri, mevcut sorunların yanı sıra potansiyel tehditleri de sistematik biçimde analiz ederek proaktif bir risk yönetimi anlayışının

gelişmesini sağlar (Ellie, 2004; Magill & Prybil, 2020). Bu yaklaşım, halk sağlığı krizlerinin öngörülebilirliğini ve yönetilebilirliğini artırır. Etik kurullar ise karar alma süreçlerinde adalet, eşitlik ve insan hakları gibi halk sağlığının normatif temellerini gözetir. Akreditasyonun bu yapıları zorunlu kılması veya güçlendirmesi, halk sağlığı ilkelerinin kurumsal düzeyde içselleştirilmesine katkıda bulunur (Siddiqi et al., 2009).

Hasta ve toplum geri bildirim mekanizmaları, yönetim yapılarının halk sağlığıyla kurduğu ilişkinin en somut göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin deneyimlerinin sistematik olarak toplanması ve değerlendirilmesi, toplumsal güveni de etkiler. Akreditasyon standartları, geri bildirim mekanizmalarının varlığını ve etkinliğini değerlendirme kriterleri arasına alarak, kurumların toplumla çift yönlü bir iletişim kurmasını teşvik eder (Scott et al., 2016; Gobat et al., 2025). Bu durum, halk sağlığı müdahalelerinin toplumsal kabulünü artıran ve politika uygulamalarının meşruiyetini güçlendiren bir etki yaratır. Risk yönetimi ve sistem dayanıklılığı, kalite ve akreditasyonun halk sağlığı kapasitesi üretme potansiyelinin en görünür olduğu alanlardan biridir. Halk sağlığı krizleri, genellikle ani, karmaşık ve çok sektörlü nitelik taşır. Salgınlar, doğal afetler, aşırı sıcaklar ve kitlesel kazalar, sağlık sistemlerinin rutin hizmet sunma kapasitesinin yanı sıra belirsizlik ve baskı altında karar verebilme yeteneğini de sınar (World Health Organization, 2021). Bu bağlamda akreditasyon, sağlık kurumlarının krizlere hazırlık düzeyini sistematik biçimde değerlendiren ve geliştiren bir çerçeve sunar.

Acil durum hazırlık planları, sistem dayanıklılığının temel bileşenlerinden biridir. Akreditasyon standartları, kurumların olası kriz senaryolarını tanımlamasını, bu senaryolara yönelik eylem planları oluşturmasını ve düzenli tatbikatlarla bu planları test etmesini gerektirir. Bu yaklaşım, halk sağlığı krizlerinin yönetiminde reaktif değil, proaktif bir tutumun benimsenmesini

sağlar (J. M. Lee et al., 2023). Acil durum hazırlığının kurumsal düzeyde standartlara bağlanması, bireysel inisiyatiflere bağımlılığı azaltarak, daha tutarlı ve koordineli müdahalelerin önünü açar. İş sürekliliği planlaması, halk sağlığı açısından çoğu zaman göz ardı edilen ancak kritik bir dayanıklılık unsurudur. Kriz dönemlerinde sağlık hizmetlerinin kesintisiz biçimde sürdürülmesi, toplumun güvenliğini korumak ve ikincil sağlık sorunlarını önlemek açısından hayati öneme sahiptir. Akreditasyon, iş sürekliliği planlarının varlığını ve güncelliğini değerlendirerek sağlık kurumlarının kriz anına ve sonrasındaki toparlanma sürecine hazırlıklı olmasını teşvik eder (Margherita & Heikkilä, 2021; Yun et al., 2024). Bu yaklaşım, halk sağlığı kapasitesinin müdahale değil, iyileşme boyutunu da kapsamasını sağlar.

Kritik tedarik zinciri yönetimi, özellikle küresel salgınlar sırasında halk sağlığı kapasitesinin kırılganlığını ortaya koyan bir alan olmuştur. Kişisel koruyucu ekipman, ilaç ve tıbbi malzeme eksiklikleri, sağlık sistemlerinin en gelişmiş olduğu ülkelerde dahi ciddi sorunlara yol açmıştır. Akreditasyon standartlarının tedarik zinciri risklerini değerlendirmeye dahil etmesi, bu tür kırılganlıkların erken aşamada tespit edilmesine katkıda bulunur (Kaupa & Naude, 2021; Longaray et al., 2023). Bu durum, halk sağlığı açısından klinik hizmetler ile birlikte koruyucu ve önleyici müdahalelerin de sürekliliğini güvence altına alır. İletişim protokolleri ve triyaj kapasitesi, kriz dönemlerinde halk sağlığı etkilerini belirleyen diğer önemli unsurlardır. Etkili iletişim, doğru bilginin zamanında ve güvenilir biçimde paylaşılmasını sağlayarak, panik ve yanlış yönlendirmelerin önüne geçer. Akreditasyon çerçeveleri, kriz iletişimi planlarının varlığını ve uygulanabilirliğini değerlendirerek kurumların risk iletişimi kapasitesini güçlendirir. Triage kapasitesi ise sınırlı kaynakların adil ve etkili biçimde kullanılmasını sağlar (Berg et al., 2021; Røislien et al., 2022). Bu kapasitenin standartlara bağlanması,

halk sağlığı krizlerinde etik ve adalet temelli kararların desteklenmesine katkı sunar. İnsan kaynağı, halk sağlığı kapasitesinin en temel bileşenlerinden biridir ve kalite sistemleri bu kaynağın nasıl geliştirileceği ve sürdürüleceği konusunda önemli araçlar sunar. Halk sağlığı için kritik yetkinlikler arasında epidemiyolojik düşünme, risk iletişimi, veri okuryazarlığı ve kültürel yeterlilik öne çıkmaktadır. Bu yetkinlikler, halk sağlığı uzmanları ve sağlık sisteminin tüm bileşenleri için giderek daha önemli hale gelmektedir. Kalite ve akreditasyon sistemleri, eğitim ve yetkinlik değerlendirme araçları aracılığıyla bu becerilerin kurumsal düzeyde geliştirilmesini teşvik eder (Bender et al., 2014; Public Health Practice, 2021). Sürekli mesleki gelişim, kalite kültürünün yerleşmesi ve halk sağlığı kapasitesinin güçlenmesi açısından kritik bir rol oynar. Akreditasyon, eğitim faaliyetlerinin sistematik, planlı ve izlenebilir olmasını gerektirerek bireysel öğrenmeyi kurumsal öğrenmeye dönüştürür. Bu yaklaşım, halk sağlığı alanında hızla değişen bilgi ve risk ortamına uyum sağlamayı kolaylaştırır. Eğitimlerin iletişim, etik ve kültürel yeterlilik gibi alanlara da odaklanması, halk sağlığı müdahalelerinin etkinliğini artırır (World Health Organization, 2013; Bennetts et al., 2025). Kalite kültürü, insan kaynağı ve yönetim arasındaki bağlayıcı unsurdur. Kalite kültürü güçlü olan kurumlarda, hatalar cezalandırılacak bireysel başarısızlıklar olarak değil, sistemin geliştirilmesi için öğrenme fırsatları olarak görülür. Bu yaklaşım, olay bildirimi ve risk yönetimi gibi halk sağlığı açısından kritik süreçlerin etkinliğini artırır. Akreditasyon, kalite kültürünün değerlendirilmesini ve güçlendirilmesini teşvik ederek halk sağlığı kapasitesinin kültürel boyutunu da destekler (Daud, 2025).

Yönetişim ve liderlik, kalite ve akreditasyonun halk sağlığı kapasitesi üretme potansiyelinin merkezinde yer almaktadır. Kurumsal yönetim yapıları, risk yönetimi mekanizmaları ve insan kaynağına yönelik kalite odaklı

yaklaşımlar, halk sağlığı hedeflerinin sürdürülebilir biçimde gerçekleştirilmesini mümkün kılar. Kalite ve akreditasyon, bu bağlamda teknik düzenlemelerden ziyade, sağlık sistemlerini daha adil, dayanıklı ve güvenilir hale getiren stratejik yönetim araçları olarak değerlendirilmelidir. Bu perspektif, halk sağlığının geleceği açısından kalite ve akreditasyonun rolünü yeniden tanımlamayı mümkün kılmaktadır.

7. ENTEGRASYON ALANLARI: HALK SAĞLIĞININ ÖNCELİKLERİYLE AKREDİTASYONU BULUŞTURMAK

Halk sağlığı öncelikleri ile kalite ve akreditasyon sistemleri arasındaki ilişki, sağlık sistemlerinin dönüşen ihtiyaçları karşısında giderek daha stratejik bir önem kazanmaktadır. Geleneksel akreditasyon yaklaşımları, tarihsel olarak hastane merkezli bir mantıkla şekillenmiş ve klinik hizmetlerin güvenliği ile etkinliğini güvence altına almaya odaklanmıştır. Ancak günümüzde sağlık yükünün önemli bir bölümünün kronik hastalıklar, yaşlı nüfus, çevresel riskler ve davranışsal belirleyicilerden kaynaklanması, sağlık hizmetlerinin merkezini giderek daha fazla birinci basamak ve toplum temelli yapılara kaydırmaktadır. Bu dönüşüm, akreditasyonun kapsamının ve yaklaşımının da yeniden düşünülmesini zorunlu kılmaktadır. Halk sağlığının öncelikleriyle uyumlu bir akreditasyon anlayışı, hastanelerin iç süreçlerini ve ayrıca sağlık sisteminin bütüncül işleyişini ve toplumla kurduğu ilişkiyi kapsamak durumundadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, halk sağlığının temel taşı olarak kabul edilmektedir. Koruyucu hizmetler, erken tanı, kronik hastalık yönetimi ve süreklilik gerektiren izlem süreçleri büyük ölçüde birinci basamak üzerinden yürütülmektedir. Buna karşın akreditasyon sistemlerinin büyük bölümü, değerlendirme

ölçütlerini ikincil ve üçüncül basamak kurumlar üzerinden kurgulamış; birinci basamak ve toplum temelli hizmetleri ikincil bir konumda ele almıştır (Rastegarimehr et al., 2025). Bu durum, kalite ve akreditasyonun halk sağlığıyla entegrasyonunda yapısal bir boşluk yaratmaktadır. Sevk zinciri, hizmet sürekliliği ve bütüncül bakım gibi halk sağlığı açısından kritik unsurlar, çoğu zaman kurumlar arası etkileşim alanında yer almakta ve geleneksel akreditasyon çerçevelerinin sınırları dışında kalmaktadır (Tabrizi et al., 2023). Birinci basamak ile hastane hizmetleri arasındaki sevk zinciri, halk sağlığıyla uyumlu bir akreditasyon yaklaşımının merkezinde yer almalıdır. Sevk zincirinin etkin işlemediği sistemlerde, hastaneler gereksiz başvurularla aşırı yüklenmekte; birinci basamak ise koruyucu ve izleyici rolünü yeterince yerine getirememektedir (Frenk, 2009; Medicine et al., 2012; White, 2015). Bu durum, hem kaynak israfına hem de hizmet kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Akreditasyonun sevk süreçlerini ve kurumlar arası koordinasyonu değerlendiren bir çerçeve sunması, halk sağlığı açısından önemli bir kaldıraç etkisi yaratabilir. Bu yaklaşım, kaliteyi tek bir kurumun performansı olarak değil, sistemin bütünsel işleyişi olarak ele almayı gerektirir.

Hizmet sürekliliği, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde halk sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir. Diyabet, hipertansiyon, solunum yolu hastalıkları ve ruh sağlığı sorunları gibi durumlar, uzun vadeli izlem ve çok disiplinli bakım gerektirir. Akreditasyon sistemleri, çoğu zaman episodik bakım süreçlerine odaklanmakta ve süreklilik boyutunu sınırlı biçimde ele almaktadır. Oysa halk sağlığı perspektifinden kalite, hastanın sağlık sistemiyle kurduğu ilişkinin zamansal sürekliliğini de kapsamalıdır (Dreier et al., 2012; Organization, 2018). Birinci basamak, hastane ve toplum temelli hizmetler arasındaki bilgi akışı ve koordinasyonun kalite standartlarına entegre edilmesi, bu boşluğun giderilmesine katkı sağlayabilir. Evde bakım ve toplum

izlem mekanizmaları, sağlık sistemlerinin yaşlanan nüfus ve kronik hastalık yükü karşısında giderek daha önemli hale gelen bileşenleridir (Epping-Jordan et al., 2004). Bu hizmetler, bireysel bakım ihtiyacını karşılar ve ayrıca hastane yatışlarını azaltarak sistemin genel verimliliğini de artırır. Ancak evde bakım ve toplum izlem hizmetleri, çoğu zaman akreditasyon sistemlerinin merkezinde yer almamaktadır (Stevens et al., 2010; Akik et al., 2024). Halk sağlığıyla uyumlu bir kalite yaklaşımı, bu hizmetlerin standartlarını, izlem göstergelerini ve koordinasyon mekanizmalarını da kapsayacak biçimde genişletilmelidir. Böylece akreditasyon, toplum temelli bakımın kalitesini görünür kılan bir araç haline gelebilir.

Sağlık okuryazarlığı ve risk iletişimi, halk sağlığı öncelikleri ile kalite sistemlerinin kesiştiği bir diğer önemli entegrasyon alanını oluşturmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma kapasitesini ifade eder ve koruyucu hizmetlerin etkinliği üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi, aşılama oranlarının düşmesine, tarama programlarına katılımın azalmasına ve kronik hastalık yönetiminde uyumsuzluğa yol açabilmektedir (Sørensen et al., 2012). Buna karşın kalite ve akreditasyon standartlarında sağlık okuryazarlığı çoğu zaman dolaylı veya sınırlı biçimde ele alınmaktadır. Kalite standartlarının bilgilendirme ve iletişim hükümleri, genellikle hasta bilgilendirme formları, onam süreçleri ve iletişim kanallarının varlığı gibi teknik unsurlara odaklanmaktadır (Blackstone et al., 2011; Jha et al., 2018). Ancak halk sağlığı açısından risk iletişimi, bu dar çerçevenin ötesinde bir anlam taşır. Risk iletişimi, belirsizlikler, bilimsel tartışmalar ve toplumsal algılarla iç içe geçmiş karmaşık bir süreçtir. Aşı tereddüdü, salgın dönemlerinde yanlış bilginin yayılması ve sağlık kurumlarına duyulan güvensizlik, risk iletişiminin yetersizliğinin somut sonuçları olarak ortaya çıkmaktadır. Bu

bağlamda kalite ve akreditasyon, risk iletişimi kapasitesini bilgi aktarımı, güven inşası ve katılımcı iletişim süreçleri üzerinden değerlendirmelidir (Ratzan, 2001; Vellar et al., 2016).

Yanlış bilgi ekosistemi, dijital medya ve sosyal ağların yaygınlaşmasıyla birlikte halk sağlığı için önemli bir tehdit haline gelmiştir. Bilimsel kanıtlarla uyumlu olmayan bilgilerin hızla yayılması, sağlık otoritelerinin ve kurumlarının mesajlarını etkisizleştirebilmektedir. Kalite yönetimi perspektifi, bu sorunu iletişim departmanlarının sorumluluğu olarak değil, kurumsal bir risk alanı olarak ele almayı gerektirir (Nguyen & Catalan, 2020; Kington et al., 2021). Akreditasyonun, kurumların yanlış bilgiyle mücadele stratejilerini, iletişim planlarını ve toplumla etkileşim kapasitesini değerlendirmesi, halk sağlığı sonuçları üzerinde dolaylı fakat güçlü bir etki yaratabilir. Toplum katılımı, halk sağlığı ile akreditasyon arasındaki entegrasyonun en az kurumsallaşmış ancak en yüksek potansiyele sahip alanlarından biridir. Halk sağlığı müdahalelerinin başarısı, çoğu zaman toplumun bu müdahaleleri ne ölçüde benimsediği ve sahip çıktığıyla ilişkilidir (Panjaitan et al., 2023; Kuatowo et al., 2025). Buna karşın kalite ve akreditasyon sistemleri, toplumu genellikle hizmet alıcısı veya geri bildirim kaynağı olarak konumlandırmakta; karar alma süreçlerine aktif katılımını sınırlı biçimde ele almaktadır. Toplum katılımını kalite standartlarının bir bileşeni haline getirmek, halk sağlığı politikalarının meşruiyetini ve sürdürülebilirliğini artırabilir (Stasik & Jemielniak, 2022). Bu yaklaşım, akreditasyonu tek yönlü bir değerlendirme aracı olmaktan çıkararak, karşılıklı öğrenmeye dayalı bir yönetim mekanizmasına dönüştürür.

İklim, çevre ve sürdürülebilirlik boyutu, halk sağlığı öncelikleriyle akreditasyonun buluşturulması gereken en yeni ve en acil alanlardan biridir. Hava kirliliği, aşırı sıcaklar, su kaynaklarının azalması ve iklim kaynaklı afetler, halk sağlığı üzerinde giderek artan bir baskı oluşturmaktadır. Bu riskler,

çevresel politikaların yanı sıra sağlık sistemlerinin de doğrudan ilgi alanına girmektedir (Uras, 2025). Sağlık kurumları, hem bu risklerden etkilenen hem de çevresel ayak iziyle bu riskleri besleyebilen aktörlerdir. Bu ikili rol, kalite ve akreditasyon sistemlerinin sürdürülebilirlik boyutunu daha merkezi bir konuma taşımasını gerektirmektedir. “Yeşil hastane” uygulamaları, enerji verimliliği, atık yönetimi ve su kullanımının azaltılması gibi alanlarda sağlık kurumlarının çevresel etkisini sınırlamayı amaçlamaktadır (Doshi et al., 2024). Bu uygulamalar, çoğu zaman çevresel sorumluluk çerçevesinde ele alınsa da, halk sağlığıyla doğrudan ilişkilidir. Hava kirliliğinin azaltılması, kimyasal atıkların kontrolü ve iklim değişikliğine uyum, uzun vadede toplum sağlığını etkileyen kritik faktörlerdir. Kalite ve akreditasyonun bu alanlara yönelik standartlar geliştirmesi, sağlık kurumlarını çevresel risklere karşı daha duyarlı ve sorumlu hale getirebilir (Madden et al., 2020; Putnis & Neilson, 2022).

İklim kaynaklı afetler, sağlık sistemlerinin dayanıklılığını test eden önemli bir halk sağlığı tehdididir. Aşırı sıcaklar, seller ve orman yangınları gibi olaylar, sağlık hizmetlerine olan talebi ani ve yoğun biçimde artırmaktadır. Akreditasyon sistemlerinin afet hazırlığı, çevresel risk analizi ve iklim uyum stratejilerini değerlendirmesi, bu tür krizlerin halk sağlığı üzerindeki etkilerini sınırlayabilir. Bu yaklaşım, kalite ve akreditasyonu statik standartlar bütünü olmaktan çıkararak, değişen risk ortamına uyum sağlayabilen dinamik araçlar haline getirir. Halk sağlığının öncelikleriyle akreditasyonun buluşturulması, kalite sistemlerinin kapsamının ve bakış açısının genişletilmesini gerektirmektedir. Birinci basamak ve toplum temelli hizmetlerle entegrasyon, sağlık okuryazarlığı ve risk iletişimi kapasitesinin güçlendirilmesi, toplum katılımının kurumsallaştırılması ve çevresel sürdürülebilirliğin kalite çerçevesine dahil edilmesi, bu dönüşümün temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Bu alanlarda sağlanacak entegrasyon, akreditasyonu geçmiş performansı

değerlendiren bir araç olmaktan çıkararak, halk sağlığının geleceğini şekillendiren stratejik bir yönetim mekanizmasına dönüştürebilir.

8. POLİTİKA VE SİSTEM TASARIMI: ULUSAL AKREDİTASYONUN HALK SAĞLIĞINA ETKİSİ

Akreditasyon sistemleri, çoğu ülkede sağlık kurumlarının gönüllü veya yarı zorunlu katılımına dayanan, kurumsal düzeyde kaliteyi ve güvenliği artırmayı hedefleyen araçlar olarak yapılandırılmıştır. Ancak halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, bu yaklaşımın önemli bir sınırlılığı bulunmaktadır. Halk sağlığı, doğası gereği nüfus temelli ve sistem düzeyinde etki üretmeyi amaçlayan bir politika alanıdır; dolayısıyla belirli kurumların kalite düzeyini artırmaya odaklanan bir akreditasyon anlayışı, beklenen toplumsal etkiyi üretmekte yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle akreditasyonun halk sağlığı etkisini büyütmek, onu kurumsal bir değerlendirme mekanizması olmaktan çıkararak ulusal düzeyde politika ve sistem tasarımının aktif bir bileşeni haline getirmeyi gerektirir.

Ulusal düzeyde politika tasarımı, sağlık sistemlerinin hangi davranışları teşvik ettiğini, hangi sonuçları ödüllendirdiğini ve hangi riskleri görünür kıldığını belirleyen temel çerçeveyi sunar. Akreditasyonun bu çerçeveye uyumlu biçimde konumlandırılması, kalite ve halk sağlığı hedefleri arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Thielen et al., 2014). Aksi halde akreditasyon, sadece “iyi yönetilen” kurumları tanımlayan bir etiketleme mekanizmasına dönüşebilir ve sistem genelinde dönüşüm yaratma potansiyelini kaybedebilir. Bu bağlamda politika yapıcılar için temel soru, akreditasyonun nasıl tasarlanması gerektiğinden ziyade, hangi politika araçlarıyla halk sağlığı hedeflerini destekleyen bir akreditasyon ekosistemi

oluşturulabileceğidir (Davis et al., 2009). Finansal teşvikler, akreditasyonun halk sağlığı etkisini ulusal düzeyde büyütmede en güçlü politika araçlarından biridir. Sağlık kurumlarının davranışlarını şekillendiren temel faktörlerden biri kaynak tahsisi ve finansman mekanizmalarıdır. Akreditasyonun finansal teşviklerle ilişkilendirilmesi, kurumların kalite ve halk sağlığı hedeflerine yönelik yatırımlarını artırmasını sağlayabilir (Nolan et al., 2007; Heffernan et al., 2021). Ancak bu teşviklerin akreditasyon statüsüne sahip olmayı ödüllendiren basit mekanizmalar şeklinde tasarlanması, istenmeyen sonuçlar doğurabilir. Halk sağlığı perspektifinden etkili bir teşvik sistemi, akreditasyonun sadece bir “sonuç” değil, sürekli iyileştirme ve eşitsizlikleri azaltma sürecinin parçası olarak ele alınmasını gerektirir (Mate et al., 2014). Performans sözleşmeleri, akreditasyonun ulusal politika araçlarıyla entegrasyonunda önemli bir rol oynayabilir. Sağlık kurumlarıyla yapılan performans sözleşmelerinin, hizmet hacmi veya mali göstergelere değil, halk sağlığı sonuçlarına da odaklanması, sistem düzeyinde yön değişikliği yaratabilir. Aşılama kapsayıcılığı, tarama programlarına katılım, antibiyotik kullanımının rasyonelliği veya dezavantajlı gruplara erişim gibi göstergelerin performans sözleşmelerine entegre edilmesi, akreditasyon standartlarının halk sağlığı hedefleriyle daha güçlü biçimde ilişkilendirilmesini sağlar (Witter et al., 2013). Bu yaklaşım, kaliteyi teknik uyumdan çıkararak toplumsal değer üretimiyle ilişkilendiren bir politika mantığına dayanır. Veri şeffaflığı ve kamuya açık raporlama, akreditasyonun halk sağlığı etkisini büyüten bir diğer kritik politika aracıdır (Loevinsohn, 2008; Beitsch et al., 2018). Sağlık sistemlerinde kalite ve performans verilerinin kamuoyuyla paylaşılması, hesap verebilirliği artırmakla kalmaz; aynı zamanda toplumsal farkındalık ve talep oluşturur. Akreditasyon sonuçlarının, kalite göstergelerinin ve iyileştirme alanlarının şeffaf biçimde raporlanması, kurumlar arasında olumlu bir rekabet ortamı yaratabilir. Halk sağlığı açısından bu yaklaşım,

nüfusun sağlık hizmetleriyle ilgili bilinçli tercihler yapabilmesini ve politika yapımcıların sistem düzeyinde daha isabetli kararlar almasını destekler (Berenson et al., 2013; World Health Organization, 2019).

Kamuya açık raporlamanın halk sağlığıyla uyumlu olabilmesi için, raporlanan göstergelerin ortalama performanslar ile birlikte eşitsizlik boyutlarını da içermesi gerekmektedir. Bölgesel farklılıklar, sosyoekonomik eşitsizlikler ve kırılgan gruplara erişim gibi alanlarda şeffaf veri sunulmadığı sürece, raporlama mekanizmaları mevcut adaletsizlikleri görünmez kılabilir (Hausmann et al., 2023). Bu nedenle ulusal politika tasarımı, akreditasyon verilerinin nasıl raporlanacağı ve hangi göstergelerin önceliklendirileceği stratejik bir karardır. Halk sağlığı etkisini büyütme isteyen bir sistem, raporlamayı hesap verme aracı değil, eşitlik üretme mekanizması olarak kurgulanmalıdır (Green et al., 2010). Bölgesel eşitsizlikleri azaltmaya dönük hedefler, akreditasyonun ulusal düzeyde halk sağlığı etkisini güçlendirebileceği önemli bir politika alanını temsil eder. Sağlık sistemlerinde kalite genellikle büyük ve kaynakları güçlü kurumlarda daha hızlı gelişmekte; dezavantajlı bölgelerde ise akreditasyon süreçlerine katılım ve standartlara uyum daha sınırlı kalabilmektedir (Crenshaw et al., 2025). Bu durum, kalite ve akreditasyonun eşitsizlikleri azaltmak yerine pekiştirme riskini doğurur. Ulusal politika tasarımı, bu riski dengelemek amacıyla bölgesel destek mekanizmaları, hedefli teşvikler ve kapasite geliştirme programları içermelidir.

Akreditasyonun halk sağlığı etkisini büyütme yönelik bir politika yaklaşımı, standartların tüm kurumlar için tek tip uygulanmasından ziyade, bağlama duyarlı bir esneklik içermelidir. Dezavantajlı bölgelerde faaliyet gösteren sağlık kurumlarının, aynı standartlara ulaşabilmesi için daha fazla teknik ve mali desteğe ihtiyaç duyduğu açıktır. Bu destek sağlanmadığı sürece, akreditasyon bir kalite aracı olmaktan

çıkarak bir dışlama mekanizmasına dönüşebilir. Halk sağlığı odaklı bir sistem tasarımı, akreditasyonu cezalandırıcı değil, geliştirici bir politika aracı olarak konumlandırılmalıdır (Petras et al., 2025). Standardın revizyon mekanizmaları, akreditasyonun halk sağlığıyla uyumlu biçimde dinamik kalmasını sağlayan temel unsurlardan biridir. Halk sağlığı riskleri zaman içinde değişmekte; yeni tehditler, yeni öncelikler ve yeni bilimsel kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Sabit ve güncellenmeyen standartlar, bu dinamik yapıya uyum sağlamakta yetersiz kalır (Rashed et al., 2025; Sangwa & Mutabazi, 2025). Ulusal düzeyde etkili bir akreditasyon sistemi, standartların düzenli olarak gözden geçirildiği, paydaş katılımına açık ve kanıta dayalı revizyon süreçlerine sahip olmalıdır (Firchow et al., 2025). Bu süreçler, halk sağlığı uzmanlarının, yerel yönetimlerin ve sivil toplumun katkısını içermelidir.

Politika tasarımında akreditasyonun düzenleyici araçlarla ilişkisi de dikkate alınmalıdır. Akreditasyonun tamamen gönüllü bir mekanizma olarak bırakılması, sistem genelinde homojen bir kalite düzeyi oluşturmayı zorlaştırabilir. Buna karşın aşırı zorlayıcı ve yaptırımcı yaklaşımlar, kurumların akreditasyonu bir uyum yükü olarak görmesine yol açabilir. Halk sağlığı açısından dengeli bir politika tasarımı, akreditasyonu teşvik eden ancak aynı zamanda minimum kalite ve güvenlik düzeylerini zorunlu kılan hibrit bir yaklaşımı gerektirebilir (Mcdermott et al., 2015). Bu yaklaşım, kaliteyi sistem genelinde yükseltirken, yenilik ve sürekli iyileştirme alanı bırakır. Ulusal düzeyde akreditasyonun halk sağlığı etkisini büyütmek, aynı zamanda çok sektörlü politika entegrasyonunu da gerektirir (Greenfield et al., 2016). Halk sağlığı sonuçları, sağlık hizmetleriyle birlikte eğitim, çevre, ulaşım ve sosyal politika alanlarıyla da yakından ilişkilidir. Akreditasyonun bu alanlarla dolaylı temas noktalarını güçlendiren bir politika tasarımı, sağlık sistemlerinin toplumsal etkisini artırabilir. Örneğin çevresel sürdürülebilirlik, dijital

eşitsizlik veya sağlık okuryazarlığı gibi alanların akreditasyon çerçevesine entegre edilmesi, halk sağlığı hedeflerinin daha geniş bir politika ekosistemi içinde ele alınmasını sağlar (T. Ahmed, 2018; Rulinawaty et al., 2025).

Ulusal düzeyde politika ve sistem tasarımı, akreditasyonun halk sağlığı etkisini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Finansal teşvikler, performans sözleşmeleri, veri şeffaflığı, kamuya açık raporlama, bölgesel eşitsizlikleri azaltmaya dönük hedefler ve dinamik standart revizyon mekanizmaları; akreditasyonun kurumsal sınırları aşarak nüfus sağlığı üzerinde anlamlı bir etki üretmesini mümkün kılar. Bu araçlar, doğru biçimde tasarlandığında, akreditasyonu kaliteyi belgeleyen bir sistem olmaktan çıkararak halk sağlığını güçlendiren stratejik bir politika aracına dönüştürebilir. Bu perspektif, akreditasyonun geleceğini kurumsal mükemmeliyetin ötesinde, toplumsal değer üretimiyle ilişkilendiren bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır.

9. ETİK, HUKUKİ VE TOPLUMSAL BOYUTLAR

Akreditasyon sistemleri, çoğu zaman teknik standartlar, ölçütler ve denetim mekanizmaları üzerinden tartışılmakla birlikte özünde güçlü bir etik ve hukuki altyapıya dayanır. Bu altyapı, sağlık kurumlarının nasıl çalışması gerektiğini ve aynı zamanda sağlık sistemlerinin hangi değerleri koruduğunu ve hangi toplumsal öncelikleri benimsediğini de yansıtır. Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında, akreditasyonun etik boyutu ikincil bir unsur değil, sistemin meşruiyetini ve kabul edilebilirliğini belirleyen temel bir bileşendir. Sağlığın bir insan hakkı olarak tanımlandığı bir çerçevede, kalite ve akreditasyonun etik ilkelerden bağımsız biçimde ele alınması mümkün değildir. Bu nedenle adalet, ayrımcılık karşıtlığı, mahremiyet, bilgilendirilmiş onam ve hesap verebilirlik gibi etik ilkeler,

akreditasyonun halk sağlığı yönetişimiyle kurduğu ilişkinin merkezinde yer almalıdır.

Adalet ilkesi, hem halk sağlığının hem de akreditasyonun normatif temel taşlarından biridir. Halk sağlığı, nüfus düzeyinde sağlık eşitsizliklerini azaltmayı ve dezavantajlı grupların sağlık düzeyini iyileştirmeyi hedeflerken; akreditasyon, hizmet sunumunda belirli bir kalite düzeyini güvence altına almayı amaçlar. Ancak bu iki hedef her zaman kendiliğinden örtüşmez. Akreditasyon standartlarının bağlama duyarsız biçimde uygulanması, kaynakları sınırlı kurumların sistem dışına itilmesine ve hizmet sunumunun daha güçlü kurumlarda yoğunlaşmasına yol açabilir. Bu durum, halk sağlığı açısından adalet ilkesine aykırı sonuçlar doğurur (Creary, 2021; Blackford et al., 2025; Kakara Anderson et al., 2025). Dolayısıyla etik bir akreditasyon yaklaşımı, standartların teknik yeterlilik ile birlikte toplumsal etkiyi ve adalet sonuçlarını da gözetmesini gerektirir. Ayrımcılık karşıtlığı, akreditasyonun etik altyapısında halk sağlığıyla en doğrudan kesişen alanlardan biridir. Sağlık hizmetlerinde ayrımcılık, çoğu zaman açık politikalarla değil, dolaylı uygulamalar ve sistem tasarımları üzerinden ortaya çıkar. Dil bariyerleri, kültürel duyarsızlık, engellilik durumlarının yeterince dikkate alınmaması veya göçmen statüsüne bağlı erişim engelleri, hizmet sunumunda eşitsizlikler yaratır. Akreditasyon standartlarının bu tür ayrımcılık risklerini görünür kılacak ölçütler içermemesi, mevcut sorunların kurumsal düzeyde yeniden üretilmesine neden olabilir. Halk sağlığı yönetişimi açısından etik bir akreditasyon sistemi, ayrımcılığı yasaklayan değil, aktif olarak önlemeye yönelik mekanizmalar geliştiren bir yapıya sahip olmalıdır (Sperling & Pikkell, 2020; Lenton et al., 2024).

Mahremiyet, halk sağlığı ile akreditasyon arasındaki etik gerilim alanlarından birini temsil eder. Halk sağlığı uygulamaları, nüfus düzeyinde veri toplamayı ve analiz etmeyi gerektirirken;

bireysel mahremiyetin korunması temel bir etik ve hukuki yükümlülüktür. Akreditasyon sistemleri, veri yönetişimi ve bilgi güvenliği standartları aracılığıyla bu dengeyi kurmaya çalışır (Shah et al., 2025). Ancak bu dengenin kurulmasında kullanılan araçlar, halk sağlığı açısından önemli sonuçlar doğurur. Aşırı kısıtlayıcı veri politikaları, sürveyans ve erken uyarı sistemlerini zayıflatabilirken; yetersiz mahremiyet korumaları toplumsal güveni zedeler. Etik bir akreditasyon yaklaşımı, mahremiyeti hem bireysel bir hak hem de halk sağlığı kapasitesini mümkün kılan bir güven ilişkisi olarak ele almalıdır (Scheibner et al., 2020; A. Ahmed et al., 2025).

Bilgilendirilmiş onam ilkesi, klinik etik bağlamında sıklıkla tartışılrsa da, halk sağlığı uygulamaları açısından daha karmaşık bir anlam taşır. Aşılama programları, tarama hizmetleri ve salgın müdahaleleri gibi alanlarda, bireysel onam ile toplumsal yarar arasında hassas bir denge bulunmaktadır (L. M. Lee et al., 2012). Akreditasyon standartları, bilgilendirilmiş onam süreçlerini çoğu zaman bireysel klinik etkileşimler üzerinden tanımlar. Ancak halk sağlığı yönetişimi açısından onam, bir form veya prosedür değil, şeffaf iletişim ve toplumsal güven inşası sürecinin bir parçasıdır. Etik bir akreditasyon çerçevesi, bilgilendirilmiş onamı teknik bir gereklilik olmaktan çıkararak, katılımcı ve güven temelli bir ilişki biçimi olarak konumlandırmalıdır (Cumyn et al., 2020; Oehring & Gunasekera, 2024; Law et al., 2025). Hesap verebilirlik, akreditasyonun etik altyapısında merkezi bir rol oynar ve halk sağlığı yönetişiminin vazgeçilmez bir unsurudur. Sağlık kurumlarının düzenleyici otorite ile birlikte topluma karşı da hesap verebilir olması, halk sağlığı politikalarının meşruiyetini güçlendirir. Akreditasyon süreçleri, performans göstergeleri, dış değerlendirmeler ve raporlama mekanizmaları aracılığıyla bu hesap verebilirliği kurumsallaştırır. Ancak hesap verebilirliğin etik niteliği, bu süreçlerin nasıl tasarlandığına bağlıdır. Şeffaflıktan yoksun,

cezalandırıcı ve bağlama duyarsız mekanizmalar, kurumları savunmacı davranışlara itebilir ve öğrenme kültürünü zayıflatabilir (Jecker et al., 2025; Oberly et al., 2025). Halk sağlığı açısından etik bir hesap verebilirlik anlayışı, hataları gizlemek yerine görünür kılan ve sistematik iyileştirmeyi teşvik eden bir yapıyı gerektirir.

Akreditasyonun etik boyutları, hukuki çerçeveye iç içe geçmiş durumdadır. Sağlık hizmetleri, yüksek derecede düzenlenmiş bir alandır ve akreditasyon standartları çoğu zaman hukuki yükümlülüklerle örtüşür. Ancak etik ile hukukun birebir örtüştüğü varsayımı, halk sağlığı açısından sorunlu olabilir. Hukuki uyum, asgari gereklilikleri karşılamayı ifade ederken; etik sorumluluklar çoğu zaman bu sınırların ötesine geçer. Akreditasyonun hukuki riskleri minimize etmeye odaklanması, halk sağlığı açısından daha geniş sorumluluk alanlarının göz ardı edilmesine yol açabilir (Bouckley et al., 2025; Chachad et al., 2025). Bu nedenle etik ilkeler, akreditasyonun hukuki çerçevesini tamamlayan ve yönlendiren bir üst normatif yapı olarak ele alınmalıdır. Standart uyumunun dışlayıcı veya cezalandırıcı sonuçlar üretmemesi, akreditasyonun etik tasarımı kritik bir konudur. Standartlar, kaliteyi yükseltmeyi amaçlasa da, uygulama biçimleri eşitsizlikleri derinleştirebilir. Kaynakları sınırlı kurumlar, personel yetersizliği veya altyapı eksikliği nedeniyle standartlara uyum sağlamakta zorlanabilir. Bu durum, akreditasyonun bir kalite geliştirme aracı olmaktan çıkıp hizmet sunumunu sınırlayan bir engel haline gelmesine neden olabilir (Pauly et al., 2021; Saleh et al., 2021). Halk sağlığı açısından etik bir akreditasyon sistemi, bu tür riskleri öngören ve telafi edici mekanizmalar içeren bir tasarımı gerektirir. Kırılgan gruplar açısından bakıldığında, akreditasyonun dolaylı etkileri daha da belirgin hale gelmektedir. Dezavantajlı bölgelerde yaşayan, göçmen, engelli veya sosyoekonomik olarak kırılgan gruplara hizmet sunan kurumlar, genellikle daha yüksek ihtiyaçlara ve

daha sınırlı kaynaklara sahiptir. Bu kurumların akreditasyon süreçlerinde başarısız olması, en çok bu grupların hizmete erişimini olumsuz etkiler. Bu nedenle etik bir akreditasyon yaklaşımı, kırılgan gruplara hizmet sunan kurumları cezalandırmak yerine, onları destekleyen ve güçlendiren bir politika çerçevesiyle birlikte düşünülmelidir. Halk sağlığı yönetişimi, bu tür bağlamsal farklılıkları dikkate almadan adalet üretemez (Chipman et al., 2024; Dine & Dany, 2024).

Kaynak kısıtlı kurumlar açısından akreditasyonun etik boyutu, kapasite geliştirme ile doğrudan ilişkilidir. Standartlara uyumun bir değerlendirme kriteri olarak değil, öğrenme ve gelişim sürecinin parçası olarak kurgulanması, etik riskleri azaltabilir. Teknik destek, eğitim programları ve aşamalı uyum modelleri, akreditasyonun dışlayıcı etkilerini sınırlayan araçlar olarak öne çıkar. Bu yaklaşım, halk sağlığı açısından akreditasyonun bir “eleme” mekanizması değil, sistem genelinde kaliteyi yükselten bir dayanışma aracı olarak işlemesini sağlar. Toplumsal boyut, akreditasyonun etik ve hukuki çerçevesinin tamamlayıcı bir unsuru olarak değerlendirilmelidir. Sağlık kurumları, hizmet sunan organizasyonların ötesinde toplumsal aktörlerdir. Akreditasyonun toplumsal etkisi, toplumun bu süreçleri ne ölçüde anladığı, benimsediği ve güven duyduğuyla yakından ilişkilidir. Kapalı ve uzmanlara özgü akreditasyon süreçleri, toplumsal katılım ve şeffaflık eksikliği nedeniyle meşruiyet sorunları yaşayabilir. Halk sağlığı yönetişimi açısından etik bir akreditasyon anlayışı, toplumu pasif bir izleyici değil, sürecin paydaşı olarak konumlandırmalıdır (Chance et al., 2024).

Etik, hukuki ve toplumsal boyutlar, akreditasyonun halk sağlığı üzerindeki etkisini belirleyen kurucu unsurlardır. Adalet, ayrımcılık karşıtlığı, mahremiyet, bilgilendirilmiş onam ve hesap verebilirlik gibi etik ilkeler; akreditasyonun toplumsal değer üreten bir yönetim mekanizması olmasını sağlar. Standart uyumunun dışlayıcı ve cezalandırıcı sonuçlar üretmemesi için

bağlama duyarlı, geliştirici ve destekleyici tasarım ilkelerinin benimsenmesi gerekmektedir. Bu perspektif, akreditasyonu halk sağlığının normatif hedefleriyle uyumlu, etik açıdan meşru ve toplumsal olarak kabul edilebilir bir sistem tasarımına dönüştürmenin temelini oluşturmaktadır.

10. SINIRLILIKLAR VE GELECEK ARAŞTIRMALAR

Bu bölüm, halk sağlığı ile kalite ve akreditasyon arasındaki ilişkiyi kavramsal, yönetim temelli ve politika odaklı bir perspektiften ele almıştır. Ancak bu yaklaşımın doğası gereği belirli sınırlılıkları bulunmaktadır ve bu sınırlılıkların açık biçimde ifade edilmesi, çalışmanın bilimsel konumunu güçlendiren temel bir gerekliliktir. Bölüm, ampirik veri analizine dayalı bir etki değerlendirmesi sunmamakta; bunun yerine mevcut literatür, politika belgeleri, standart setleri ve kuramsal çerçeveler üzerinden analitik bir sentez üretmeyi amaçlamaktadır. Bu durum, çalışmanın sunduğu çıkarımların genellenebilirliği ve nedensellik iddiaları açısından dikkatli biçimde yorumlanmasını zorunlu kılmaktadır.

Çalışmanın temel sınırlılıklarından biri, kalite ve akreditasyonun halk sağlığı çıktıları üzerindeki etkisini doğrudan ölçen nicel analizlere yer verememesidir. SKS ve SAS gibi sistemlerin, koruyucu hizmetler, eşitsizlikler veya sistem dayanıklılığı üzerindeki etkileri çoğu zaman dolaylı, çok boyutlu ve zamana yayılmış biçimde ortaya çıkmaktadır. Bu karmaşık etki yapısı, kısa dönemli veya tek merkezli çalışmalarla yakalanması güç sonuçlar üretmektedir. Bu bölümde sunulan argümanlar, bu etki mekanizmalarının varlığını ve önemini kuramsal olarak temellendirse de, bu ilişkilerin ampirik olarak test edilmesi ayrı araştırma tasarımlarını gerektirmektedir. Bir diğer önemli sınırlılık, çalışmanın bağlamsal çeşitliliği sınırlı

ölçüde ele alabilmesidir. SKS ve SAS uygulamaları, farklı sağlık sistemleri, bölgesel koşullar ve kurumsal kapasiteler içinde farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Bu bölüm, ağırlıklı olarak ulusal düzeyde politika ve sistem tasarımı perspektifini benimsemiş; mikro düzeyde kurum içi uygulamalardaki farklılaşmaları veya yerel bağlamların etkisini ayrıntılı biçimde analiz etmemiştir. Bu durum, özellikle kaynak kısıtlı kurumlar, kırsal bölgeler ve dezavantajlı nüfuslara hizmet sunan yapılar açısından genelleme yapılırken temkinli olunmasını gerektirmektedir. Ayrıca çalışmanın kavramsal doğası, kalite ve akreditasyonun halk sağlığına etkisini normatif ve yönetim temelli bir çerçevede ele almasına yol açmıştır. Bu yaklaşım, teknik performans göstergelerinden ziyade değer üretimi, eşitlik, güven ve sistem dayanıklılığı gibi daha geniş boyutlara odaklanmıştır. Ancak bu tercihin bir sonucu olarak, belirli klinik alanlara veya spesifik hizmet türlerine ilişkin ayrıntılı etki analizleri kapsam dışında bırakılmıştır. Bu durum, çalışmanın derinliğini belirli alanlarda artırırken, bazı uygulama düzeyindeki soruların açık kalmasına neden olmuştur. Bu sınırlılıklar, çalışmanın bilimsel katkısını zayıflatmak yerine, güçlü ve çok katmanlı bir araştırma gündeminin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Halk sağlığı ile kalite ve akreditasyon arasındaki ilişkinin karmaşık yapısı, disiplinler arası, uzunlamasına ve çok yöntemli araştırma tasarımlarını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda gelecekteki araştırmalar, kalite ve akreditasyonun halk sağlığına katkısını daha sistematik ve ölçülebilir hale getirmeyi hedeflemelidir.

Araştırma gündeminin ilk önemli başlığı, SKS ve SAS uygulamalarının koruyucu hizmet göstergeleri üzerindeki etkisinin ampirik olarak incelenmesidir. Aşılama kapsayıcılığı, tarama programlarına katılım oranları, anne-çocuk sağlığı izlemlerinin sürekliliği ve bulaşıcı hastalık bildirimlerinin zamanlılığı gibi göstergeler, halk sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Ancak bu göstergelerin kalite ve akreditasyon

süreçleriyle nasıl ilişkilendiğine dair sistematik kanıtlar sınırlıdır. Uzunlamasına veri setlerine dayalı, akredite ve akredite olmayan kurumları karşılaştıran çalışmalar, bu ilişkinin yönünü ve gücünü daha net biçimde ortaya koyabilir. İkinci önemli araştırma alanı, eşitsizlik duyarlı kalite izleme yaklaşımlarının geliştirilmesidir. Mevcut kalite değerlendirme sistemleri, çoğu zaman ortalama performans göstergelerine dayanmakta ve sağlık eşitsizliklerini görünmez kılabilmektedir. Gelecek araştırmalar, kalite göstergelerinin sosyoekonomik durum, cinsiyet, yaş, göçmenlik statüsü ve coğrafi bölge gibi kırılımlar üzerinden nasıl ayrıştırılabileceğini ve bu ayrıştırmanın politika kararlarını nasıl etkilediğini incelemelidir. Bu tür çalışmalar, kalite ve akreditasyonun halk sağlığında adalet üretme potansiyelini somut verilerle değerlendirmeyi mümkün kılar. Salgın hazırlığı ve akreditasyon arasındaki ilişki, özellikle son küresel deneyimler ışığında araştırma gündeminin merkezinde yer almalıdır. Akreditasyon süreçlerinin acil durum planlaması, risk yönetimi, iletişim protokolleri ve tedarik zinciri dayanıklılığı gibi alanlarda sağlık kurumlarını ne ölçüde güçlendirdiği, ampirik olarak test edilmesi gereken bir sorudur. Salgın öncesi ve sonrası dönemleri kapsayan karşılaştırmalı analizler, akreditasyonun sistem dayanıklılığı üzerindeki gerçek etkisini ortaya koyabilir. Bu tür çalışmalar, kalite ve akreditasyonun rutin hizmetler ile birlikte kriz yönetimi için de stratejik bir araç olup olmadığını değerlendirmeye olanak tanır.

Birinci basamak akreditasyon modelleri, araştırma gündeminde özel bir başlık olarak ele alınmalıdır. Mevcut literatür ve uygulamalar, büyük ölçüde hastane merkezli akreditasyon sistemlerine odaklanmıştır. Oysa halk sağlığı öncelikleri açısından birinci basamak hizmetler, koruyucu ve toplum temelli müdahalelerin ana taşıyıcısıdır. Birinci basamak için geliştirilecek bağlama duyarlı akreditasyon modellerinin, hizmet sürekliliği, sevk zinciri etkinliği ve kronik hastalık

yönetimi üzerindeki etkileri henüz yeterince araştırılmamıştır. Bu alandaki çalışmalar, akreditasyonun hastane merkezli sınırlarını aşarak halk sağlığıyla daha güçlü biçimde bütünleşmesine katkı sağlayabilir. Hasta güveni ve risk iletişimi mekanizmaları, kalite ve akreditasyonun halk sağlığı üzerindeki dolaylı ancak güçlü etkilerinden biridir. Ancak bu ilişkinin ampirik temelleri oldukça sınırlıdır. Gelecek araştırmalar, akreditasyon statüsünün sağlık kurumlarına duyulan güveni nasıl etkilediğini, bu güvenin koruyucu hizmetlere katılım ve aşı tereddüdü gibi sonuçlarla nasıl ilişkilendiğini incelemelidir. Nitel ve nicel yöntemlerin birlikte kullanıldığı çalışmalar, kalite ve akreditasyonun güven üretme kapasitesini daha derinlemesine analiz etmeyi mümkün kılar. Araştırma gündeminin bir diğer boyutu, karma yöntemli tasarımların teşvik edilmesidir. Halk sağlığı ve kalite ilişkisi, sayısal göstergelerle birlikte kurumsal kültür, liderlik pratikleri ve toplumsal algılar gibi nitel unsurlarla da şekillenmektedir. Bu nedenle nicel etki analizlerinin, derinlemesine görüşmeler, vaka çalışmaları ve politika analizleriyle desteklenmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım, akreditasyonun halk sağlığı üzerindeki etkilerini daha bütüncül biçimde anlamaya katkı sağlar. Karşılaştırmalı uluslararası çalışmalar, araştırma gündeminin önemli bir parçası olmalıdır. Farklı ülkelerde uygulanan kalite ve akreditasyon sistemlerinin halk sağlığı sonuçları üzerindeki etkilerini karşılaştırmak, bağlamsal faktörlerin rolünü daha net biçimde ortaya koyabilir. Bu tür çalışmalar, SKS ve SAS gibi ulusal sistemlerin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek ve politika öğrenmesini desteklemek açısından değerli bir bilgi zemini sunar.

Kitabın kavramsal ve belgesel niteliğinden kaynaklanan sınırlılıkları açık biçimde ortaya koyarken, bu sınırlılıkları ileriye dönük güçlü bir araştırma gündemine dönüştürmeyi amaçlamıştır. SKS ve SAS uygulamalarının halk sağlığı üzerindeki etkilerinin daha sistematik, eşitsizlik duyarlı ve krizlere duyarlı biçimde incelenmesi; kalite ve akreditasyonun

gelecekteki rolünü yeniden tanımlamak açısından kritik öneme sahiptir. Bu araştırma gündemi, kalite ve akreditasyonu teknik uyum araçları olmaktan çıkararak, nüfus sağlığını güçlendiren kanıta dayalı politika bileşenleri haline getirmeye yönelik akademik ve uygulamalı çalışmalara güçlü bir çağrı sunmaktadır.

11. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkta kalite ve akreditasyonun halk sağlığı açısından hizmet içi standardizasyonu sağlayan teknik düzenlemelerin ötesinde sistemin nasıl işlediğini, hangi riskleri yönettiğini ve hangi değerleri ürettiğini belirleyen bütüncül bir müdahale alanı olarak ele alınması gerektiğidir. Halk sağlığı, nüfus temelli değer üretimine odaklanan, eşitliği, güveni ve dayanıklılığı merkeze alan bir politika alanı olarak tanımlandığında; kalite ve akreditasyon bu alanın doğal tamamlayıcıları haline gelmektedir. Bu çerçevede kalite ve akreditasyon, “iyi uygulamaları belgeleyen” araçlar olmanın ötesinde sağlık sistemlerinin veri temelli yönetim kapasitesini, riskleri yönetme becerisini ve toplumsal meşruiyetini güçlendiren yapısal mekanizmalar olarak konumlandırılmalıdır.

Kalite ve akreditasyonun halk sağlığı üzerindeki etkisi, çoğu zaman dolaylı da olsa önemlidir. Enfeksiyon kontrolü, hasta ve toplum güveni, veri üretimi ve kullanımı, risk yönetimi ve krizlere hazırlık gibi alanlar, bu etki mekanizmalarının en belirgin örneklerini oluşturmaktadır. Bu alanlarda geliştirilen standartlar ve yönetim pratikleri, doğrudan bir halk sağlığı müdahalesi olarak tanımlanmasa dahi, nüfus sağlığını belirleyen sistem koşullarını şekillendirmektedir. Bu nedenle kalite ve akreditasyon, halk sağlığı için pasif bir arka plan unsuru değil, aktif bir sistem müdahalesi olarak ele alınmalıdır. Bu yaklaşım, kalite ve akreditasyonun “nasıl hizmet sunulduğu” sorusunun ilaveten “kime, hangi koşullarda ve hangi toplumsal sonuçlarla

hizmet sunulduğu” sorusuna da yanıt üretmesini gerektirir. Eşitlik, bu noktada merkezi bir kavram olarak öne çıkmaktadır. Halk sağlığı açısından kalite, ortalama performansın yükseltilmesiyle değil, eşitsizliklerin azaltılmasıyla anlam kazanır. Akreditasyon sistemlerinin bu perspektifle yeniden düşünülmesi, kaliteyi teknik bir başarı göstergesi olmaktan çıkararak toplumsal adalet üreten bir mekanizmaya dönüştürme potansiyeli taşımaktadır.

Güven, bu kısmın bir diğer temel eksenini oluşturmaktadır. Sağlık kurumlarına ve sağlık otoritelerine duyulan güven, koruyucu hizmetlere katılım, risk iletişiminin etkinliği ve kriz dönemlerinde toplumsal uyum açısından belirleyici bir faktördür. Kalite ve akreditasyon, şeffaflık, hesap verebilirlik ve standartlara dayalı hizmet sunumu yoluyla bu güvenin kurumsal düzeyde üretilmesine katkı sağlayabilir. Ancak bu katkının ortaya çıkabilmesi, kalite süreçlerinin cezalandırıcı ve dışlayıcı değil, öğrenmeye ve sürekli iyileştirmeye dayalı bir anlayışla tasarlanmasına bağlıdır. Dayanıklılık kavramı da bu çalışmanın merkezinde yer alan bir diğer temel boyuttur. Salgınlar, iklim kaynaklı afetler ve demografik dönüşümler, sağlık sistemlerinin belirsizlik ve kriz koşullarında işlevlerini sürdürebilme yeteneğini de sınamaktadır. Kalite ve akreditasyon sistemleri, risk yönetimi, acil durum hazırlığı ve iş sürekliliği gibi alanlarda kurumsal kapasiteyi güçlendirerek halk sağlığı açısından kritik olan sistem dayanıklılığını destekleyebilir. Bu bağlamda akreditasyon, geçmiş performansı değerlendiren bir araç olmanın yanı sıra geleceğe dönük hazırlık kapasitesini inşa eden bir mekanizma olarak değerlendirilmelidir. Veri temelli yönetim, kalite ve akreditasyonun halk sağlığıyla kesiştiği bir diğer stratejik alandır. Halk sağlığı politikalarının etkinliği, güvenilir, zamanlı ve ayrıştırılmış verilere dayanır. Kalite ve akreditasyon süreçleri, veri üretimi, standardizasyonu ve kullanımını kurumsal norm haline getirerek halk sağlığı için

gerekli bilgi altyapısını güçlendirebilir. Ancak bu potansiyelin gerçekleşmesi, verinin sadece raporlama amacıyla değil, karar alma ve iyileştirme süreçlerinin merkezinde kullanılmasıyla mümkündür.

Bu çerçevede kalite ve akreditasyon halk sağlığı için çok boyutlu bir sistem müdahalesi olarak ele alınmalıdır. Bu sistem müdahalesi, kurum düzeyinde başlayıp sistem ve politika düzeyine yayılan çok katmanlı bir etki üretmektedir. Bu nedenle öneriler de üç düzeyde ele alınmalıdır: kurum düzeyi, sistem düzeyi ve politika düzeyi.

Kurum düzeyinde öneriler, kalite ve akreditasyonun günlük uygulamalara nasıl yansıtıldığına odaklanmaktadır. İlk olarak ölçüm kapasitesinin güçlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Kurumlar, sadece sonuç göstergelerini değil, süreç ve dengeleyici göstergeleri de içeren bütüncül bir ölçüm mimarisi geliştirmelidir. Bu yaklaşım, istenmeyen yan etkilerin erken tespit edilmesini ve sürdürülebilir iyileştirme süreçlerinin işletilmesini mümkün kılar. Ölçüm, bir denetim aracı olmaktan çıkarılarak öğrenme ve gelişim aracı haline getirilmelidir. Risk yönetimi, kurum düzeyindeki ikinci temel öneri alanını oluşturmaktadır. Halk sağlığı riskleri, çoğu zaman kurum içi sınırları aşan ve sistemle etkileşim içinde ortaya çıkan tehditlerdir. Kurumların riskleri klinik olaylar ve ayrıca iletişim, veri, tedarik zinciri ve insan kaynağı gibi alanları kapsayacak biçimde ele alması gerekmektedir. Akreditasyon çerçevelerinin sunduğu risk yönetimi araçları, bu geniş perspektifin kurumsallaştırılması için etkin biçimde kullanılmalıdır. Kurum kültürü, kalite ve akreditasyonun halk sağlığına katkısını belirleyen en kritik ancak en zor ölçülen unsurlardan biridir. Hataların cezalandırılmadığı, geri bildirimin teşvik edildiği ve sürekli öğrenmenin benimsendiği bir kalite kültürü, halk sağlığı açısından hayati öneme sahiptir. Bu kültür, hasta güvenliği uygulamalarından risk iletişimine kadar pek çok alanda belirleyici rol oynar. Kurumlar,

kaliteyi bir belge veya etiket değil, günlük karar alma süreçlerini yönlendiren bir değerler bütünü olarak benimsemelidir. Sistem düzeyinde öneriler, kurumlar arası etkileşimleri ve yönetim mekanizmalarını merkeze almaktadır. Veri tasarımı, bu düzeydeki en önemli müdahale alanlarından biridir. Halk sağlığıyla uyumlu bir kalite sistemi, kurumlar arasında karşılaştırılabilir, ayrıştırılmış ve güvenilir veri akışını mümkün kılmalıdır. Bu verilerin üst yönetim ile birlikte ilgili tüm paydaşlara anlamlı biçimde sunulması, sistem düzeyinde öğrenmeyi ve koordinasyonu güçlendirir. Teşvik tasarımı, sistem düzeyinde kalite ve akreditasyonun halk sağlığı etkisini belirleyen bir diğer kritik unsurdur. Finansal ve performans temelli teşviklerin, akreditasyon statüsünün yanı sıra eşitlik, erişim ve koruyucu hizmet sonuçlarını da ödüllendirecek biçimde kurgulanması gerekmektedir. Aksi halde teşvik mekanizmaları, kaliteyi dar bir uyum alanına indirgeme riski taşır. Halk sağlığı odaklı bir teşvik sistemi, kaliteyi toplumsal değer üretimiyle ilişkilendirmelidir.

Politika düzeyindeki öneriler ise kalite ve akreditasyonun ulusal ölçekte nasıl konumlandırılacağına ilişkindir. Eşitlik, bu düzeyde merkezi bir ilke olarak ele alınmalıdır. Standartların bağlama duyarlı biçimde uygulanması, dezavantajlı bölgeler ve kırılgan gruplar açısından destekleyici mekanizmaların geliştirilmesi gerekmektedir. Akreditasyon, kaliteyi yükseltirken hizmet sunumunu daraltan bir araç haline gelmemelidir. Şeffaflık, politika düzeyindeki ikinci temel öneri alanını oluşturmaktadır. Akreditasyon sonuçlarının ve kalite göstergelerinin kamuoyuyla paylaşılması, hesap verebilirliği ve toplumsal güveni güçlendirebilir. Ancak bu şeffaflığın, kurumları damgalayan veya cezalandıran bir dile dönüşmemesi önemlidir. Politika tasarımı, kamuya açık raporlamayı öğrenmeyi ve iyileştirmeyi teşvik eden bir çerçevede ele alınmalıdır. Standartların revizyonu ve güncellenmesi, politika düzeyinde süreklilik gerektiren bir diğer

alandır. Halk sağlığı riskleri dinamik bir yapı sergilediğinden, kalite ve akreditasyon standartlarının da bu değişime uyum sağlayacak esnekliğe sahip olması gerekmektedir. İklim değişikliği, dijitalleşme ve yeni sağlık tehditleri gibi alanlar, standart setlerinin halk sağlığı perspektifiyle yeniden ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

Kalite ve akreditasyon, yalnızca hizmet içi standardizasyon değil; eşitlik, güven, dayanıklılık ve veri temelli yönetim kapasitesi üreten bir sistem müdahalesidir. Bu müdahalenin etkili olabilmesi, kurum, sistem ve politika düzeylerinde uyumlu ve tutarlı yaklaşımların benimsenmesine bağlıdır. Bu perspektif, kalite ve akreditasyonu geçmiş performansı belgeleyen araçlar olmaktan çıkarak, halk sağlığının geleceğini şekillendiren stratejik mekanizmalar haline getirme potansiyeli taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Abbasi, M., Majdzadeh, R., Zali, A., Karimi, A., & Akrami, F. (2018). The evolution of public health ethics frameworks: Systematic review of moral values and norms in public health policy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3), 387–402. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9813-y>
- Addy, A., Abrompah, T., Gomadoh, M., Eduam, A., & Benneh Mensah, G. (2024). Beyond awareness: using evidence-based strategies to increase vaccine acceptance in urban Ghana. *International Journal of Medical Evaluation and Physical Report*, 8, 1–10.
- Adıyaman, S., & Özsoy, S. A. (2022). Aşı tereddüdü ölçeğinin türk toplumunda geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 63–72.
- Ahmed, A., Shahzad, A., Naseem, A., Ali, S., & Ahmad, I. (2025). Evaluating the effectiveness of data governance frameworks in ensuring security and privacy of healthcare data: A quantitative analysis of ISO standards, GDPR, and HIPAA in blockchain technology. *PLOS ONE*, 20(5), e0324285. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324285>
- Ahmed, T. (2018). A leap to hybrid governance for European Union Healthcare on Organ Donations. *JL & Health*, 31, 118.
- Akik, C., El Dirani, Z., Willis, R., Truppa, C., Zmeter, C., Aebischer Perone, S., Roswall, J., Hamadeh, R., Blanchet, K., Roberts, B., Fouad, M. F., Perel, P., & Ansbro, É. (2024). Providing continuity of care for people living with noncommunicable diseases in humanitarian settings: A qualitative study of health actors' experiences in Lebanon.

- Journal of Migration and Health*, 10, 100269.
<https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100269>
- Alhawajreh, M. J., Paterson, A. S., & Jackson, W. J. (2023). Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *PLOS ONE*, 18(12), e0294180. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294180>
- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature. *Annals of Saudi Medicine*, 31(4), 407–416. <https://doi.org/10.4103/0256-4947.83204>
- Amaral, E., & Norcini, J. (2023). Quality assurance in health professions education: Role of accreditation and licensure. *Medical Education*, 57(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/medu.14880>
- Ameh, S., Gómez-Olivé, F. X., Kahn, K., Tollman, S. M., & Klipstein-Grobusch, K. (2017). Relationships between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: Applying a structural equation model. *BMC Health Services Research*, 17(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2177-4>
- Argaw, M. D., Desta, B. F., Tsegaye, Z. T., Mitiku, A. D., Atsa, A. A., Tefera, B. B., Rogers, D., Teferi, E., Abera, W. S., Beshir, I. A., Kora, Z. A., Setegn, S., Anara, A. A., Sinamo, T., & Muloiwa, R. (2022). Immunization data quality and decision making in pertussis outbreak management in southern Ethiopia: A cross sectional study. *Archives of Public Health*, 80(1), 49. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00805-6>
- Ata, A. N., & Toraman, A. (2021). Klinik kalite kavramı ve önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(4), 342–349.

- Atobatele, O., Hungbo, A., & Adeyemi, C. (2019). Leveraging big data analytics for population health management: a comparative analysis of predictive modeling approaches in chronic disease prevention and healthcare resource optimization. *IRE Journals*, Volume 3 Issue 4, ISSN: 2456-88803.
- Bambas, A., & Casas, J. A. (2001). Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*, 12–21.
- Barr, E., & Brannan, G. D. (2025). Quality improvement methods (lean, pdsa, six sigma). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599556/>
- Baumer-Mouradian, S. H., Servi, A., Kleinschmidt, A., Nimmer, M., Lazarevic, K., Hanson, T., Jastrow, J., Jaworski, B., Kopetsky, M., & Drendel, A. L. (2021). Vaccinating in the emergency department, a model to overcome influenza vaccine hesitancy. *Pediatric Quality & Safety*, 6(2), e430.
<https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000430>
- Beitsch, L. M., Kronstadt, J., Robin, N., & Leep, C. (2018). Has voluntary public health accreditation impacted health department perceptions and activities in quality improvement and performance management? *Journal of Public Health Management and Practice*, 24, S10.
<https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000713>
- Bender, K. W., Kronstadt, J. L., Wilcox, R., & Tilson, H. H. (2014). Public health accreditation addresses issues facing the public health workforce. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(5, Supplement 3), S346–S351.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.07.020>

- Bennetts, Elliston, & Maconachie. (2025). Continuing professional development for public health: An andragogical approach. *Public Health*, Volume 126, Issue 6, June 2012, Pages 541-545. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.01.032>
- Benson, T., & Benson, A. (2025). Evaluation of a data-driven recall system in general practice. *BMJ Open Quality*, 14(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-003137>
- Berenson, R. A., Pronovost, P. J., & Krumholz, H. M. (2013). Achieving the potential of health care performance measures. *Timely Anal Immed Health Pol*, 2013, 2.
- Berg, S. H., O'Hara, J. K., Shortt, M. T., Thune, H., Brønnick, K. K., Lungu, D. A., Røislien, J., & Wiig, S. (2021). Health authorities' health risk communication with the public during pandemics: A rapid scoping review. *BMC Public Health*, 21(1), 1401. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11468-3>
- Berktaş, M., Cengiz, C., Beylik, U., Kayral, İ. H., Avcı, K., Gökmen Kavak, D., Yüce, M., & Güdük, Ö. (2017). Hastane Akreditasyon Programı Rehberi. online: <https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/yayinlar/2024-11-13-12-12-12.pdf>. Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü.
- Blackford, K., Burns, S., Taylor, J., Leaversuch, F., Gamble, T., & Crawford, G. (2025). Putting ethics at the centre of health promotion practice: Lessons from Australia. *Health Promotion International*, 40(6), daaf205. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaf205>
- Blackstone, S., Garrett, K., & Hasselkus, A. (2011). New hospital standards will improve communication. *The ASHA Leader*

Archive, 16(1), 24–25.
<https://doi.org/10.1044/leader.OTP.16012011.24>

- Bouckley, T., Peiris, D., Nambiar, D., Prince, S., Pearson, S.-A., & Schierhout, G. (2025). “I would be very proud to be part of an initiative that didn’t exclude people because it was hard”: Mapping and contextualising health equity responsibilities and decision-making tensions in the implementation of a multi-level system reform initiative. *International Journal for Equity in Health*, 24(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02405-6>
- Brown, A. (2019). Understanding corporate governance of healthcare quality: A comparative case study of eight Australian public hospitals. *BMC Health Services Research*, 19(1), 725. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4593-0>
- Calfee, D. P. (2024). Putting the “all” in “safe health care for all.” *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 45(4), 420–421. <https://doi.org/10.1017/ice.2024.33>
- Cerezo-Cerezo, J., de Manuel-Keenoy, E., Alton, D., Bruijnzeels, M., Jurgutis, A., & Jakab, M. (2025). Unlocking the power of population health management to strengthen primary health care. *Atención Primaria*, 57(7), 103211. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103211>
- Chachad, N., Levy, A., Fine, L., Uzdavines, M., & Rajput, V. (2025). Interprofessional collaboration between law and medicine: opportunities for health equity through pathway programs. *Academic Medicine*, 100(10), 1128. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000006075>
- Chance, S., Børsen, T., Martin, D. A., Tormey, R., Lennerfors, T. T., & Bombaerts, G. (2024). The Routledge International

- Handbook of Engineering Ethics Education (1st ed.).
Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003464259>
- Chandra, A., Martin, L. T., Acosta, J. D., Nelson, C., Yeung, D.,
Qureshi, N., & Blagg, T. (2022). Equity as a guiding
principle for the public health data system. *Big Data*,
10(S1), S3–S8. <https://doi.org/10.1089/big.2022.0204>
- Chen, H., Hailey, D., Wang, N., & Yu, P. (2014). A Review of data
quality assessment methods for public health information
systems. *International Journal of Environmental
Research and Public Health*, 11(5), 5170–5207.
<https://doi.org/10.3390/ijerph110505170>
- Chipman, S. A., Meagher, K., & Barwise, A. K. (2024). A public
health ethics framework for populations with limited
English proficiency. *The American Journal of Bioethics*,
24(11), 50–65.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2023.2224263>
- Choi, B. C. K., Barengo, N. C., & Diaz, P. A. (2024). Public health
surveillance and the data, information, knowledge,
intelligence and wisdom paradigm. *Revista
Panamericana de Salud Pública*, 48, e9.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.9>
- Chuang, Y.-H., & Hu, J.-L. (2025). Comparative assessment of
health systems resilience: A cross-country analysis using
key performance indicators. *Systems*, 13(8), 663.
<https://doi.org/10.3390/systems13080663>
- Çiftcibaşı, F. T., Özyılmaz, C., Sayar, B., & Demiray, E. K. D.
(2024). Sağlıkta kalite standartları (SKS) 6.1'e göre
palyatif bakım kliniklerinin değerlendirilmesi: Bitlis ili
örneği. *Perspectives in Palliative & Home Care*, 1(1(1)),
14–19. <https://doi.org/10.29228/pphcjournal.66355>

- Cookson, R., Asaria, M., Ali, S., Shaw, R., Doran, T., & Goldblatt, P. (2018). Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Social Science & Medicine*, 198, 148–156. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.004>
- Cooper, S., & Wiysonge, C. S. (2023). Towards a more critical public health understanding of vaccine hesitancy: Key insights from a decade of research. *Vaccines*, 11(7), 1155. <https://doi.org/10.3390/vaccines11071155>
- Creary, M. S. (2021). Bounded Justice and the limits of health equity. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 49(2), 241–256. <https://doi.org/10.1017/jme.2021.34>
- Crenshaw, A. N., Allen, P., Fifolt, M., Lang, B., Belflower Thomas, A., Erwin, P. C., & Brownson, R. C. (2025). Challenges and supports for implementing health equity during national accreditation among small local health departments in the United States. *Journal of Public Health Management and Practice*, 31(2), 196. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000002096>
- Cumyn, A., Barton, A., Dault, R., Cloutier, A.-M., Jalbert, R., & Ethier, J.-F. (2020). Informed consent within a learning health system: A scoping review. *Learning Health Systems*, 4(2), e10206. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10206>
- Daud, A. W. (2025). From compliance to culture: transforming risk management to improve healthcare service quality. *Jurnal Office*, vol. 11(1) 2025. <https://journal.unm.ac.id/index.php/jo/article/view/9468>
- Davis, M. V., Cannon, M. M., Corso, L., Lenaway, D., & Baker, E. L. (2009). Incentives to encourage participation in the national public health accreditation model: A systematic investigation. *American Journal of Public Health*, 99(9), 1705–1711. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.151118>

- De Freitas, C., Silva, S., Maia, T., & Amorim, M. (2019). Public participation in health data governance: A scoping review. *European Journal of Public Health*, 29(Supplement_4), ckz185.647. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.647>
- Debie, A., Khatri, R. B., & Assefa, Y. (2022). Successes and challenges of health systems governance towards universal health coverage and global health security: A narrative review and synthesis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00858-7>
- Dine, C. B., & Dany, R. (2024). From health inequalities to equitable health equality: Ethical governance in healthcare empowers equity as social justice. *Journal of Health Inequalities*, 10(1), 3–11. <https://doi.org/10.5114/jhi.2024.139552>
- Doshi, S., Vuppula, S., & Jaggi, P. (2024). Healthcare Sustainability to Address Climate Change: Call for action to the infectious diseases community. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, 13(6), 306–312. <https://doi.org/10.1093/jpids/piae029>
- Dreier, J., Comaneshter, D. S., Rosenbluth, Y., Battat, E., Bitterman, H., & Cohen, A. D. (2012). The association between continuity of care in the community and health outcomes: A population-based study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 1(1), 21. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-1-21>
- Dwyer, H., Enria, L., Palmer, J., Ayub, S., & Beckmann, N. (2025). Trust, information and vaccine confidence in crisis settings: A scoping review. *Public Health Challenges*, 4(3), e70073. <https://doi.org/10.1002/puh2.70073>

- Elbukhari Ibrahim, M., Hassan, S. E.-D. H., Saulnier, D. D., & Blanchet, K. (2025). Measuring what matters: Key indicators for performance and resilience in fragile, low-income contexts. A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 23(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01410-z>
- Ellie, S. (2004). Quality, risk and control in health care. *McGraw-Hill Education* (UK).
- Engster, D. (2014). The social determinants of health, care ethics and just health care. *Contemporary Political Theory*, 13(2), 149–167. <https://doi.org/10.1057/cpt.2013.14>
- Epizitone, A., Moyane, S. P., & Agbehadji, I. E. (2023). A data-driven paradigm for a resilient and sustainable integrated health information systems for health care applications. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 16, 4015–4025. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S433299>
- Epping-Jordan, J. E., Pruitt, S. D., Bengoa, R., & Wagner, E. H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *BMJ Quality & Safety*, 13(4), 299–305. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010744>
- Erlangga, D., Suhrcke, M., Ali, S., & Bloor, K. (2019). The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS ONE*, 14(8), e0219731. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219731>
- Firchow, B. A., Boroughs, K., Howard, J. A., & Melahn, M. C. (2025). Bridging accreditation, planning, and evaluation: An alignment analysis of PHAB, MAPP, and Pennel. *Journal of Public Health Management and Practice*,

32(1), 144.
<https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000002257>

Frenk, J. (2009). Reinventing primary health care: The need for systems integration. *The Lancet*, 374(9684), 170–173.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60693-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60693-0)

Ghaffari Heshajin, S., Sedghi, S., Panahi, S., & Takian, A. (2024). A framework for health information governance: A scoping review. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 109. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01193-9>

Gibbs, J. F., Newman, A., & Stefanacci, R. G. (2021). Value-based focused global population health management. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 12(Suppl 2), S275–S289. <https://doi.org/10.21037/jgo-2019-gi-10>

Gobat, N., Slack, C., Hannah, S., Salzwedel, J., Bladon, G., Burgos, J. G., Purvis, B., Molony-Oates, B., Siegfried, N., Cheah, P. Y., Conway, M., Kamuya, D., Davies, A., Johnson, T., Tholanah, M., Mugamba, S., Mutengu, N. L., Machingaidze, S., Schwartz, L., ... Harbou, K. von. (2025). Better engagement, better evidence: Working in partnership with patients, the public, and communities in clinical trials with involvement and good participatory practice. *The Lancet Global Health*, 13(4), e716–e731. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00521-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00521-7)

Gostin, L. O., & Fund, M. M. (2010). Public health law and ethics: A reader. *University of California Press*.

Gözlü, Ö. Ü. K. (2023). Kalite yönetimi ve sağlıkta kalite standartları. *Güncel Yaklaşımlarla Teoriden Uygulamaya Sağlıkta Stratejik Yönetim*, 210.

Green, A. R., Tan-McGrory, A., Cervantes, M. C., & Betancourt, J. R. (2010). Leveraging quality improvement to achieve equity in health care. *The Joint Commission Journal on*

- Quality and Patient Safety*, 36(10), 435–442.
[https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36065-X](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36065-X)
- Greenfield, D., Hinchcliff, R., Hogden, A., Mumford, V., Debono, D., Pawsey, M., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2016). A hybrid health service accreditation program model incorporating mandated standards and continuous improvement: Interview study of multiple stakeholders in Australian health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(3), e116–e130.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2301>
- Gulhan, Y., & Coskun, S. (2017). TS EN 15224 healthcare service—The comparison of quality management system to other quality systems in healthcare. *Pressacademia*, 4, 410–416.
<https://doi.org/10.17261/Pressacademia.2017.718>
- Harrill, W. C., & Melon, D. E. (2021). A field guide to U.S. healthcare reform: The evolution to value-based healthcare. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 6(3), 590–599. <https://doi.org/10.1002/lio2.575>
- Hausmann, L. R. M., Lamorte, C., Estock, J. L., & on behalf of the EQUAl Collaborative. (2023). Understanding the context for incorporating equity into quality improvement throughout a national health care system. *Health Equity*, 7(1), 312–320. <https://doi.org/10.1089/heq.2023.0009>
- Heenan, M. A., Randall, G. E., & Evans, J. M. (2022). Selecting performance indicators and targets in health care: an international scoping review and standardized process framework. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 747–764. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S357561>
- Heffernan, M., Kennedy, M., Gonick, S. A., & Siegfried, A. L. (2021). Impact of Accreditation on Health Department

- Financial Resources. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(5), 501. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001278>
- Ho, C. W.-L. (2024). Health and data equity in public health emergency risk and crisis communication (PHERCC). *The American Journal of Bioethics*, 24(4), 102–104. <https://doi.org/10.1080/15265161.2024.2308156>
- Hogle, L. F. (2019). Accounting for accountable care: Value-based population health management. *Social Studies of Science*, 49(4), 556–582. <https://doi.org/10.1177/0306312719840429>
- Hoven, H., Dragano, N., Angerer, P., Apfelbacher, C., Backhaus, I., Hoffmann, B., Icks, A., Wilm, S., Fangerau, H., & Söhner, F. (2022). Striving for health equity: the importance of social determinants of health and ethical considerations in pandemic preparedness planning. *International Journal of Public Health*, 67, 1604542. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604542>
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1057. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
- Ihi. (2020). Model for improvement, *Institute for Healthcare Improvement*. online: <https://www.ihl.org/library/model-for-improvement>
- Jamali, D., Hallal, M., & Abdallah, H. (2010). Corporate governance and corporate social responsibility: Evidence from the healthcare sector. *Corporate Governance*, 10(5), 590–602. <https://doi.org/10.1108/14720701011085562>

- Javidan, A. P., Raveendran, L., Rai, Y., Tackett, S., Kulasegaram, K. M., Whitehead, C., Rosenfield, J., & Houston, P. (2020). Fostering trust, collaboration, and a culture of continuous quality improvement: A call for transparency in medical school accreditation. *Canadian Medical Education Journal*, 11(5), e102–e108. <https://doi.org/10.36834/cmej.70061>
- Jecker, N. S., Atuire, C., Ravitsky, V., Behrens, K., & Ghaly, M. (2025). War, bioethics, and public health. *The American Journal of Bioethics*, 25(5), 106–120. <https://doi.org/10.1080/15265161.2024.2377118>
- Jensen, N., Kelly, A. H., & Avendano, M. (2022). Health equity and health system strengthening – Time for a WHO re-think. *Global Public Health*, 17(3), 377–390. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1867881>
- Jha, A., Lin, L., Short, S. M., Argentini, G., Gamhewage, G., & Savoia, E. (2018). Integrating emergency risk communication (ERC) into the public health system response: Systematic review of literature to aid formulation of the 2017 WHO Guideline for ERC policy and practice. *PLOS ONE*, 13(10), e0205555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205555>
- Kakara Anderson, H. L., Govaerts, M., Abdulla, L., Balmer, D. F., Busari, J. O., & West, D. C. (2025). Clarifying and expanding equity in assessment by considering three orientations: Fairness, inclusion and justice. *Medical Education*, 59(5), 494–502. <https://doi.org/10.1111/medu.15534>
- Kara, B., Güneş, S., & Şenol, N. (2023). Bir kalite göstergesi olarak hastane enfeksiyonları ve hemşirelerin enfeksiyonu önlemedeki önemi. *USCEH Dergisi*, 2(3), 1–8. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7502480>

- Katoue, M. G., Cerda, A. A., García, L. Y., & Jakovljevic, M. (2022). Healthcare system development in the Middle East and North Africa region: Challenges, endeavors and prospective opportunities. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Kaupa, F., & Naude, M. J. (2021). Critical success factors in the supply chain management of essential medicines in the public health-care system in Malawi. *Journal of Global Operations and Strategic Sourcing*, 14(3), 454–476. <https://doi.org/10.1108/JGOSS-01-2020-0004>
- Kavak, D. G. (2018). Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü (TÜSKA) sağlıkta akreditasyon standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 14–20.
- Kaya, H. P., & Uzay, Ş. (2024). Kalite yönetim standartları kapsamında denetim şirketleri tarafından oluşturulan davranış kuralları. *Denetim*, 30, 143–158.
- Kennedy, M., Heffernan, M., Gonick, S. A., & Siegfried, A. L. (2022). Exploring the linkage between accreditation outcomes and public health emergency preparedness and response. *Journal of Public Health Management and Practice*, 28(1), E80. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001329>
- Kfuri, A., Davis, N. L., & Giardino, A. P. (2021). External quality improvement: accreditation, certification, and education. in A. P. Giardino, L. A. Riesenberg, & P. Varkey (Eds.), *medical quality management: theory and practice* (pp. 245–281). *Springer International Publishing*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-48080-6_10
- Khan, Y., O’Sullivan, T., Brown, A., Tracey, S., Gibson, J., G  n  reux, M., Henry, B., & Schwartz, B. (2018). Public health emergency preparedness: A framework to promote

- resilience. *BMC Public Health*, 18(1), 1344. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6250-7>
- Kington, R. S., Arnesen, S., Chou, W.-Y. S., Curry, S. J., Lazer, D., & Villarruel, A. M. (2021). Identifying credible sources of health information in social media: principles and attributes. *NAM Perspectives*, 10.31478/202107a. <https://doi.org/10.31478/202107a>
- Koralay, G. (2021). Sağlıkta akreditasyon standartlarındaki güvenli cerrahi bölümünün diğer bölümler ile ilişkisi üzerine bir analiz. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(3), 1–16.
- Kuatewo, M., Ebelin, W., Doegah, P. T., Aberese-Ako, M., Lissah, S., Kpordorlor, A. G., Kpodo, L., Djokoto, S., & Ansah, E. (2025). Fake news, misinformation, vaccine hesitancy and the role of community engagement in COVID-19 vaccine acceptance in Southern Ghana. *PLOS ONE*, 20(6), e0316969. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316969>
- Kuupiel, D., Adu, K. M., Apiribu, F., Bawontuo, V., Adogboba, D. A., Ali, K. T., & Mashamba-Thompson, T. P. (2019). Geographic accessibility to public health facilities providing tuberculosis testing services at point-of-care in the upper east region, Ghana. *BMC Public Health*, 19(1), 718. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7052-2>
- Laassili, Z., & Ejbari, Z. (2023). The contribution of hospital accreditation project to healthcare governance in morocco: the mediating effect of public management through quality. *African Scientific Journal*, 03(20), 513–540. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10048193>

- Lalumera, E. (2018). Trust in health care and vaccine hesitancy. *Rivista Di Estetica*, 68, 105–122. <https://doi.org/10.4000/estetica.3553>
- Lasim, O. U., Ansah, E. W., & Apaak, D. (2022). Maternal and child health data quality in health care facilities at the Cape Coast Metropolis, Ghana. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1102. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08449-6>
- Lattof, S. R., Maliqi, B., Livesley, N., Yaqub, N., Naimy, Z., Muzigaba, M., Chowdhury, M., Waiswa, P., & Were, W. M. (2022). National learning systems to sustain and scale up delivery of quality healthcare: A conceptual framework. *BMJ Global Health*, 7(8). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008664>
- Law, A. D., Ojeih, C. A., Ogidan, O., & Adewole, A. (2025). Regulatory frameworks, compliance and healthcare responsibilities on informed consent. *African Journal of Law, Ethics and Education* (ISSN: 2756 - 6870), 8(2). online:<https://www.ajleejournal.com/index.php/ajlee/article/view/249>
- Leblang, D., Smith, M. D., & Wesselbaum, D. (2024). Trust in institutions affects vaccination campaign outcomes. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 118(11), 720–728. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trae048>
- Lee, I., & Best, J. A. (2021). Call for collaboration: The role of accreditation in the transformation, accountability, and sustainability of education in social determinants of health. *Journal of Graduate Medical Education*, 13(2), 177–180.

- Lee, J. M., Jansen, R., Sanderson, K. E., Guerra, F., Keller-Olaman, S., Murti, M., O'Sullivan, T. L., Law, M. P., Schwartz, B., Bourns, L. E., & Khan, Y. (2023). Public health emergency preparedness for infectious disease emergencies: A scoping review of recent evidence. *BMC Public Health*, 23(1), 420. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15313-7>
- Lee, L. M., Heilig, C. M., & White, A. (2012). Ethical Justification for conducting public health surveillance without patient consent. *American Journal of Public Health*, 102(1), 38–44. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300297>
- Lenton, E., Kagan, D., Seear, K., Mulcahy, S., Farrugia, A., Valentine, K., Edwards, M., & Jeffcote, D. (2024). Troubling complaint: Addressing hepatitis C-related stigma and discrimination through complaint mechanisms. *Sociology of Health & Illness*, 46(7), 1400–1418. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13776>
- Li, X., & Evans, J. M. (2022). Incentivizing performance in health care: A rapid review, typology and qualitative study of unintended consequences. *BMC Health Services Research*, 22(1), 690. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08032-z>
- Loevinsohn, B. (2008). Performance-based contracting for health services in developing countries: A toolkit. *World Bank Publications*.
- Lohmann, S., & Albarracin, D. (2022). Trust in the public health system as a source of information on vaccination matters most when environments are supportive. *Vaccine*, 40. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.06.012>

- Longaray, A. A., Marube, N., Ensslin, L., Dutra, A., & Ensslin, S. (2023). Performance evaluation of public healthcare supply chain management: A critical literature review. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 20(2), 144–170. <https://doi.org/10.1504/IJHTM.2023.131518>
- MA, B. B., PhD, & MD, A. S. (2019). Applied population health: delivering value-based care with actionable registries. *CRC Press*.
- Madden, D. L., McLean, M., Brennan, M., & Moore, A. (2020). Why use indicators to measure and monitor the inclusion of climate change and environmental sustainability in health professions' education? *Medical Teacher*, 42(10), 1119–1122. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1795106>
- Magill, G., & Prybil, L. (2020). Governance ethics in healthcare organizations. *Taylor & Francis*. <https://doi.org/10.4324/9780429328305>
- Majumder, M. A. A., Rahman, S., Cohall, D., Bharatha, A., Singh, K., Haque, M., & Gittens-St Hilaire, M. (2020). Antimicrobial stewardship: Fighting antimicrobial resistance and protecting global public health. *Infection and Drug Resistance*, 13, 4713–4738. <https://doi.org/10.2147/IDR.S290835>
- Marang-Van De Mheen, P. J., & Vincent, C. (2023). Measuring what matters: Refining our approach to quality indicators. *In BMJ Quality & Safety* (Vol. 32, Issue 6, pp. 305–308). BMJ Publishing Group Ltd.
- Margherita, A., & Heikkilä, M. (2021). Business continuity in the COVID-19 emergency: A framework of actions undertaken by world-leading companies. *Business*

- Horizons*, 64(5), 683–695.
<https://doi.org/10.1016/j.bushor.2021.02.020>
- Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517–S519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- Mate, K. S., Rooney, A. L., Supachutikul, A., & Gyani, G. (2014). Accreditation as a path to achieving universal quality health coverage. *Globalization and Health*, 10(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s12992-014-0068-6>
- Mcdermott, A. M., Hamel, L. M., Steel, D., Flood, P. C., & Mkee, L. (2015). Hybrid healthcare governance for improvement? combining top-down and bottom-up approaches to public sector regulation. *Public Administration*, 93(2), 324–344. <https://doi.org/10.1111/padm.12118>
- Medicine, I. of, Practice, B. on P. H. and P. H., & Health, C. on I. P. C. and P. (2012). Primary care and public health: exploring integration to improve population health. *National Academies Press*.
- Mitchell, J. I., Graham, I. D., & Nicklin, W. (2020). The unrecognized power of health services accreditation: More than external evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(7), 445–455. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa063>
- Moayed, M. S., Khalili, R., Ebadi, A., & Parandeh, A. (2022). Factors determining the quality of health services provided to COVID-19 patients from the perspective of healthcare providers: Based on the Donabedian model. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Moldovan, F., Blaga, P., Moldovan, L., & Bataga, T. (2022). An innovative framework for sustainable development in

- healthcare: the human rights assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2222. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042222>
- Murunga, A. A., Ngoye, B., Wafula, F. P., & Kokwaro, G. O. (2024). Short-term health system responses to epidemics across hard to reach areas in sub-Saharan Africa: A scoping review protocol. *PLOS ONE*, 19(9), e0285916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285916>
- Nguyen, A., & Catalan, D. (2020). Digital mis/disinformation and public engagement with health and science controversies: fresh perspectives from Covid-19. *Media and Communication*, 8(2), 323–328.
- Nishandar, T. B., Birajdar, A. R., Gogtay, N. J., & Thatte, U. M. (2019). Current status of standardized, quality and ethical oversight of clinical research in the country: An audit of the Central Drugs Standard Control Organization (registration of ethics committees) and national accreditation board for hospital and healthcare providers (accreditation) databases. *Perspectives in Clinical Research*, 10(2), 84. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_93_18
- Nolan, P., Bialek, R., Kushion, M. L., Lenaway, D., & Hamm, M. S. (2007). Financing and creating incentives for a voluntary national accreditation system for public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(4), 378. <https://doi.org/10.1097/01.PHH.0000278031.79691.fe>
- Nunes, M. B. M., Teixeira, T. C. A., Gabriel, C. S., & Gimenes, F. R. E. (2021). Impact of plan-do-study-act cycles on the reduction of errors related to vaccine administration. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30, e20200225. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0225>

- Oberly, T., Singh, S. R., Bush Stevens, A., Blair-Ackison, R., Sheeran, A., & Lang, B. (2025). Perspectives on public health department accreditation: lessons learned from ohio's accreditation mandate. *Journal of Public Health Management and Practice*, 31(2), 165. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000002094>
- OECD. (2015). *Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264244566-en>
- Oehring, D., & Gunasekera, P. (2024). Ethical frameworks and global health: a narrative review of the “leave no one behind” principle. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 00469580241288346. <https://doi.org/10.1177/00469580241288346>
- Organization, W. H. (2018). Continuity and coordination of care: A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.
- Özata, M., & Özer, K. (2024). Hastanelerde hasta mahremiyetine yönelik uygulamaların sağlıkta kalite standartları bağlamında değerlendirilmesi: Konya örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 4(45), 11–33. <https://doi.org/10.9761/JASSS3307>
- Öztürk, A., Öksüz, A. S., Demir, B., Sarıoğlu, Ç., Kavak, D. G., Tarhan, D., Ünal, D., Kesen, E., Yıldız, E., Koca, E., Yalçın, E., Çizmeçi Şenel, F., Hakbilen, G., Güler, H., Dolukü, İ., Hayral, İ., Şencan, İ., Demir Eren, N., Azarkan, N., ... Beylik, U. (2021). *Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti*. online: <https://files.tuseb.gov.tr/tuska/files/akreditasyon/2024-11-04-13-13-28.pdf>

- Panjaitan, N., Sihombing, S., Palen, K., Schiavo, R. B., & Lipschultz, L. (2023). Enhancing government communication strategies for effective health information and public health education. *Law and Economics*, 17(2), 151–169. <https://doi.org/10.35335/laweco.v17i2.6>
- Pauly, B., Revai, T., Marcellus, L., Martin, W., Easton, K., & MacDonald, M. (2021). “The health equity curse”: Ethical tensions in promoting health equity. *BMC Public Health*, 21(1), 1567. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11594-y>
- Petras, T., Woollard, R., Pitama, S., Klamen, D., Anawati, A., Amaral Mendes, R., Boelen, C., & Patrício, M. (2025). ASPIRE to excellence: Making health systems socially accountable. *Medical Teacher*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2025.2582647>
- Pomey, M.-P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A.-P. (2010a). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 5(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-31>
- Pomey, M.-P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A.-P. (2010b). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 5(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-31>
- Powell, A. A., White, K. M., Partin, M. R., Halek, K., Christianson, J. B., Neil, B., Hysong, S. J., Zarling, E. J., & Bloomfield, H. E. (2012). Unintended consequences of implementing a national performance measurement system into local practice. *Journal of General Internal*

- Medicine*, 27(4), 405–412.
<https://doi.org/10.1007/s11606-011-1906-3>
- Public Health Practice. (2021). 2021 Core competencies for public health professionals. online:
<https://phf.org/programs/core-competencies-for-public-health-professionals/>
- Putnis, N., & Neilson, M. (2022). Environmental sustainability and quality care: Not one without the other. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(3), mzac066.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac066>
- Qiu, Y., & Hu, Z. (2025). Data governance and open sharing in the fields of life sciences and medicine: A bibliometric analysis. *Digital Health*, 11, 20552076251320302.
<https://doi.org/10.1177/20552076251320302>
- Raine, R., Or, Z., Prady, S., & Bevan, G. (2016). Evaluating health-care equity. In Challenges, solutions and future directions in the evaluation of service innovations in health care and public health. *NIHR Journals Library*.
<https://doi.org/10.3310/hsdr04160-69>
- Rashed, M. J. R., Kamruzzaman, M., Hredoy, A. I., Begum, M. S., Ayesa, B., Iqbal, F., Akter, T., & Malakar, R. K. (2025). Policy reforms to address social determinants and promote health equity across populations. *Journal of Health, Wellness and Community Research*, e519–e519.
<https://doi.org/10.61919/vp17p067>
- Rastegarimehr, B., Teymurlouy, A. A., & Abolghasem Gorji, H. (2025). Accreditation of primary health care services: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 14(1), 15.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1649_23

- Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207–214. <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>
- Reed, J. E., & Card, A. J. (2016). The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Quality & Safety*, 25(3), 147–152. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005076>
- Reed, J. E., Davey, N., & Woodcock, T. (2016). The foundations of quality improvement science. *Future Hospital Journal*, 3(3), 199–202. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-3-199>
- Reich, M. R. (2018). The core roles of transparency and accountability in the governance of global health public–private partnerships. *Health Systems & Reform*, 4(3), 239–248. <https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1465880>
- Robby, K. N. A., Nurjazuli, N., Izzah, L., Tallapessy, A., & Astuti, I. S. W. (2025). From structure to outcome: The role of the donabedian model in global health service management research (1987–2024). *E3S Web of Conferences*, 650, 02025. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202565002025>
- Røislien, J., O’Hara, J. K., Smeets, I., Brønnick, K., Berg, S. H., Shortt, M. T., Lungu, D. A., Thune, H., & Wiig, S. (2022). Creating effective, evidence-based video communication of public health science (COVCOM Study): Protocol for a sequential mixed methods effect study. *JMIR Research Protocols*, 11(3), e34275. <https://doi.org/10.2196/34275>
- Rony, M. K. K., Parvin, Mst. R., Wahiduzzaman, Md., Akter, K., & Ullah, M. (2024). Challenges and advancements in the health-related quality of life of older people. *Advances in Public Health*, 2024(1), 8839631. <https://doi.org/10.1155/2024/8839631>

- Rulinawaty, R., Samboteng, L., Andriyansah, A., Kasmad, M. R., Alwi, A., & Basit, M. B. M. (2025). Navigating hybrid organizations: bridging governance gaps in healthcare policy implementation in Indonesia. *UJoST- Universal Journal of Science and Technology*, 4(1), 20–34.
- Runciman, W. B., Williamson, J. A. H., Deakin, A., Benveniste, K. A., Bannon, K., & Hibbert, P. D. (2006). An integrated framework for safety, quality and risk management: An information and incident management system based on a universal patient safety classification. *Quality & Safety in Health Care*, 15(Suppl 1), i82–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.017467>
- Ryan, B., Kako, M., Fink, R., Şimşek, P., Barach, P., Acosta, J., Bhatia, S., Brickhouse, M., Fendt, M., Fontenot, A., Garcia, N. A., Garner, S., Gunduz, A., Jr, D. M. H., Hatch, T., Malrey-Horne, L., MacDermot, M., Kayano, R., McKone, J., ... Brooks, B. (2023). Strategies for strengthening the resilience of public health systems for pandemics, disasters, and other emergencies. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, e479. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.136>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). Sağlıkta kalite standartları. *Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı*.
- Şahin, D. (2020). JCI akreditasyonu ile türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonu ile ilgili kuruluşların çalışmalarına ilişkin araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, Volume: 3 Issue: 1, 16 - 26 2020.
- Saleh, B. M., Aly, E. M., Hafiz, M., Abdel Gawad, R. M., El Kheir-Mataria, W. A., & Salama, M. (2021). Ethical dimensions of public health actions and policies with

- special focus on COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.649918>
- Salvatore, F. P., Fanelli, S., Donelli, C. C., & Milone, M. (2021). Value-based health-care principles in health-care organizations. *International Journal of Organizational Analysis*, 29(6), 1443–1454. <https://doi.org/10.1108/IJOA-07-2020-2322>
- Samancı, M. (2022). Sağlık hizmetlerinde akreditasyon ve Türkiye’deki durum. *Journal of Health and Management (Sağlık ve Yönetim Dergisi)*, 2(1), 22–32.
- San Sebastián, M., Mosquera, P. A., Ng, N., & Gustafsson, P. E. (2017). Health care on equal terms? Assessing horizontal equity in health care use in Northern Sweden. *European Journal of Public Health*, 27(4), 637–643. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx031>
- Sangwa, S., & Mutabazi, P. (2025). The global accreditation paradox: navigating the tension between quality assurance, innovation, and equity in higher education (SSRN Scholarly Paper No. 5406108). *Social Science Research Network*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.5406108>
- Scheibner, J., Ienca, M., Kechagia, S., Troncoso-Pastoriza, J. R., Raisaro, J. L., Hubaux, J.-P., Fellay, J., & Vayena, E. (2020). Data protection and ethics requirements for multisite research with health data: A comparative examination of legislative governance frameworks and the role of data protection technologies†. *Journal of Law and the Biosciences*, 7(1), lsaa010. <https://doi.org/10.1093/jlb/lsaa010>
- Schlotheuber, A., & Hosseinpoor, A. R. (2022). Summary measures of health inequality: a review of existing measures and their application. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 19(6), 3697.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19063697>

- Scott, J., Heavey, E., Waring, J., Jones, D., & Dawson, P. (2016). Healthcare professional and patient codesign and validation of a mechanism for service users to feedback patient safety experiences following a care transfer: A qualitative study. *BMJ Open*, 12, 6(7), e011222.
- Serin, S., Tarhan, D., Çiftçi, S., Aytekin, E., Sarioğlu, Ç., Günay, Ç., Dinç, G., Yıldırım, G., Çil, H., Özen, Ö., Taşkın Erdin, S., Şahinbaş, Ş., Engeloğlu, Ş., Öztürk, Ş., & Karaduman, S. (2024). Sağlıkta kalite standartları; gösterge yönetimi rehberi. online: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-94991/sks-gosterge-yonetimi-rehberi-23-yayinlandi.html>
- Shah, K., Leow, K., Janssen, A., Shaw, T., Stewart, C., & Kerridge, I. (2025). Ethical and legal considerations governing use of health data for quality improvement and performance management: A scoping review of the perspectives of health professionals and administrators. *BMJ Open Quality*, 14(2). <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003309>
- Shaw, C. D., Groene, O., Botje, D., Sunol, R., Kutryba, B., Klazinga, N., Bruneau, C., Hammer, A., Wang, A., Arah, O. A., Wagner, C., Klazinga, N., Kringos, D., Lombarts, K., Plochg, T., Lopez, M., Secanell, M., Sunol, R., Vallejo, P., ... Thompson, A. (2014). The effect of certification and accreditation on quality management in 4 clinical services in 73 European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 26(Suppl 1), 100–107. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu023>
- Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries:

- Gateway to good governance. *Health Policy*, 90(1), 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sperling, D., & Pikkell, R. B. (2020). Promoting patients' rights through hospital accreditation. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13584-020-00405-1>
- Sreeramaju, P. V., Palmore, T. N., Lee, G. M., Edmond, M. B., Patterson, J. E., Sepkowitz, K. A., Goldmann, D. A., Henderson, D. K., & Kaye, K. S. (2021). Institutional quality and patient safety programs: An overview for the healthcare epidemiologist. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 42(1), 6–17. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.409>
- Stasik, A., & Jemielniak, D. (2022). Public involvement in risk governance in the internet era: Impact of new rules of building trust and credibility. *Journal of Risk Research*, 25(8), 991–1007. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1864008>
- Stevens, D. P., Bowen, J. L., Johnson, J. K., Woods, D. M., Provost, L. P., Holman, H. R., Sixta, C. S., & Wagner, E. H. (2010). A multi-institutional quality improvement initiative to transform education for chronic illness care in resident continuity practices. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 574–580. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1392-z>

- Syed, R., Eden, R., Makasi, T., Chukwudi, I., Mamudu, A., Kamalpour, M., Kapugama Geeganage, D., Sadeghianasl, S., Leemans, S. J. J., Goel, K., Andrews, R., Wynn, M. T., ter Hofstede, A., & Myers, T. (2023). Digital health data quality issues: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e42615. <https://doi.org/10.2196/42615>
- Tabrizi, J. S., As'habi, A., Nazari, M., Ebrahimi Tavani, M., Haghi, M., & Gharibi, F. (2023). Impacts of accreditation on the performance of primary health care centres: A systematic review. *Malaysian Family Physician: The Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 18, 63. <https://doi.org/10.51866/rv.274>
- Tarhan, A. K., Garousi, V., Turetken, O., Söylemez, M., & Garossi, S. (2020). Maturity assessment and maturity models in healthcare: A multivocal literature review. *Digital Health*, vol. 6, 1-20. <https://doi.org/10.1177/2055207620914772>
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290-298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Theodosopoulos, L., Fradelos, E., Panagiotou, A., Dreliazi, A., & Tzavella, F. (2024). Delivering culturally competent care to migrants by healthcare personnel: A crucial aspect of delivering culturally sensitive care. *Social Sciences*, 13, 530.
- Thielen, L., Leff, M., Corso, L., Monteiro, E., Fisher, J. S., & Pearsol, J. (2014). A study of incentives to support and promote public health accreditation. *Journal of Public*

- Health Management and Practice*, 20(1), 98.
<https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e31829ed746>
- Thompson, A. (2025). Trust, transparency, and accountability in health and pharmaceutical systems. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 16(1), rmaf003. <https://doi.org/10.1093/jphsr/rmaf003>
- Torkki, P., Leskelä, R.-L., Mustonen, P., Linna, M., & Lillrank, P. (2023). How to extend value-based healthcare to population-based healthcare systems? Defining an outcome-based segmentation model for health authority. *BMJ Open*, 13(11), e077250. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077250>
- Torres, T. F., Santos, P. H. A., Russo, L. X., & Silva, E. N. (2024). Monitoring financial healthcare protection in Brazil: Evolution, inequalities, and associated factors. *Public Health*, 236, 175–183. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.08.001>
- Tossaint-Schoenmakers, R., Versluis, A., Chavannes, N., Talboom-Kamp, E., & Kasteleyn, M. (2021). The challenge of integrating ehealth into health care: systematic literature review of the donabedian model of structure, process, and outcome. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e27180. <https://doi.org/10.2196/27180>
- Troutman, M. (2017). Enterprise risk management a key success factor under value-based care: The proliferation of risk-based contracts in today's healthcare environment has made enterprise risk management (ERM) an imperative for provider organizations and health plans. *Healthcare Financial Management*, 71(12), 66–72. online: <https://www.hfma.org/finance-and-business-strategy/enterprise-risk-management/57113/>

- Tsuei, J., Bandini, J. I., Thomas, A. D., James, K. F., Etchegaray, J. M., & Schulson, L. (2025). A systems-based framework for integrating health equity and patient safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 51(7), 498–506. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2025.04.005>
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). Health technology, quality, law, and ethics. *The New Public Health*, 771–819. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00015-X>
- Uras, F. (2025). Sustainable healthcare and medical laboratories: The impact of global collaborations between frameworks and initiatives. *Clinical Biochemistry*, 138, 110945. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2025.110945>
- Vainieri, M., Caputo, A., & Vinci, A. (2024). Resilience dimensions in health system performance assessments, European Union. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(7), 498–508. <https://doi.org/10.2471/BLT.23.291102>
- Valiotis, G., Buttigieg, S. C., Cicchetti, A., Dang, R., Jamshed, N., Jevtic, M., Magalhães, T., Nies, H., Pferzinger, M., Santana, R., Correia, T., Weller, E., Cande, L., Desson, Z., & Margheri, F. (2025). Defining health management: a conceptual foundation for excellence through efficiency, sustainability and equity. *The International Journal of Health Planning and Management*, 40(3), 788–793. <https://doi.org/10.1002/hpm.3903>
- Vellar, L., Mastroianni, F., & Lambert, K. (2016). Embedding health literacy into health systems: A case study of a regional health service. *Australian Health Review*, 41(6), 621–625. <https://doi.org/10.1071/AH16109>
- Verma, V. R., & Dash, U. (2020). Geographical accessibility and spatial coverage modelling of public health care network

- in rural and remote India. *PLOS ONE*, 15(10), e0239326.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239326>
- Vian, T. (2020). Anti-corruption, transparency and accountability in health: Concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*, 13(sup1), 1694744.
<https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1694744>
- Wagstaff, A. (2008). Measuring financial protection in health. *World Bank Publications*.
- Wang, Y., Cao, Y., Rand, H., & Pettengill, J. (2025). An evaluation of the relationship between public communications on food recalls and online self-reporting of foodborne illness (p. 2025.07.24.25332152). medRxiv.
<https://doi.org/10.1101/2025.07.24.25332152>
- Weir, E., d'Entremont, N., Stalker, S., Kurji, K., & Robinson, V. (2009). Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: Deliberations and decisions. *BMC Public Health*, 9(1), 127.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-127>
- White, F. (2015). Primary health care and public health: foundations of universal health systems. *Medical Principles and Practice*, 24(2), 103–116.
<https://doi.org/10.1159/000370197>
- Wikipedia. (2025). Performance indicator.
https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Performance_indicator&oldid=1325882246
- Witter, S., Toonen, J., Meessen, B., Kagubare, J., Fritsche, G., & Vaughan, K. (2013). Performance-based financing as a health system reform: Mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. *BMC Health Services Research*, 13(1), 367. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-367>

- World Health Organization. (2012). Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2013). Core competencies for public health: a regional framework for the Americas. online:<https://campus.paho.org/sites/default/files/noticias/competencies-en.pdf>
- World Health Organization. (2019). Reinforcing the focus on anti-corruption, transparency and accountability in national health policies, strategies and plans.
- World Health Organization. (2020). Health systems resilience toolkit: A WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts.
- World Health Organization. (2022). Health systems resilience toolkit: A WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts.
- World Health Organization. (2022). Health care accreditation and quality of care: Exploring the role of accreditation and external evaluation of health care facilities and organizations. *World Health Organization*.
- World Health Organization. (2023). Population health management in primary health care: A proactive approach to improve health and well-being: Primary health care policy paper series. *World Health Organization. Regional Office for Europe*.
- World Health Organization. (2024). Data [Online post]. <https://www.who.int/data/inequality-monitor/data>
- World Health Organization. (2024). Health system resilience indicators: An integrated package for measuring and

monitoring health system resilience in countries. *World Health Organization*.

World Health Organization. (2025). Fact sheet: Quality health services. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Wynne, R., Omarit, R., & Crowe, S. (2025). Bridging practice and research: Differentiating quality improvement, quality assurance, and quality improvement research in a learning health system. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(7), 1182–1187. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaf018>

Yang, J., Liu, F., Yang, C., Wei, J., Ma, Y., Xu, L., Xie, J., & Wang, J. (2025). Application of donabedian three-dimensional model in outpatient care quality: a scoping review. *Journal of Nursing Management*, 2025(1), 6893336. <https://doi.org/10.1155/jonm/6893336>

Young, M., & Smith, M. A. (2025). Standards and evaluation of healthcare quality, safety, and person-centered care. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. online:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576432/>

Yun, E. K., Han, J.-W., Kim, J. O., Jung, S., Cha, J., Yoo, K., Min, S., & Yang, B. (2024). Analyzing Korean public health centers' infectious disease disaster response experiences with a focus on business continuity. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 789–801. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S448382>

Yusuf, A., Adesiyani, R., Amadi, C., Ipede, O., Karakitie, L., & Adebayo, K. (2024). Cross-cultural perspectives on mental health: Understanding variations and promoting cultural competence. *World Journal of Advanced*

Research and Reviews, 23, 432–439.
<https://doi.org/10.30574/wjarr.2024.23.1.2040>

TÜRKİYE VE DÜNYADA
SAĞLIK YÖNETİMİ

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com