KORONAVİRÜS (COVID-19) SALGINI SÜRECİNDE SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ ÇALIŞMALARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Selda ÖZDEN
191127204

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sosyoloji Anabilim Dalı

Sosyoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Gökçesu AKŞİT DUDAKLI

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2022

KORONAVİRÜS (COVID-19) SALGINI SÜRECİNDE SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ ÇALIŞMALARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Selda ÖZDEN

191127204

Orcid: 0000-0002-7075-1112

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sosyoloji Anabilim Dalı

Sosyoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Gökçesu AKŞİT DUDAKLI

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Şubat, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamı gerçekleştirmem için destek ve yardımlarını esirgemeyen, kaynaklarını paylaşan, imkân oluşturma konusunda fedakâr davranan tez danışmanım Doç. Dr. Gökçesu AKŞİT DUDAKLI'ya teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın geliştirilmesine yapıcı eleştirileri ile katkı sağlayan tez jüri üyelerim Dr. Öğr. Üyesi Ferhat DEĞER ve Dr. Öğr. Üyesi Serap BAYRAM'a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bu araştırmamın tamamlanmasında desteğini hissettiren ve ihtiyaç duyduğum her zaman yanımda olan aileme teşekkür ederim.

Selda ÖZDEN

Şubat 2022

ÖZ

KORONAVİRÜS (COVID-19) SALGINI SÜRECİNDE SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ ÇALIŞMALARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Selda ÖZDEN
Yüksek Lisans Tezi
Sosyoloji Anabilim Dalı
Sosyoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Doç. Dr. Gökçesu AKŞİT DUDAKLI
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Sağlık sosyolojisi, hastalık ve sağlık durumlarını, toplumsal yaşamı biçimlendiren olgular olarak ele almanın ötesinde, hastalık ve sağlığın tanımlanması, toplumsal olarak kabul gören önleme, tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri, hastalıkların özellikle de salgınların etkisini azaltan ve çoğaltan toplumsal pratikleri ve farklı toplumsal grupların bu dinamikler ile nasıl ilişkilendiğini inceleyerek tıbbın olgularını farklı bir anlayışla yeniden yorumlamaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarına yönelik COVID-19 riski de benzer şekilde toplumsal bir olgu olarak ele alınmalı, biyolojik gerçekler ve toplumsal dinamikler ile etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık kuruluşları, modern toplumlarda toplumsal sağlığa yönelik risklerin azaltıldığı ve yönetildiği noktalardır. Diğer taraftan bulaşıcı hastalıkların fiziksel olarak yoğunlaştığı noktalar olmaları sebebiyle de bu kuruluşlar kendilerine has risklere sahiptir. Maruz kalınan risklerin belirlenmesi, bu risklere bağlı oluşabilecek tehlikelerin sınıflandırılması, risk analizlerinin yapılması ve bu risklerin kontrolünün sağlanması amacıyla alınması gereken önlemlerin planlaması önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık çalışanlarının sağlığı ve performansına bağlı olduğundan bu noktada sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenliğinin dikkate alınması önemli bir husus olarak görülmektedir.

Çalışma giriş kısmı dahil altı ana bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünde araştırmanın sağlık sosyolojisi alanı ile ilişkisine değinilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık sosyolojisi kavramına yer verilmektedir. Çalışmanın üçüncü

bölümünde sağlık yönetimi kavramı incelenmektedir. Çalışmanın dördüncü bölümünde sağlıkta kalite yönetimi çalışmaları ve sağlık çalışanları üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yapılan araştırmanın yöntem, model ve analizi bilgilerine yer verilmektedir. Çalışmanın beşinci bölümünde ise araştırma sonrası elde edilen veriler değerlendirilmiş ve bulguları yorumlanmıştır. Son olarak çalışma konu ile ilgili değerlendirme ve önerilerin yer aldığı sonuç bölümüyle tamamlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Sosyolojisi, Risk, Sağlık Çalışanları, Sağlıkta Kalite Yönetimi, Salgın.

ABSTRACT

HEALTH QUALITY MANAGEMENT STUDIES AND ITS EFFECTS ON HEALTHCARE PROFESSIONALS DURING THE CORONAVIRUS (COVID-19) OUTBREAK PROCESS

Selda ÖZDEN
Master Thesis
Department of Sociology
Sociology Master's Program
Thesis Advisor: Assoc. Dr. Gökçesu AKŞİT DUDAKLI
Maltepe University Graduate School, 2022

Health sociology examines the definition of disease and health, the socially accepted methods of prevention, treatment and rehabilitation of diseases, social practices that reduce and increase the effects of diseases, especially epidemics, and how different social groups relate to these dynamics. At the same time, it reinterprets medical phenomena with a different understanding, beyond considering disease and health conditions as phenomena that shape social life. In this context, the risk of COVID-19 towards the healthcare professionals should also be considered as a social phenomenon, and the interaction of biological facts and social dynamics should be considered.

Health institutions are nodal points where risks to public health are reduced and managed in modern societies. On the other hand, these intitutions have their own risks, since they are the places where infectious diseases are pyhsically concentrated. It is impotant to determine the risks exposed, to classify the hazards that may arise due to these risks, to make risk analyzes and to plan the measures to be taken in order to control these risks. Since the quality in health services depends on the health and performance of health workers, it is seen as an impotant issue to consider the health and safety of health workers at this point.

The study consist of six main sections, including the introduction. In the introduction, the relationship of the research with the field of health sociology is mentioned. In the second part of the study, the concept of sociology of health is given.

In the third part of the study, the concept of health management is examined. In the fourth part of the study, the method, model and analysis information of the research conducted to determine the quality management studies in health and its effects on health workers are given. In the fifth part of the study, the data obtained after the research were evaluated and the findings were interpreted. Finally, the study is completed with the conclusion part, which includes the conclusion part, which includes the evaluations and suggestions related to the subject.

Keywords: Health Sociology, Risk, Healthcare Professionals, Quality Management in Health, Pandemic.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR LİSTESİ xii
ŞEKİLLER LİSTESİ xiii
KISALTMALAR xiv
ÖZGEÇMİŞ xv
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
BÖLÜM 2. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ 7
2.1.Sağlık ve Hastalık Kavramları 7
2.2.Sağlık Sosyolojisi 9
2.2.1.Sağlık Sosyolojisinin Tanımı ve Konusu 9
2.2.2.Sağlık Sosyolojisinin Tarihsel Gelişimi 10
2.2.3.Sağlık Sosyolojisinin Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi 12
2.2.4.Sağlık Sosyolojisinin Çalışma Sahası 13
2.2.5.Sağlık-Hastalık Kavramlarının Sosyolojik Anlatımı 14
2.3.Sosyoloji Kuramlarında Sağlık 17
2.3.1.Yapısal – İşlevselci Kuram 17
2.3.2.Sembolik Etkileşimcilik 18
2.3.3.Çatışmacı / Marksist Kuram 19
2.3.4.Feminist Kuram 19
2.3.5.Post- Modern Kuram 20
2.4.Risk Toplumu 21
2.4.1.Sağlık Riskleri ve Salgın Hastalıklar 22
2.5.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı 26
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Temel Nitelikleri 26
2.6.1.Dışsallık Özelliği 26

2.6.2.Kamusallık Özelliği 26
2.6.3.Toplumsal Yararı Yüksek Olması Niteliği 27
2.6.4.Devlet Müdahalesi Gerekliliği 27
2.6.5.Asimetrik Bilgi 27
2.6.6.Taşıdığı Belirsizlikler 27
2.6.7.Yetersiz Tüketilmesinin Toplumu Etkilemesi 28
2.7.Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması 28
2.7.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri 28
2.7.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Sunumu 29
2.7.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri Sunumu 29
BÖLÜM 3. SAĞLIK YÖNETİMİ 30
3.1. Kalite Kavramı 30
3.2. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı 31
3.3.Sağlık Hizmetlerinde Kalite 32
3.3.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihi 33
3.3.1.1.Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite 34
3.3.2.Sağlıkta Kalite Yönetimi 35
3.3.3.Sağlıkta Kalite Yönetim Sistemleri 37
3.3.4.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi 37
3.3.4.1.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri 38
3.3.4.2.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yararları 40
3.3.4.3.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar 40
3.3.4.4.Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü 41
3.4.Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi 41
BÖLÜM 4. YÖNTEM 46
4.1. Araştırmanın Modeli 46
4.1.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi 47
4.1.2.Araştırmanın Sınırlılıkları 48
4.1.3.Araştırmanın Etiği 49
4.1.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 50
4.1.5.Verilerin Toplanması 50

4.2.Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 51
BÖLÜM 5. BULGULAR VE YORUMLAR 52
5.1.Katılımcıların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular 52
5.2.Güvenilirlik Analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi (Geçerlilik-Güvenilirlik) 54
5.2.1. 41 Maddelik Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine İlişkin Çalışma Analizleri 54
5.2.2.Tanımlayıcı İstatistikler ve İlişki Analizleri 61
5.3.Katılımcıların Pandemi Sürecinde Yürütülen Sağlıkta Kalite Standartları Uygulamalarına İlişkin Bulguları 62
BÖLÜM 6. SONUÇ 80
EKLER 87
Ek-1 Anket Formu 87
KAYNAKÇA 92

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Çalışanların Sosyo-demografik Özelliklerine ait Dağılım Sonuçları 52
Tablo 2. Kişilerin Genel Çalışma Özelliklerinin Dağılımı. 53
Tablo 3. 41 Maddelik Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine İlişkin Madde Analizi Sonuçları 54
Tablo 4. Ölçeğin Güvenilirlik Analizi 55
Tablo 5. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu. 56
Tablo 6. Sağlıkta Kalitesi Standartları Ölçeğinin Açıklanan Toplam Varyans Analizi. 58
Tablo 7. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı 59
Tablo 8. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri 61
Tablo 9. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine Ait Normallik Dağılım Analizi 61
Tablo 10. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması 63
Tablo 11. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 64
Tablo 12. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması 65
Tablo 13. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması 66
Tablo 14. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması 69
Tablo 15. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Karşılaştırılması 71
Tablo 16. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Çalışılan Birim/Bölüme Göre Karşılaştırılması 73
Tablo 17. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması 76
Tablo 18. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi 79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Bir sağlık işletmesinin iç ve dış müşterileri 38
Şekil 2. 36 Maddelik Ölçeğe Ait Scree Plot Testi. 57

KISALTMALAR

$\bar{X}$: Ortalama

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AFAD : Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

Akt : Aktaran

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

JCAHO : Joint Commission on Accredition of Healthcare Organization

s. : Sayfa

S.S. : Standart sapma

SB : Sağlık Bakanlığı

SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı

TKY : Toplam Kalite Yönetimi

TÜSEB : Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

TÜSKA : Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

vd. : ve diğerleri

ÖZGEÇMİŞ

Selda ÖZDEN

Sosyoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2022	Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı
Ls.	2021,	Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Sağlık Yönetimi
	2019,	İstanbul Üniversitesi, Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Sosyoloji
	2014,	Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, İşletme
Önls.	2011,	Yeditepe Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu, Ağız ve Diş Sağlığı

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2013- 2015	Sağlık Teknikeri – Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, İstanbul
2015- Halen	Kalite Yönetim Direktörü - Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, İstanbul
2015- Halen	Verimlilik Birim Sorumlusu - Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, İstanbul
2015- Halen	Eğitim Birim Sorumlusu - Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, İstanbul
2015- Halen	İş Sağlığı ve Güvenliği Birim Sorumlusu – Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

BÖLÜM 1. GİRİŞ

2019 yılında Çin Halk Cumhuriyeti'nin Vuhan kentinde başlayan COVID-19 salgını, kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına alarak milyonlarca insanın ölmesine ya da kalıcı hasarla yaşamına devam etmesine neden olmuştur. Bu küresel salgının en dikkat çekici boyutlarından biri, bazı toplumsal grupların daha kırılgan bir hale gelmesidir. Hastalığın yaşlı ve sağlık durumu kötü olan kişilerde daha ağır seyretmesi, ölüm riskinin bu gruplar arasında daha yüksek olmasını ve bu gruplara yönelik ilginin artmasını da beraberinde getirmiştir.

Ne var ki, pandemi döneminde yalnızca biyolojik koşullar değil, toplumsal rol ve işlevler de bazı toplumsal grupların diğerlerine göre daha kırılgan hale gelmesine sebep olmuştur. Bu grupların önde gelenlerinden biri şüphesiz sağlık çalışanları olmuştur. Pandemi boyunca sağlık çalışanları pek çok ülkede yasal ve toplumsal olarak özel bir toplumsal kategori olarak kabul edilmiştir.

COVID-19 pandemisi sağlık çalışanları için pek çok zorluğu beraberinde getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre, Ocak 2020 ile Mayıs 2021 ayları arasında 80.000 ile 180.000 arasında değişen, ağırlıklı ortalaması 115.000 olan sayıda sağlık çalışanı COVID-19 sebebiyle hayatını kaybetmiştir (DSÖ, 2021)[1]. Ancak bu sayılar yalnızca gelişmiş ülkelerde tespit edilebilen sağlık çalışanı ölümü sayısının dünya nüfusuna oranlaması ile bulunmuş, yetersiz aşılama, sağlık ekipmanı eksikliği, bilinçsizlik ya da diğer etkenler ile artabilecek ölüm sayıları hesaba katılmamıştır.

Türkiye hem genel nüfusta hem de sağlık çalışanları arasındaki ölüm sayısı sebebiyle dikkat çekici bir örnek teşkil etmektedir. Türk Tabipler Birliğinin yayımladığı rapora göre, Mart 2020 – Mayıs 2021 tarihleri arasında sağlık çalışanları arasındaki COVID-19 kaynaklı ölüm oranı %0,035 olmuş, bu oran hekimler arasında %0,083

[1] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf

olarak seyretmiştir (TTB, 2021)[2]. Aynı tarihlerde genel nüfusta %0,056 olan COVID-19 kaynaklı ölüm oranı ile karşılaştırıldığında, özellikle hekimler arasındaki oranın fazlalığı dikkat çekicidir. Enfeksiyon oranına bakıldığında ise kimi kaynaklara göre genel nüfus ile sağlık çalışanları arasında 46 kata çıkan risk oranları bulunmaktadır[3]. Hem genel nüfus ile sağlık çalışanları arasındaki bu istatiksel fark hem de toplumun geneli için büyük önem arz eden sağlık sektöründeki bu durum, COVID-19 bağlamında sağlık çalışanlarının durumunu incelemenin önemini gözler önüne sermektedir.

Pandemi ikinci senesini henüz dolduruyor olsa da COVID-19 hastalığının farklı sektörler üzerindeki etkisine dair pek çok çalışma yürütülmüştür. Sağlık sosyolojisi literatüründe, COVID-19'un farklı toplumsal gruplara etkisine ilişkin pek çok nitel ve nicel çalışma yayımlanmıştır. Türkiye özelinde ise COVID-19'un sağlık çalışanları üzerinde etkisine dair sosyolojik çalışmalar sınırlı kalmıştır. Kimi araştırmalar, salgının sağlık çalışanları üzerine etkilerini genel hatlarıyla tarif ederken (Pala ve Metintaş, 2020[4]), bazı çalışmalar sağlık çalışanları arasında enfeksiyon yayılımını azaltmak için öneri derlemeleri olarak sunulmuş (Saatçı, 2020[5]; Çetintepe ve İlhan[6]), birtakım çalışmalar ise salgının sağlık çalışanlarına etkisini ruh sağlığı (Arpacıoğlu vd., 2020[7]) ve toplumsal cinsiyet (Nakışçı Kavas ve Develi, 2021[8]) bağlamında incelemiştir.

Ne var ki, sağlık sosyolojisinde sıkça ele alınan olgular bu çalışmalarda kendine yer bulamamıştır. Sağlık kuruluşlarında kalite yönetimi de bu olgulardan biri olarak, COVID-19'a ilişkin Türkiye kökenli literatürde yeterince yer almamıştır. Halbuki, sağlık kuruluşlarında COVID-19 pandemisine karşı dirençlilik sağlık kuruluşlarında kalite yönetiminin bir parçası olarak ele alınabilir. Salgında risk yönetimi başarısı, sağlık kuruluşlarındaki kalite yönetimi ile yakından ilişkilidir.

Bu çalışma, COVID-19 döneminde Türkiye'deki sağlık çalışanlarına odaklanarak bu ihtiyacın giderilmesine katkı sunmayı hedeflemektedir. Araştırmanın

---

[2] https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/son_son_saglik_emekcileri_olumleri_rapor.pdf
[3] https://www.toraks.org.tr/site/community/news/10018.
[4] https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1271620
[5] https://jag.journalagent.com/tahd/pdfs/TAHD_24_3_153_166.pdf
[6] https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1049533
[7] https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1257678
[8] https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1202818

konusu COVID-19 salgını sürecinde sağlık hizmet sunumu esnasında sağlık çalışanlarının karşılaşmaları muhtemel risklerin yönetimi ve önlenmesi amacıyla sağlıkta kalite standartlarının uygulanması ve bunun sağlık çalışanları üzerine olumlu ve olumsuz etkilerinin araştırılmasıdır. Bu doğrultuda ülkemizde ilk vakanın tespit edildiği günden itibaren yaşanan salgın sürecinde yürütülen kalite çalışmalarının, salgının kontrol altına alınmasındaki etkisi ve bu uygulamaların sağlık çalışanlarına yansımaları tartışılacaktır.

Çalışma, sağlık çalışanlarının COVID-19 pozitif olmuş çalışan oranı, salgına ilişkin bilgi ve becerilerde öz değerlendirme, memnuniyet, güvende hissetme gibi değişkenleri kalite yönetimine ilişkin bir çerçevede ele alarak, sağlık çalışanlarının COVID-19 dönemindeki durumunu, sağlık kuruluşlarında kalite yönetimi bağlamında, bütünsel bir şekilde incelemektedir. 416 sağlık çalışanının görüşlerini sistematik bir şekilde derleyerek inceleyen bu çalışma, sağlık sosyolojine ve özellikle de sağlıkta kalite yönetimi konusuna farklı bir bakış açısı sunmaktadır.

Çalışmada kullanılan nicel yöntem ise çalışmada ortaya çıkan bulguların genellenebilirliğini artırmaktadır. Sağlık çalışanları ile yapılan anket uygulamasının, çalışmaya önemli katkı sağlayacağı ve bu çalışma sonucunda salgın sürecinin kontrol altına alınmasında, sağlıkta kalite standartlarının önemi ve bu standartların uygulayıcısı olan sağlık çalışanları üzerine etkilerinin Türkiye bağlamında daha iyi anlaşılacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırma konusu bu alandaki literatüre de katkı sağlayacaktır.

Sağlık çalışanları hem doğa bilimlerinin hem de sosyal bilimlerin inceleme alanına giren kendine özgü bir toplumsal grubu oluşturmaktadır. Şüphesiz ki, bireylerin ve toplumun sağlık durumunu en iyi hale getirmeye ya da en iyi halde tutmaya çalışan tıbbın, sağlık çalışanlarını bağlayan kurallar ve çalışma yaşamı konusunda etkisi yadsınamazdır. Bununla birlikte, kamu sektörünün ağırlıkta olduğu ülkelerde sağlık çalışanlarına ilişkin incelemeler sosyal politika alanına dahil olabilirken, bir meslek grubu ya da sektör olmaları sebebiyle işletme ve toplumsal bir grup oluşturmaları sebebiyle sosyoloji de sağlık çalışanları ile ilgili konuları ele alabilmektedir. Sosyolojik perspektif, bütünsel yaklaşımı sebebiyle bu çalışmada tercih edilmiş ve COVID-19'da

sağlık kuruluşlarında kalite yönetimi konusu, sağlık sosyolojisi kapsamında ele alınmıştır.

Tarihte sosyoloji-tıp ilişkilerine ilk kez sosyal antropoloji çalışmaları sayesinde rastlanmıştır. Tarih boyunca antropologlar, dünyanın hemen her yerinde bölge halklarının kültürleri ile hastalık-sağlık kavramı arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu fark etmiş ve bu ilişkiyi analiz etmeye çalışmıştır (Cirhinlioğlu, 2010, s. 25). İlkel toplumlarda dahi tespit edilen bu arayış, günümüzde de dikkat çekici bir konu başlığı olarak ortaya çıkmış ve tıpta sosyolojinin temellerinin atılmasını sağlamıştır. Bu süreçte özellikle sağlık alanında çalışan sosyologlar toplumların öncelikli olarak yemek kültürlerini, daha sonra da sağlıklı kalmak adına gerçekleştirdikleri faaliyetleri inceleyerek hastalıkların nedenlerini bulmaya ve bu hastalıkları ortadan kaldırmaya çalışmışlardır.

Sağlık sosyolojisi tanım olarak, günümüz sanayi toplumlarında sağlık-hastalık konularının sosyolojik bakış açısıyla incelendiği sosyolojinin önemli alt dallarından biridir. Sağlık sosyolojisi yani diğer adıyla tıp sosyolojisi tıp içindeki bir araştırma alanından ziyade sosyolojiye dahil olan bir araştırma alanıdır. Sosyoloji hastaların ihtiyaçları dışında sosyolojik problemlerini açıklamaya yardımcı olmaktadır (Turner B. , 2011, s. 10). Sağlık sosyolojisi, hastalık ve sağlık durumlarını, toplumsal yaşamı biçimlendiren olgular olarak ele almanın ötesinde, hastalık ve sağlığın tanımlanması, toplumsal olarak kabul görülen önleme, tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri, hastalıkların özellikle de salgınların etkisini azaltan ve çoğaltan toplumsal pratikleri ve farklı toplumsal grupların bu dinamikler ile nasıl ilişkilendiğini inceleyerek tıbbın olgularını farklı bir anlayışla yeniden yorumlar.

Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu bir toplumun kültürü ile o toplumda sıklıkla rastlanan hastalıklar arasında bir ilişki olduğunu, ayrıca hastalıkların yalnızca biyolojik değil, psikolojik, sosyolojik veya kültürel nedenlerden de ortaya çıkabildiğini göstermiştir. Bu bağlamda, toplumlarda görülen hastalıkların çözümleri için sosyoloji biliminden de faydalanılabileceğini söylemek mümkündür. Örnek olarak içme suyu ve kanalizasyon gibi temel lojistik hizmetlerden yeterince yararlanamayan bölgelerde yaşayan insanların hastalığa yakalanma olasılığı oldukça yüksektir. Çünkü bu

bölgelerde ortaya çıkabilecek bulaşıcı hastalıkların yayılması daha kolay olacaktır. Dolayısıyla, hastalıkların önüne geçmek için bu bölgelerde yaşayan bireylerin iş birliği yapması gerekebilmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik COVID-19 riski ve bu risk azaltım stratejileri, yine benzer şekilde toplumsal bir olgu olarak ele alınmalı, biyolojik gerçeklerin toplumsal dinamikler ile etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır.

Geleneksel toplumlarda hastalıklar çoğunlukla lokal düzeyde ve belli bir yaşam alanı ile sınırlı tutulabilirken, günümüz toplumlarında bir dünya alışveriş sistemi aracılığı ile küreselleştiklerinden, hastalıkların belirli bir alanda muhafaza edilmesi daha zor hale gelmiştir. Risk toplumu kuramının temelinde öncelikle risk kavramını ele alan Ulrich Beck, günümüzdeki riskleri eski çağlarda görülen yoksulluk ve sağlık risklerinden ayırmış, bu riskleri ekolojik ve ileri teknolojiler sonucunda oluşan ve dünya yaşamını tehdit eden riskler olarak tanımlamıştır (Turner B. , 2011, s. 255). Ortalama yaşam süresinin hızla ve virüslere karşı toplumsal direncin arttığı günümüzde, Çin'de başlayıp bütün dünyaya yayılan ve özellikle de ulaşım olanakları ve nüfus yoğunluğunun yüksek olduğu kentsel alanları etkileyen COVID-19 pandemisinin getirdiği riskler, ancak bu çerçevede anlaşılır kılınabilir.

Sağlık kuruluşları, modern toplumlarda toplumsal sağlığa yönelik risklerin azaltıldığı ve yönetildiği noktalar olduğu gibi, bulaşıcı hastalıkların fiziksel olarak yoğunlaştığı noktalar olmaları sebebiyle kendilerine has risklere sahiptir. Sağlık kurumlarının da birçok riski bünyesinde barındıran kuruluşlar olmaları, maruz kalınan risklerin belirlenmesi, bu risklere bağlı oluşabilecek tehlikelerin sınıflandırılması, risk analizlerinin yapılması ve bu risklerin kontrolünün sağlanması amacıyla alınması gereken önlemleri planlaması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık çalışanlarının sağlığı ve performansına bağlıdır. Zira sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliğinin dikkate alınması önemli bir husustur. Bu bağlamda sağlık kurumlarının çalışma şartları, hizmet verenler için çeşitli risklere ve sağlık sorunlarına sebebiyet verdiğinden sağlık kuruluşlarının temel amaçlarını hizmet verenleri korumak ve hizmet alanlara zarar vermeden hizmet sunumunu gerçekleştirmek oluşturmaktır.

Çalışma giriş kısmı dahil altı ana bölümden oluşmaktadır. Giriş kısmında çalışmanın ortaya çıkarıldığı toplumsal bağlam, çalışmanın gerekliliği ve sağlık sosyolojisi alanı ile ilgisi anlatılmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık sosyolojisi kavramına yer verilmektedir. Bu bölümde hastalık ve sağlık kavramlarının tarihsel süreçte ve toplumsal dinamiklere göre gösterdiği değişim ele alınarak, sağlık sosyolojisi çalışma alanının irdelenmesi hedeflenmiştir. Daha sonra modern toplumlarda sağlık kuruluşlarının oynadığı toplumsal rol incelenerek, bu rolün beraberinde getirdiği riskler ve bu risklerin yönetimi "risk toplumu" kavramı bağlamında incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık yönetimi kavramı incelenmektedir. Sağlıkta kalite, özel ve kamu sektörlerinde uygulanan organizasyonel kalite anlayışı çerçevesinde ele alınmıştır. Farklı anlamlara gelebilen organizasyonel kalite kavramında toplam kalite yaklaşımının metodolojik üstünlüğü ve sağlık kuruluşlarında uygulanabilirliği tartışılmıştır. COVID-19 döneminde risk yönetimi ise toplam kalite yaklaşımının bir parçası olarak teorik bir zemine oturtulmuştur.

Çalışmanın dördüncü bölümünde sağlıkta kalite yönetimi çalışmaları ve sağlık çalışanları üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik yapılan araştırmanın yöntem, model ve analiz bilgilerine yer verilmektedir. Sağlık çalışanlarına uygulanan anketler sayısallaştırılarak nicel bir analizi yapılmıştır. Toplanan veriler üzerinde normallik testi, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız grup karşılaştırması, açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirlik analizi uygulanmıştır.

Çalışmanın beşinci bölümünde ise araştırma sonrası elde edilen veriler değerlendirilmiş ve bulguları yorumlanmıştır. Anket sonuçları değerlendirildiğinde, 45 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarında kendi kuruluşlarına yönelik sağlıkta kalite yönetimi başarısının daha yaygın kabul gördüğü; eğitim durumunun artması ile beraber salgın hastalıklara yönelik eğitimlerin önemi ve gerekliliği konusunda farkındalığın arttığı; hekimlerin sağlıkta kalite standartlarının uygulanması konusuna verdikleri önemin diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu ancak yapılan uygulamalara güven duymadıkları; sağlık çalışanlarının meslekte deneyim süresi ile sağlıkta kalite standartlarının gerekliliğine yönelik inanç ve kalite standartlarına yönelik güven arasında pozitif bir ilişkiselliğin bulunduğu görülmüştür. Son olarak çalışma konu ile ilgili değerlendirme ve önerilerin yer aldığı sonuç bölümüyle tamamlanmıştır.

BÖLÜM 2. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık ve hastalık kavramlarının tanımı, sağlık sosyolojisi, sosyoloji kuramlarında sağlık, risk toplumu, sağlık riskleri ve salgın hastalıklar ile sağlık hizmetlerinin tanımı ve temel nitelikleri incelenmektedir.

2.1.Sağlık ve Hastalık Kavramları

Sağlık ve hastalık durumu tıbbın konusu olarak düşünülmesine karşın farklı disiplinler tarafından çokça çalışılan kavramlardır. 19. yüzyılda ortaya çıkan sosyoloji bilimi de sağlık sosyolojisi aracılığı ile sağlık ve hastalık kavramlarını inceler. Sağlık ve hastalık kelimelerinin sürekli birlikte kullanılması, bu iki kelimenin anlamlarının birbiriyle alakalı olmasından kaynaklanır ve bu durum bu kavramlar için genel bir tanım yapmayı zorlaştırır.

Sağlık ve hastalık sosyal yapılara sahip olan kurumlardır. Kasapoğlu bunu "Sağlık Sosyolojisi içinde, temelde Uygulamalı Sosyoloji alanına dahil olmakla beraber, sorunlara çözüm üretmek yerine daha makro ve kurumsal düzeyde çalışmaların yapılabilmesiyle Kurumlar Sosyolojisi içinde de düşünülebilir" diyerek tanımlar. (Kasapoğlu A. , 2001, s. 23).

Toplumların sağlık ve hastalık hakkındaki düşünceleri yaşadıkları toplum ve kültürel değerlere göre değişiklik göstermekle birlikte inanç özelliklerini de taşımaktadır (Özçelik Adak, 2002, s. 74). Özçelik Adak "kültürler arasındaki farklılıklar, sağlık-hastalık sisteminde bir görelilik sorununa sebebiyet vermektedir. Her toplumun kültürü, sosyal organizasyonu, sağlık ve hastalık problemini kendi değerler sistemine göre geliştirmekte, sağlık ve hastalık, kültür biçimlerine göre anlam kazanmaktadır. Sağlık, tıptan veya doğadan ziyade toplumun bir ürünü olmaktadır" demiştir (Özçelik Adak, 2002, s. 9).

1948 yılında sağlık tanımı değişmiş, tek boyutlu olmaktan çıkarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hastalık ve sakatlık bulunmama durumuna ek olarak zihinsel olarak da tamamen iyi olma hali olarak güncellenmiştir. Böylece sağlık tıbbi bir terim olmanın yanı sıra toplumsal yaşamda da yerini almıştır (Özen, 1994, s. 72).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımından önce bedende kötü hal bulunmayışı olarak bilinen sağlık pozitif durumların göstergesidir. Sağlık tanımının doğum ile ölüm arasında geçen dönemde yaşananlar olması sağlığı korumak için yapılan çalışmaların öneminin artmasına ve duyulmasına sebebiyet vermiştir (Belek, 1998, s. 24- 25).

Okyayuz sağlığı; küçükten büyüğe doğru yönelen bir yapısı olan ve parçalarının çeşitli ilişkilerle birbirine bağlı olduğu bir sistem olarak tanımlamıştır (Okyayuz, 1999, s. 10- 11). Yüncü ise sağlığı, ruhsal ve fiziksel olarak dinamik olma biçiminde tanımlamıştır (Yüncü, 1993, s. 94).

Işık'a göre sağlık; bireyin çevresindeki sosyal ortamdan etkilenir, birey ve toplumun tamamını kapsar (Işık, 2001, s. 3). Bircher ise bu kelimeyi kültürle ilişkilendirmiştir. Ona göre sağlık bütüne dayanan bir "iyi olma durumu" olarak tanımlanır. Hastalık ise bahsi geçen iyi halin olmadığı durumdur. Bircher, biyolojik olarak sahip olduğumuz ve kendi kazandığımız potansiyeller olarak iki potansiyel grubunu ele almıştır. Biyolojik potansiyel, kişinin doğuştan sahip olduğu, genetik özelliklerine bağlı olan ve her birey için farklılık gösteren potansiyellerdir. Kısmi potansiyel ise, öğrenme ve diğer beceriler ile psikolojik evrim, sosyal sermaye gibi hayatı boyunca edindiği potansiyelleri ifade etmektedir (Bircher, 2005, s. 336).

Illich ise sağlığı bir bütün olarak çevrede gelişen durum ve uyarılara adapte olabilme, hayat döngüsünü gerçekleştirebilme, acı çekip iyileşebilme olarak tanımlar. Kültür ile yoğurularak şekillenen sağlık tanımı içgüdülere dayanmayan, otomatik bir tepkidir. Illich'e göre sağlık acıyla yaşayabilmeyi, ona uyum sağlamayı da gerektirir (Illich, 2011, s. 182- 183).

Günümüz şartlarında hızla değişen kültürel algılar sağlık tanımını da etkilemektedir. Capra, bu durumu öngörerek sağlık ve hastalık tanımının sürekli bir değişim içinde olduğuna dikkat çekmiştir. Dinamik bir değişim içinde olan sağlık Capra'ya göre; bütünün iyi olmasıdır ve sürekli değişim içindedir. Birey elbette ki yaşadığı toplumun bir parçası olduğundan bireyin sağlığı çevreyle de ilişkilendirilebilir. Çevreyle olan bu ilişki bireyin fizyolojisindeki bazı bozulmalara sebebiyet vermektedir. Bu nedenle sağlık ve hastalık kavramları birbirleri ile her zaman ilişkilidir (Capra, 1992,

s. 138). Capra sağlık ve hastalığın kesin çizgilerle birbirlerinden ayrılamayacağını savunmuştur, çünkü ona göre sağlığın fizyolojik tanımı yetersizdir.

Bütün bu tanım ve düşünceler ışığında sağlığın kesin tanımını yapmanın mümkün olmadığı ancak tıbbi anlamının yanı sıra toplum ve kültürlerle ilişkilendirilebileceği anlaşılmaktadır.

2.2.Sağlık Sosyolojisi

2.2.1.Sağlık Sosyolojisinin Tanımı ve Konusu

Gelişmiş olsun ya da olmasın sağlık günümüz toplumlarının en önemli sorunlarından biridir. Pek çok sorunu içerisinde barındıran ve bu sorunların multidisipliner bir bakış açısı ile çözümlenmesi gereken sağlık kurumu sadece tıp biliminin konusu değildir (Daşlı & Bulut, 2019, s. 1). Bu açıdan sosyoloji başta olmak üzere antropoloji, psikoloji gibi çoğu bilim dalı sağlık ve hastalık kavramları ile ilişkilidir. Bu bilim dallarından olan sosyoloji de sağlık ve hastalık kavramlarını sosyolojik bakış açısı ile inceleyerek sağlık sosyolojisi aracılığıyla toplumsal etkileri üzerine yoğunlaşır (Eryiğit Günler, 2011, s. 6- 7). Sağlık sosyolojisi Durkheim'in "Bir toplumsal olgunun nedeni yine bir toplumsal olgudur." değişinden yola çıkarak sağlık ve hastalık kavramlarının arkasındaki sosyal etkenleri araştırır.

Bryan S. Turner, konuları açısından değerlendirildiğinde sağlık sosyolojisinin üç düzeyde incelenebileceğini söyler ve bunları birey, mikro ve makro düzeyler olarak sıralar. Birinci düzeyde rahatsızlık birey açısından incelenirken sembolik etkileşimcilik ve fenomenoloji gibi sosyolojik perspektiflerden konuya yaklaşılarak ele alınır. İkinci düzeyde uzman mesleklerin bireyi sınıflandırmak için kullandığı hastalık kategorilerinin sosyal inşası üzerine yoğunlaşılır. Üçüncü düzeyde ise sağlık hizmetinin toplumsal kuruluş, devlet ve ekonomi ile ilişkisi incelenir (Öz, 2015, s. 49).

Günümüzde ortak olarak kullanılmaya başlanan sağlık sosyolojisi; II. Dünya Savaşı sonrası ilgi görmeye başlamıştır. O dönemde sağlık sosyolojisi, tıpta sosyoloji ve tıp sosyolojisi olarak ikiye bölünmüş ancak ilerleyen dönemlerde bu iki kavram kaynaşıp birçok farklı alanı temsilen kullanılmaya başlanmıştır (Güven, 2014, s. 129).

Bireyleri hastalık durumuna yakalanmadan önlem alma ve onları bu konuda bilgilendirme amacında olan koruyucu hekimlik, tıbbın bir alt temelli olan sosyal tıbbın konusudur. Ülkelere ekonomik açıdan daha az yük olmasından dolayı koruyucu hekimlik tedavi edici hekimliğe oranla daha çok konuşulur hale gelmiştir. Öte yandan bir diğer önemli kavram ise sosyologların ilgilendiği medikal sosyolojidir. Bireylerin sosyal hayatlarındaki sağlık ve hastalık durumlarında sağlık kurumlarına gösterdiği davranışları inceleyen bu bilim dalı bunun haricinde birçok sorunla da ilgilenmektedir (Kasapoğlu M. A., 1999, s. 361- 362).

Sağlık ve hastalığın değerlendirilmesinde birçok konu etkilidir. Bireyin sağlığını hem çevresel hem de kendi yaşam tarzı etkiler. Sigara ve alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapmama bireyin kendi yaşam tarzından kaynaklanan sebepler olduğu gibi fabrika bacalarından çıkan dumanlar, sulardaki bakteriler de çevrenin insan sağlığı üzerindeki etkileridir. Bu etkenler haricinde bireye zarar veren ve hasta olmasına sebep olan durumlar da vardır. İş kazaları, psikolojik sebeplerle oluşan hastalıklar bunlara örnektir. Hastalık durumunun önlenmesi için gerekli sağlık kurumlarıyla iletişimde olmak gerekir. Sağlık ve hastalığın değerlendirilmesi; kültürel yapılar, sağlık personellerinin tutum ve davranışları, eğitim, tıbbi uygulama yöntemleri gibi birçok konuyla da ilgilidir (Eryiğit Günler, 2011, s. 8).

Sağlık sosyolojisi kısaca kendisine çalışma alanı olarak belirlediği sağlık ve hastalık kavramlarının toplumdan topluma nasıl değiştiği, bir toplumda hastalık olarak nitelenen bir durumun başka bir toplumda neden hastalık olarak sayılmadığı, sağlık ve hastalığın sosyal belirleyicilerinin neler olduğunu gibi konular üzerine çalışmaktadır.

2.2.2.Sağlık Sosyolojisinin Tarihsel Gelişimi

Aydınlanma ve modernite bilimi olarak tanımlanan sosyolojinin alt uzmanlık alanlarından olan Sağlık Sosyolojisi 20. yüzyılda ortaya çıkan önemli alanlardan biridir (Öz, 2015, s. 26). Auguste Comte'un sosyoloji ismini vermesinin ardından, toplumbilim alanında sağlığa yönelik ilk önemli bilgiye 1845 yılında Friedrich Engels'in "İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu" eserinde rastlanır. Klasik dönem sosyoloji çalışmalarının önemli sağlık sosyolojisi eserlerinden olan ve Emile Durkheim tarafından

1897'de yayımlanan "İntihar" adlı eseri de önemli bir diğer çalışmadır (Daşlı & Bulut, 2019, s. 5).

"Sağlık Sosyolojisi" kavramının geçtiği ilk çalışma ise McIntire'ın 1894 yılında yazdığı "Medikal Sosyoloji Çalışmasının Önemi" adlı makalesidir. Bu çalışmayı Elizabeth Blackwell'in 1902 yılında yayımladığı "*Essays in Medical Sociology*" adlı çalışması ve James Warbasse'in 1909 yılında yayımladığı "*Medical Sociology: A Series Of Observations Touching Upon The Sociology Of Health And The Relations Of Medicine*" adlı çalışması takip etmiştir (Aytaç & Kurtdaş, 2015, s. 241).

II. Dünya Savaşı'nın ardından özellikle Talcott Parsons ve Robert K. Merton tarafından yapılan çalışmalar da bu alanda önemli yere sahiptir. 1940 ve 1950'li yıllarda ampirik çalışmalar yapılırken, 1950'ler ile birlikte Parsons'ın "Sosyal Sistem" isimli eserinde kuramsal bir alana yönelim olduğu görülür (Kasapoğlu M. A., 1999, s. 2).

Sağlığın çok eskilere dayanmasının aksine sağlık sosyolojisi daha yeni bir kavramdır. Özellikle 2. Dünya Savaşı'ndan sonra adını daha çok duyuran sağlık sosyolojisi kendini geliştirmiştir. Sağlık ise bu döneme kadar birçok kuram ve sosyolojik çalışmada yer almıştır. Örnek vermek gerekirse, Durkheim'in İntihar adlı çalışmasının yanı sıra Marx'ın yabancılaşma kuramında da; sosyal yapının psikolojik ve ekonomik durumlarına dikkat çekilmektedir (Cirhinlioğlu, 2010, s. 39). Sosyal şartlar ve tıbbi problemleri anlatan üç kavram bulunmaktadır. Bu üç kavram birleşerek günümüzde kullanılan sosyoloji kavramını oluşturmuştur. Bunlar 19. yüzyıldan günümüze taşınan tıp, sosyal tıp ve tıbbın sosyolojisidir. Bu kavramsal değişim bize insanın sosyal ortamının hastalık kavramını değişime uğrattığının bir göstergesidir (Aytaç & Kurtdaş, 2015, s. 241).

Sağlık ve sosyal faktörler arasında her zaman belirli bir ilişki olmuştur. 19. yüz yıl sonrasında bu ilişkinin daha sistematik bir biçimde ele alınması, sağlık sosyolojisinin ilerlemesine büyük katkıda bulunmuştur. Toplum diline yeni kelimeler yerleşmiş, bunun sonucunda üzerindeki ilgi artan; sağlık ve hastalıkta sosyal faktörleri inceleyen sağlık sosyolojisi gelişmiştir. Ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1940-1960 arasında beklenen ilgiyi görememiştir. Bu tarih sonrasında tıp ve sosyoloji dalları

birbirinden ayrı olarak gelişmeye devam etmiş ve zaman içinde tekrar yaklaşmıştır (Aytaç & Kurtdaş, 2015, s. 242- 243).

Antropologların ise yerli halkların hastalıklarıyla ilgilenmesi; sosyal bilimlerin tıbba yönelmesinin başlangıcı olmuştur (Cirhinlioğlu, 2010, s. 17). Sağlık ve hastalık sorunu geniş çaplı araştırmalara konu olmuştur. Geçmişten günümüze kadar gelen bu araştırmalar tıpta sosyolojinin gelişmesinde büyük rol oynamıştır. Antropologlar ve sosyologlar bu araştırmaları çeşitli sağlık kuruluşlarını konu alarak gerçekleştirmiştir. Bu sebeptendir ki gelişmiş ülkelerin antropologları sağlık eğitimi verilen kurum ve kuruluşlarda eğitime büyük katkıda bulunmuştur. Bu şekilde yeni bir alan olan sağlık sosyolojisi hızla gelişmiştir. Sosyoloji sahasında çalışan eleman yoğunluğu artmış; kendilerine klinik sosyolog adını vermişlerdir. Klinik sosyologlar hastalıkları iyileştirme ve yeni bulgular edinme sürecinde yardımda bulunmuştur (Türkdoğan, 2016, s. 17- 18).

2.2.3.Sağlık Sosyolojisinin Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi

Ülkemizde sağlık sosyolojisinin öncüsü Orhan Türkdoğan olmuştur. Türkdoğan 1964-1965 yılları arasında Erzurum'da 37 köyü kapsayan bir araştırma gerçekleştirmiş, bu araştırmayı 1967 yılında 'Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi' başlığı altında savunmuş ve 1972 yılında Atatürk Üniversitesi'nde yayınlamıştır. Araştırmada bölge halklarının sağlık sistemine ve sağlık çalışanlarına karşı tutumları, konu hakkında sahip oldukları değer yargıları ve inançları incelenmiştir. Özetle Türkdoğan'ın bu çalışması, Türk Sağlık Sosyolojisi'ne ait ilk çalışmalar arasında yer almaktadır. (Çekim, 2019, s. 10).

Türkdoğan'ın bu çalışmasını 1974 yılında Ahmet Gençler tarafından yayınlanan "Diyarbakır ve Çevresinde Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Toplumsal ve Kültürel Faktörler" isimli doktora tezi ve 1976 yılında Nuran Elmacı tarafından yayınlanan "Diyarbakır Kentinin Üç Farklı Köysel Grubunda Doğumla İlgili Değer ve Tutumlar" isimli doktora tezi takip etmiştir (Güven, 2014, s. 6).

Sağlık sosyolojisi kapsamında ele alınması gereken bir diğer çalışma ise 1982 yılında M. Aytül Kasapoğlu tarafından yayınlanan "Sağlık Örgütlerinde Personelin Sosyal İlişkileri" isimli doktora tezidir. Bu çalışmasında doktorlar, sağlık çalışanları ve hastaların kurdukları ilişkilerin bir analizini gerçekleştiren Kasapoğlu, takip eden

yıllarda yayınladığı eserler ile sağlık sosyolojisi alanındaki çalışmalarını devam ettirmiştir. Kasapoğlu'nun özellikle 2008 yılında yayınladığı ve "Biyopsikososyal Model", "Aktör İlişkileri Kuramı" ve "Görsel Sosyoloji" gibi konuları incelediği kitabı, uygulamalı sağlık sosyolojisi çalışmalarına bir referans niteliği oluşturmuştur.

Bahattin Akşit ve Belma Akşit tarafından 1989 yılında yayımlanan "Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Sosyokültürel Belirleyicileri" de Türkiye'de gerçekleştirilen çalışmalara bir diğer örnektir. Daha sonra UNICEF'in desteği ile "Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı: Antalya'nın Bir Gecekondu Bölgesinde Hızlı Antropolojik Bir Araştırma" (1994) adlı çalışmanın ardından 1997 yılında *"Mothers Education, Differential Child Valuation and Infant/Child Mortality: A Review Of Literature And Conceptual Debates"* adlı çalışma yayımlanmıştır (Daşlı & Bulut, 2019, s. 9).

Özetle ülkemizde sağlık sosyolojisi kavramı, tarihte sosyal bilimciler tarafından oldukça yoğun ilgi gösterilmiş bir kavram olmuştur. Bu bağlamda literatür taraması yapıldığında konu hakkında yapılan çalışmalara ilk kez 1960 yılında rastlanmış ve çalışmaların sayısının giderek artış gösterdiği görülmüştür. Ancak Türkiye'de sağlık sosyolojisi geleneğinin oluşturulabilmesi için, çalışmaların kavramsal veya tarihsel açıklamalardan ibaret olmaması gerekmektedir. Yani sağlık sosyolojisi alanında, Türk toplumunu, toplumun her yönüyle ele alan ve Türkiye'deki toplumsal gerçeği birden farklı bakış açısıyla inceleyebilecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

2.2.4.Sağlık Sosyolojisinin Çalışma Sahası

Sağlık sosyolojisi, hastalığın toplum içinde dağılımını, hasta insan davranışlarını, hastaların sosyal ve ekonomik yönden durumlarını, çevrenin sağlık ve hastaya etkisini, meslek, aile gibi faktörleri inceleyerek hastalık kavramının toplum ve kültürle ilişkisi olduğunu kanıtlamaktadır (Kızılçelik, 1995, s. 16).

"Medical Power and Social Knowledge" adlı çalışmada Turner sağlık sosyolojisinin sınırlarını belirleyerek tıpta sosyoloji ve tıp sosyolojisi kavramlarını birbirinden ayırır. Tıp sosyolojisinin daha çok din sosyolojisi gibi temellere dayandığını ancak tıpta sosyolojinin tıbbi bilgi, mesleki ihtiyaçları konu alan bir dal olduğunu

açıklar (Turner B. S., 1995, s. 12). Tıp sosyolojisi ile ilgili sosyologların doktor-hasta, sağlık kurumlarının yönetimi, doktor ve adaylarının davranışlarını incelemektedir. Tıpta sosyoloji dalı ile ilgilenen sosyologlar ise hastalığın toplum ve kültürel boyutuna bağlı olan değişim ve gelişmeleri konu alır (Mumford, 1983'den akt: Adak, 2002, s.19). Bu farklılıkları temel alarak çalışmalarını yürüten Kendal ve Reader sağlık sosyolojisinin çalışma alanlarını şu şekilde sıralamaktadır (Frederick, 1987'den akt: Adak, 2002, s.20):

- **Tıpta Sosyoloji;**
  - Hastalığın etiyolojisi ve ekolojisi
  - Sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranıştaki değişmeler
- **Tıbbın Sosyolojisi;**
  - Hekimlerin Yetiştirilmesi
  - Hekimlerin Eğitimi
  - Hekimlerin rol seti içindeki diğerleriyle ilişkileri
  - Tıbbi organizasyon –hastaneler örneği
  - Toplum sağlığının gelişmesi.

Sağlık ve hastalık kavramları önceleri bir problem olarak ele alınmıştır. Sosyal bir problem olarak görülen sağlık, sosyoloji için bir disiplin değildir ve problem odaklıdır. Amerika'daki son gelişmeler bunu kanıtlar niteliktedir.

2.2.5.Sağlık-Hastalık Kavramlarının Sosyolojik Anlatımı

Herkesin sağlıklı olduğu bir hayat isteği çok eski zamanlardan beri vardır. Bu istek doğrultusunda yapılan çalışmalar bilimi geliştirmiş ve sınırlarını zorlamıştır. Bu durum bize aslında bilimin ne kadar geniş kapsamlı olduğunu göstermiştir. Hastalıksız bir yaşam isteğinin gerçeğe dönüşebilmesinin ancak bilim ile mümkün olacağı düşüncesi 17.-18. yüzyılda yaşamış düşünürlerce söylenmiştir (Schwartz, 1999, s. 11-12). Yapılan deneyler sonucunda elde edilen verilere bakılarak sistematik ve bilimsel

analizler yapılmış; hastalıkları engellemek ve mevcut hastalıkların tedavisini gerçekleştirmek amaçlanmıştır. Bu araştırmalardan elde edilen bulgular sonucunda hastalığın çevreden bağımsız ve hasta bireyin kendinden kaynaklanan sebeplerle ortaya çıktığı savunulmuştur. Bu sebeple hastalıkların sebepleri medikal sebeplerle açıklanmıştır.

Sağlık üzerine araştırmalar yapan Illich, "Sağlık toplumca yaratılmış gerçekliklere karşı içgüdüsel değil, otonom ama yine de kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepkidir." demiştir (Illich, 2011, s. 182). Sağlık ve toplumun birbirleriyle kaynaşmış iki kavram olduğunu bu cümleleriyle açıkça ortaya koymuştur. Sağlık toplumun inanç ve toplumsal yasalarını da kapsar niteliktedir. Bu sebeptendir ki farklı toplumlarda farklı sağlık ve hastalık değeri, düşüncesi bulunmaktadır. Çünkü sağlık ve hastalık kültürlerin birer aynasıdır ve her kültür kendine göre sağlık ve hastalık kavramlarını değiştirip genişletir (Giddens, 2005, s. 153).

Kültürel ve sosyal yapıları farklı olan toplumlarda hastalık ve sağlık farklılıklar göstermektedir. Bu kavramlar toplumun yaşam şart ve standartlarından, ekonomik durumlarından, siyasal olaylardan da etkilenir. Bu da demek oluyor ki kavramların toplumdan topluma değişmesi kaçınılmazdır.

Kavramlar ve olguların farklı toplumlarda farklı etkileri bulunmaktadır. Bu kapsamda hastalık ve sağlık kavramına bakışların da farklılık göstermesi kaçınılmazdır. Toplumlar kendilerine özgü toplumsal ilişkilerle farklılaştıkları kadar yapılar açısından da farklılaşmaktadır. Hastalık kavramı bu nedenle toplumsal ilişkiler bağlamında ele alınabileceği gibi ekonomik ve siyasal bağlamlarda da ele alınabilir. Dolayısıyla, bir toplumun kültürel, ekonomik ve siyasal yapısının özellikleri bireylerin hastalık kalıplarını/anlayışlarını etkilemektedir. Hastalık ve sağlığın tanımı, kültürden alt-kültüre ve toplumdan topluma ve hatta bir ev içerisinde kuşaktan kuşağa değişmektedir. Toplumdaki hastalık tanımları ile tıp ilmi ile uğraşanların tanımları doğal olarak farklıdır.

Sağlık, fiziksel olmanın yanı sıra ruhsal olarak da iyi olma durumudur. Bu yüzden kişinin yaşadığı herhangi bir psikolojik sorun sağlığını etkileyebilir. Bir bütün olarak hem fiziksel hem de zihinsel tam iyi olma bireyin sağlıklı bulunma halidir.

Ancak toplumsal sebeplerden kaynaklanan ayrımcılık, dışlanma gibi birtakım olaylar kişinin psikolojisini etkileyeceğinden sağlığı da bu yönde olumsuz etkilenir. Bu sebeple sağlık sosyal olaylarla ilgilidir. Kısacası sağlık bilimleri ve sosyal bilimler engellenemez bir birliktelik içindedir ve birbirlerini desteklerler (Alptekin, 2015, s. 3).

Hastalık ise tıp alanında "doku ve hücredeki yapı ve işlev açısından anormal değişikliklerin ortaya çıktığı durum" (Bodur, 1991, s.838) olarak tanımlanır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü tarafından da kabul edilir (Kızılçelik, 1995, s. 65). Parsons'a göre hastalık kavramı "biyolojik bir sistem olan insanın durumu ile bireysel ve toplumsal uyumunu sağlayan işlevin bozulması durumudur" (Parsons, 1951, s. 446). Hastalık insanın sahip olduğu rolleri yerine getirmesini engelleyen durum olarak da görülür (Daşlı & Bulut, 2019, s. 14).

Sosyolojik olarak hastalık, sosyo-kültürel faktörlerle şekillenen bir durumdur. Bu bağlamda hastalığın algılanışının evrensel, hastalığa karşı tepki ve tutumların ise kültürel olduğu söylenir (Özen, 1994, s. 140). Hastalık hakkındaki genel kabul gören sosyolojik görüşün büyük kısmı Friedson'un hastalık ve rahatsızlık arasındaki farka dair görüşüne dayanır. Hastalık insan bilgisinden ayrı şekilde var olan biyofiziksel bir durumken, rahatsızlık sosyal bir durum olarak insanın bilgi ve değerlendirmesi ile şekillenir (Kurtdaş, 2013, s. 29- 30). Yapılan bu ayrım hastalık kavramını sadece tıbbi bir terim olmaktan çıkarıp ona bireysel, toplumsal ve kültürel bir anlam da katar (Daşlı & Bulut, 2019, s. 15).

Toplum inancına göre hastalığı tetikleyen birçok etken vardır. Bunlar iklime, kişinin hijyenine, bedensel aktivitesine bağlıdır. Kişi kendi sorumluluğunda olan hijyen gibi gereksinimleri yerine getirmediği taktirde hasta olmaktadır. Ülkemizde de bu inanç şekli hakimdir. Hastalıkların temel nedenleri olarak bu ihmaller gösterilmektedir (Cecil, 1990'dan akt: Cirhinlioğlu, 2010, s. 41).

Sağlık çalışanları ve toplumun sağlık ve hastalık algısı farklıdır. Çünkü halk kültürel ve dini inançlarını da sağlık algısıyla bütünleştirirken tıp çalışanları rasyonel görüşlere sahiptir. Bu sebeple sağlığın korunması için alınması gereken önlemler daha da önem kazanır. Sağlık sosyolojisi halkın inanç ve kültürel tutumlarını belirleyerek bu sürece katkı sağlamaktadır. Sağlık çalışanları ve halkın birbirlerini anlamasını kolaylaştırmaktadır.

2.3.Sosyoloji Kuramlarında Sağlık

Sağlık kavramının dikotomik olarak hastalık kavramına gönderme yapması, bunun toplumsal alandaki etkisinin, "hayatın tıbbileştirilmesi" olarak algılanmasına sebep olmuştur. Bu durumun sonucu olarak da sosyoloji bilimi sağlık olgusuna daha fazla yönelmiş ve bu durum sağlığın tüm açılardan incelenmesine yol açmıştır. İnsanların biyolojik ve fizyolojik davranışlarına ek olarak, sosyal ve kültürel yaşamları da sağlıklarını etkilemektedir. Bunun sebebi insanın toplumsal bir varlık olması ve toplumsal yapıyı meydana getirmesidir (Koca'dan Akt. Daşlı, 2019, s.21).

2.3.1.Yapısal – İşlevselci Kuram

İşlevselcilik, toplumsal ve kültürel fenomenlerin sistem içerisinde meydana getirdikleri işlevlere göre irdelenmesini ifade eder. Bu bakış açısında, toplumu oluşturan parçaların birisinde meydana gelen bir değişme diğer parçalarda da bir değişmeye ve sistemin yeniden düzenlenmesine neden olur (Theodorson ve S-Theodorson'dan Akt. Wallece ve Wolf, 2012, s.43).

Bir sistem kuramcısı olan Parsons, en büyük sistemin toplum olduğunu, toplumun da insan ilişkilerine indirgenebilecek alt sistemlerden oluştuğunu söyler. Parsons'a göre, sosyal sistemler birbirleri ile iç içe giren ve sürekli etkileşim içinde bulunan toplumsal görevlerin ortaya çıkardığı denge ve uyumlar bütünüdür. Sistemin rol ve statü arzusu, sistem içindeki unsurların karşıladığı ihtiyaçların, sistemin bütünleşmesine faydasına ve işlevsel olmasına temel oluşturduğu düşüncesindedir (Koca'dan Akt. Daşlı, 2019, s.21).

Parsons, toplumun doktor ve hastalara belli rolleri apriori olarak kazandırdığını ve hastaların hastanelerde bu rolleri sergilediklerini belirterek o zamanlarda yaygın olan bir inancı da değiştirmiştir (Cirhinlioğlu, 2010, s. 54). Doktor ve hastanın belirli roller sergilemesine dayanan bu yaklaşıma göre hasta, yardıma ihtiyaç duyan ve çevresinde ona ne yapması gerektiğini söyleyecek uzman bulunmayan kişidir. Doktor ise tecrübesi ve eğitimi ile hastalara yardım etme statüsüne sahip olan kişiyi ifade eder (Parsons, 1951, s. 439). Ona göre, doktor ve hastaların sahip olduğu konumları ve bu konumlarına bağlı olarak ortaya çıkan davranış şekilleri toplum tarafından belirlenir. Hastalık ortaya

çıktığı zaman, doktor ve hasta etkileşime geçerek toplum tarafından kendilerine verilen rolleri sergilemeye başlar. Karşılıklı olarak sergilenen bu roller toplumsal sistemi ortaya çıkarır ve toplumsal sistem de genel sağlık sistemi içinde bir alt sistem olur (Oskay, 1993, s. 111). Parsons'ın ortaya attığı bu görüşler birçok açıdan eleştirilere maruz kalsa da sağlık sosyolojisi içerisinde merkezi kuramsal bir öneri olmayı sürdürmektedir (Cockerham & Scambler, 2010, s. 6- 7).

2.3.2.Sembolik Etkileşimcilik

Yapısal işlevselci olan Parsons ve onun liderlik ettiği sağlık sosyolojisine karşı ilk büyük kuramsal yaklaşım Blumer ve Mead'in düşünceleri temelinde ortaya çıkan sembolik etkileşimcilik kuramıdır. Bu kuram, ortak sembolik anlamları temel alarak birbiri ile etkileşimde olan kişiler tarafından toplumsal gerçekliğin mikro düzeyde inşa edildiğini ileri sürer (Cockerham & Scambler, 2010, s. 8). Yapısal işlevselcilikte bahsedildiği şekilde kişilerin dıştan gelen bir güç tarafından etkilenen pasif varlıklar olmanın aksine, kendi hareketlerini değerlendirip yorumlama kabiliyetine sahip ve kendine yön verebilen kişiler olduğu savunulur (Wallace & Wolf, 2012, s. 265- 269).

Sembolik etkileşimci kurama göre hastalık ve sağlığı tayin eden şey daha çok, kişilerin sübjektif yaşamı, deneyimleri ve ifadelendirme yetenekleridir. Hastalığın sosyal inşası, kişinin toplumsallaşma sürecinde kazandığı bilgi ve deneyimleri sonucunda hastalığı anlamlandırmasıdır (Sarı & Atılgan, 2012, s. 39- 40).

1960'lı yıllarda sembolik etkileşimciliğin temel iddiasına göre Goffman ve Becker tarafından geliştirilen Damgalama Kuramı önemlidir. Bu kurama göre hastalık ve sağlık etiketleme üzerinden ele alınmış ve birçok araştırmacıya yol gösterici olmuştur (Gelgeç Bakacak, 2018, s. 359). Becker'in "Hariciler" adlı eseri ile Goffman'ın dramaturjik bir yaklaşımla yazılmış olan "Tımarhane" ve "Damga" adlı eserleri, hastalığın sapkınlık ile bağdaştırılarak etiketlenmesine odaklanmıştır. Bu kurama göre sapkınlık kişilerin hareketlerinin bir niteliği olarak kabul edilmeyip, kişilerin sergilediği hareketlerin başkaları tarafından tanımlanması sonucunda oluştuğunu öne sürer (Gelgeç Bakacak, 2018, s. 359). Sembolik etkileşimcilik ve bu kurama yönelik düşüncelerini sunan kuramcılar, sağlığı bozulan kişilerin kimliğinin

toplumun başka üyeleri tarafından tekrar inşa edilmesi ve bu yeni kimliğe kişilerin vermiş oldukları tepkileri çözümlemişlerdir (Koca'dan Akt. Daşlı, 2019, s.29- 30).

2.3.3.Çatışmacı / Marksist Kuram

Karl Marx ve Max Weber tarafından temeli atılan çatışma teorisi, yapısal işlevselci kuramın etkisinin azalarak sembolik etkileşimciliğe ilginin arttığı bir dönemde ortaya çıkmıştır. Bu kurama göre, çıkarları için mücadele eden gruplar ve eşitsizlikler toplumsal yaşamın özünü oluşturur (Cockerham & Scambler, 2010, s. 10). Çatışmacı kuramcılar da yapısal işlevselci kuramcılar gibi toplumsal yapı ve kurumları incelemiş ancak farklı değerlendirmelerde bulunduklarından toplumsal yapının önemli bir unsuru olan sağlıkla ilgili farklı düşünceler paylaşmıştır (Koca'dan Akt. Daşlı, 2019, s.30).

Marksizm olarak da adlandırılan bu kuramın savunucuları ekonominin hastalığın üretilmesinde ve hastalıkla başa çıkılmasında etkili olan rolü üzerinde durmuştur. Marksist yaklaşım, tedavi ve tıbbın kapitalizmle ilişkili olduğunu ileri sürerek açıklamaya çalışmıştır. Tıp kapitalist ekonominin önemli bir parçasıdır ve teknolojik gelişmeleri desteklemektedir (Gönç Şavran, 2011, s. 160). Hastalık ve tedaviyi sosyal eşitsizlikteki farklı niteliklere göre açıklayan bu kuram, toplum içinde bulunan kıt kaynakların dengesiz şekilde dağıldığını, belli sınıf ve gruplarda toplandığını ve bu durumun kişilerin sağlığa ulaşmalarının önündeki engel olduğunu savunur (Sarı & Atılgan, 2012, s. 38).

2.3.4.Feminist Kuram

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin derinlemesine incelendiği bu kurama göre, kadın ve erkek toplumda farklı şekilde yer almalarına rağmen, aynı zamanda eşitsiz olarak da konumlanmıştır. Bu kurama göre, kadın ve erkek arasındaki bu eşitsizliğin sadece kişisel ya da biyolojik farklarından kaynaklı olmadığı, toplumsal örgütlenmeden de kaynaklandığı düşüncesi hakimdir. İnsanlar kendilerine has özellikleri ve potansiyelleri açısından farklılık göstermelerine rağmen aralarındaki bu farklılık hiçbir zaman cinsiyetleri farklılaştırmaz (Ritzer, 2011, s. 333). Cinsiyetler arasındaki biyolojik farklar doğuştan gelir ancak toplumsal rol ve statülerdeki ayrım toplumsal yapı

tarafından üretilir. Bunun sonucu olarak ortaya çıkan cinsiyete dayalı eşitsizlikler de toplumun tüm alanlarında görülür ve sağlık da bu alanların başında gelir (Daşlı & Bulut, 2019, s. 33).

Feminist kuramın sağlık alanında savunduğu temel iddiaya göre kadın bedeni ve sağlığı erkek egemen toplumlarda kontrol altına alınmakta ve sağlık kurumları aracılığı ile de bu kontrol ve denetlemeler erkeklerin kontrolünde yapılmaktadır (Aytaç & Kurtdaş, 2015, s. 246). Feminist eleştiri, tıp alanında çoğunlukla erkeklerin yer alması ve kadın için var olan tüm konuların medikalleştirilmesi üzerine yoğunlaşmıştır (Bilton & vd., 2009, s. 362). Sağlık sosyolojisi ve toplumsal cinsiyete dayalı olarak yapılan çalışmalar sonucunda, kadınların ve erkeklerin biyolojik yaradılışlarındaki, yaşam tarzlarındaki ve sosyo- ekonomik durumlarındaki çeşitliliklerin nasıl biçimleneceği ortaya konulmaktadır (Read & Gorman, 2011, s. 425).

2.3.5.Post- Modern Kuram

Post- modern kuram, 1980'lerde politikanın zayıflaması, üretim sanayisinin Batılı toplumlardan az gelişmiş toplumlara doğru kayması, artan tüketim faaliyetlerinin küresel olarak hızla yayılması ve bilişim teknolojilerinin gelişiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Aydınlanma girişimine karşı olan post- modernizm, hedefleri ve çerçevesi bakımından belirsizliği temel almıştır (Vergin, 2003, s. 310).

Post- modern kuramın kurucusu olarak kabul edilen Foucault'nun sağlık ve hastalığa dair düşünceleri önemlidir. Foucault'a göre "ancak ölüm epistemolojik olarak tıbbi deneyle bütünleştiği zaman karşı doğadan kopup kişilerin yaşayan bedeninde vücut bulmuştur." (Foucault, 2003, s. 385). Ayrıca bilginin bir tekâmül olmadığını, epistemik bir değişim geçirerek bunun sonucunda da Batı tıbbında büyük değişiklikler ortaya çıkardığını ileri sürer. Ona göre doktorlar hastaları bilimsel bilginin nesnesi haline getirmiştir (Foucault'tan Akt. Ritzer, 2011, s.481).

"Hapishanenin Doğuşu" adlı eserinde Foucault, insan bedenin disiplin altına nasıl alınacağını tartışmış ve disiplin toplumunun temelinin hapishaneler olduğunu öne sürmüştür. Hapishanelerdeki disiplinin kontrol ve gözlem araçları ile sağlandığını ve insan davranışlarının da bu araçlarla şekillendiğini savunmuştur. Foucault'a göre

hapishanelerdeki bu yapı toplumun diğer kurumlarında da bulunur ve hastaneler de bu kurumların başında gelir. Hastaneler toplumun gözetlenip denetlendiği ve disiplin altına alındığı yerlerdir (Koca'dan Akt. Daşlı, 2019, s.36).

Post- modern toplumlarda insanlar, sağlıklarını tehdit eden çoğu sağlık riski ile karşılaşmakta ve bu risklere karşı çeşitli önlemler almaktadır. Bu doğrultuda tüketim toplumunun öncelikli hedefi hastalıkların tedavi edilmesi değil sağlığın korunması olmuştur (Adak, 2016, s. 21). Bir yandan hastalıklar tedavi edilmeye devam ederken de diğer yandan kişilerin sağlığı üzerinden söylemler üretilmeye başlanmış ve beden üzerinden tıbba başvuran kapitalizm, fazla üretimin sonucu olarak tüketen sağlıklı beden inşa etmeye başlamıştır (Timurturkan, 2016, s. 86). Post- modern kuramcılar bu dönemin modern dönemden farklı olduğunu ve sağlık olgusunun yeniden düşünülmesi gerektiğini savunurlar. Bu dönemle birlikte insanların bedensel bütünlüğünün farkına varmaları ve bedensel hareketlerini yeniden tanımlamalarına sebep olacağı düşünülür (Cirhinlioğlu, 2003, s. 143).

2.4.Risk Toplumu

"Risk" kavramı, oldukça uzun zamandır karşılaşılabilecek tehlikeli durumlar ve insanoğlunun kaygıları, ayrıca geçmiş dönemlerden bugüne ulaşan tehdit ve tehlikelerin yanında, bireylerin yarattığı ve sonuçlarının kendileri de dahil olmak üzere çevrelerini olumsuz etkileyebilecek durumlara verilen addır (Çuhacı, 2007, s. 135). Risk kavramının bu tanımı çerçevesinde, insanoğlu yüzyıllardır kendisini tehdit eden tehlike ve risklerle karşı karşıya kalmıştır Bu bağlamda Beck, bilim ve teknolojinin bilinçsiz bir şekilde kullanılmasının, insanlığın günümüzdeki risk toplumu haline gelmesine yol açtığını öne sürmektedir.

Risk kavramının modernite tartışması açısından önemi, modernleşme sürecinin bireyler ve genel toplumsal düzeyde risklerin yoğunlaşmasını ve çeşitlenmesini gerektirmesidir (Turner B. , 2011, s. 256). Beck, geliştirmiş olduğu kuramda risk toplumunun, modernleşme sürecinin mecburi bir çıktısı olduğunu belirtmiştir. Ancak yine aynı kurama göre risklerin artışı modernleşmenin "yüzeysel bir etkisi" olarak kabul edilemez. Kendine has yeni bir toplum tipinde yani risk toplumunda yaşanmaktadır.

Risk kavramı tıp sosyolojisi çerçevesinde incelendiğinde AIDS salgını çağdaş toplumlarda hastalığın önemi ve karakterinde temel bir değişmeye işaret etmektedir. İlk olarak 1980'li yıllarda rastlanan AIDS'in göstermiş olduğu yayılma toplum açısından bazı değişimlere, hastalığın özellikle turizm ve dünya ekonomik sistemi içindeki emek hareketliliği gibi süreçlerle küresel düzeyde bir olgu haline gelmesine örnek olarak gösterilebilir (Turner B. , 2011, s. 255- 257). Ayrıca Beck (1999) "Dünya Risk Toplumu" tartışmaları çerçevesinde küresel riskler karşısında önlem alınmadığı takdirde, geri döndürülemez sonuçlara doğru bir yönelimden bahsetmektedir. İnsan ürünü olan risklerin çoğunluğu, örneğin terörizm ya da çevre kirliliği, ulusal sınırların ötesine geçmekte ve bu çerçevede günümüzde yaşanan pandemi riskinin toplumları küresel anlamda nasıl etkilediğinin bir örneğini oluşturmaktadır. İnsanoğlunun yarattığı risklerin büyük çoğunluğu uluslararası bağlamda olduğundan, günümüzde ve gelecekte pandemilerin önemli bir küresel sorun olacağını söylemek mümkündür (Akbal, 2010).

2.4.1.Sağlık Riskleri ve Salgın Hastalıklar

Sosyal yapısal faktörlerin rolünün vurgulandığı sağlık ve hastalık sosyolojisi uzun bir geçmişe sahip olsa da risk konusuna olan ilgi daha yenidir. Sağlık sosyologları açısından risk kavramının, birey, toplum ve daha büyük sosyal yapılar arası birleştirici görevine dikkat çekilerek, sağlık sosyolojisinde son yıllarda bazı gelişmeleri içeren bir kavram olarak kullanılabileceği belirtilmektedir. Sağlık ve hastalık ile riskler arasında yakın bir bağ olduğunu söylemek mümkündür (Adak, 2016, s. 20).

Yaşanan fiziksel ve sosyal çevre sağlık risklerinin hazırlayıcısı ya da risklerin nedeni olabilmektedir. Küreselleşme ile birlikte sanayi ülkeleri ve uluslararası sermaye tarafından sömürge düzeni kurulurken, diğer taraftan da mal ve insan hareketleri, başta bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında ve zehirli atıklar, çeşitli çevresel riskler gibi sağlığı olumsuz olarak etkileyen zararlı etkenlerin sınır ötesine yayılmasında etkili olmaktadır. Bu aynı zamanda sağlık alanındaki eşitsizliklerin artmasının da nedenidir.

Hastalıkların tedavi edilmesindense sağlığın korunması ve geliştirilmesi ön plana çıktığından, tüketim toplumlarındaki bireyler sağlıklarını tehdit eden çok çeşitli sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmakta ve bu risklere karşı önlem alma ve

hastalıklardan korunma insanlar için büyük önem arz etmektedir. Neoliberal prensiplerin egemen olduğu dünyanın çoğu bölgesinde sağlık ve hastalığa ilişkin risklerden korunmak belli ekonomik şartlara bağlı olduğu gibi devlet veya kamu sorumluluğuna değil bireyin sorumluluğuna da bırakılmıştır (Adak, 2016, s. 21).

21. yüzyılın önemli kavramlarından olan küreselleşme, teknolojinin gelişimiyle beraber her alanda etkinliğini arttırmaktadır. Bunun sonucunda sağlık, eğitim, teknoloji gibi alanlardaki ulusal etkinliklerin artık uluslararası bir özellik kazandığı görülmektedir. Giddens (1991)'a göre, "küreselleşme uzakta bir eylem değildir"; ülkeler arasında kesişen sosyal, politik ve ekonomik bağların, karşılıklı etkileşimleri ile bütün ülkeler küreselleşme sürecinden etkilenmektedir.

Giddens riskleri ikiye ayırmaktadır. Ona göre bunlardan birincisi doğal riskler ikincisi de imal edilmiş risklerdir. İmal edilmiş riskler günümüz toplumlarında fazlaca yaşanmakta ve bu durum güvensiz bir ortamın oluşmasına sebep olmaktadır. Güvenlik kaygılarının giderek artması ile, güvensizlik duygusunun toplumları güvenliği sağlama arayışına yönelttiği görülmektedir (Akbal, 2010, s. 5). Bununla birlikte korku kültürü de günümüz toplumlarında insanların artan güvenlik ihtiyacı ile açıklanabilir. Furedi (2001), korku kültürünün kişilerin kendilerini depresif hale getirmesine sebep olduğunu, önemsiz bir hastalığın dahi salgın haline dönüştürüldüğünü, bu risk ve tehlikelerin sürekli abartıldığı bir kültürle karşı karşıya olduğumuzu söylemektedir.

Salgın hastalıkların tarihi incelendiğinde eskiçağlardan bu zamana kadar insanlık tarihini derinden etkilediği görülmektedir (Semiz, 2019, s. 5). Tarih boyu var olan hastalıklar, yerleşik hayata geçilmesi ile birlikte oluşan sosyal ortamlar, savaşlar, ticari faaliyetler ve daha birçok nedenden dolayı varlığını arttırmış ve bu durumda salgın hastalıkların en önemli faktörleri savaşlar, göçler ve karşılıklı ticari faaliyetler olmuştur (Gülçiçek, 2019, s. 1). Hastalıkların ortaya çıkması ve yayılmasındaki bir diğer önemli unsur ise hijyen eksikliğidir. Birçok hastalığın, temiz olmayan bölgeleri kendisine yayılma alanı olarak seçtiği görülmektedir.

İnsanların birbirine yaklaşmasına neden olan ticaret, salgın hastalıkların ortaya çıkmasında en önemli faktörlerden biridir. Ticari faaliyetlerin yoğun şekilde yaşandığı

yerlerde ülkelerin birbirlerine daha fazla yakınlaşması, salgın hastalıkların yayılma sürecinde etkili olmuştur. Tarih boyunca tüm kıtalar salgın hastalıklarla mücadele etmiş ve bu hastalıkların sonucunda büyük nüfus kayıpları yaşanmıştır. Tüm insanlığın ortak korkusu olan salgın hastalıklar, yayıldığı bölgelerde sosyoekonomik ve gelişmişlik düzeylerine göre etkili ve yıkıcı olmakta, gelişmiş ülkelerde bu hastalıklara karşı tutumların, mücadele ve önlem çalışmalarının da bu duruma etki ettiği görülmektedir (Gülçiçek, 2019, s. 5). Salgın hastalıklar, içinde bulunulan çevre ve hastalıklara karşı uygulanan yaklaşım ve alınan önlemlere uygun olarak şekillenmektedir. Yani mevcut sosyoekonomik durum, gelişmişlik düzeyi, hastalıklara karşı verilen savaş hastalıkların tahrip derecesini de etkilemektedir.

Tıpta bilinen hemen her hastalığın kendine ait farklı bir süreci bulunmaktadır. Bu bağlamda bazı hastalıklar bulaşıcı özellik gösterebilmektedir. Ayrıca hastalıklara yol açan nedenler, hastalıkların belirtileri, bulaşma yolları, kuluçka süreleri ve tedavi yöntemleri de bazen birbirinden tamamen farklı olabilmektedir. Bu duruma örnek olarak kolera ve dizanterinin su ve besinlerle, suçiçeği ve difterinin ise hava yoluyla bulaşması verilebilir. Hastalıkların, salgın halini almasıyla şüphesiz ki durum, bireysellikten çıkıp toplumsallaşmaya başlar.

"Toplum içerisinde, belirli bir zaman diliminde herhangi bir hastalığın beklenenden fazla görülmesi" salgın (epidemi) olarak adlandırılır ((AFAD), 2020). Günümüzde kullanılan salgın araştırma yöntemlerinin temellerini 1854 yılında John Snow geliştirmiştir. Snow, Londra'da kolera salgınının su ile bulaştığını belirlemiş ve su pompalarını kontrol altına alarak salgını sonlandırmıştır (Ergönül, 2008, s. 34). Dolayısıyla salgın analizinin, salgınların topluma vereceği zararı azaltma konusunda oldukça önemli olduğunu söylemek mümkündür.

Günümüzde yaşanan Koronavirüs (COVID-19) pandemi sürecinde ülkelerin sosyal hayata dair aldıkları kısıtlayıcı tedbirlerin salgının kontrol altına alınmasını sağlamada önemli bir etkisi olduğu söylenebilir. Salgınların araştırılarak analiz edilmesi; bulaşıcı hastalıkların tespitinde ve kontrol altına alınmasında büyük önem arz etmektedir. Salgınların sebebinin tespit edilmesi ile bulaşmanın hangi yollarla

gerçekleştiğinin anlaşılması ve hastalığın başka kişilere bulaşmasının önlenmesi sağlanmaktadır.

31 Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaleti Wuhan kentinde yeni tip Koronavirüse bağlı olarak ortaya çıkan, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu COVID-19 salgını, altı kıtada ve birçok ülkede hızla yayılan ve Koronavirüslerin neden olduğu ilk salgın olarak tarihteki yerini almıştır. Geniş bir virüs ailesini oluşturan Koronavirüsler (CoV) doğada bulunan, insanlar ve hayvanlarda hastalık oluşturabilen ve esas olarak damlacık yolu ve hasta kişilerin öksürme veya hapşırması yoluyla yüzeylere saçtığı damlacıklara maruz kalınması ve etkenin mukozaya temas etmesiyle bulaşmaktadır (Uğraş Dikmen & ark., 2020).

Bulaşıcı özellik taşıyan hastalıklar salgınlara yol açmakta, salgınlar ise toplumlara önemli zararlar verebilmektedir. Dolayısıyla toplumun genelinin huzurlu ve güvenli olmasını sağlamak adına salgın hastalığa yakalanma riskinin en aza indirgenmesi, salgın hastalık oluştuğunda ise bu salgının en az zararla atlatılmasının sağlanması oldukça önemlidir (Öztürk Ö. F., 2020).

COVID-19 pandemisi hala tam olarak bilinmeyen küresel etkileriyle devam etmektedir. Dünyada ve ülkemizde sağlık otoriteleri tarafından salgınla mücadele kapsamında çeşitli önlemler alınmış ancak alınan tüm bu önlemlere rağmen vaka ve yoğun bakım hasta sayılarında artış gözlemlenmiştir. Bu artıştan en çok etkilenenler şüphesiz sağlık çalışanları olmuştur. Sağlık çalışanlarında saptanan COVID-19 vaka sayısında artış olmaması, erken teşhis ve sağlık hizmetlerinde yaşanacak aksaklıkların önüne geçilmesi amacıyla sağlık personellerinin kişisel koruyucu ekipmanları doğru ve etkin bir şekilde kullanımının sağlanması ve şüpheli/kesin COVID-19 vakaları ile çalışan personellerin de taramalarının yapılması gerekmektedir. Ayrıca COVID-19 pandemisinin Türkiye'deki etkilerini anlayabilmek amacıyla daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması için gerekli planlanmalar yapılmalıdır (Uğraş Dikmen & ark., 2020).

2.5.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri toplumun her kesimine, ülkenin her tarafında sistematik bir şekilde tedavi ve korunma ihtiyacını karşılamak üzere kurulmuş yapılardır. Sağlık hizmetleri personel açısından çok zengin içeriğe sahiptir (Akdur, 1999, s. 5). Bir diğer tanımda ise toplumun belirli bir ücret karşılığında aldığı, tüm kesimlerce kabul edilmiş hizmetler bütünüdür. Bu tanıma Alma-Ata Bildirgesi'nde rastlarız. Bu tanıma göre sağlık hizmetleri toplumun önemli bir parçası olarak görülmüştür. Personel-hasta yapısı, sağlık personellerinin kendi aralarındaki davranışları sağlık hizmetlerinin topluma kabul ettirilmesinde önem arz etmiştir (Erci & Tuncel, 1991, s. 184).

2.6. Sağlık Hizmetlerinin Temel Nitelikleri

Sağlık hizmetleri toplumun genelini kapsayan, belirli bir düzen ve sistemde yürütülen, toplumun sağlık kalitesini arttıran ve artırmayı amaçlayan; üretim ve denetim sürecinin Sağlık Bakanlığı'na ait olduğu kurum ve kuruluşlardır. Özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür:

2.6.1.Dışsallık Özelliği

Bir olay veya durumla ilgisi olmayan kişinin bu olay veya durumdan etkilenmesi bu olayın dışsallık özelliğinden kaynaklanmaktadır. Etki pozitif ya da negatif olabilir. Örnek vermek gerekirse aşı yapılan birey kendisi hasta olmayacağından hastalığı bulaştıramaz da. Bu sebeple bu bir pozitif dışsallık örneğidir. Bu sebeple dışsallık birçok hastalığın önlenmesinde önemli bir yere sahiptir (Mutlu & Işık, 2005, s. 50).

2.6.2.Kamusallık Özelliği

Kamusal hizmetler saf kamusal hizmetler ve yarı kamusal hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Saf kamusal mal ve hizmetler piyasa tarafından karşılanamayan hizmetler olarak tanımlanır. Devlet bu hizmetleri toplumu yoksun bırakmadan karşılamalıdır. Yarı kamusal mal ve hizmetler dışsallık özelliği taşır. Onlar satılıp pazarlanabilen ihtiyaç ve hizmetler bütünüdür. Bu hizmetlerin aşırı talep görmesi

nedeniyle oluşan eksikliği devletin de üretim ve çalışmalar yaparak kapatması gerekmektedir (Uluatam, 2009, s.32-34; Akdoğan, 2009, s.47).

2.6.3.Toplumsal Yararı Yüksek Olması Niteliği

Devletin tek hizmeti maaş ödemek, üretim yapmak olmamakta; üretim halinde olan kurumların şartlarını düzenlemek ve denetlemek de devletin önemli görevlerinden biri olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin dışsallık ilkesiyle bağlantısının çok oluşu bu hizmetlerin denetim ve işleyiş süreçlerini de önemli kıldığından devlete büyük iş düşmektedir (Mutlu & Işık, 2005, s. 52).

2.6.4.Devlet Müdahalesi Gerekliliği

Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmak istememesinden kaynaklı devlete büyük bir rol düşer. Belirli bir sağlık temeli oluşturulmalı ve bozulmadan korunmalıdır. Herkes için adil bir şekilde ulaşılması gereken bu hizmetler halkın sağlığı için çok önemlidir (Koçak, 2011, s. 64). Devlet hizmetini verdiği sağlık sektörünü denetlemeli onlara gerekli maddi yatırımı yapmalı ve düzenli işlemesini sağlamalıdır.

2.6.5.Asimetrik Bilgi

Sağlık hizmetleri diğer hizmetlerin aksine hizmetin uygulandığı kişinin tercihine göre ilerleyen bir süreç değildir. Çünkü sağlık sektöründe hizmet veren hizmeti alandan bilgilidir. Bu da demek oluyor ki sağlık personelleri yeterli bilgi ve donanımlarıyla insanları tedavi etme ve iyileştirme görevindedirler. Sağlık hizmeti sunan ve bu hizmetten yararlananların eşit bilgi düzeyinde olmayışına ise asimetrik bilgi adı verilir (Çoban, 2009, s. 13). Hizmeti alan ve veren arasındaki bu bilgi asimetrisi birçok soruna yol açmaktadır. Hizmet veren her türlü karara ve yetkiye sahiptir çünkü bilgisi hizmeti vermek için yeterli düzeydedir (Kılıçaslan & Kılıçaslan, 2013).

2.6.6.Taşıdığı Belirsizlikler

Kişinin ne zaman hasta olacağı bilinemeyeceğinden dolayı oluşan bir belirsizlik vardır. Bu belirsizlik bireyin hastalık sürecince devam eder. Ne zaman iyileşeceği

bilinmeyen hasta da bir belirsizlik içerisindedir. Bu belirsizlik pek tabi sağlık personellerini de etkiler (Mutlu & Işık, 2005, s. 55).

2.6.7.Yetersiz Tüketilmesinin Toplumu Etkilemesi

Sağlık hizmetleri, toplum ile doğrudan ilişkili hizmetler olduklarından bu hizmetlerin aksaklığa uğraması, toplumun genelinde oldukça olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu bağlamda hükümetlerin, toplumun dezavantajlı kesimlerine çeşitli desteklerde bulunarak sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizliği en aza indirgemesi gerekmektedir (Mutlu & Işık, 2005, s. 59).

2.7.Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri üç temel aşamadan oluşur. Bunlar tedavi, koruma ve rehabilitasyondur. Teknolojinin gelişmesiyle bu hususlar da teknolojiye ayak uydurmuş ve kendilerini geliştirmiştir.

2.7.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri kişinin hasta olmasından önce alması gereken önlemler bütünüdür. Maddi açıdan büyük bir yükümlülüğü olmayan bu hizmetler devlet tarafından sağlanır ve tüm halkın sağlığını korumak amaçlanır.

Koruyucu hizmetlerin devlet tarafından sağlanıp özel sektöre verilmemesi sağlık hizmetlerinin düzenli ve herkes için eşit olması gerekmesinden kaynaklanır. Hizmet farkı olmamalı sağlık kuruluşları görevlerini eksiksiz yerine getirmelidir. Toplumdaki hastalık seviyesinin düşmesi, hastalık yaşanmadan önce önlemlerin alınması koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacıdır (Özçatal, 1999, s. 12).

Toplumda ekonomik düzeye bakılmaksızın sağlanması gereken bir hizmet koruyucu sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerin temel amacı hastalıkların önüne geçmek ve toplumun hastalıklara karşı direnç kazanmasını sağlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri sunan bazı kuruluşlar, aile sağlığı merkezleri, laboratuvarlar, ana çocuk

sağlığı merkezi vb.dir. Kişisel sağlığa yönelik tedaviler ise bu hizmetler haricinde hasta bireylere sunulmaktadır (Özmen, 2013, s. 8).

2.7.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Sunumu

Bireylere, hastalığa yakalanmaları ya da sakatlanmaları durumunda sunulan sağlık hizmetleri "tedavi edici sağlık hizmetleri" olarak adlandırılmaktadır. Geçirdikleri hastalık/sakatlık nedeniyle bazen işlerine devam etmekte ve gelir kazanmakta sorun yaşayabilen bireyler, sağlık hizmetleri bünyesindeki tedavi edici sağlık hizmetlerinden faydalanarak yeniden gelir elde edebilmeleri adına gerekli olan tedaviye erişebilir (Yazgan, 1978).

2.7.3.Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri Sunumu

Bireylerin sakat kalması ya da fiziksel işlevlerini yitirmesi gibi durumlarda eriştikleri sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmeti temelde kişilere yeniden çalışma ve yaşamlarını sürdürme özelliklerinin yeniden kazandırılması anlamına gelmektedir (Kalkay, 1981).

Niteliği gereği uzun vadeli sunumu gereken rehabilitasyon hizmetlerinin maliyeti, bu hizmetlerde kullanılan ekipmanlardan dolayı oldukça yüksektir. Buna ek olarak uygulanan tedavi sonucunda ne gibi bir sonuç elde edileceği de günümüz teknolojisiyle net olarak tespit edilememektedir. Hem kişisel hem de kamusal fayda sağlayan bu sağlık hizmeti, önemli görevlere sahip kişilerin bir hastalık geçirmesi durumunda görevlerine yeniden devam edebilmesini de sağlamaktadır (Çağatay, 1990, s. 27- 28).

BÖLÜM 3. SAĞLIK YÖNETİMİ

Çalışmanın bu bölümünde kalite kavramı, toplam kalite yönetimi kavramı, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ve sağlık hizmetlerinde risk yönetimi kavramları incelenmiştir.

3.1. Kalite Kavramı

Kalite, bireysel değer, inanç, tutum ve davranışlardan dolayı farklı kişiler için başka anlamlar taşıyan nesnel bir kavram olması dolayısıyla açıklanması güç bir kavramdır. Ancak yapılan bir tanıma göre kalite, bir örgütün çıktılarına katılan değerin algılanma düzeyi ve belirlenen özellikler ile kriterlerin karşılanma derecesi olarak açıklanmıştır (Beylik & Avcı, 2019, s. 1). Kalite farklı zamanlarda farklı şekillerde algılanmış ve farklı şekillerde tanımlanmıştır. İlk başlarda "standartlara uygunluk", olarak tanımlanan kalite, günümüzde müşterinin beklenti ve isteklerine odaklanarak, "amaca/ kullanıma uygunluk" olarak tanımlanmaya başlanmıştır (Ataman, 2002, s. 310). Tüketicinin mükemmele ulaşma arzusuyla hayatımıza giren kalite kavramı, bir ürün veya hizmet ile ilgili özelliklerin, belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama derecesidir. Etimolojik kökeni Latincenin "Qualis" sözcüğünden türeyip "Qualitas'e" evirilerek Latincede yerini almıştır (Çelik, 2020, s. 5).

Kalite genel olarak günlük konuşmalarda üstünlük ve iyiliği diğer bir deyişle bahsi geçen ürün veya performansın standartlarını belirler. Bu bakımdan sübjektif değerler içerebilir. Bu bağlamda dünya çapındaki kurum ve uzmanların kalite hakkındaki tanımları şöyledir (Binici, 2018, s. 14):

- Ürün ya da hizmetin tüketici tarafından belirlenen özelliklerin tamamını karşılayabilmesidir (Amerikan Kalite Derneği-ASO).
- Tüketicinin öngörülen taleplerine uygunluk derecesidir (Avrupa Kalite Organizasyonu—EQO).
- Kalite, tüketime uygunluktur (J.M. Juran).

- Kalite, gerekliliklere uygunluktur (P. Crosby).
- Kalitenin amacı piyasaya sürülen ürünün zararını minimumda tutmaktır (G. Taguchi).

Yukarıda da bahsettiğimiz üzere kaliteden öznel ve nesnel çıkarımlar yapmak mümkündür. Kalitenin öznel yönüne baktığımızda toplumun demografik yapısı ve alım gücüne göre değişkenlik gösterirken, nesnel kalitenin kriterleri belirlenmiş ölçülebilir standartları barındırmak durumunda olduğunu görmekteyiz (Tütüncü & Doğan, 2003).

Genel olarak kalite sorusuna cevap verebilmek için ürünün veya hizmetin sahip oldukları özellikleri bilmek yeterli değildir, kişilerin ihtiyaç ve beklentilerinin ne olduğunu anlamak da gerekmektedir (Oakland, 2014, s. 7). Goetsch ve Davis'e göre kalite; hedef kitlenin beklentilerini tespit eden buna uygun ürün ve hizmet yaratıp kullanıma sunan bir mekanizmadır (Goetsch & Davis, 2014, s. 8).

3.2. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı

Yirminci yüzyılın sonlarında dünyadaki yönetim anlayışlarından beslenen yeni bir yönetim düşüncesi olarak şekillenen bu yaklaşım tüm süreçleri kapsayacak şekilde ortaya çıkmıştır. Kalite kavramına "toplam" kelimesinin eklenmesi, "bütün süreçlerde", "bütün işlerde" ve "herkesin katılımı" ile başarılı bir hizmet veya ürün üretiminin gerçekleşmesi için bir işin ilk seferde tam ve hatasız olarak yapılmasını ifade etmektedir. Müşteri odaklılık, standardizasyon, sürekli gelişim vb. çok çeşitli bileşenler ile en üst seviyede kaliteli ürün ve hizmet üretmeyi amaçlamaktadır (Gürbüz, 2014, s. 14). Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin ana elemanı insandır ve bundan dolayı Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının başarılı olabilmesi açısından çalışan personel ile müşterilerin gereksinim ve isteklerinin bilinmesi ya da tahmin edilmesi gerekmektedir. Müşteri gereksinim ve isteklerinin tahmin edilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması kaliteli ürün ve hizmet sunumu açısından önemlidir (Hupal, 2019, s. 27). Toplam Kalite Yönetimi Sistemi; elde edilmek istenen hizmeti, hammadde aşamasından itibaren doğru yapmayı ve bunu standardize etmeyi hedefler ayrıca üretim mekanizmasının yek vücut çalışmasını sağlayarak bu doğrultuda kalite misyonunda iddia ettiği rekabet ve pazarda var olma gücünü arttırmayı hedefler.

Efil'e göre TKY, müşterinin uzun vadede taleplerini karşılayan, çalışanlar ve toplum için fırsat oluşturmayı hedefleyen ve bu süreçte ekip üyelerinin tamamının katılımıyla hasıl olan kalite üzerine yoğunlaşan bir yönetim tarzıdır (Efil, 2009, s. 25). Üst yönetimin önderliğinde, çalışanların fikren ve bedenen katılımını hedefleyerek ilerleyen bu yöntemin misyonu iyileştirme ve geliştirmede süreklilik sağlamaktır.

İlk olarak Japonlar tarafından kullanılan yönetim sistemi Pamela ve Goodman'a göre sistemli, kapsamlı, müşteri odaklı strateji ve taktikleri barındırmaktadır. Yani TKY sadece bir kurumun bünyesinde faaliyet gösteren basit bir etkinlik değil aksine hammaddeden müşteriye, üst yönetimden personele, sabit müşteriden potansiyel müşteriye kadar her merhalede bulunan bütüncül bir yaklaşımdır (Erkılıç, 2007, s. 52).

Bu bağlamda TKY satın alan kişilerin beklentilerine dayanarak üretilen mal, hizmet ve süreçlerin kalite kontrolüne orantılı şekilde geliştirilmesi ve pazarlanması için gerçekleştirilen sistematik bir yaklaşım olarak görülmektedir (Dessler G., 1998'den Akt: Erkılıç, 2007, s.52). Boone ve Kurtz' e göre ise TKY bir üretim mekanizmasının planlama, pazarlama, koordinasyon, üretim, sevk, satış ve akabinde talep edilen bakım onarım gibi tüm yönetim ve üretim safhasında fonksiyonel ve stratejik eşgüdümle tüketici tatminini üst seviyeye ulaştırmayı şiar edinen bütüncül bir yönetim tarzı olarak düşünülmektedir (Boone LE. ve Kurtz DL., 1996'dan Akt: Erkılıç, 2007, s.52).

Açıklamalara göz atıldığında TKY kurumun tüm çalışanlarının bu mekanizmaya dahil edildiği, sürekli iyileştirme yönüyle en verimli şekilde müşteri tatminini hedefleyen bir yöntemdir. TKY yalnız alt sistemleri, yalınlaştırılmış süreçleri veya fonksiyonel departmanları değil, sistemin tamamını yönetme kaygısını taşır. Her aşamada minimum zararla üretimi ve rekabet ortamında varlığını sürdürmeyi amaçlayan bir yönetim şekli olduğu görülmektedir.

3.3.Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Kalite yönetiminin en can alıcı olduğu branş sağlıktır, sağlık hizmetlerinin kalitesini bu hizmeti talep eden kişinin hissiyatı belirler. Bu hissiyatın olumlu olması, verilen hizmetin beklentiyi karşılaması ve hastanın da bunu algılamasıyla doğru orantılıdır (Tarım, 2000, s. 1027). Başlangıçta sanayi üretimi alanında uygulanan kalite

kavramı, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin sağlık statülerinin daha kötü düzeylere gelmemesi için yani tıbbi hataların engellenmesi ve mevcut sağlık statülerinin iyileştirilmesi amacıyla sağlık hizmetlerinde etkin olmaya başlamıştır. Geçmişten günümüze kadar sağlığa atfedilen değer değişimleri ile birlikte sağlık hizmetlerinden beklentiler de değişmiş ve bu durumun sonucu olarak sağlıkta kalitenin tanımı ve kapsamı da değişime uğramıştır. İlk kalite kavramının ortaya çıktığı dönemde ve günümüzdeki bakış açısı birbirinden çok farklı olmakla birlikte kaliteli sağlık hizmetinin amacında herhangi bir değişme olmamıştır (Kumru, 2019, s. 17).

Sağlık sektöründeki kalitenin hasta için önem arz eden süreci hastaneye giriş yaptığı andan itibaren başlar. Muayene aşaması, hastalığın teşhisi, tedavisi, sonuçların objektif ve güvenilir olması hastanın temel beklentileri arasındadır. Sektördeki kalite standartlarını belirleyen faktörler; hizmetin sunulacağı ortam, hastane ve çalışanların hastadaki ilk izlenimi, hizmetin gerektiği zamanda çevik ve doğru şekilde sunulması ve vaat edildiği üzere devamlı surette hizmete açık olan bir kurum kimliği taşımasıdır (Kıdak, Nişancı, & Burmaoğlu, 2015, s. 487).

3.3.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihi

19. yüzyılda hastanelerdeki ölümlerin başlıca nedenlerinden olan enfeksiyonların keşfi ve önlenmesi süreçleri sağlıkta kalite kavramının gelişimini desteklemiştir. Bu dönemde sağlık hizmetlerindeki temel mücadelelerden biri, savaş şartlarında daha önemli hale gelmiş olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesidir. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak bir diğer tehlike ise influenza salgınıdır. Bu salgınla mücadele zamanlarında gemilerle yapılan seyahatleri de kapsayan ve ülke girişlerinde Dr. Blue'nun kalite araçları uygulanarak ülkeye giren göçmenlerin tıbbi kontrolden geçirilmeleri sağlanmıştır (Sheingold & Hahn, 2014, s. 19).

Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarındaki gelişimin etkili isimlerinden birisi modern hemşireliğin kurucusu olarak da bilinen Florence Nightingale'dir (Bozic & Marjoua, 2005, s. 19). Nightingale'in savaş döneminde sağlamış olduğu katkılar, hasta odalarındaki kalabalığın önlenmesi, yataklar arasında mesafe bırakılması, hasta odalarının uygun şekilde havalandırılması vb. olarak sıralanabilir (Sheingold & Hahn,

2014, s. 19). Bununla birlikte Nightingale, sağlık hizmetlerinde veri toplamanın önemine de inanarak, hastanelerde toplanan verilerin kayıt altına alınması konularına da katkı sağlamıştır (Kumru, 2019, s. 20).

20. yüzyılın ilk döneminde, Henry Fayol, Max Weber ve Chester Bernard gibi yönetim teorisyenleri yönetimin rolü ile örgüt yapısının anlaşılmasını merkeze almış, sağlık hizmetleri organizasyonlarının kalite iyileştirme programlarının uygulanması ile kullanımını etkileyen unsurların incelenerek anlaşılması amacıyla kavramsal temeli hazırlamışlardır. 1910 yılında tıp eğitimi veren okulların değerlendirilmesi amacıyla Abraham Flexner tarafından yürütülen çalışma sağlık kurum ve kuruluşlarında akreditasyon sürecinin başlangıcı olarak değerlendirilmiş (Colton, 2000) ve Flexner'in çalışmasını yürüttüğü 1913 yılında, hasta bakımına ilişkin iyileştirmelerin yapılabilmesi hedefi ile American College of Surgeons (ACS) kurulmuştur (Kumru, 2019, s. 21).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramına yönelik çalışmalarda karşımıza çıkan isimlerden olan Ernest Codman ise tedavi edilen her hastanın yeterli süre takip edilmesi ve tedavinin başarısı veya başarısızlığının sorgulanarak ileride benzer başarısızlıkların önlenmesi gerektiğini savunmuş, bunu da sonuç odaklı sistem olarak isimlendirmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının öncü ismi Paul Lembcke, sağlık hizmetlerinin ekonomik sunumu ve hakkaniyet konularında çalışmalar yürütmüştür. Sağlık hizmet kalitesinin daha düzenli incelendiği 1960'lı yıllarda, Donabedian günümüzde uygulanan kalite bakış açısına ilişkin çalışmalar yapmıştır (Kumru, 2019, s. 21- 30).

3.3.1.1.Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında Türkiye'de sağlık hizmetlerinde kalite sistemi; Sağlık Bakanlığı tarafından hasta ve çalışanların güvenliğini sağlarken aynı zamanda hasta ve çalışanların memnuniyetini de sağlayarak sağlık hizmetlerindeki kaliteyi en üst seviyeye çıkarmak için hazırlanmıştır. Birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar sağlıkta kalite sistemi özel, kamu, üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri ayrımı olmaksızın bütün sağlık kurumlarını ele alan bir sistemdir (https://kalite.saglik.gov.tr, 2020).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon" hedefi ile 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" kapsamında Türkiye'de sağlıkta kalite sisteminin işleyişi başlamıştır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından yürütülen çalışmaları kapsamaktadır (https://kalite.saglik.gov.tr, 2020).

Farklı kurumlara özel, sağlıkta kalite standartlarının gerçekleştirilmesi, kurumların geliştirilen bu standartlar açısından değerlendirilmesi ve kişilerin bilgi ve farkındalık düzeyinin arttırılması amacıyla sempozyum, kurs gibi faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Bu faaliyetler sağlıkta kalite sisteminin ana unsurları kapsamındadır. Dünya Sağlık Örgütünün hedefleri, uluslararası hedefler ve Türkiye sağlık sisteminin ihtiyaçları ele alınmaktadır (S.B., 2015).

Sağlıkta kalite sistemini özetleyecek olursak kaliteli hizmet sunmak ve sağlıktaki kalite yönetimi çalışmalarını amacına uygun şekilde yürütebilmek için; hastanelerdeki kalite seviyesinin ölçülmesi, değişen koşullar dikkate alınarak sürekli geliştirilme çalışmalarının yapılması, personelin görev tanımlarının açık ve net şekilde kendilerine iletilip belirgin olması, ast ve üstler arasındaki iletişim kanallarının herkese açık olması ve bu doğrultuda hasta ve çalışan memnuniyetinin ve güvenliğinin sağlanması gerekmektedir.

3.3.2.Sağlıkta Kalite Yönetimi

Sağlık endüstrisinde kalite kavramının birçok tanımı bulunmaktadır. Zerenler ve Öğüt, sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesinin tanımını şöyle yapmaktadır: Sağlık hizmetlerinin kalitesinin derecesi çeşitli standartlara uygunluğu ya da mükemmelliğiyle doğru orantılıdır (Zerenler & Öğüt, 2007, s. 501). ABD Tıp Enstitüsü ise bu kavramı: “Bireylere ve topluma sunulması hedeflenen sağlık hizmetlerinin amacı, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını arttırmak ve mevcut bilimin sunduğu güncel bilgilerle paralel gitmektir” şeklinde tanımlamıştır (Lohr & ed., 1990). Donabedian kaliteli bir sağlık hizmetini “hizmet sürecinin bütün safhalarında tahmin ve temenni edilen madden ve manen kazanç ve kayıp dengesinin hesaba katılmasının akabinde

hastanın şifa bulmuş halini en üst düzeye çıkaran hizmet" olarak dile getirmektedir. Kalitenin amacı imal edilen ürün ve hizmetle müşteriye beklentilerinin üstünde kalite sunarak onu etkilemektir. Bu beklentiler, zaman, mekân, toplumsal normlar vb. faktörler sebebiyle sürekli değişmekte olduğu için kalitede sürekli geliştirilmelidir (Spath, 2009).

Sağlıkta, başlı başına bir kalite kavramı olmamakla birlikte farklı taraflardan mercek altına alındığında diğer sektörlerden farklı tanımları olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık sektörü insan hayatına dokunan bir hizmet anlayışı barındırması sebebiyle diğer sektörlerden çok farklıdır. Bu hizmetlerin çoğunluğu insanların hayatını etkilediği için ertelenemez ve iptal edilemez, aciliyet taşır. Dolayısıyla vuku bulan hatalar telafi edilemediği için bedeli çok ağır olmaktadır. Bu hataların çoğu sakatlık ve ölümle sonuçlandığından hasta ve çalışanlar açısından çok ağır bir sorumluluktur (Eker, 2018, s. 11).

Hastanelerdeki olumsuz süreçlerin kontrolü aşamasında sağlıkta kalite yönetimi sisteminin, sorunları ve riskleri hızlıca tespit ederek bertaraf etmesi bu sistemin temel yönetim aracı haline gelmesine olanak sağlamıştır (Dahlgaard, Pettersen, & Dahlgaard-Park, 2011, s. 673). Sağlıktaki kalite yönetiminin etkili bir şekilde devam ettirilmesi sistemin sağlam bir yapıda kurulması ile doğru orantılıdır. Bu süreçte yöneticilerin ve üst yöneticilerin sorumlulukları büyüktür. İşleyişin nasıl, ne zaman ve ne şekilde yapılacağının prosedürlere dökülerek harfiyen yapıldığından emin olmak ve bu prosedürlerdeki müfredatın sürekli güncellenerek personeller tarafından anlaşıldığından emin olmak asli görevleridir. Bu farkındalık ve sorumluluk ile işleyiş devam ettirilirse müşteri memnuniyeti artacaktır.

Sağlık sektörü her gün gelişen bilimsel veriler ışığında büyümektedir ve rekabet ortamının artması ile birlikte bu sektörden faydalanmak isteyen kişilerin beklenti seviyeleri oldukça artmaktadır. İşletmenizde kaliteli hizmete sahip olmanız bir şey değiştirmez önemli olan bu hizmetin sunum şeklidir. Sunulan hizmet sonuç olarak insan sağlığına direkt etki ettiği için uzun vadede güvenilir olmalıdır. Bu güven ve sadakatin sağlanabilmesi için kalite standartlarının en büyük şartı hasta ve çalışan ilişkisinin ve güvenliğinin bir başlıkta incelenmesidir (S.B., 2005, s. 13).

3.3.3.Sağlıkta Kalite Yönetim Sistemleri

Genel kabul gören tanımına göre sağlık hizmetleri, toplum ve kişilerin sağlık durumlarının yükseltilmesi, geliştirilmesi ve sürdürebilmesi amacı ile; sağlığın korunmasının, tedavisinin ve rehabilitasyonunun yapılması için gerçekleştirilen tüm iyileştirici faaliyetlerdir (Yorulmaz & Uysal, 2019, s. 75). Yönetim, bir örgüt veya işletmenin insan ve insan dışı kaynaklarının planlanması, organize edilmesi, yürütülmesi ve kontrolü, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması ve amaçlara ulaşma süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Ülgen & Mirze, 2006). Kalite yönetimi ise, kuruluşlarda kalite politikasını belirleyen ve uygulayan yönetim işlevlerinden biridir (Taşçı & Çabuk, 2013). Kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar tarihsel süreçte Amerika Birleşik Devletleri'nde Taylor tarafından atölye düzeyinde verimlilik çalışmaları ile başlamıştır. Almanya'da ise Weber, kalite yönetim sistemine katkı olarak, bilimsel yönetim konusunda çalışmalar yapmış, yönetim ilke ve bürokrasisi konusunda teoriler geliştirmiş, sistem kurma, görev, yetki ve sorumluluk dağılımının bilimsel ve akılcı yapılanmasını sağlamıştır.

Sağlıkta kalite yönetimi ile ilgili literatür incelendiğinde, sadece kalite alanına özel bir kalite yönetim sisteminin olmadığı, var olan mevcut sistemlerin sağlık hizmetlerine yönelik standartlar geliştirdiği ve sağlık hizmetlerine has modeller oluşturulmaya çalışıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerini diğer alanlardan ayıran kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. Kaliteli ürün ve hizmet üretme amacı bütün endüstrilerde bulunmakla beraber, sağlık hizmetlerinde bu farklı bir şekilde gelişmiştir (Kaya, 2013).

3.3.4.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), müşteri isteklerinin karşılanması için gerekli olan yönetim, insan, ürün ve hizmet kalitesinin, bir sistem yaklaşımı ile beraber tüm çalışanların katılımı ve fikirlerin birlikte ele alınması ve geliştirilmesidir (Şimşek, 2007); (Sevimler, Duran, & Çetindere, 2014). TKY'nin başarılı bir şekilde uygulanması için gerekli ilkeler; müşteri tatmini ve müşteri odaklılık, sürekli eğitim, sürekli geliştirme/kaizen, katılımcılık, liderlik, hata önlemeye dönük yaklaşım/sıfır hata ve

ölçme ve değerlendirme olarak sıralanmaktadır. TKY'nin daha iyi anlaşılabilmesi için bu kavramların açıklanması gereklidir.

3.3.4.1.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri

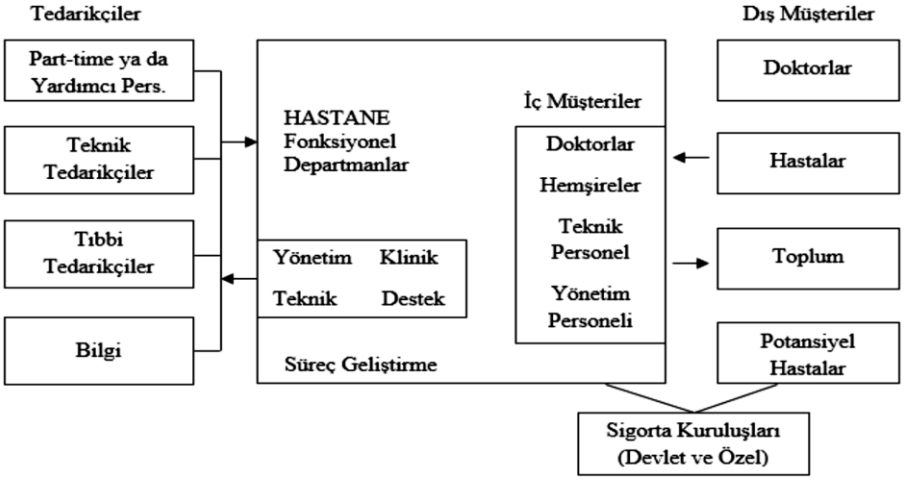
Toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerindeki ilkelerini 7 başlıkta toplayabiliriz:

1. ***Müşteri Tatmini ve Müşteri Odaklılık:*** Müşteri tatmini TKY'nin temel prensibidir. Sevimli'ye göre sağlık hizmetlerinde dış ve iç müşteri kavramları şu şekildedir (Sevimli, 2006, s. 52- 53):

- Doğrudan veya dolaylı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanan kişi ya da kurumlar dış müşteridir.

- Sağlık hizmetlerinin iç müşterileri ise bu sektörde çalışan hizmetlerin üretimine katkı sağlayan tüm kişi ve kurumlardır.

Şekil 1'de gözlemleyeceğimiz üzere sağlıkta akışı sağlayan ve sistemden en çok faydalanan müşteri grubu dış müşteridir, hastalar, hasta yakınları, refakatçiler, sigorta şirketleri, diğer sağlık işletmeleri ve inşaat şirketleri bu grubun içindedir. İşletmenin pay sahipleri, yöneticiler ve personeller ise iç müşteri grubunda faaliyet göstermektedir (Sevimli, 2006, s. 53).



Şekil 1. Bir sağlık işletmesinin iç ve dış müşterileri

Kaynak: (Sevimli, 2006, s. 53).

2. *Sürekli Eğitim*: Sağlık çalışanlarının sürekli eğitime tabii tutulması hem kendilerini geliştirmelerine olanak sağlayacaktır hem de kaliteli hizmet sunma performanslarını arttıracaktır.

3. *Sürekli Geliştirme/Kaizen:* Çalışanların ortak bir paydada ilerleyebilmesi için sürekli geliştirme çalışmaları yürütülmelidir. Üç aşamadan meydana gelen sürekli geliştirme başlıkları şöyledir; hasta odaklılık, süreç yenileme, çalışanın yetkilendirilmesi (Yılmaz, 2014, s. 96).

4. *Katılımcılık*: Sağlık hizmetlerinde çalışanların karar alma süreçlerinde sorumlulukları eşit paylaşarak sürece dahil olmalarıdır (Yılmaz, 2014, s. 96).

5. *Liderlik*: Liderlik kavramı sağlık hizmetlerinde çok önemli bir anlam ifade etmektedir. Rekabet üstünlüğü sağlamak amacıyla vizyon ve misyonu belirleyip, çalışanları yönlendirmede ve onları karar mekanizması haline getirmede önemli bir rol oynarlar. Liderlerin çalışanlarını motive ederek işe olan bağlılık ve sadakatlerini arttırmaları, şirketin örgütsel amaçlara erişebilmesi ve personelin iş tatmini sağlaması konusunda önem arz etmektedir (Erdemir, 2015, s. 18).

6. *Hata Önlemeye Dönük Yaklaşım / Sıfır Hata*: Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ile hataların sıfırlanması hedeflenir. Diğer hizmet sektörlerinde hataların tolere edilebileceği durumlarda sağlık sektöründe bu hatalar tolere edilemez. Doğrudan insanı ilgilendiren bir hizmet sektörünün, tanı, tedavi ve bakım süreçlerindeki olası hatalar hastanın yaşamını tehdit edebilir. Bu hataların bazılarının hastanın ölümüyle sonuçlanabileceği durumlardan dolayı sağlık hizmetlerinde hata yapma lüksü yoktur (Erdemir, 2015, s. 18).

7. *Ölçme ve Değerlendirme*: Toplam kalite yönetiminde kalitenin ölçülebilmesi için önce standartlara uygun hale getirilmesi gerekmektedir, akabinde tanımlanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi ve bunların rutin olarak yapılması bu süreçte elzemdir. Bu kalitenin sürekli olarak ölçülmüş olduğu kurumda kalitenin iyileştirilmesi

kaçınılmazdır. Bu yüzden ölçme ve değerlendirme, kalitenin iyileştirilmesinin temelini oluşturmaktadır (Erdemir, 2015, s. 19).

3.3.4.2.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yararları

TKY'nin sağlık hizmetlerindeki uygulamaları sonucunda; genel performansta iyileşme, çalışanların kurumdan beklentilerini elde etmelerine olanak sağlayarak motivasyonlarının artması, dolayısıyla aralarındaki ilişkilerin daha iyi düzeye getirilmesi, doğru ve verimli çalışarak karlılık oranının yükseltilmesi, hasta memnuniyetinin artması, hızlı işleyen sistem sayesinde laboratuvar tetkik sürelerinin ve radyoloji tekrarlarının azalması, planlamaların doğru yapılarak ameliyathane kullanım sürelerinin azalması, hastane enfeksiyon oranının düşmesi, hatalı ilaç verme oranının düşmesi sağlanır (Karaca, 2014, s. 25).

3.3.4.3.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar

İnsanların etkileşimlerinin yoğun olduğu özellikle sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi uygulamaları oldukça güçtür. İnsan faktörü göz önünde olduğu için sunulan hizmetin kalitesi o anki müşteriye, üreticiye veya zamana göre değişiklik göstermektedir (Öztürk S. A., 1996, s. 65). Erdemir (2005) ve Can (2008, s.302)'ın aktardığına göre, "süreç-çıktı", "nicelik-nitelik" ve "uzun-kısa dönemlilik", hastanelerin merkez odaklı bir anlayışla ve modern işletmecilikten uzakta yönetilmesi, tüm hastanelerin tek bir organizasyon ve finansman yapısında olması, mevzuat ve idari yapının katı olması, çalışanlara yeteneklerini kullanma ve özel girişim imkânları vermeyen bürokratik yapı, personel, idari ve mali altyapı, hastanelerde personelin kalite anlayışının daha düşük olması, takım çalışması ve eğitim konusundaki eksiklikler, hastane yönetimi ile merkezi yönetim arasındaki kalite algısının farklı olması ve personelin halk odaklı hizmetin getireceği memnuniyetsizlik korkusu TKY uygulamalarında karşılaşılan sorunlardandır.

3.3.4.4.Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülüp değerlendirilmesi hastaların daha sonraki gelişlerini ve iyileştirilmeleri gereken alanların daha rahat tespiti açısından önemlidir. Böylelikle onların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde hizmet sunarak, hasta ve yakınlarını sadık bir müşteri veya kullanıcı haline getirebilirler (Kıdak, Nişancı, & Burmaoğlu, 2015, s. 483- 484).

İşletme açısından genel olarak hizmet kalitesinin ölçülebilmesi çok önemlidir. Sağlık hizmetlerinin temel prensiplerinden birisi de çalışan ve hasta memnuniyet düzeylerini yükseltmektir. Bu bakımdan kalite geliştirme faaliyetlerinin en çok yararlanmış olduğu anket sisteminin işlevsel çalışabilmesi için hastaneden hizmet alan veya hizmet sunan kişilerin düşüncelerinin şeffaf bir şekilde dinlenerek duruma göre aksiyon alınması gerekmektedir (S.B., 2015).

3.4.Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi

Risk, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2002 yılında, yaşanan bir sonucun olumsuz olma ihtimali ya da olumsuzluk olasılığını meydana getiren faktör olarak tanımlamış, ayrıca risklerin hangi anlamları alabileceği ifade edilmeye çalışılmıştır. Risk, olasılıklarla istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına sebep olan etken, potansiyel güçlük ya da tehdit anlamlarına da gelmektedir. Risk yönetiminin ise, belirsizlik durumları ve bu belirsizliklerin ortaya çıkaracağı olumsuz etkilerin uygun bir düzeye indirgenmesini sağlayan bir düzen olduğu söylenebilir. Bu düzen, sorunları oluşmadan önlemede proaktif bir yaklaşım olmakla beraber risk yönetimi tanımının faydalarına ek olarak, sağlıklı, güvenli ve motive olmuş işgücü ile huzurlu bir çalışma ortamının sağlanması olarak da açıklanabilir (Bateman, 2007, s. 401).

İş sağlığı ve güvenliği çalışmaları esnasında ortaya çıkan risk yönetimi kavramı başlı başına bir dal olarak her kurumda faaliyet göstermektedir. Risk Yönetimi kavramı esasen sağlık hizmetleri alanında kalite ve akreditasyon çalışmaları ile görünür hale gelen bir kavram değildir. Sağlık hizmetlerinde halen kullanılmaya devam edilen risk yönetimi, kalite ve akreditasyon çalışmaları esnasında ortaya çıkmış ve halen

uygulanmaya devam edilen bir kavramdır. Hastanelerdeki yüksek riskin varlığı sebebiyle sağlık hizmeti sunumunda risk yönetimi önemli bir süreç haline gelmiştir.

Sağlık sektörü alanında risk yönetimi çalışmaları, ilk olarak 1970'lerin ortalarında ABD'de meydana gelen *malpraktis* krizinden sonra ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetleri günümüzde doğası itibariyle risk kavramı ile birlikte anılmaktadır. Sağlık alanı risk boyutu olarak, koruyucu sağlık hizmetleri, hasta bakımı, tanı ve tedavi uygulamaları gibi tıbbi süreçleri içerirken, diğer taraftan da tesis güvenliği, çalışan sağlığı ve güvenliği, atık yönetimi, kaynak yönetimi gibi faaliyetleri içermektedir (Palteki, 2019, s. 291).

Binlerce yıl önce Hammurabi döneminde bile sağlıkta yapılan hataların bedeli ağır olması sebebiyle çok ağır yaptırımları bulunmaktaydı. Hammurabi kanunlarında abse boşaltılırken hastanın gözüne zarar veren doktorun parmakları kesilirdi (Bulun, 2009, s. 6- 7). Sağlık hizmeti sunumundaki hataların geri dönüşümü olmamasından dolayı risk yönetimi kaçınılmazdır. Günümüzde ise bu yöntem cezalandırma yönteminden ziyade önlem alınarak hastanın ve çalışanın sağlığını en başından korumaya yöneliktir. Bu önlemlerin başarılı olabilmesi için risk yönetim sürecinin doğru uygulanması gerekmektedir.

Malpraktis terimi, sağlık hizmetleri sunulurken gerçekleşen hatalara istinaden çokça zikredilmektedir. *Malpraktisi* izah etmek gerekirse; doktorun ya da sağlık çalışanının alanlarında yeterince pratik ve teorik bilgi ve beceriye sahip olmamaları ya da hastaya doğru teşhis ve tedavi yapamamaları, hastayı tedavi sürecinde etik kurallardan uzaklaşmaları bu ve bunun gibi hatalı faaliyetler akabinde hastaya zarar vermeleridir. Genel tabirle, standartlara aykırı davranılması olarak değerlendirilmektedir. Bu hataların tamamının doktora fatura edilmesi vicdan dışı ve gayri etiktir çünkü; bu süreçte hastanın tedavisinde yetkisi olan, müdahale sürecine katkıda bulunan ister sadece önerileriyle isterse direk fiili temas ile olsun hastalığın seyrini değiştirecek görevli tüm personel sorumludur.

Malpraktis kavramından risk yönetimi başlığında bahsetmiş olmamızın nedeni, sağlık hizmetleri sektöründe risk yönetim sürecini başlatan neden olmasıdır. ABD'de

1970'lerde büyük çaplı tıbbi hatalar meydana gelmiştir. Bu krizler sağlıkta risk yönetimi sürecinin başlamasını mecburi kılmıştır. Bu krizlerin sonucu olarak hastane ve hekimler yüklü miktarda tazminat ödemek ve hataları telafi edebilmek adına yüklü miktarda paralar ödemek zorunda kalmıştır. Maddi ve manevi kayıpların önüne geçmek için hastane ve doktorlara *malpraktis* sigortaları yapılarak sürecin devamı için yoğun mesailerin yapılması zorunlu hale gelmiştir (Kaplan, 2019, s. 19).

1970'li yıllara kadar sağlık hizmetlerindeki risk yönetimi yaklaşımı verimlilik ve maliyet azaltma ile ilgiliyken, sonraki yıllarda kalite çalışmaları ile birlikte tıbbi ve diğer süreçlerle ilgili risk yönetimi yaklaşımı etkili olmaya başlamıştır (Scrivens, 2005). Risk yönetimi ile kalite iyileştirme sistemlerinin her ikisinde de risklerin, fırsat ya da sorunların belirlenme, analiz, iyileştirme, izlenme ve gözden geçirilmesi için yapılandırılmış bir çerçeve sağlanması söz konusudur (Palteki, 2019, s. 292).

Hastalar ile ilgili risk yönetim çalışmalarının pek çoğu klinik hasta bakım uygulamaları ve uygun olmayan tıbbi tedavi sonuçlarına yöneliktir (Carroll & Carroll, 2009). Çalışanlarla ilgili risk yönetim süreçlerinde ise iki boyut dikkate alınmaktadır. Birincisi çalışanların yapmış oldukları işle ilgili riskler yani hasta, cihaz ve tesisle ilişkili güvenlik riskleridir. İkincisi ise çalışanların güvenli bir çalışma ortamında faaliyet göstermelerinin sağlanması yani iş kazası, meslek hastalığı ve bunlara ilişkin tazmin durumları yer almaktadır. (Palteki, 2019, s. 297).

Hastaneler sağlık hizmetlerinde oluşabilecek krizleri barındıran en tehlikeli sağlık birimleridir. Bu sebeple kriz yönetimi için ayrı finansman oluşturularak hastane güvenliği ve çevre güvenliği konularında tedbirler alınmıştır. Bahsi geçen konularda finansal kaynak ayrılmış olsa bile krizin yönetimi esnasında oluşabilecek muhtemel zararlar içinde ayrıca bir finansal kaynak kullanımı gerekli hale gelmiştir (Korleski, 1990, s. 1).

Hastaların güvenliği ve onlara gelecek zararları engellemek sağlık hizmetlerinin en önemli konusudur. Bu süreçte risk teşkil eden şeylerden bazıları, hastanın durumunda değişiklikler, bakım ve tedavi sürecindeki şartların değişiklikleridir. Oluşacak risklere karşı her ne kadar sigortalama işlemi yapılsa da bu önlem canı ve

sağlık bütünlüğünü korumaya yetmez. Bu sebeple, riskleri minimize etmek, öngörülebilir riskleri analiz etmek ve oluşmasından kaçınmak temel hedef olmalıdır (Carroll & Norris, 2006, s. 3).

Carroll ve Norris'e göre, risk yönetim kavramı, sade risk açısından bakıldığında tanımlamaları şöyledir; sistemin muhatap olduğu risk ve olayları tespit eden, analiz eden, yöneten ve takip eden birbiriyle ilişkili olarak devam eden faaliyetler toplamıdır. (Aydınlı, 2010, s. 35). Bu tanımlamayla risk yönetim sürecinin aşamaları aktarılmıştır.

Kurumun maddi ve manevi varlıklarını risk yönetim mekanizması korumaktadır. Kurumda gerçekleşen olayların akabinde maddi hasarlar gibi manevi hasarlarda hasıl olabilmektedir. Bu süreçte finansal kaynaklarla maddi sonuçlar tolere edilse de marka değeri ve itibar kaybının telafisi çok güç olacaktır. Risk yönetimi kurum varlığının korunmasıdır. Alanında yetkili yöneticiler dört aşamadan oluşan program ile krizi yönetirler. Bunlar; riskin tanımlanması, risk analizi, riskin kontrolü ve riskin finansmanıdır (Kavaler & Spiegel, 2003, s. 4).

Sağlık Bakanlığı'nın tüm kurum ve kuruluşlarındaki kaliteyi standardize etme gayesi üzerine 2011 yılının 1 Mart tarihinde 9489 sayılı makam onayına binaen risk yönetim mekanizmasının kontrolü kalite yönetim direktörlerine verilmiştir. Bu süreçte risk belirleme, risk analizi, risk önleme görevlerini kalite yönetim direktörlüğü yürütse de gerçekleşen olaylardan oluşan maddi ve manevi bedellerin ödenmesindeki yetki mali hizmetlerin sorumluluğundadır (Kaplan, 2019, s. 23).

Her ne olursa olsun kurumu, ortaya çıkması muhtemel risklere karşı korumak amacıyla sağlık kuruluşları tarafından risk yönetim programları oluşturulmaktadır. Tüm potansiyel risk kaynakları dikkate alınarak, sadece tıbbi ve mesleki sorumluluklar için değil sağlık hizmetlerinin tüm alanlarına yönelik olarak, sağlık hizmeti risk yönetim süreçleri tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü alanda özellikle de hastanelerde çalışanların sağlığını etkileyebilecek çeşitli risk faktörleri mevcuttur. Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık personelinin çalışma ortamında karşılaşacağı tehlike ve riskler biyolojik, kimyasal, fiziksel, çevresel, psiko-sosyal olarak sıralanmaktadır. Sağlık çalışanlarında yoğun çalışma koşulları, uzun süreli ve

ergonomik olmayan çalışma şekilleri ile iş gerilimlerinin, başka meslek çalışanlarına nazaran daha farklı mesleki risklerle karşılaşılmasına ve sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmesine sebep olabilecek faktörler içerdiği açıktır. Bu risklerin önlenebilmesi amacıyla çalışma ortamlarında sağlık koşullarına uygun düzenlemelerin yapılması, çeşitli tehlike ve risk olasılıklarının engellenmesi için gerekli çalışmaların yapılması, çalışma saatlerinin uygun olarak planlanması, çalışanların çalışma koşullarının fizyolojik özelliklerine göre düzenlenmesi, kullanılan araç ve gereçlerin yapılan işe ve kullanan kişiye uyumlu hale getirilmesi en önemli amaç olmalıdır.

BÖLÜM 4. YÖNTEM

Yapılan literatür taramasında sağlıkta kalite yönetimi, risk yönetimi ve salgın hastalıklar hakkında çeşitli çalışmalar yapılmış olmasına rağmen sağlıkta kalite ve risk yönetimi ile salgın hastalık konularının ortak olarak işlendiği geniş kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile salgın hastalıkların kontrol altına alınmasında sağlıkta kalite uygulamaları ve yönetim süreçleri ile bu uygulamaların önemli bir unsuru olan sağlık çalışanlarına olumlu ve olumsuz etkilerinin incelenmesi ile literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

4.1. Araştırmanın Modeli

Pozitivist paradigmanın yirminci yüzyılın başlarından itibaren ortaya çıkması ile birlikte sosyal bilim çalışmalarında nicel yöntem kullanılması, en vazgeçilmez araştırma şekli olarak kabul edilmiştir (Yıldırım & Şimşek, 2021, s. 8). Bir başka değişle pozitivist paradigma sosyal dünya ile ilgili teorilerin analiz edilmesini, nicel araştırma yöntemleri ile doğrulanmasını ve genellemeler yapılmasını savunmaktadır (Güçlü, 2019, s. 30). Dolayısıyla sosyal bilim çalışmalarında pozitivist paradigmanın egemen olduğu dönemde nicel araştırma teknikleri kullanılmıştır. Doğa bilimlerinde yaşanan gelişmeler neticesinde ortaya çıkan nicel araştırma yöntemlerinde sayısal veri, gözlem ve analizler yoluyla araştırmacı, topladığı bilgileri yorumlayarak genellemelere ulaşabilmektedir (Yıldırım & Şimşek, 2021, s. 8).

Nicel araştırma yöntemlerinde amaç, sosyal olgu ile hipotezler arasındaki bağı açıklamak, bulguları genelleyerek sosyal hayatı düzenleyen zaman ve kültürden bağımsız sosyal yasaları ortaya koymak ve sosyal olaylara ilişkin tahminler yapılmasını sağlamaktır. Nicel araştırmalar aynı zamanda sosyal düzene ilişkin kuralları ortaya koymaya çalıştığından, kişi veya grupların ortak özelliklerini arar. Nicel araştırma yöntemlerinden olan anket tekniği, önceden hazırlanan sorulardan oluşan ve katılımcıların yüz yüze, online, telefon vb. yöntemlerle katılım sağladığı tekniktir. Anket uygulanmak üzere hazırlanan soruların, kısa, net ve anlaşılır bir dille hazırlanmış olması gerekmektedir.

Bu araştırmada veri toplama yöntemlerinden biri olan niceliksel araştırma yöntemi kapsamında 416 sağlık çalışanına elektronik ortamda çevrim içi anket uygulaması yapılmıştır. Bu bağlamda, çalışmanın örneklemini belirlemede katmanlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Katmanlı örnekleme, çalışma evrenini oluşturan bütün birimleri herhangi bir kriter ya da değişken bazında gruplayarak kendi içinde homojen gruplara ayırmaktır (Güçlü, 2019). Araştırmada evreni katmanlara ayırmak, farklı örnekleme şemalarının farklı katmanlar için kullanılabilmesini ve dolayısıyla farklı grupların temsil edilmesini kolaylaştırmaktadır. Katmanlı örneklemede çalışma evreninin heterojen olması durumunda ise mümkün olduğunca homojen alt gruplar oluşturulmaya çalışılır (Erdoğan & Uyan- Semerci, 2021). Çevrim içi anket uygulaması, 12 Ekim 2020-18 Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Yeterli katılımcı sayısına ulaşıldığının düşünülmesi ve pandemi koşulları göz önünde bulundurularak veri toplama süreci bu tarihten itibaren sonlandırılmıştır.

Literatür taraması ile birlikte araştırma konusu ve alt konularına dair kapsamlı bir tarama yapılmasıyla başlanan araştırma süreci toplanan verilerin yorumlanması, tartışılması ve sonuç bölümü ile bitirilmiştir.

4.1.1.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çağdaş toplumlarda sosyolojinin en önemli alt dallarından biri olarak kabul edeceğimiz sağlık sosyolojisi en temel anlamda sağlık- hastalık konularına sosyolojik perspektiften yaklaşan bir bilim alanı olarak karşımıza çıkar. Sağlık sosyolojisi genel anlamda hastalıkların toplumun yapısına, sosyal sınıf ilişkilerine, hastalıklara karşı toplumların verdiği cevaplara ve bazı sosyal olguların sağlık üzerindeki etkileri gibi konulara ve bu konuların sosyal yapı içerisindeki yerine odaklanır. Bunların dışında hastalıklara karşı sağlık personelinin tutumu, sağlık politikaları ve tıbbi uygulamaların örgütlenmesi gibi konular da sağlık sosyolojisinin ana konuları arasındadır.

Doğal afetler dışında toplu ölümlere neden olan bir başka etken olarak karşımıza çıkan salgın hastalıklar, mevcut zaman dilimine ait olmayan, insanlık tarihi kadar eski bir olgudur. En etkili yönlerinden birinin yayılma hızı olması sebebiyle pandemiler sosyal, psikolojik ve ekonomik anlamda etkileri dünya çapında ağır olan zamanlardır.

Öte yandan Aralık 2019'da ortaya çıkan yeni tip koranavirüs salgını tüm dünyada küreselliğe ve yaşam tarzına etkileri anlamında daha önceki salgınlardan farklı etkilere sahip olmuştur (Aslan, 2021, s. 1735- 1752).

Bu araştırmada Çin Halk Cumhuriyeti'nin Hubei eyaleti Vuhan kentinde yeni bir tip Koronavirüse bağlı olarak ortaya çıkan ve kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına alan Koronavirüs (COVID-19) salgınının, sağlığa ilişkin riskler temelinde incelenmesi ve salgın sürecinde sağlıkta kalite uygulamalarının sağlık çalışanları üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Sağlık sosyolojisi tanımı ve tarihsel süreçteki gelişimi üzerine gerçekleştirilen literatür taramasının ardından, risk toplumu, sağlıkta kalite yönetimi ve risk yönetimi tanımlamaları yapılmış, COVID-19 salgını sürecinin yönetilmesinde sağlıkta kalite uygulamaları ve yönetim süreçleri ile bu uygulamaların önemli bir unsuru olan sağlık çalışanlarına yansıyan olumlu ve olumsuz yönlerini tartışmak araştırmanın temel amacı olmuştur. Araştırma sonucunda elde edilen veriler çözümlenerek konu hakkında çıkarımlar yapılmıştır. Yapılan çalışma ile literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

4.1.2.Araştırmanın Sınırlılıkları

Her araştırma, çeşitli yetersizliklerden ya da uygun görülen koşullarda gerçekleşen sapmalardan kaynaklanan birtakım sınırlılıklar içerir. Başka bir ifade ile araştırmacının ideal olarak gördüğü ancak çoğu zaman kontrol edemediği zaman, maliyet, uygulama veya yöntem gibi çeşitli etkenler sebebiyle vazgeçmek durumunda kaldığı durumlardır (Özkan & Şermet Kaya, 2015). Araştırmalar sahip oldukları etik gereklilikler sebebiyle araştırma sürecinde oluşan tüm sınırlılıkları detaylı olarak betimlemeyi gerektirmektedir (Baltacı, 2020).

Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgını sürecinin sosyal yaşamı tümüyle etkilediği bu dönemde, araştırmada görüşülmesi hedeflenen sağlık çalışanları bu süreçten en çok etkilenen grubu oluşturmaktadır. Araştırmada 5'li Likert tipi hazırlanan anketin öncelikle niteliksel araştırma yöntemi kapsamında 6-8 Kalite Yönetim Direktörüne online ortamda uygulanması planlanmış ancak pandemi sürecinin sağlık çalışanları üzerinde oluşturduğu yoğun iş yükü sebebiyle yeterli katılımcı

sayısına ulaşılamamıştır. Öte yandan ikinci bir sınırlılık olarak, araştırmanın başladığı tarihte henüz aşı uygulamasının başlamaması, Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik ilk aşı uygulamasına 14 Ocak 2021 tarihi itibari ile başlanması, dolayısıyla sağlık çalışanları arasında bağışıklamanın yeterince sağlanamamış olması araştırmanın sınırlarını belirleyen bir diğer husus olarak belirtilebilir. Araştırma kapsamında diğer bir veri toplama yöntemi olan niceliksel araştırma yöntemi ile anketler 416 sağlık çalışanına elektronik ortamda çevrimiçi anket formatına dönüştürülerek uygulanmıştır. Çevrimiçi anketin görece kontrolsüz yapısından kaynaklanan olası farklılıklar araştırmanın doğasını ve seyrini etkilemiş, bu durum araştırmanın sınırlarını belirleyen en önemli husus olmuştur.

4.1.3.Araştırmanın Etiği

İnsanların dahil olduğu her türlü araştırma yönteminde takip edilmesi gereken bazı kurallar ve ihlal edilmemesi gereken bazı etik ilkeler vardır. Nicel araştırma yönteminde bir araştırmanın kalitesi nesnellik, tarafsızlık, güvenirlik ve geçerlilik ölçütleri ile tartışılmaktadır. Tüm bunlar titizlik ve özen olarak adlandırabileceğimiz ve iyi bir nicel araştırmada tartışmasız en önemli özellikler olarak ifade edebileceğimiz uzlaşı noktalarıdır (Yıldırım & Şimşek, 2021, s. 100). Bilimsel araştırmalarda bilimsel çalışma yapan her çalışmacı gönüllü katılım, katılımcılara zarar verilmemesi, özgünlük ve gizlilik gibi genel kabul edilebilirlik ilkeleri doğrultusunda hareket etmekle yükümlüdür. Bahsi geçen bu açıklamalar ışığında bilimsel araştırmalarda etik kavramı, uyulması gereken ve doğruluğu konusunda genel bir kabule sahip standartlara uymak olarak tanımlanmaktadır (Güçlü, 2019, s. 467).

Araştırma boyunca ve araştırma sonrasında yukarıda belirtilen ilkelere uyulmasına ve araştırmanın bilimsel geçerliliğinde aksamaya sebep olacak ve katılımcıları doğrudan zarara uğratacak herhangi bir eylemde bulunulmamasına dikkat edilmiştir. Her bir katılımcıya online ankete başlamadan önce araştırmanın amacı ve araştırmacının kimliği hakkında bilgilendirme yapılmış ve rızaları alınmıştır.

4.1.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığına bağlı Kamu Sağlık Tesisleri ve Üniversite Hastaneleri'nde çalışan 432.591 sağlık personelinden İstanbul ilinde çalışan toplam 63.176 sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırma İstanbul ilinde faaliyet gösteren kamu sağlık tesislerinde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında anket formunun hazırlanmasında toplam kalite yönetimiyle ilgili kaynaklar taranmış ve Nevzat DEVEBAKAN ve Neslişah PAŞALI'nın "Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma" konulu makalesi incelenmiş olup, SHKS standardının çalışan güvenliği ile ilgili maddeleri esas alınarak oluşturulan "Çalışan Güvenliğini Değerlendirme Ölçeği" (Kesinlikle Katılmıyorum:1, Kesinlikle Katılıyorum:5) örnek olarak alınmış ve araştırmacı tarafından anket formu oluşturulmuştur. Niceliksel araştırma yöntemi ile anketler 416 sağlık çalışanına elektronik ortamda çevrimiçi anket formatına dönüştürülerek uygulanmıştır. Bu sağlık çalışanları içerisinde, hekim, hemşire/ebe, sağlık memuru, sağlık teknikeri/teknisyenleri araştırma kapsamına alınmıştır.

4.1.5.Verilerin Toplanması

Nicel veri toplama tekniği ile ele alınan bu araştırmada online ortamda çevrimiçi anket yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılara, Koronavirüs (COVID-19) hastalığı, Sağlıkta Kalite Standartları, Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde sağlık hizmeti sunumu esnasında karşılaşabilecekleri riskler ve bu risklerin önlenmesine yönelik olarak yürütülen kalite çalışmalarına ilişkin sorular yöneltilmiştir. Elde edilen veriler nicel araştırma yöntemi çerçevesinde analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Sağlık çalışanlarına hazırlanan anket formunun uygulanabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Çalışmaları Komisyonu ve T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır. İzinlerin alınmasının ardından araştırmaya katılmaya gönüllü sağlık çalışanlarıyla yaşanan Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinden dolayı elektronik ortamda çevrim içi anket uygulanarak veriler toplanmıştır.

Hazırlanan anket formu ile katılımcıların onayı alınmak suretiyle, anket sonucunda elde edilen veriler nicel araştırma yöntemi kapsamında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

4.2.Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

Çalışmada istatistiksel programlardan olan SPSS v23.0 programı kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan testler;

- Normallik testi (Kolmogorov Smirnov),
- Tanımlayıcı istatistikler (frekans analizi, betimsel istatistikler),
- Bağımsız grup karşılaştırması (Bağımsız örneklem t testi, Tek yönlü varyans analizi),
- Açıklayıcı (explanatory) faktör analizi,
- Güvenilirlik analizi (Cronbach Alpha)'dir.

Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır. Verilerin analizinde normallik dağılım testlerinden Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup analiz sonucunda parametrik testlerden faydalanılmıştır. Bağımsız 2 grubun ortalamaları karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, 2'den fazla bağımsız grupların ortalamaları karşılaştırılmasında ise Tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Varyans analizi testinde grup farklılıkları için varyans homojenliği sağlanıyorsa Tukey HSD, sağlanmıyorsa Tamhane çoklu grup karşılaştırma testi kullanılmıştır. Ölçeklerin yapı geçerliliğini test etmede açıklayıcı (explanatory) faktör analizi ve güvenilirlik analizinde Cronbach's alpha katsayısı, korelasyon analizi için ise pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

BÖLÜM 5. BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde İstanbul ilinde faaliyet gösteren kamu sağlık tesislerinde görev yapan sağlık çalışanlarına uygulanmak üzere hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine ait geçerlilik-güvenilirlik analizi ve araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin rol oynayan sağlık çalışanlarından toplanan veriler ile elde edilen bulgular neticesinde pandemi sürecinde yürütülen sağlıkta kalite ve risk yönetimi uygulamalarının kişiler üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

5.1.Katılımcıların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu) ait dağılım sonuçları ile kişilerin genel çalışma özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 1. Çalışanların Sosyo-demografik Özelliklerine ait Dağılım Sonuçları

		N	%
Yaş	20 yaş altı	14	3,4
	21-45 yaş	310	74,5
	46-64 yaş	92	22,1
Cinsiyet	Kadın	270	64,9
	Erkek	146	35,1
Medeni Durumunuz	Evli	266	63,9
	Bekar	150	36,1
Eğitim Durumunuz	Lise	52	12,5
	Ön lisans	86	20,7
	Lisans	144	34,6
	Yüksek lisans	120	28,8
	Doktora	14	3,4
	Genel Toplam	416	100

Araştırmada kişilerin %3,4'ünün 20 yaş altında, %74,5'inin 21-45 yaş arasında ve %22,1'inin ise 46-64 yaş arasında olduğu; kişilerin %64,9'unun kadın, %35,1'inin

erkek olduğu; %63,9'unun evli, %36,1'inin bekar olduğu; eğitim durumları değerlendirildiğinde %12,5'inin lise, %20,7'sinin ön lisans, %34,6'sının lisans, %28,8'inin yüksek lisans ve %3,4'ünün doktora düzeyinde eğitimli olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Kişilerin Genel Çalışma Özelliklerinin Dağılımı.

		n	%
Unvan	Hekim	64	15,4
	Hemşire	132	31,7
	Ebe	16	3,8
	Sağlık Memuru	82	19,7
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	122	29,3
Çalıştığı Kurum Türü	ADSM/ADSH	134	32,2
	Devlet Hastanesi	172	41,3
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	110	26,4
Çalıştığı Birim/ Bölüm	Acil Servis	20	4,8
	Yoğun Bakım	48	11,5
	Dahiliye	30	7,2
	Genel Cerrahi	32	7,7
	Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji	2	0,5
	Kardiyoloji	14	3,4
	Laboratuvar	32	7,7
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	26	6,3
	Radyoloji	34	8,2
	Ağız ve Diş Sağlığı	64	15,4
	İdari Birimler	94	22,6
	Diğer	20	4,8
Çalışma Süresi	1-5 yıl	96	23,1
	6-15 yıl	168	40,4
	16-25 yıl	120	28,8
	25 yıl üzeri	32	7,7
COVID-19 olma durumu	Evet	16	3,8
	Hayır	400	96,2
COVID-19 için hastanede yatma durumu	Evet	2	12,5
	Hayır	14	87,5

Ciddi bir sağlık riski oluşma durumu	16	100
Toplam	16	100
Genel Toplam	416	100

Araştırmada kişilerin %15,4'ünün hekim, %31,7'sinin hemşire, %3,8'inin ebe, %19,7'sinin sağlık memuru ve %29,3'ünün sağlık teknikeri/teknisyeni olduğu; %32,2'sinin ADSM/ADSH kurumunda çalıştığı, %41,3'ünün devlet hastanesinde ve %26,4'ünün eğitim ve araştırma hastanesinde çalıştığı; %11,5'inin yoğun bakımda, %15,4'ünün ağız ve diş sağlığı alanında, %22,6'sının ise idari birimlerde çalıştığı; kişilerin %23,1'inin çalışma süresinin 1-5 yıl arasında, %40,4'ünün 6-15 yıl arasında, %28,8'inin 16-25 yıl arasında ve %7,7'sinin ise 25 yıl üzerinde çalıştıkları; %3,8'inin ise ilk vakadan sonra COVID-19 hastalığına yakalandığı görülmektedir.

5.2.Güvenilirlik Analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi (Geçerlilik-Güvenilirlik)

5.2.1. 41 Maddelik Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine İlişkin Çalışma Analizleri

Tablo 3. 41 Maddelik Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine İlişkin Madde Analizi Sonuçları

Maddeler	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Soru.1	150,995	557,694	0,504	0,956
Soru.2	150,951	562,654	0,333	0,957
Soru.3	151,384	556,040	0,423	0,957
Soru.4	**151,680**	**584,248**	**-0,125**	**0,960**
Soru.5	150,941	551,878	0,619	0,956
Soru.6	151,010	550,874	0,654	0,956
Soru.7	151,133	542,674	0,740	0,955
Soru.8	151,635	538,395	0,675	0,955
Soru.9	150,892	546,418	0,751	0,955
Soru.10	151,271	543,181	0,730	0,955
Soru.11	150,778	552,370	0,700	0,955
Soru.12	151,108	548,413	0,725	0,955
Soru.13	151,015	544,558	0,764	0,955

Soru.14	151,236	543,914	0,781	0,955
Soru.15	150,635	553,170	0,623	0,956
Soru.16	150,828	546,375	0,765	0,955
Soru.17	150,808	545,933	0,704	0,955
Soru.18	150,478	556,240	0,649	0,956
Soru.19	150,616	551,240	0,691	0,955
Soru.20	150,591	553,003	0,702	0,955
Soru.21	150,567	552,720	0,684	0,955
Soru.22	150,365	558,543	0,606	0,956
Soru.23	151,399	541,564	0,607	0,956
Soru.24	150,926	544,760	0,722	0,955
Soru.25	**151,133**	**571,069**	**0,120**	**0,959**
Soru.26	151,103	544,399	0,790	0,955
Soru.27	150,970	543,367	0,796	0,955
Soru.28	151,246	542,339	0,731	0,955
Soru.29	150,882	552,203	0,634	0,956
Soru.30	**151,227**	**577,756**	**-0,004**	**0,960**
Soru.31	**151,379**	**579,535**	**-0,036**	**0,960**
Soru.32	151,089	545,118	0,669	0,955
Soru.33	151,217	546,057	0,707	0,955
Soru.34	151,020	552,839	0,611	0,956
Soru.35	**150,650**	**566,677**	**0,238**	**0,958**
Soru.36	151,384	539,990	0,722	0,955
Soru.37	151,034	542,690	0,768	0,955
Soru.38	151,059	545,152	0,758	0,955
Soru.39	151,187	545,565	0,693	0,955
Soru.40	151,039	548,216	0,707	0,955
Soru.41	151,059	546,762	0,728	0,955

Tabloda bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisinin 0,30'un altında olmaması gerekmektedir ve uygulanan sorularda 0.30'un altında 4.soru, 25.soru, 30.soru, 31.soru ve 35. soru olmak üzere 5 madde görülmektedir. Yapılan madde analizi sonucunda bu 5 soru analizden çıkarılmıştır.

Tablo 4. Ölçeğin Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Madde sayısı
0,957	41

Ölçekte kullanılan maddelerin tamamına ve faktörler bazında güvenilirlik analizi yöntemlerinden olan Cronbach's alfa yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntem ile ölçekte yer

alan soruların homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediği araştırılır. Ölçekte yer alan soruların varyanslarının genel varyansa oranı ile bulunur. 0 ile 1 arasında değer alır. 0,60 - 0,80 arası oldukça güvenilir, 0,80 - 1,00 arası yüksek güvenirliktedir. Ayrıca ölçekte yer alan maddelerin korelasyonları 0,20'nin altında olmamasına dikkat edilir. Bu değerin altında yer alan maddeler güvenilirlik analizinde yer almaz. Bu şekilde ölçeğe ait güvenilirlik düzeyi yüksek seviyede olduğu görülmektedir.

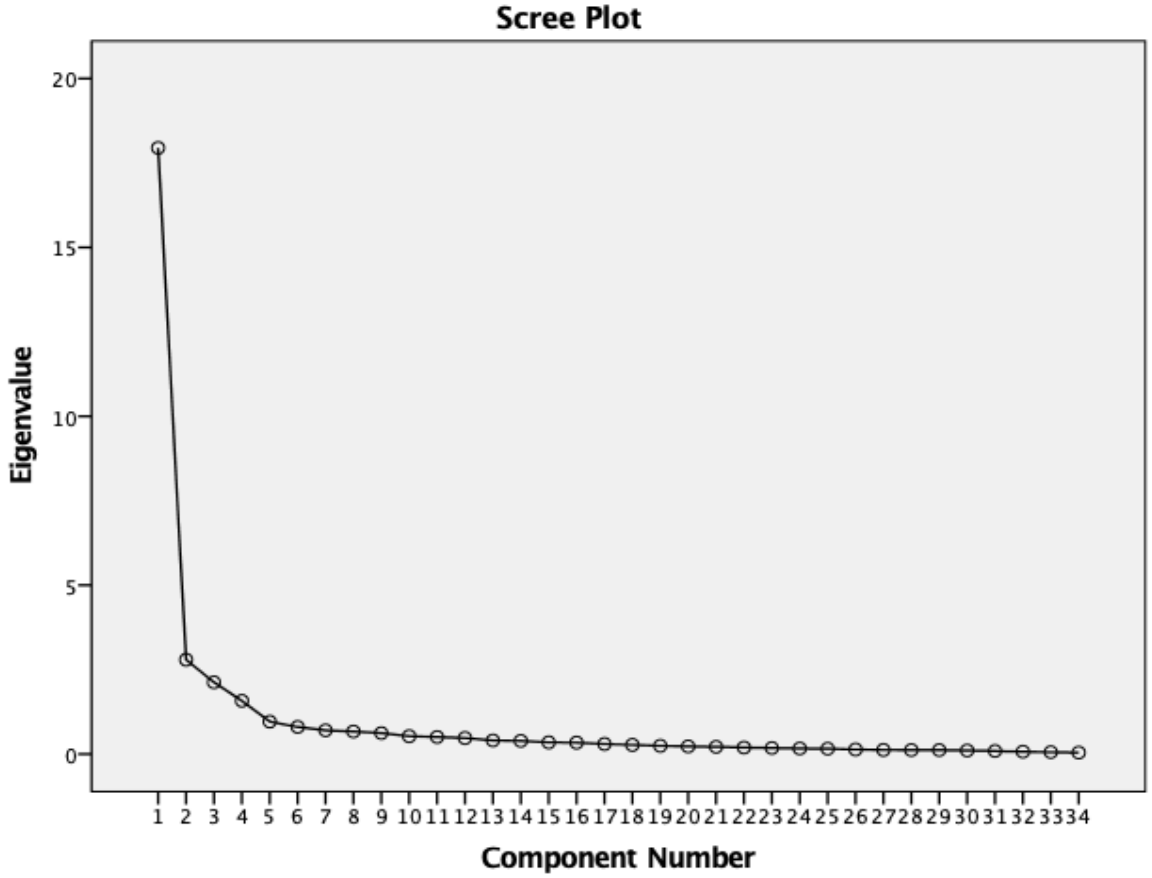
36 maddelik sağlıkta kalite standartları ölçeğinin faktör analizinin ön şartları olan, değişkenler arasında belli oranda korelasyon bulunması ve KMO değerinin kabul edilebilir alt değer olan 0.60'ın üzerinde olması gerekmektedir. KMO değeri örneklem sayısının faktör analizi için yeterliliğini ölçmektedir.

Tablo 5. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu.

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		0,933
Bartlett's Testi	Ki-kare	15118,230
	Sd	561
	p.	0,000

Tablo incelendiğinde, KMO katsayısının 0,933 olduğu ve Bartlett's testi sonucunun ise $p<0,05$ önem düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılması için uygun olduğunu göstermektedir.

Bu bulgulara dayanarak 36 maddelik ölçeğin açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler yöntemi ve varimax döndürmesi uygulanmıştır. 36 maddelik ölçekte faktör analizi sonucu toplam varyansın yaklaşık %72'sini açıklayan ve öz değerleri 1'in üzerinde olan 4 faktörlü bir yapı ortaya çıktığı belirlenmiştir (Tablo 6).



Şekil 2. 36 Maddelik Ölçeğe Ait Scree Plot Testi.

Scree plot test grafiği incelendiğinde faktör sayısının 4 ile sınırlandırılmasının yeterli olduğu görülmektedir. Varimax döndürme yöntemi sonrası maddelerin faktörlere göre dağılımları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yapıları bakımından mantıksal bütünlük sağladığı görülmüştür.

Tablo 6. Sağlıkta Kalitesi Standartları Ölçeğinin Açıklanan Toplam Varyans Analizi.

Faktörler	Başlangıç öz değerleri			Yüklerin kareler toplamı			Döndürme sonrası yüklerin kareler toplamı		
	Toplam	Varyansların %	Yığmalı %	Toplam	Varyansların %	Yığmalı %	Toplam	Varyansların %	Varyansların %
1	17,947	52,786	52,786	17,947	52,786	52,786	10,292	30,271	30,271
2	2,794	8,218	61,005	2,794	8,218	61,005	6,937	20,402	50,672
3	2,126	6,252	67,257	2,126	6,252	67,257	4,473	13,155	63,827
4	1,577	4,639	71,896	1,577	4,639	71,896	2,743	8,069	71,896
5	0,962	2,828	74,725						
6	0,802	2,358	77,083						
7	0,703	2,067	79,149						
8	0,670	1,970	81,119						
9	0,621	1,827	82,946						
10	0,529	1,556	84,501						
11	0,506	1,487	85,989						
12	0,475	1,396	87,385						
13	0,404	1,187	88,572						
14	0,391	1,151	89,723						
15	0,346	1,016	90,739						
16	0,338	0,995	91,735						
17	0,299	0,879	92,614						
18	0,271	0,798	93,411						
19	0,244	0,719	94,130						
20	0,226	0,665	94,794						
21	0,215	0,634	95,428						
22	0,195	0,573	96,001						
23	0,178	0,523	96,523						
24	0,166	0,487	97,011						
25	0,158	0,466	97,476						
26	0,135	0,398	97,874						
27	0,123	0,360	98,234						
28	0,119	0,349	98,583						
29	0,118	0,346	98,928						
30	0,106	0,312	99,240						
31	0,090	0,263	99,503						
32	0,071	0,208	99,711						
33	0,055	0,163	99,874						
34	0,043	0,126	100,000						

Tabloda görüldüğü gibi 36 maddelik ölçeğin 4 faktörlü bir yapıda çıktığı ve 4 faktör toplam varyansın yaklaşık %72'sini açıkladığı görülmektedir. Birinci faktör toplam varyansın %52,8'ini, ikinci faktör toplam varyansın %8,2'sini açıkladığı belirlenmiştir.

Tablo 7. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı

	Faktör yükleri
Faktör 1: Çalışılan Kurumun Sağlık ve Güvenlik Prosedürü %Varyans:52.786 Cronbach's Alpha: 0.967	
13. Çalıştığım kurumda çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda gerekli tedbirler alınmaktadır.	,801
9. Çalıştığım kurumda bölüm ve meslek bazında risklere yönelik olarak koruyucu önlemler alınmaktadır.	,791
7. Çalıştığım kurumda bölüm ve meslek bazında risk değerlendirmesi yapılmakta ve risk analiz planı hazırlanmaktadır.	,787
14. Çalıştığım kurumun çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda yaptığı faaliyetler yeterlidir.	,781
6. Çalışan güvenliği komitesi tarafından çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması sağlanmaktadır	,772
27. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde kurum yönetimi tarafından çalışma ortamımla ilgili risklere yönelik gerekli önlemler alınmaktadır.	,752
15. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda eğitim aldım	,751
17. Çalışma alanlarında kişisel koruyucu ekipmanlar yeterli miktarda bulundurulmaktadır.	,749
10. Çalışma ortamımda kendimi güvende hissederim	,736
8. Risk analiz planı hazırlanması sürecinde çalışma ortamımla ilgili kişisel görüşüme başvurulmaktadır.	,725
16. Çalıştığım kurum tarafından bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenmiştir.	,719
12. Çalıştığım kurumda gerçekleşebilecek risklerin tespiti ve yönetilmesine ilişkin düzenlemeler hakkında bilgim var	,713
11. Çalışma ortamımla ilgili riskler konusunda ne yapacağımı bilirim	,708
26. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi aktif olarak çalışmaktadır.	,695
5. Çalıştığım birimle ilgili Sağlıkta Kalite Standartları hakkında bilgim var.	,671
24. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde kişisel koruyucu ekipman konusunda sıkıntı ve eksiklik yaşamadım.	,650
28. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde tüm çalışanlar görev yetki ve sorumluluklarına göre hareket etmektedir.	,535
Faktör 2: Kalite Standartları Güveni %Varyans: 8.218 Cronbach's Alpha: 0.947	
40. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan rehber, form, algoritma vb. salgının kısa sürede kontrol altına alınmasında etkili olacağını düşünürüm.	,800
38. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde çalışanlar genel durum ve süreç hakkında bilgilendirilmektedir.	,790
41. Sağlık Bakanlığı tarafından alınan koruyucu ve önleyici tedbirler Koronavirüs (COVID-19) salgınının kontrol altına alınmasını sağlayacağını düşünürüm.	,783
33. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde kurumsal iletişim stratejileri etkin şekilde işlemektedir	,743
39. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları sürecin kontrol altına alınmasında etkili olacağını düşünürüm.	,716
37. Çalıştığım bölümle ilgili tespit edilen risklere yönelik düzenleme ve tedbirler Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde etkin şekilde uygulanmaktadır.	,709
32. Salgın sürecinde sağlık çalışanı olarak insanlara yardım ediyor olmak çalışma motivasyonumu arttırmaktadır.	,687
34. Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmaktadır	,650
36. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde Sağlıkta Kalite Standartları uygulamaları çalışan motivasyonunu olumlu yönde etkilemektedir.	,583
Faktör 3: Salgın Hastalık Eğitimi %Varyans: 6.252 Cronbach's Alpha: 0.925	
20. Salgın hastalıklarda uyulması gereken kişisel koruyucu tedbirler hakkında yeterli bilgim var.	,823
21. Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde uyulması gereken izolasyon önlemleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.	,822
18. Salgın hastalıklar konusunda eğitim aldım	,793

19. Pandemi, epidemi, salgın hastalıklar konusunda yeterli bilgim var.	,782
22. Koronavirüs (COVID-19) ile ilgili kişisel koruyucu önlemleri alırım.	,665
Faktör 4: Kalite Standartları Gerekliliği %Varyans: 4.639 Cronbach's Alpha: 0.766	
2. Sağlıkta Kalite Standartları çalışmalarının gerekli olduğunu düşünürüm.	,875
3. Sağlıkta Kalite Standartları uygulamaları çalışan motivasyonunu olumlu yönde etkilemektedir.	,850
23. Kişisel olarak yeterli önlemleri alırsam Koronavirüse (COVID-19) yakalanmam.	,508

Faktör yüklerine göre maddelerin toplandıkları faktörlerdeki yüklerin birbirine uzaklığının en az %10 olması gerektiğinden bu kurala uymayan madde olmadığından faktör analizi sonucuna göre madde çıkarımı yapılmasına gerek duyulmamıştır. Faktörlerin içsel tutarlılıklarının hesaplanmasında, Cronbach Alpha değeri kullanılmıştır. Cronbach Alpha değerinin 0.70'in üzerinde olması güvenirliğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Faktörlere ait maddeler incelendiğinde;

1. faktör altında 17 soru toplanmış ve yükleri 0.535-0.801 arasında olduğu belirlenmiştir. Faktörün Cronbach Alpha değeri 0.967;

2.faktör 9 soru toplanmış ve 0.583-0.800 yükleri arasında, Cronbach Alpha değeri 0.947;

3.faktör altında 5 soru toplanmış ve 0.665-0.823 arasında, Cronbach Alpha değeri 0.925;

4.faktör altında 3 soru toplanmış ve 0.508-0.875 arasında, Cronbach Alpha değeri 0.766.

Sonuç olarak 41 maddelik sağlıkta kalite standartları ölçeği yapılan güvenilirlik analiz sonucunda 4., 25., 30., 31. ve 35. maddeler ve açıklayıcı faktör analizi sonucunda 1. madde ile 29. madde gerekli koşulları sağlamadığı için değerlendirmeden çıkarılmıştır. Sonuç olarak sağlıkta kalite standartları ölçeği 4 faktörlü ve 34 maddelik bir yapı oluşturmuştur. Bu faktörler; çalışılan kurumun sağlık ve güvenlik prosedürü, kalite standartlarına güven, salgın hastalık eğitimi ve kalite standartlarının gerekliliği olarak görülmektedir.

5.2.2.Tanımlayıcı İstatistikler ve İlişki Analizleri

Tablo 8. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

	N	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	416	3,78	0,78	1	5
Kalite Standartları Güveni	416	3,69	0,82	1	5
Salgın Hastalık Eğitimi	416	4,28	0,67	1	5
Kalite Standartları Gerekliliği	416	3,58	0,92	1	5
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	416	3,83	0,66	1	5

Araştırmada sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri değerlendirildiğinde, kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı 3.78, kalite standartları güveni ortalama puanı 3.69, salgın hastalık eğitimi ortalama puanı 4.28, kalite standartları gerekliliği ortalama puanı 3.58 ve sağlıkta kalite standardı genel ortalama puanı ise 3.83 olarak görülmektedir.

Tablo 9. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeğine Ait Normallik Dağılım Analizi

	Kolmogorov-Smirnov			Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	Test istatistiği	Sd.	P		
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	0,085	416	0,000	-0,751	0,679
Kalite Standartları Güveni	0,114	416	0,000	-0,498	0,171
Salgın Hastalık Eğitimi	0,157	416	0,000	-1,145	1,630
Kalite Standartları Gerekliliği	0,101	416	0,000	-0,324	-0,341
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	0,060	416	0,001	-0,275	-0,278

Araştırmada kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanlarına ait normallik dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildiğinde; veriler normal dağılım göstermemiştir ($p<0.05$). Ancak puanların normal dağılım göstermemesine

rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan çarpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerlerinin -2 ile +2 aralığında olması halinde verilerin normal dağıldığı kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010; Trochim ve Donnelly, 2006; Gravetter ve Wallnau, 2014; Field, 2009).

5.3.Katılımcıların Pandemi Sürecinde Yürütülen Sağlıkta Kalite Standartları Uygulamalarına İlişkin Bulguları

Kalite kavramı insan hayatının bir parçası haline gelmiş ve kalite yönetimi çalışmaları son yirmi yılda küresel rekabet ve hizmet talebini karşılamada bir yöntem olarak tüm kurum ve kuruluşlar tarafından uygulanmaya başlanmıştır (Beylik & Avcı, 2019, s. 313). Kumru'nun aktardığına göre önceleri sanayi alanında uygulanan kalite kavramı, tıbbi hataların önlenmesi ve mevcut sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla sağlık alanında da uygulanmaya başlamıştır (Beylik & Avcı, 2019, s. 19). 19. yüzyıldan itibaren savaşlar ve savaşlarla birlikte ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilmek için öncelikle hastanelerde temizlik koşullarının sağlanması amaçlanmıştır (Sheingold & Hahn, 2014).

Bu kapsamda değerlendirildiğinde, sağlık hizmetleri içeriği itibariyle risk kavramı ile birlikte anılmakla beraber, hasta ve çalışan güvenliği açısından pek çok riski de bünyesinde barındırmaktadır. Günümüzde yaşanan pandemi süreci ile birlikte hastanelerde uygulanan sağlık hizmetlerinde kalite uygulamalarının temel amacı hizmet alan hastaların sağlığının korunması ile hizmet sunan sağlık çalışanlarına sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasıdır. Bu kapsamda gerçekleştirilen araştırma sonucunda elde edilen bulgulara ilişkin yorumlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 10. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Yaş grup				T	P
	45 yaş altı (n=324)		45 yaş üzeri (n=92)			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	3,69	0,80	4,10	0,60	-5,474	**0,000***
Kalite Standartları Güveni	3,60	0,85	4,00	0,61	-5,015	**0,000***
Salgın Hastalık Eğitimi	4,23	0,67	4,44	0,63	-2,676	**0,008***
Kalite Standartları Gerekliliği	3,52	0,94	3,76	0,84	-2,318	**0,022***
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	3,76	0,67	4,08	0,55	-4,647	**0,000***

Bağımsız örneklem t testi, *p≤0.05

Araştırmaya katılan kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanları yaş gruplarına göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde;

45 yaş üzerindeki kişilerin sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı ($\bar{X}: 4.10,\ SS: 0.60$) anlamlı olarak 45 yaş ve altındaki kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(192,58): -5.474, p≤0.05).

45 yaş üzerindeki kişilerin sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları güveni ortalama puanı ($\bar{X}: 4.00,\ SS: 0.61$) anlamlı olarak 45 yaş ve altındaki kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(204,27): -5.015, p≤0.05).

45 yaş üzerindeki kişilerin sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından salgın hastalık eğitimi ortalama puanı ($\bar{X}: 4.44,\ SS: 0.63$) anlamlı olarak 45 yaş ve altındaki kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(414): -2.676, p≤0.05).

45 yaş üzerindeki kişilerin sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartlarının gerekliliği ortalama puanı ($\bar{X}: 3.76,\ SS: 0.84$) anlamlı olarak 45 yaş ve altındaki kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(160,76): -2.318, p≤0.05).

45 yaş üzerindeki kişilerin sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı ($\bar{X}: 4.08,\ SS: 0.55$) anlamlı olarak 45 yaş ve altındaki kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(176,41): -4.647, p≤0.05).

Sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyut puanları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 45 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarına ait ortalama puanların 45 yaş ve altındaki sağlık çalışanlarının ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan literatür taramasında konu ile ilgili bir bulguya rastlanmamakla beraber, sağlık çalışanlarında artan yaş ile birlikte kurum sağlığı ve güvenirliği, kalite standartları güveni, salgın hastalık eğitimi ve kalite standartları gerekliliği konularında sağlık kuruluşlarında yürütülen çalışmalara yönelik bilgi, tutum ve inançların arttığı düşünülmektedir. Alt boyut puanları kendi arasında değerlendirildiğinde ise en yüksek puan ortalamasının salgın hastalık eğitimi ortalama puanında olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet				t	P
	Kadın (n=270)		Erkek (n=146)			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	3,78	0,79	3,77	0,77	0,240	0,810
Kalite Standartları Güveni	3,70	0,82	3,68	0,83	0,177	0,860
Salgın Hastalık Eğitimi	4,29	0,68	4,26	0,66	0,437	0,662

Kalite Standartları Gerekliliği	3,64	0,87	3,46	1,00	1,892	0,059
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	3,85	0,65	3,79	0,67	0,899	0,369

Bağımsız örneklem t testi, *p≤0.05

Araştırmaya katılan kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanları cinsiyete göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, erkek ve kadınlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p>0.05).

Tablo 12. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	Medeni Durum				t	P
	Evli (n=266)		Bekar (n=150)			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	3,93	0,74	3,51	0,77	5,536	**0,000***
Kalite Standartları Güveni	3,84	0,72	3,44	0,93	4,534	**0,000***
Salgın Hastalık Eğitimi	4,41	0,58	4,05	0,76	5,350	**0,000***
Kalite Standartları Gerekliliği	3,66	0,92	3,44	0,91	2,366	**0,018***
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	3,96	0,61	3,61	0,68	5,393	**0,000***

Bağımsız örneklem t testi, *p≤0.05

Araştırmaya katılan kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanları medeni duruma göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde;

Evli olan kişilerin sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı ($\bar{X}$:3.93, SS:0.74) anlamlı olarak bekar olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(414): 5.536, p≤0.05).

Evli olan kişilerin sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları güveni ortalama puanı ($\bar{X}$:3.84, SS:0.72) anlamlı olarak bekar olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(250,25): 4.534, p≤0.05).

Evli olan kişilerin sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından salgın hastalık eğitimi ortalama puanı ($\bar{X}$:4.41, SS:0.58) anlamlı olarak bekar olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(414): 5.350, p≤0.05).

Evli olan kişilerin sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartlarının gerekliliği ortalama puanı ($\bar{X}$:3.66, SS:0.92) anlamlı olarak bekar olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(414): 2.366, p≤0.05).

Evli olan kişilerin sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı ($\bar{X}$:3.96, SS:0.61) anlamlı olarak bekar olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir (t(414): 5.393, p≤0.05).

Tablo 13. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Eğitim								F	P
	Lise (n=52) (1)		Ön lisans (n=86) (2)		Lisans (n=144) (3)		Yüksek lisans ve üzeri (n=134) (4)			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	3,87	0,89	3,63	0,66	3,76	0,79	3,86	0,79	1,844	0,138
Kalite Standartları Güveni	4,07$^{(2,3)}$**	0,96	3,52	0,67	3,65	0,80	3,70	0,84	5,184	**0,002***
Salgın Hastalık Eğitimi	4,31	0,66	4,07	0,49	4,38$^{(2)}$**	0,71	4,29$^{(2)}$**	0,70	4,104	**0,007***
Kalite Standartları Gerekliliği	3,82	1,10	3,12$^{(1,3,4)}$**	0,84	3,60	0,79	3,75	0,93	10,366	**0,000***

Sağlıkta Kalite Standardı Genel	4,02	0,79	3,58$^{(1,3,4)}$**	0,51	3,85	0,63	3,90	0,67	6,157	**0,000***

Tek yönlü varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0.05 **Tamhane testi

Araştırmaya katılan kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanları eğitim düzeylerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde;

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları güveni ortalama puanı kişilerin eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(3,412): 5.184, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın hangi eğitim düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, lise düzeyinde eğitimli kişilerin kalite standartları güveni ortalama puanı ($\bar{X}: 4.07, SS: 0.96$) anlamlı olarak ön lisans ve lisans düzeyinde eğitimli kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından salgın hastalık eğitimi ortalama puanı kişilerin eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(3,412): 4.104, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın hangi eğitim düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, lisans ($\bar{X}: 4.38, SS: 0.71$) ve yüksek lisans ve üzerinde eğitimli kişilerin salgın hastalık eğitimi ortalama puanı ($\bar{X}: 4.29, SS: 0.70$) anlamlı olarak ön lisans düzeyinde eğitimli kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları gerekliliği ortalama puanı kişilerin eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(3,412): 10.366, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın hangi eğitim düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, ön lisans düzeyinde eğitimli kişilerin ($\bar{X}: 3.12, SS: 0.84$) anlamlı

olarak lise, lisans ve yüksek lisans ve üzeri düzeyde eğitimli kişilerin ortalama puanından düşük olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı kişilerin eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(3,412): 6.157, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın hangi eğitim düzeyi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, ön lisans düzeyinde eğitimli kişilerin ($\bar{X}: 3.58, SS: 0.51$) anlamlı olarak lise, lisans ve yüksek lisans ve üzeri düzeyde eğitimli kişilerin ortalama puanından düşük olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı kişilerin eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Sağlık çalışanlarının sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyut puanları eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde, alt boyut ortalama puanlarında farklılıklar olduğu görülmüştür. Lise eğitim düzeyindeki çalışanların kalite standartları güveni ortalama puanının diğer eğitim düzeylerine göre yüksek olduğu ve bunun sonucu olarak Koronavirüs (COVID-19) salgınında sağlık kuruluşları tarafından kalite ve risk yönetimi kapsamında yürütülen çalışmalara yönelik inancın bu eğitim düzeyinde daha yüksek olduğu açıktır. Lisans eğitim düzeyindeki sağlık çalışanlarının ise salgın hastalık eğitimi ortalama puanının diğer eğitim düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim durumunun artması ile beraber salgın hastalıklara yönelik eğitimlerin önemi ve gerekliliği konusunda farkındalığın arttığı görülmektedir. Kalite standartlarının gerekliliği ortalama puanı ile sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı ise ön lisans eğitimi düzeyindeki çalışanlarda diğer eğitim düzeylerine göre düşük çıkmıştır.

Tablo 14. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Mesleklere Göre Karşılaştırılması

	Meslek birim								F	P
	Hekim (n=64) (1)		Hemşire/Ebe (n=148) (2)		Sağlık Memuru (n=82) (3)		Sağlık Teknikeri/ Teknisyeni (n=122) (4)			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	3,51	0,67	3,86(1)**	0,74	3,88(1)**	0,73	3,75	0,88	3,826	**0,010***
Kalite Standartları Güveni	3,39	0,67	3,76(1)**	0,77	3,75(1)**	0,82	3,72	0,92	3,432	**0,017***
Salgın Hastalık Eğitimi	4,26	0,78	4,39	0,55	4,22	0,69	4,19	0,71	2,460	0,062
Kalite Standartları Gerekliliği	3,87(3)**	0,85	3,56	0,82	3,43	0,98	3,54	1,00	3,054	**0,028***
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	3,76	0,59	3,90	0,60	3,82	0,73	3,80	0,71	0,834	0,476

Tek yönlü varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0.05 **Tukey HSD testi

Araştırmaya katılan kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanları meslek birimlerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde,

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı kişilerin meslek birimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,412)$: 3.826, $p \leq 0.05$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$). Gruplar arası farklılığın hangi meslek birimi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, hemşire/ebe ($\bar{X}: 3.86, SS: 0.74$) ve sağlık memuru olan kişilerin kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı ($\bar{X}: 3.88, SS: 0.73$) anlamlı olarak hekim olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları güveni ortalama puanı kişilerin meslek birimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(3,412): 3.432, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir (p>0.05). Gruplar arası farklılığın hangi meslek birimi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, hemşire/ebe ($\bar{X}: 3.76, SS: 0.77$) ve sağlık memuru olan kişilerin kalite standartları güveni ortalama puanı ($\bar{X}: 3.75, SS: 0.82$) anlamlı olarak hekim olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları gerekliliği ortalama puanı kişilerin meslek birimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(3,412): 3.054, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir (p>0.05). Gruplar arası farklılığın hangi meslek birimi arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, hekim olan kişilerin kalite standartları gerekliliği ortalama puanı ($\bar{X}: 3.87, SS: 0.85$) anlamlı olarak sağlık memuru olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından salgın hastalık eğitimi ve sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı kişilerin meslek birimleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Sağlık çalışanlarının sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyut puanları mesleklere göre değerlendirildiğinde, ebe/hemşire ve sağlık memuru meslek grubunda kurum sağlığı ve güvenirliği ile kalite standartları güveni alt boyutlarının diğer mesleklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ebe/hemşire ve sağlık memuru meslek grubu çalışanlarının COVID-19 salgınında hasta bakım süreçlerinde etkin rol oynayan meslek gruplarından olmaları ayrıca sağlıkta kalite standartları kapsamında uygulanan risk yönetimi, çalışan güvenliği vb. çalışmaların geliştirilmesine de katkı sağlamaları sebebiyle bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir. Ancak bir diğer alt boyut olan kalite standartları gerekliliği ortalama puanın da ise hekim grubunun ortalama puanının diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu bu durumun sonucu olarak hekim grubu katılımcıların pandemi sürecinde sağlıkta kalite standartlarının

uygulanması konusuna önem verdiği ancak yapılan uygulamalara güven duymadıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 15. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Çalıştıkları Kuruma Göre Karşılaştırılması

	Çalıştığınız Kurum Türü						F	P
	ADSM/ADSH (n=134) (1)		Devlet Hastanesi (n=172) (2)		Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=110) (3)			
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	3,84	0,94	3,77	0,69	3,72	0,69	0,746	0,475
Kalite Standartları Güveni	3,73	0,90	3,71	0,78	3,62	0,78	0,638	0,529
Salgın Hastalık Eğitimi	4,26	0,64	4,33	0,61	4,22	0,78	1,109	0,331
Kalite Standartları Gerekliliği	$3,85^{(2,3)}$**	0,80	3,50	0,94	3,37	0,95	9,484	**0,000***
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	3,92	0,65	3,83	0,65	3,73	0,67	2,471	0,086

Tek yönlü varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0.05 **Tukey HSD testi

Araştırmaya katılan kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanları çalışılan kurum türlerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde;

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları gerekliliği ortalama puanı kişilerin çalıştıkları kurum türüne göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(2,415): 9.484, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir (p>0.05). Gruplar arası farklılığın hangi kurum türü arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, ADSM/ADSH'de çalışan kişilerin kalite standartları gerekliliği ortalama puanı ($\bar{X}: 3.85, SS: 0.80$) anlamlı olarak devlet hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte sağlıkta kalite standartları diğer alt boyut ve sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı kişilerin çalıştıkları kurum türleri arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sağlık çalışanlarının sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyut puanları çalışılan kuruma göre değerlendirildiğinde, ADSM/ADSH'de çalışan kişilerin kalite standartları gerekliliği ortalama puanının diğer kurumlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. COVID-19 pandemisi ile birlikte, SARS-CoV-2 enfeksiyonunun muhtemel bulaş yollarından olan solunum sekresyonu ve ağız içi sıvıların damlacık yoluyla yayılımı ve solunması ayrıca ağız, burun ve göz mukozalarıyla teması sonucunda bulaş riski diş hekimliği uygulamalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Çizmeci Şenel, 2021, s.1-12). Bu kapsamda pandemi sürecinin başlaması ile birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından tüm ADSM/ADSH'larda hasta bakımı durdurulmuş, sadece acil ve zorunlu diş tedavilerinin uygulanması kararı alınmıştır. Bunun sonucu olarak ADSM/ADSH'larda çalışan çoğu diş hekimi ve personel bulaşın önlenmesi ve salgının kontrol altına alınması amacıyla filyasyon ekiplerinde görevlendirilmiştir. Bu kurumlarda kalite standartları gerekliliği ortalama puanının yüksek olmasının diş hekimi ve diğer kurum çalışanlarının pandemi sürecinde en ön safta rol almaları, karşı karşıya oldukları riskler ve çalışma ortamlarının değişmesi gibi sebeplere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 16. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Çalışılan Birim/Bölüme Göre Karşılaştırılması

Çalışılan Birim/Bölüm	N		Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	Kalite Standartları Güveni	Salgın Hastalık Eğitimi	Kalite Standartları Gerekliliği	Sağlıkta Kalite Standardı Genel
Acil Servis (1)	20	$\bar{X}$	3,79	3,70	4,44	3,27	3,80
		SS	0,64	0,77	0,41	1,04	0,54
Yoğun Bakım (2)	48	$\bar{X}$	3,61	3,81	4,57$^{(6,9)}$**	3,72	3,93
		SS	0,90	1,02	0,51	1,00	0,74
Dahiliye (3)	30	$\bar{X}$	3,80	3,80	4,23	3,53	3,84
		SS	0,66	0,73	0,78	1,05	0,74
Genel Cerrahi (4)	32	$\bar{X}$	3,89	3,83	4,41	3,56	3,92
		SS	0,65	0,60	0,54	0,85	0,57
Kardiyoloji (5)	14	$\bar{X}$	3,54	3,59	4,51	3,29	3,73
		SS	0,41	0,51	0,46	1,08	0,47
Laboratuvar (6)	32	$\bar{X}$	3,57	3,37	3,97	3,06	3,49
		SS	0,54	0,79	0,56	1,07	0,68
Kadın Hastalıkları ve Doğum (7)	26	$\bar{X}$	3,86	3,83	4,63$^{(6,9)}$**	3,74	4,02
		SS	0,42	0,53	0,46	0,91	0,49
Radyoloji (8)	34	$\bar{X}$	3,82	3,42	4,20	3,04	3,62
		SS	0,64	0,62	0,59	0,81	0,55
Ağız ve Diş Sağlığı (9)	64	$\bar{X}$	3,54	3,48	4,18	3,74$^{(8)}$**	3,74
		SS	0,94	0,86	0,59	0,88	0,57
İdari Birimler (10)	94	$\bar{X}$	4,07$^{(5,6,9)}$**	3,91$^{(8)}$**	4,24	3,84$^{(6,\ 8)}$**	4,01$^{(6)}$**
		SS	0,79	0,86	0,72	0,74	0,68
Diğer (11)	22	$\bar{X}$	3,68	3,55	3,82	3,61	3,66
		SS	1,00	0,99	1,13	0,54	0,81
F			2,783	2,418	4,323	3,958	2,726
P			**0,002***	**0,008***	**0,000***	**0,000***	**0,003***

Tek yönlü varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0.05 **Tamhane testi

Araştırmaya katılan kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanları çalışılan birim/bölümlere göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde;

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı kişilerin çalışılan birim/bölümlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(10,405): 2.783, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi birim arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, idari birimlerde çalışan kişilerin kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı ($\bar{X}: 4.07, SS: 0.79$) anlamlı olarak kardiyoloji, laboratuvar ve ağız ve diş sağlığı birimlerinde çalışan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları güveni ortalama puanı kişilerin çalışılan birim/bölümlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(10,405): 2.418, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi birim/bölüm arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, idari birimlerde çalışan kişilerin kalite standartları güveni ortalama puanı ($\bar{X}: 3.91, SS: 0.86$) anlamlı olarak radyoloji biriminde çalışan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından salgın hastalık eğitimi ortalama puanı kişilerin çalışılan birim/bölümlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(10,405): 4.323, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi birim/bölüm arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, yoğun bakımda çalışan kişilerin salgın hastalık eğitimi ortalama puanı ($\bar{X}: 4.57, SS: 0.51$) anlamlı olarak laboratuvar ve ağız ve diş sağlığı birimlerinde çalışan kişilerin ortalama puanından yüksek; kadın hastalıkları ve doğum biriminde çalışan kişilerin salgın hastalık eğitimi ortalama puanı ($\bar{X}: 4.63, SS: 0.46$) anlamlı olarak laboratuvar ve ağız ve diş sağlığı birimlerinde çalışan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları gerekliliği ortalama puanı kişilerin çalışılan birim/bölümlerine göre anlamlı bir farklılık

göstermektedir (F(10,405): 3.958, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi birim/bölüm arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, ağız ve diş sağlığı biriminde çalışan kişilerin kalite standartları gerekliliği ortalama puanı ($\bar{X}: 3.74, SS: 0.88$) anlamlı olarak radyoloji biriminde çalışan kişilerin ortalama puanından yüksek; idari birimlerde çalışan kişilerin kalite standartları gerekliliği ortalama puanı ($\bar{X}: 3.84, SS: 0.74$) anlamlı olarak laboratuvar ve radyoloji birimlerinde çalışan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı kişilerin çalışılan birim/bölümlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(10,405): 2.726, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi birim/bölüm arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, idari birimlerde çalışan kişilerin sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı ($\bar{X}: 4.01, SS: 0.68$) anlamlı olarak laboratuvar birimlerinde çalışan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyut puanları çalışılan birim/bölüme göre değerlendirildiğinde, kurum sağlığı ve güvenirliği ve kalite standartları güveni alt boyut ortalama puanlarının idari birim çalışanlarında diğer birim çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. İdari birimlerde çalışan personellerin diğer çalışanlara göre görece daha izole oldukları düşünüldüğünde oranın yüksek çıkması olumlu karşılanabilir. Diğer bir alt boyut olan salgın hastalık eğitimi ortalama puanının yoğun bakım ile kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan kişilerin ortalama puanlarının diğer birimlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sonucu olarak pandemi sürecine dair bilgi ve bulguların her geçen gün yenilenmesi ile birlikte COVID-19 tanısı konan hastalarla birebir çalışan sağlık personellerinin eğitim ihtiyaçlarının en kısa sürede karşılanması gibi diğer birimlerde çalışan personellerinde salgın hastalıklara ilişkin bilgi ve farkındalıklarının arttırılması gerektiği açıktır. Kalite standartları gerekliliği ortalama puanı ağız ve diş sağlığı hizmetleri sınıfına dahil çalışan sağlık personellerinin diğer birim çalışanlarına göre

yüksek çıkması da diğer bir alt boyut olan çalışılan kurum ile paralellik göstermektedir. Hem çalışılan kurum hem de çalışılan bölüm göz önüne alındığında ağız ve diş sağlığı hizmetleri kapsamında pandemi sürecinde en çok ihtiyaç duyulan boyutun kalite standartları gerekliliği olduğu görülmektedir.

Tablo 17. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması

	Çalışma Süreniz								
	1-5 yıl (n=96) (1)		6-15 yıl (n=168) (2)		16-25 yıl (n=120) (3)		25 yıl üzeri (n=32) (4)		
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	,47	,99	,75	,64	,91	,69	4,38(1,2,3)**	,59	3,845	**,000***
Kalite Standartları Güveni	,57	,10	,61	,71	,80	,69	4,12(1,2)**	,69	,028	**,002***
Salgın Hastalık Eğitimi	,12	,82	,30	,58	,29	,65	4,60(1)***	,55	,318	**,005***
Kalite Standartları Gerekliliği	,74	,92	,29	,95	,67	,79	4,25(1,2,3)**	,67	3,751	**,000***
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	,73	,80	,74	,59	,92	,58	4,34(1,2,3)**	,52	,539	**,000***

Tek yönlü varyans (One-Way ANOVA) Analizi, *p≤0.05 **Tamhane testi *** Tukey HSD testi

Araştırmaya katılan kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçek ve alt boyut puanları çalışma sürelerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde;

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı kişilerin çalışılan sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,412)$: 13.845, $p \leq 0.05$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi süre arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, 25 yıl üzerinde çalışan kişilerin kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı ($\bar{X}$:4.38, SS:0.59) anlamlı olarak çalışma süresi 1-5 yıl, 6-15 yıl ve 16-25 yıl arasında olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları güveni ortalama puanı kişilerin çalışılan sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,412)$: 5.028, $p \leq 0.05$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi süre arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, 25 yıl üzerinde çalışan kişilerin kalite standartları güveni ortalama puanı ($\bar{X}$:4.12, SS:0.69) anlamlı olarak çalışma süresi 1-5 yıl ve 6-15 yıl arasında olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından salgın hastalık eğitimi ortalama puanı kişilerin çalışılan sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(3,412)$: 4.318, $p \leq 0.05$). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi süre arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tukey HSD testi sonuçlarına göre, 25 yıl üzerinde çalışan kişilerin salgın hastalık eğitimi ortalama puanı ($\bar{X}$:4.60, SS:0.55) anlamlı olarak çalışma süresi 1-5 yıl arasında olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları alt boyutlarından kalite standartları gerekliliği ortalama puanı kişilerin çalışılan sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir

(F(3,412): 13.751, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi süre arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, 25 yıl üzerinde çalışan kişilerin kalite standartları gerekliliği ortalama puanı ($\bar{X}$:4.25, SS:0.67) anlamlı olarak çalışma süresi 1-5 yıl, 6-15 yıl ve 16-25 yıl arasında olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıkta kalite standartları genel ortalama puanı kişilerin çalışılan sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (F(3,412): 9.539, p≤0.05). Grup varyanslarının homojenliği Levene testi ile test edilmiş ve varyansların homojen dağılmadığı tespit edilmiştir (p<0.05). Gruplar arası farklılığın çalışılan hangi süre arasında olduğunu tespit etmek için yapılan Tamhane testi sonuçlarına göre, 25 yıl üzerinde çalışan kişilerin kalite standartları genel ortalama puanı ($\bar{X}$:4.34, SS:0.52) anlamlı olarak çalışma süresi 1-5 yıl, 6-15 yıl ve 16-25 yıl arasında olan kişilerin ortalama puanından yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarının sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyut puanları çalışma süresine göre değerlendirildiğinde, tüm alt boyutlarda 25 yıl ve üzeri çalışan sağlık personellerinde diğerlerine göre yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma süresinin fazlalığı, sağlıkta kalite standartlarının gerekliliği, kalite standartlarına yönelik güvenin yanı sıra yaşanan salgın sürecinin belirsizliğinden kaynaklı eğitim ihtiyacı gerekliliği gibi sebeplerle ortalama puanın yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Tablo 18. Sağlıkta Kalite Standartları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi

		Sağlıkta Kalite Standardı Genel	Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	Kalite Standartları Güveni	Salgın Hastalık Eğitimi	Kalite Standartları Gerekliliği
Sağlıkta Kalite Standardı Genel	R	1				
	P					
Kurum Sağlığı ve Güvenirliği	R	0,838**	1			
	P	0,000				
Kalite Standartları Güveni	R	0,901**	0,735**	1		
	P	0,000	0,000			
Salgın Hastalık Eğitimi	R	0,783**	0,615**	0,643**	1	
	P	0,000	0,000	0,000		
Kalite Standartları Gerekliliği	R	0,769**	0,439**	0,587**	0,411**	1
	P	0,000	0,000	0,000	0,000	

Pearson korelasyon, *p≤0.05, **p≤0.01

Araştırmada kişilerin sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki durumu pearson korelasyon testi ile değerlendirildiğinde;

Sağlıkta kalite standardı genel puanı ile kurum sağlığı ve güvenirliği (r: 0.838, p≤0.01), kalite standartları güveni (r: 0.901, p≤0.01), salgın hastalık eğitimi (r: 0.783, p≤0.01) ve kalite standartları gerekliliği (r: 0.769, p≤0.01) arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde ve anlamlı bir ilişki (korelasyon) vardır.

Kurum sağlığı ve güvenirliği ile kalite standartları güveni (r: 0.735, p≤0.01), salgın hastalık eğitimi arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde; kalite standartları gerekliliği (r: 0.439, p≤0.01) arasında pozitif yönde, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki (korelasyon) vardır.

Kalite standartları güveni ile salgın hastalık eğitimi (r: 0.643, p≤0.01) arasında pozitif yönde, güçlü düzeyde; kalite standartları gerekliliği (r: 0.587, p≤0.01) arasında pozitif yönde, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki (korelasyon) vardır. Ayrıca salgın hastalık eğitimi ile kalite standartları gerekliliği (r: 0.411, p≤0.01) pozitif yönde, normal düzeyde ve anlamlı bir ilişki (korelasyon) vardır.

BÖLÜM 6. SONUÇ

COVID-19 salgını tüm dünyada halk sağlığını olumsuz etkilerken, çağımızın modern toplumsal yapısında halk sağlığı konusunda birinci derecede öneme sahip sağlık kuruluşları, pandemiden orantısız şekilde fazla etkilenmiştir. Şüphesiz ki bu durumdan en çok etkilenen toplumsal grup sağlık çalışanları olmuştur. Türkiye'ye bakıldığında ise kimi kaynaklara göre sağlık çalışanları, pandeminin bazı dönemlerinde toplumun geri kalanına oranla 46 kat daha fazla COVID-19 bulaş riskine maruz kalmıştır[9]. Hem dünyada hem de Türkiye'de sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı bu risk, sağlık kuruluşlarında kalite ve risk yönetimi konusunu bir kez daha gündeme getirmiştir.

Tarihi, canlıların tarihi kadar eski olan hastalıklar, insan topluluklarının yerleşik hayata geçmesi ve artan kentleşme ile hızlanmış, farklı insan topluluklarının göç, savaşlar, ticari faaliyetler ve daha birçok sebeple etkileşimi halinde salgın hastalıklara dönüşmüştür (Gülçiçek, 2019). Sağlık sosyolojisi de salgın hastalıklara odaklanarak bu olgunun sebepleri, izleyişi ve yarattığı sorunlar hakkında tartışmalar yürütülen bir alan olarak belirmiştir. Sağlık sosyolojisi, tıp ve sosyal tıptan farklı olarak, yalnızca hastalığın yayılma nedenlerine ve koşullarına odaklanmakla kalmamış, hastalık ve sağlık kavramlarını, bu kavramların farklı zaman dilimleri ve kültürlerdeki yönlerini incelemiştir. Bu bağlamda, sosyal tıp dahil tıp biliminin geneli ile sağlık sosyolojisinin salgın hastalıklara ve risklere bakışı temelden farklıdır.

Bireyleri bağımsız ve bütünsel biyolojik yapılar olarak ele alan tıp bilimi, hastalıklarının yayılımında sosyal etkileşimin rolünü yok saymasa dahi, hastalık sonucu ölüm ya da sakat kalma risklerini birey bazında, nicel ya da orantısal olarak ele alır. Başka bir deyişle, bireylerin ait olduğu sosyal statü, grup, meslek ya da diğer toplumsal kimlikler ile hasta olma ya da hastalıktan zarar görme arasında tıbben bir neden-sonuç ilişkisi arz etmez. Dolayısıyla, neden-sonuç ilişkilerinin yarattığı riskler ya da kırılganlıklar da tıbbın "önleyicilik" yaklaşımına etkili olmamaktadır.

---

[9] https://www.toraks.org.tr/site/community/news/10018.

Sağlık sosyolojisinin salgın hastalık literatürüne bir önemli katkısı ise, hastalıkları tıbbi birey-merkezcilikten farklı şekilde ele alarak, salgınların yarattığı risk dağılımı ile toplumsal yapılar, gruplar ve işlevler arasındaki ilişkiye odaklanmasıdır. Sağlık sosyolojisi toplumsal yapı, grup ve işlevlerin yanı sıra söylem ve politikaların, salgın hastalıklarda bulaş, sakatlanma ve ölüm risklerinin dağılımı üzerindeki etkisini diğer konu başlıklarıyla beraber inceler. Salgın döneminde risk dağılımının şekillenmesinde son derece önemli olan bir etken ise kurumsal yönetim politikalarıdır. Salgın dönemleri dışında dahi hastalıklardan etkilenme riski daha fazla olan sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları söz konusu olduğunda, sağlık kuruluşlarında yönetim politikaları, özellikle de politikaların etkililiği ve uygulanmasında başarı oranı, yani yönetim kalitesi, odaklanılması gereken bir konudur.

Kalite, farklı zaman ve bağlamlarda farklı şekillerde tanımlanmıştır. Daha önceleri, kurumların ortak standartlara uygunluğu olarak tanımlanan kalite, günümüzde daha çok faydalanıcı ya da müşterinin beklenti ve istekleri bağlamında tasavvur edilen "amaca/ kullanıma uygunluk" olarak tarif edilmektedir (Ataman, 2002). Kalite, ürün ya da hizmetlerin içkin ya da değişemez özelliği değildir. Aksine, kalite değiştirilebilen ve yönetilebilen bir niteliktir. Bu anlayışın bir ürünü olan toplam kalite yönetimi ise, hizmet ya da ürün üretim sürecinin kalitesine odaklanarak bütüncül, süreç odaklı, katılımcı ve çalışanları da yönetime dahil eden bir kalite yönetimi yaklaşımıdır. Sağlık kuruluşlarının COVID-19 salgınında karşılaştıkları risklerin engellenmesi ya da azaltılmasına yönelik kurumsal politika, bu çalışmada, kuruluşların toplam kalite yönetiminin bir parçası olarak ele alınmıştır.

Sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetiminin uygulanması sonucunda, çalışan ve kurum performansında iyileşme, çalışan motivasyonlarında artış, çalışanlar arasındaki ilişkilerde iyileşme, kârlılık oranlarında yükselme, hasta memnuniyetinde artış, mükerrer işlemlerin azalması, hastane enfeksiyonları ya da hatalı ilaç uygulamaları gibi kurum ya da çalışan temelli hatalarda düşüş beklenmektedir (Karaca, 2014). Kurumların iş yükünü had safhada artıran, motivasyon kaybına sebep olan, verimlilik ve kârlılığı düşüren, faydalanıcı memnuniyetinde düşüşe ve kurum temelli hatalarda artışa sebep olabilecek bir etken olan COVID-19 salgını düşünüldüğünde ise, sağlıkta toplam kalite yönetiminin iyi uygulanması durumunda, salgının etkilerini

azaltıcı bir etkisi olması beklenmektedir. COVID-19 sürecinde toplam kalite yönetimini ölçmeye çalışan bu çalışma, yalnızca akademik bir katkı sağlamakla kalmayıp, sağlık kuruluşlarında COVID-19'a karşı dirençliliğin bir ölçümü olarak da ele alınabilir.

Araştırmanın bulgularına bakıldığında, literatürdeki bazı bilgileri onaylayan, bazı bilgilerin yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini gösteren sonuçlardan bahsetmek mümkündür. İlk olarak, sağlık çalışanları arasında COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş kişi oranı %3,8 olarak bulunmuştur. Bu durum, anketler aracılığıyla veri toplanmasının tamamlandığı 18 Şubat 2021 tarihinde genel Türkiye nüfusundaki toplam enfekte hasta oranına kıyasla oldukça düşüktür. Bu durum, Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında kalite yönetiminin COVID-19 yayılımını ciddi şekilde engellediğine yönelik bir bulgu olarak sayılabilir. Bu düşük oranın sadece yaşayan sağlık çalışanlarını kapsaması bir yöntem sorunu olarak öne sürülebilir. Ancak, hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının sayısının bu tarihlerde 10.000'de 4 civarında olduğu düşünüldüğünde (TTB, 2021), hayatını kaybeden çalışanların (anket çalışmasına katılamayacakları için) örnekleme oransal olarak dahil edilmesi, bulunan yüzdelikte kayda değer bir değişiklik yaratmayacaktır.

Sağlıkta kalite standartları ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde, kurum sağlığı ve güvenirliği ortalama puanı 3.78, kalite standartları güveni ortalama puanı 3.69, salgın hastalık eğitimi ortalama puanı 4.28, kalite standartları gerekliliği ortalama puanı 3.58 ve sağlıkta kalite standardı genel ortalama puanı ise 3.83 olarak görülmektedir. Bu ortalamalarda ilk dikkati çeken durum, meslek grubu, yaş, cinsiyet ya da eğitim seviyesi fark etmeksizin neredeyse tüm sağlık çalışanlarının kurumsal kalite standartlarına, ulusal kalite standartlarından daha çok güvenmesidir. Bu durum, kurum yöneticilerinin sarf ettikleri çabanın, sağlık çalışanları nezdinde görünür olmasının güven tesis edici bir etken olması ile açıklanabilir. Bu durumun tek istisnası, lise eğitimi alan sağlık çalışanlarıdır.

İkinci olarak, salgın hastalık eğitimi ortalama puanının yüksekliği dikkat çekicidir. Araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanları salgın hastalıklar konusunda bilgilendirici eğitimleri yeterli görmektedir. Ancak sağlık çalışanlarının eğitim seviyeleri ile salgın hastalık eğitimleri arasında herhangi bir ilişkisellik görülmemektedir. Bu durum, salgın hastalık eğitimlerinin, tüm sağlık çalışanları için

anlaşılır ve etkili olduğunu, eğitim seviyesi düşüklüğünün salgın hastalık eğitimleri bağlamında herhangi bir dezavantaj oluşturmadığını göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının eğitim seviyeleri ile kalite yönetimine bakışları arasında istatistiksel bir ilişkisellik gözlemlenmemiştir. Yalnızca lise eğitimi almış sağlık çalışanları, tüm faktörlerde diğer çalışanlara göre daha yüksek oranlar vermektedir. Bu durum, tıp eğitimi almamış kişiler ile almış kişiler arasında, kalite yönetimine bakış anlamında bir farklılık olduğuna işarettir. Gerçekten de lise mezunu sağlık çalışanları hariç tutulduğunda, kurumsal kalite yönetimine olan güven, ulusal kalite standartlarına olan güven, kalite standartlarının gerekliliğine olan inanç ve sağlıkta kalite standartlarına genel bakış ortalaması eğitim seviyesine paralel şekilde artmaktadır. Bu durum, meslek icrasındaki nüanslara verilen dikkat ve önemin eğitim seviyesine oranla artması ile açıklanabilir. Ne var ki bu bulgunun gelecek çalışmalar tarafından daha dikkatle incelenmesi gerekmektedir.

Meslek grupları ve sağlıkta kalite standartları ilişkisine bakıldığında, anlamlı farklılıklar gözlemlenmektedir. Araştırmada yer alan meslek gruplarına ait (hekim, hemşire, sağlık memuru, sağlık teknikeri/teknisyeni) tüm sağlık çalışanları arasında en yüksek ortalamaya sahip faktör, salgın hastalık eğitimidir. Sağlık çalışanları, salgın hastalık eğitimlerinin yeterliliği konusunda hemfikir gözükmektedirler. Öte yandan, ebe/hemşireler kurumsal ve ulusal kalite standartlarına, salgın hastalık eğitimine ve genel kalite standartlarına en çok güven duyan meslek grubu olarak ortaya çıkmaktadır. Gereklilik ve güven faktörlerine bakıldığında ise, hekimler ve diğer çalışanlar arasında belirgin bir eğilim farklılığı mevcuttur.

Kalite standartları gerekliliği konusunda en yüksek ortalama puana sahip olan hekimler, bu beklentilerinin aksine, sağlık kurumlarının ve ulusal kalite standartlarına olan güven ve sağlıkta genel kalite standartlarına olan bakış konusunda en düşük puan ortalamasına sahip meslek grubudur. Yani hekimler, kalite standartlarına en çok önem atfeden meslek grubu olurken, kalite yönetimi konusunda en olumsuz görüşlere sahip sağlık çalışanlarıdır. Bu durumun hem çalışma kapsamında hem de uzun vadede hekimler arasında bir tatminsizliğe işaret edebileceğine dikkat çekmek gerekir. Hekimlerin sağlık kuruluşlarındaki özel pozisyonları da bu bulgu ile beraber

düşünüldüğünde, hekimlerin beklentilerinin karşılanmaması kalite yönetimine hekimlerin dahiliyeti konusunda daha çok akademik çalışmaya ihtiyaç olduğunu gözler önüne sermektedir.

Sağlık çalışanlarının yer aldığı kurum türlerine bakıldığında, tüm gereklilik ve güven faktörlerinin eğitim ve araştırma hastanelerinde en düşük olduğu gözlemlenmiştir. Aksine, ağız ve diş sağlığı merkezleri/hastanelerinde bu oranlar daha yüksektir. ADSM/ADSH'larda çalışan çoğu diş hekimi ve personelin bulaşın önlenmesi ve salgının kontrol altına alınması amacıyla filyasyon ekiplerinde görevlendirilmesi, bu kurumlarda kalite standartları gerekliliği ortalama puanının yüksek olmasına sebep olduğu düşünülebilir. Ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerinde çalışan diş hekimleri ve diğer personelin salgın ile mücadelede ön saflarda yer alması, salgına yönelik mücadelede kalite yönetiminin önemi ile kurumsal ve ulusal kalite yönetimi konusunda olumlu fikir değişikliklerine sebep olmuş olabilir.

Sağlık çalışanlarının birim/bölümleri dikkate alındığında ise, idari birim çalışanlarının, kurum sağlığı ve güvenirliği ve kalite standartları güveni alt boyutlarında daha yüksek puanlar verdiği gözlemlenmiştir. İdari birimlerde çalışan personellerin diğer çalışanlara göre görece daha izole olması ve hastalığın bedensel etkilerine görsel olarak şahit olmamaları bu olumlu yaklaşımı açıklayabilir.

Sağlık çalışanlarının meslek hayatında geçirdikleri süre, bakış açıları üzerinde etkili olmuştur. Sağlık sektöründe geçirilen süre ile hem kuruma hem de ulusal kalite standartlarına olan güven doğru orantılıdır. Uzun süre sağlık sektöründe çalışanların tecrübeleri sebebiyle farklı kurum ve zamanlardaki kalite standartlarını karşılaştırarak bu sonuca varılması, çalışmada genel olarak çıkan yüksek faktör puanlarını onaylar vaziyettedir. Öte yandan, en yüksek çalışma süresine sahip sağlık çalışanları, kalite yönetimine en yüksek önemi atfeden gruptur. Sağlık çalışanları arasındaki en deneyimli grubun hem kalite yönetimine atfedilen önem hem de kurumsal ve ulusal kalite standartlarına güven duyuyor olması, bu grubun kalite standartlarından memnuniyetlerinin diğer gruplara oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın bulgularına genel olarak bakıldığında ortaya çıkan en önemli bulgu, sağlık çalışanlarının homojen bir toplumsal grup olmadığı, sağlıkta kalite yönetimine yönelik farklı beklenti ve tutumlara sahip olduklarıdır. Bu durum, sağlık çalışanlarını "tedavi eden" aktörler olarak gören tıp biliminden farklı bir şekilde, sağlık çalışanlarının koşullarının da genel toplumsal çerçeveden bağımsız düşünülemeyeceğini iddia eden sağlık sosyolojisinin temel argümanını kanıtlar niteliktedir. Ne var ki, bu nicel çalışmanın sınırlılıkları gereği büyük toplumsal çerçeve ile istatistiksel bulgular arasındaki neden-sonuç ilişkileri bütün ayrıntılarıyla açıklanamamıştır. Bu durum, başta sağlıkta kalite yönetimi olmak üzere sağlık sosyolojisi alanında daha çok akademik üretime ihtiyaç olduğuna yönelik bir işarettir.

Çalışmanın bulgularının sosyal politika alanı için üretebileceği genel önerilere göz atacak olursak, öne çıkan en önemli bulgu, hekimlerin sağlıkta kalite yönetimine verdiği yüksek önemin aksine, kurum sağlığı ve güvenirliği ile kalite standartlarına duyulan güvendeki düşüklüğün yaratabileceği potansiyel sorunlardır. Hem toplumda hem de sağlık kurumlarındaki risk azaltmanın temel aktörleri olan hekimlerin COVID-19 risklerinin yönetimi bağlamında beklentilerinin karşılanmaması iki açıdan endişe vericidir. İlki, diğer sağlık çalışanlarına oranla daha yüksek tıbbi bilgi birikime sahip olan hekimlerin COVID-19 risk yönetimi bağlamında kalite standartlarına azami önem verirken, standartlara uyum konusunda asgari güven duyması, Türkiye'deki genel kalite yönetiminin gidişatı hakkında bir uyarı niteliğindedir. Sağlıkta kalite yönetimine daha fazla kaynak ayırarak ya da var olan kaynakların tıbbi kurallar çerçevesinde verimli dağılması için hekimlere daha fazla danışılarak bu sorun azaltılabilir.

İkinci olarak, hekimlerin beklentilerinin karşılanmaması, uzun vadede motivasyon kaybı, istifa, kamu sektöründe çalışan doktor sayısında azalma gibi sorunlara yol açabilir. Her ne kadar sağlık çalışanlarının COVID-19 bulaş riski, bu araştırma dahilinde daha düşük olarak bulunsa da, literatürde aksini iddia eden kaynakların varlığı göz ardı edilmemelidir. Sağlık çalışanlarının olağanüstü bir çaba ile çalıştığı bu dönemde, bu yoğun tempoya ek olarak artan bulaş riski sağlık çalışanlarından gelebilecek farklı tepkilere yol açabilir.

Bu çalışma, COVID-19 salgını sürecinde sağlık hizmet sunumu esnasında sağlık çalışanlarının karşılaşmaları muhtemel risklerin yönetimi ve önlenmesi amacıyla sağlıkta kalite standartlarının uygulanması ve bu durumun sağlık çalışanları üzerine olumlu ve olumsuz etkilerini incelemiştir. Sağlık sosyolojisi alanında akademik bir katkı olduğu kadar COVID-19 ile mücadele için de bir adım olarak sayılabilecek bu çalışma, literatüre eklenecek diğer çalışmalar ile desteklenerek sağlık çalışanlarının meslek hayatlarında ve sağlık kuruluşu kalite standartlarında yapılacak iyileştirmelere katkı sunmayı amaçlamıştır. Sağlık sosyolojisi alanı ile sağlıkta risk ve kalite yönetimi kavramları, incelemeye değer konu başlıkları olarak gelecek on yıllarda varlığını sürdürecektir.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI SOSYOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI KORONAVİRÜS (COVİD-19) SALGINI SÜRECİNDE SAĞLIKTA KALİTE YÖNETİMİ ÇALIŞMALARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE ETKİLERİ ANKET FORMU
Bu çalışmada Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde sağlık hizmet sunumu esnasında sağlık çalışanlarının karşılaşmaları muhtemel risklerin yönetimi ve önlenmesi amacıyla Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulanması ve bu durumun sağlık çalışanları üzerine olumlu ve olumsuz etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.
Kişi Tanıtım No:
Kişisel Bilgiler
Yaşınız: ☐ 20 yaş ve altı ☐21- 45 yaş ☐46- 64 yaş ☐65 yaş ve üzeri
Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar
Yaşadığınız Şehir:
Eğitim Durumunuz: ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
Ünvanınız: ☐ Hekim ☐ Hemşire ☐ Ebe ☐ Sağlık Memuru ☐ Sağlık Teknikeri/ Teknisyeni
Çalıştığınız Kurum: ☐ ADSM/ ADSH ☐Devlet Hastanesi ☐Eğitim ve Araştırma Hastanesi

☐ Diğer (Belirtiniz)……..						
Çalıştığınız Birim/ Bölüm:						
Çalışma Süresiniz: ☐ 1- 5 yıl ☐ 5- 15 yıl ☐ 15- 25 yıl ☐ 25 yıl ve üzeri						
Türkiye'de ilk vaka tespit edildikten sonra Koronavirüse (COVID-19) yakalandınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır						
Ciddi bir sağlık riskiniz oluştu mu? (Belirtiniz) (Yanıtınız Hayır ise boş bırakınız.)						
Koronavirüs (COVID-19) tedavisi için hastanede yattınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır						
Sıra No	Anket Soruları	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Sağlıkta Kalite Standartları hakkında yeterli bilgiye sahibim.					
2	Sağlıkta Kalite Standartları çalışmalarının gerekli olduğunu düşünürüm.					
3	Sağlıkta Kalite Standartları uygulamaları çalışan motivasyonunu olumlu yönde etkilemektedir.					
4	Sağlıkta Kalite Standartları çalışanların iş yükünü arttırmaktadır.					
5	Çalıştığım birimle ilgili Sağlıkta Kalite Standartları hakkında bilgim var.					
6	Çalışan güvenliği komitesi tarafından çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması sağlanmaktadır.					
7	Çalıştığım kurumda bölüm ve meslek bazında risk değerlendirmesi yapılmakta ve risk analiz planı hazırlanmaktadır.					
8	Risk analiz planı hazırlanması sürecinde çalışma ortamımla ilgili kişisel görüşüme başvurulmaktadır.					
9	Çalıştığım kurumda bölüm ve meslek bazında risklere yönelik olarak koruyucu önlemler alınmaktadır.					

10	Çalışma ortamımda kendimi güvende hissederim.					
11	Çalışma ortamımla ilgili riskler konusunda ne yapacağımı bilirim.					
12	Çalıştığım kurumda gerçekleşebilecek risklerin tespiti ve yönetilmesine ilişkin düzenlemeler hakkında bilgim var.					
13	Çalıştığım kurumda çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda gerekli tedbirler alınmaktadır.					
14	Çalıştığım kurumun çalışan sağlığı ve güvenliği konusunda yaptığı faaliyetler yeterlidir.					
15	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda eğitim aldım.					
16	Çalıştığım kurum tarafından bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenmiştir.					
17	Çalışma alanlarında kişisel koruyucu ekipmanlar yeterli miktarda bulundurulmaktadır.					
18	Salgın hastalıklar konusunda eğitim aldım.					
19	Pandemi, epidemi, salgın hastalıklar konusunda yeterli bilgim var.					
20	Salgın hastalıklarda uyulması gereken kişisel koruyucu tedbirler hakkında yeterli bilgim var.					
21	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde uyulması gereken izolasyon önlemleri hakkında yeterli bilgiye sahibim.					
22	Koronavirüs (COVID-19) ile ilgili kişisel koruyucu önlemleri alırım.					
23	Kişisel olarak yeterli önlemleri alırsam Koronavirüse (COVID-19) yakalanmam.					
24	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde kişisel koruyucu ekipman konusunda sıkıntı ve eksiklik yaşamadım.					
25	Aileme ve çevremdekilere Koronavirüs (COVID-19) bulaştırma ihtimalim yüksektir.					

26	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi aktif olarak çalışmaktadır.					
27	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde kurum yönetimi tarafından çalışma ortamımla ilgili risklere yönelik gerekli önlemler alınmaktadır.					
28	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde tüm çalışanlar görev yetki ve sorumluluklarına göre hareket etmektedir.					
29	Çalışma arkadaşlarım kişisel koruyucu önlemlere uymaktadır.					
30	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde mesai saatleri artmıştır.					
31	Artan mesai saatlerinden dolayı çalışma motivasyonum olumsuz yönde etkilenmektedir.					
32	Salgın sürecinde sağlık çalışanı olarak insanlara yardım ediyor olmak çalışma motivasyonumu arttırmaktadır.					
33	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde kurumsal iletişim stratejileri etkin şekilde işlemektedir.					
34	Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmaktadır.					
35	Çalışma ortamında gerekli önlemler alınmazsa Koronavirüs (COVID-19) bulaşma ihtimali yüksektir.					
36	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde Sağlıkta Kalite Standartları uygulamaları çalışan motivasyonunu olumlu yönde etkilemektedir.					
37	Çalıştığım bölümle ilgili tespit edilen risklere yönelik düzenleme ve tedbirler Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde etkin şekilde uygulanmaktadır.					
38	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde çalışanlar genel durum ve süreç hakkında bilgilendirilmektedir.					
39	Koronavirüs (COVID-19) salgını sürecinde uygulanan Sağlıkta Kalite Standartları sürecin kontrol altına alınmasında etkili olacağını					

40	Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan rehber, form, algoritma vb. salgının kısa sürede kontrol altına alınmasında etkili olacağını düşünürüm.					
41	Sağlık Bakanlığı tarafından alınan koruyucu ve önleyici tedbirler Koronavirüs (COVID-19) salgınının kontrol altına alınmasını sağlayacağını düşünürüm.					

Katılımınız için teşekkürler…

KAYNAKÇA

(AFAD), A. v. (2020). *Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü.* AFAD: https://www.afad.gov.tr/tr/23792/Aciklamali-Afet-Yonetimi-Terimleri-Sozlugu?kelime=salg%C4%B1n adresinden alındı

Adak, N. (2016). *Günümüz Toplumunda Sağlığa İlişkin Riskler", N. Adak (Ed.), Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar İçinde s. 13- 33.* Ankara: Nobel Yayınları.

Akbal, A. (2010). *Sağlık Alanında Risk ve Korku Kültürünün Sosyolojik Analizi: Domuz Gribi Örneği.* Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akdoğan, A. (2009). *Kamu Maliyesi.* Ankara: Gazi Kitapevi.

Akdur, R. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması.* İnternet Baskısı, 21 Temmuz.

Alptekin, D. (2015). *Hasta Toplum: Cinsiyetçilik, Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümlemeleri.* Ankara: Nobel Yayıncılık.

Aslan, S. (2021). COVID-19 Salgınının Küreselleşmeye ve Ulus Devletlere Etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2021; 20*(80), 1735- 1752.

Ataman, G. (2002). *İşletme Yönetimi Temel Kavramlar& Yeni Yaklaşımlar* (2. b.). istanbul: Türkmen Kitapevi.

Aydınlı, C. (2010). *Sağlık Kuruluşlarında Risk Değerlendirme ve Bir Üniversite Hastanesinde Risk Azaltma Çalışması.* Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Aytaç, Ö., & Kurtdaş, M. (2015). Sağlık- Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25*(1), 241- 243.

Aytaç, Ö., & Kurtdaş, M. Ç. (2015). Sağlık- Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25*(1), 231- 250.

Baltacı, A. (2020). Araştırmaların Raporlaştırılması: Bir Tez veya Bilimsel Makale Nasıl Yazılır? *Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü e-Dergisi, 3*(2), 18.

Bateman, M. (2007). *Pratik Risk Değerlendirme El Kitabı.* Ankara: TMMOB Makine Mühendisleri Odası 85. Bülten: 33.

Belek, İ. (1998). *Sınıf Sağlık Eşitsizlik.* İstanbul: Sorun Yayınları.

Beylik, U., & Avcı, K. (2019). *Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon.* Ankara: Gazi Kitabevi.

Bilton, T., & vd. (2009). *Sosyoloji.* (K. İnal, & vd., Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.

Binici, C. M. (2018). Randevu Sistemlerinin Müşteri Memnuniyeti ve Sağlıkta Kalite Açısından Önemi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Bircher, J. (2005). Medicine, Health Care and Philosophy. *Vol:8*, 336.

Bozic, K. J., & Marjoua, Y. (2005). Brief History of Quality Movement in US Healthcare. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*.

Bulun, M. (2009). Hamurabi'den Günümüze (ve geleceğe) Hasta Güvenliği. *Hasta Güvenliği Dergisi, 1*, 6- 7.

Can, A. (2008). Örgüt Kültürünün Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Uygunluğunun Testine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13*(3), 302.

Capra, F. (1992). *Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası.* (M. Armağan, Çev.) İstanbul: İnsan Yayınları.

Carroll, R. L., & Norris, G. A. (2006). *Chapter-1; Enterprise Risk Management in Healt Care, The Basics.* San Francisco: Jossey- Bass A Willey Print.

Carroll, R., & Carroll, R. (2009). *Risk Management Handbook for Health Care Organizations.* San Francisco: Jossey- Bass.

Cirhinlioğlu, Z. (2003). Post- Modern Çözülüş ve Sağlık. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 5*(1), 131- 148.

Cirhinlioğlu, Z. (2010). *Sağlık Sosyolojisi.* Ankara: Nobel Yayınları.

Cockerham, W. C., & Scambler, G. (2010). *"Medical Sociology and Sociological Theory", W.C. Cockerham (ed.) in The Blackwell Companion Medikal Sociology* . United Kingdom: Blackwell Publishing.

Colton, D. (2000). Quality İmprovement in Health Care: Conceptual and Historical Foundaditon. . *Evaluation & the health professions, 23*. https:// doi.org.10.1177/01632780022034462. adresinden alındı

Çağatay, G. (1990). Sağlık Bakımından Nitelik Sorunu. *Sağlık ve Toplum, 2*(1), 27- 28.

Çavuş, M. F., & Gemici, E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1*(1), 238- 257.

Çekim, M. (2019). Bir Sağlık Sosyolojisi Uygulaması Olarak Periton Diyaliz Tedavisine Etki Eden Sosyal Faktörler-Malatya Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Malatya: İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Çelik, G. (2020). Sağlıkta Kalite Yönetimi Bağlamında Çalışanların Hasta ve Çalışan Güvenliği Kültürü Algıları: Özel ve Kamu Hastaneleri Karşılaştırması. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. *Doktora Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Çuhacı, A. (2007). Ulrıch Beck'in Risk Toplumu Kuramı. *Sosyoloji Dergisi, 3*(14).

Dahlgaard, J. J., Pettersen, J., & Dahlgaard- Park, S. M. (2011). Quality And Lean Health Care: A System For Assessing And İmproving The Health of Healthcare Organisations. *Total Quality Management & Business Excellence, 22*(6), 673.

Daşlı, Y., & Bulut, E. (2019). *Sağlık Sosyolojisi.* Ankara: Anı Yayıncılık.

Efil, İ. (2009). *Toplam Kalite Yönetimi.* Bursa: Dora Yayınları.

Eker, T. (2018). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde Görev Alan Eczane Çalışanlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Kapsamına Göre İlaç Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Erci, B., & Tuncel, Ş. (1991). Temel Sağlık Hizmetleri. *Atatürk Üniversitesi Tıp Bülteni, 23*(3), 184.

Erdemir, A. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Erdoğan, E., & Uyan- Semerci, P. (2021). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri İçin Bir Rehber: Gereklilikler, Sınırlılıklar ve İncelikler.* İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Ergönül, Ö. (2008). Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol, Sempozyum Dizisi, 60,* 34.

Erkılıç, T. A. (2007). Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması. *GAUJ. Sac.& Appl. Sci., 2*(4), 53.

Eryiğit Günler, O. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması. *Yüksek Lisans Tezi,* 6- 7. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Eryiğit Günler, O. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması. *Yüksek Lisans Tezi,* 6- 7. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Foucault, M. (2003). *Cinselliğin Tarihi.* (H. U. Tanrıöver, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Gelgeç Bakacak, A. (2018). *"Sağlık", E.B. Sağlam vd. (Ed.), Sosyoloji içinde.* Ankara: Siyasal Kitabevi.

Giddens, A. (2005). *Sosyoloj*. (C. Güzel, Çev.) Ankara: Ayraç Yayınları.

Goetsch, D. L., & Davis, S. (2014). *Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality.* Harlow: Pearson Education Limited.

Gönç Şavran, T. (2011). *"Sağlık, Hastalık ve Toplum" N. Suğur (Ed.) İnsan ve Toplum İçinde ss. 152- 187* . Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Güçlü, İ. (2019). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Nika Yayınları.

Gülçiçek, M. (2019). 1929-1945 Yılları Arasında İzmir'de Salgın Hastalıklar ve Çözüm Arayışları. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Gümüş, Y. (2016). İstek ve Şikâyet Başvurusu Konusunda Bilgi Edinmişlik ve Sağlık Personeli ile Tartışma Açısından Hasta Yakınlarının Hasta Hakları Farkındalığı Analizi: Erciyes Üniversitesi Onkoloji Ünitesi Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Aksaray: Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Gürbüz, F. (2014). Toplam Kalite Yönetimi Algısının Bireysel Performansa Etkileri Üzerine Sağlık Çalışanları Uygulaması. *Yüksek Lisansa Tezi*. Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Güven, S. (2014). Türkiye'de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları. *Sosyoloji Dergisi, 2*(29), 6- 129.

Hupal, A. F. (2019). Sağlıkta Kalite Standartlarına Yönelik Uygulamaların, Sağlık Çalışanlarının Kalite Algılarına Etkisi (Amasya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği). *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Esenyurt Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

Illich, I. (2011). *Sağlığın Gaspı.* İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Işık, E. (2001). Batı Toplumlarında Rasyonelleşme, Tımarhanenin ve Homo-Medicus'un Doğuşu. *Toplumbilim Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*, 3.

Kaplan, E. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi, Çalışan Sağlığı Açısından Tehlike ve Risklerin Önlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karaca, Ş. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama: Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma. *Yüksek Lisans Tezi*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kasapoğlu, A. (2001). Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık. *Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayı*, 13- 23.

Kasapoğlu, M. A. (1999). *Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar.* Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.

Kasapoğlu, M. A. (2008). *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık.* Ankara: Phoenix Yayınevi.

Kavaler, F., & Spiegel, A. D. (2003). *Risk Management in Health Care Instituation, A Strategic Approach.* London: Jones and Bartlett Publisher.

Kaya, S. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ölçülmesi. *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, 1*.

Kaya, S. (2013). *Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N., & Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği. *Journal Of Management & Economics, 22*(2), 483- 487.

Kılıçaslan, A., & Kılıçaslan, Z. (2013). *Aşırı Tanı ve Tedavi.* İstanbul: Hayy Kitap.

Kızılçelik, S. (1995). Kırsal ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açıdan Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Koçak, O. (2011). Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler. *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 64.

Korleski, D. (1990). *The Emergence of a Profession, Essentials of Hospital Risk Management.* Maryland: Berkeley Electronic Press.

Kumru, S. (2019). *Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihsel Gelişimi. U. B. Avcı içinde, Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon.* Ankara: Gazi Kitabevi.

Kurtdaş, M. Ç. (2013). Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi: Malatya Örneği. *Doktora Tezi*. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Lohr, K. N., & ed. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume 1.* Washington, DC.: National Academics Press Institute of Medicine.

Mutlu, A., & Işık, A. K. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş.* Bursa: Ekin Kitabevi.

Oakland, J. S. (2014). *Total Quality Management and Operational Excellence.* New York: Routledge Taylor& Francis.

Okyayuz, Ü. H. (1999). Sağlık Psikolojisine Giriş. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 19*, 10- 11.

Oskay, Ü. (1993). Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar. *Sosyoloji Dergisi*(4), 89- 140.

Öz, İ. (2015). Sağlığın Mcdonaldlaştırılması: Türkiye'de Sağlık Alanında Yapılan Düzenlemeler Bağlamında Bir İnceleme. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özçatal, E. Ö. (1999). Genel Sağlık Sigortası (Türkiye'de Uygulanabilirliği). *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özçelik Adak, N. (2002). *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme.* İstanbul: Birey Yayınları.

Özen, S. (1994). *Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri.* İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları.

Özkan, Ö., & Şermet Kaya, Ş. (2015). Bilimsel Makalede Sınırlılıklar Neden ve Nasıl Yazılır? *TAF Preventive Medicine Bulletin, 14*(6).

Özmen, S. (2013). Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri. *Yüksek Lisans Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Öztürk, Ö. F. (2020). *Bulaşıcı Hastalıklara Giriş.* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü: https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=627 (25.10.2020). adresinden alındı

Öztürk, S. A. (1996). Hizmet İşletmelerinde Kalite Boyutları ve Kalitenin Artırılması. *Verimlilik Dergisi*(Nisan), 65.

Palteki, T. (2019). *Sağlık Hizmetlerinde Risk Yönetimi", U. B. Avcı içinde, Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon.* Ankara: Gazi Kitabevi.

Parsons, T. (1951). Illness And The Role Of The Physician: A Sociological Perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 21*(3), 451- 460.

Parsons, T. (1951). *The Social System.* Illinois: Tree Press.

Read, J. N., & Gorman, B. K. (2011). *"Gender and Health Revisited", B.A. Pescosolido (Ed.), Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blıeprint fort the 21st Century.* New York: Springer.

Ritzer, G. (2011). *Modern Sosyoloji Kuramları.* (H. Hülür, Çev.) Ankara: De Ki Basım Yayım.

Ritzer, G. (2012). *Modern Sosyoloji Kuramları.* Ankara: De Ki Basım Yayım.

S.B. (2005). *Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu.* Ankara.

S.B. (2015). *Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi.* https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/52205,48--memnuniyet-anketleri-uygulama-rehberi-01112015pdf.pdf?0 adresinden alındı

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, Versiyon 5. Revizyon. (2020). https://kalite.saglik.gov.tr adresinden alındı

Sarı, Ö., & Atılgan, K. G. (2012). *Sağlık Sosyolojisi: Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar.* Konya: Karatay Akademi Yayınları.

Schwartz, W. B. (1999). *Hastalıksız Bir Yaşam.* (N. N. Domaniç, Çev.) İstanbul: Say Yayıncılık.

Scrivens, E. (2005). *Quality, Risk and Control in Health.* New York: Open University Press.

Semiz, E. (2019). XIX. Yüzyılda Konya Vilayeti'nde Meydana Gelen Salgın Hastalıklar ve Etkileri. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sevimler, S., Duran, C., & Çetindere, A. (2014). Toplam Kalite Yönetiminin Unsurları ile İşletme Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Eskişehir Örneği. *Dumlupınar Üniversitesisosyal Bilimler Dergisi*(29).

Sevimli, S. (2006). Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sheingold, B. H., & Hahn, J. A. (2014). The History of Healthcare Quality: The First 100 Years. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 19.

Spath, P. (2009). *Introduction To Healthcare Quality Management.* Chicago: Health Administration Press.

Şimşek, M. (2007). *Toplam Kalite Yönetimi* (5 b.). İstanbul: Alfa Yayınları.

Tarım, M. (2000). Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite. *Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan, Türk Ağır Sanayii ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayını, 38*, 1025- 1040.

Taşçı, D., & Çabuk, S. N. (2013). *Kalite Yönetim Sistemleri.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Timurturkan, M. (2016). *"Yeni Bir Tüketim Alanı Olarak Tıbbileştirme: Beslenme Rejimlerinin Tıbbileşmesi", N. Adak (Ed.), Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar İçinde.* Ankara: Nobel Yayınları.

Turner, B. (2011). *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi.* İstanbul: Sentez Yayıncılık.

Turner, B. S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge.* London: Sage Publications.

Türkdoğan, O. (2016). Doğu Anadolu'nun Tıbbi Folklor Açısından Sağlık-Hastalık Sistemi Üzerine Bir Araştırma. *Türk Dünyası Araştırmaları Dergisi*, 17- 18.

Tütüncü, Ö., & Doğan, Ö. İ. (2003). *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında ISO 9001:2000 ve Bilgisayar Destekli Bir Uygulama.* İzmir: DEU Matbaası.

Uğraş Dikmen, A., & ark. (2020). COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik? *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*(1), 29- 36.

Uluatam, Ö. (2009). *Kamu Maliyesi.* Ankara: İmaj Yayınevi.

Ülgen, H., & Mirze, S. K. (2006). *İşletmelerde Stratejik Yönetim.* İstanbul: Literatür Yayınları.

Vergin, N. (2003). *Siyaset Sosyolojisi: Kavramlar, Tanımlar, Yaklaşımlar.* İstanbul: İnsev Yayınları.

Wallace, R. A., & Wolf, A. (2012). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları: Klasik Geleneğin Genişletilmesi.* Ankara: Doğu Batı Yayınları.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2021). *Nitel Araştırma Yöntemleri.* Ankara: Seçkin Yayınları.

Yılmaz, Ş. (2014). Kaizen Sürekli İyileştirme Stratejisi ile Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yorulmaz, M., & Uysal, B. (2019). *Sağlıkta Kalite Yönetim Sistemleri", U. Beylik ve K. Avcı, Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon İçinde.* Ankara: Gazi Kitapevi.

Yüncü, F. (1993). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim.* Ankara: Kadıoğlu Yayınları.

Zerenler, M., & Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 18*, 501- 519.