

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan
KEVSER ERDOĞAN

İstanbul, 2023

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ
POLİTİKASI VE YÖNETİMİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
KEVSER ERDOĞAN

Öğrenci No:
2020024015

Orcid ID:
0000-0002-3529-2942

Danışman:
Dr. Öğr. Üyesi Bora COŞAR

İstanbul, 2023

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık İşgücü Politikası ve Yönetimi**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 13/12/2022

Kevser ERDOĞAN

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

26/01/2023

Enstitümüz *İşletme* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 2020024015 numaralı *Kevser ERDOĞAN*'nın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık İşgücü Politikası Ve Yönetimi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 10/01/2023 tarih ve 2023/02 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince 45 dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında "*OYBİRLİĞİ*" ile "*KABUL*" kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 2 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Bo*** CO***
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Al*** OC***
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Prof. Dr. Nu*** ÇO***
(İstanbul Arel Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Kevser ERDOĞAN
Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Bora COŞAR
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2023
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Covid-19, Sağlık Politikası, Sağlık İşgücü, İş Tatmini, Sağlık Yönetimi

ÖZ

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ

Pandemi hazırlığı, devletlerin doğru bilgi ve kapasiteleri geliştirerek bir pandemiye gerçekleşmeden önce tahmin etme ve küresel bir halk sağlığı acil durumuna hazırlanma becerisini ifade etmektedir. Tehlikeleri ve tehditleri anlamak, risk öngörüsü ve değerlendirmesi için kapasite oluşturmak ülkelerin önleme politikalarını ve risk azaltma programlarını daha iyi hedeflemelerine olanak tanır. Bu nedenle pandemi öncesi sağlık işgücü politikalarının belirlenmesi ve risk yönetimi prosedürleri oluşturarak pandemi hazırlığını sağlamak önemlidir.

Bu çalışmada DSÖ ve ILO tarafından önerilen Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetimi müdahalelerini ortaya koymayı, Covid-19 hazırlılığı örgütsel güveni ile iş tatmini arasındaki etkiyi değerlendirmeyi ve gelecekte meydana gelebilecek pandemiler için daha hızlı ve etkili müdahale yöntemleri geliştirmek için kaynak oluşturmak amaçlanmıştır. Yapılan analizler sonucunda iş tatmininin Covid-19 hazırlılığına güven ile pozitif yönlü olduğu ve çalıştığı kuruma ve çalışanlara güven duyanların iş tatmininin olumlu yönde arttığı görülmüştür.

Name and Surname : Kevser ERDOĞAN
Supervisor : Asst. Prof. Dr. Bora COŞAR
Degree and Date : Master's Degree Thesis, 2023
Major : Hospital and Health Care Management
Key Words : Covid-19, Health Policy, Health Workforce, Job Satisfaction,
Health Management

ABSTRACT

HEALTH WORKFORCE POLICY AND MANAGEMENT DURING THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS

Pandemic preparedness refers to the ability of governments to predict a pandemic before it happens and prepare for a global public health emergency by developing the right knowledge and capacities. Understanding hazards and threats and building capacity for risk prediction and assessment allows countries to better target their prevention policies and risk reduction programmes. For this reason, it is important to determine pre-pandemic health workforce policies and to ensure pandemic preparedness by establishing risk management procedures.

In this study, it is aimed to reveal health workforce policy and management interventions during the Covid-19 pandemic recommended by WHO and ILO, to evaluate the impact between Covid-19 readiness organizational trust and job satisfaction. Resources will be created to develop faster and more effective response methods for future pandemics. As a result of the analyzes made, it has been seen that confidence and job satisfaction have a positive effect in preparation for Covid-19, and the job satisfaction of those who trust the institution and employees increases positively.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	iv
KISALTMALAR	vii
SÖZLÜK.....	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

COVID-19 PANDEMİ YANITI BAĞLAMINDA SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ

1. DSÖ COVID-19 PANDEMİ YANITI BAĞLAMINDA SAĞLIK İŞGÜCÜ	
POLİTİKASI VE YÖNETİMİ MÜDAHALE ÖNERİLERİ	2
1.1. Sağlık Çalışanlarını Bireysel Düzeyde Desteklemek İçin Müdahaleler	2
1.1.1. Enfeksiyon Önleme ve Kontrol	2
1.1.2. İş Sağlığı ve Güvenliği de Dahil Olmak Üzere İnsana Yakışır Çalışma Koşulları.....	6
1.1.3. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı.....	8
1.1.4. Ücret ve Teşvikler.....	12
1.2. Sağlık Çalışanlarının Rollerini En İyi Şekilde Kullanmaya ve Kapasite Oluşturmaya Yönelik Müdahaleler.....	14
1.2.1. Covid-19 Müdahalesi İçin Gerekli Yetkinliklerin Oluşturulması	14
1.2.2. Rollerini En İyi Şekilde Kullanma.....	15
1.2.3. Toplum Sağlığı Çalışanlarının ve Diğer Toplum Temelli Hizmet Sağlayıcıların Rolü	18
1.3. Kurumsal Çevreyi Hedefleyen Müdahaleler	19
1.3.1. Sağlık Çalışanı Mevcudiyetini İyileştirme	19
1.3.2. Sağlık İşgücü Dağılımının Rasyonelleştirilmesi.....	21
1.3.3. Destekleyici Çalışma Ortamı ve Yönetilebilir İş Yükü	22
1.3.3.1. Enfeksiyonlar, Sağlık Sorunları ve Ölüm.....	23

1.3.3.2. Sağlık ve Bakım Çalışanlarını Korumak	23
1.3.3.3. Sağlık ve Bakım Çalışanlarını Aşılama	25
1.4. Sistem Genelinde Sağlık İş Gücü Sağlayıcılarını Hedefleyen Müdahaleler ..	25
1.4.1. Yönetişim ve Sektörler Arası İş Birliği	25
1.4.2. Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların İzlenmesi Dahil Olmak Üzere Sağlık Bilgi Sistemleri İçin İnsan Kaynaklarının Güçlendirilmesi	26
1.4.3. İhtiyaç Değerlendirmesi ve Planlama	27
1.4.4. Lisanslama ve Düzenleme	29
1.5. Uygun Ortam	30
1.5.1. Cinsiyet ve Eşitlik	30
1.5.2. Sosyoekonomik Faktörler (DSÖ, 2020)	33

İKİNCİ BÖLÜM

ÜLKELERDE VE LİTERATÜRDE COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ ÖRNEKLERİ

1. ÜLKELERDE COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ ÖRNEKLERİ.....	35
1.1. Kanada Örneği	35
1.2. Latin Amerika Örneği: Bolivya Çokuluslu Devleti, Şili, Kolombiya, Ekvador ve Peru	37
1.3. Danimarka Örneği.....	40
1.4. Fransa Örneği.....	43
1.5. Bangladeş Örneği.....	45
1.6. Türkiye Örneği.....	46
1.6.1. Liderlik ve Yönetişim	46
1.6.2. Sağlık İnsan Kaynakları	47
1.6.3. Sağlık Bilgi Sistemleri ve Sağlık Hizmetleri Sunumu.....	48
1.6.4. Uluslararası Dayanışma	49
2. LİTERATÜRDE COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ ÖRNEKLERİ.....	49
2.1. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık İşgücü Politikası Örneği: İş Tatmini .	49
2.2. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık İşgücü Yönetimi Örneği: Örgütsel Güven.....	50

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

1.1. Amaçlar.....	51
1.2. Veri Toplama Aracı	51
1.3. Araştırmanın Modeli.....	53
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
1.5. Araştırmanın Önemi	54
1.6. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	55
1.7. Araştırmanın Hipotezleri	56
1.8. Verilerin Analizi ve Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	56
1.9. Araştırmanın Örneklemi	57

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

1.1. Demografik Veriler.....	58
1.2. Faktör Analizi	63
1.3. Güvenilirlik Analizi	67
1.4. Korelasyon Analizi	68
1.5. Çoklu Regresyon Analizi.....	69

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
-------------------------------	-----------

KAYNAKÇA.....	75
----------------------	-----------

EKLER	88
--------------------	-----------

Ek 1. Veri Toplama Formu.....	88
Ek 2. Ölçek Kullanım İzni.....	91
Ek 3. Etik Kurul Onayı.....	92

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Covid-19 Pandemisi Hazırlığı Sürecinde Risk Düzeyine göre Sağlık Çalışanları Görev ve Roller ile Önleyici Tedbirler	5
Tablo 2. Covid-19 Müdahalelerine İlişkin Politika Türleri	29
Tablo 3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	55
Tablo 4. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	58
Tablo 5. Araştırma Grubunun Yaş, Meslekte Çalışma Yılı ve Pandemi Sürecinde Haftalık Çalışma Saati Değerleri Dağılımı	59
Tablo 6. Araştırma Grubunun Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu ve Sahip Olduğu Kronik Hastalığa Göre Dağılımı	59
Tablo 7. Araştırma Grubunun Meslek Dağılımı	60
Tablo 8. Araştırma Grubunun Oldukları Aşıların Dağılımı.....	61
Tablo 9. Araştırma Grubunun Covid-19 Pandemisi Sürecinde Kullandığı Bilişim Uygulamaları Dağılımı.....	61
Tablo 10. Araştırma Grubunun Covid-19 Pandemisi Sürecinde Aldıkları Görevlerin Dağılımı.....	62
Tablo 11. Araştırma Grubunun Covid-19 Pandemisinde Görevlendirilmeden Önce Eğitim Alma, Görev ve Sorumluluklarının Net Olarak Belli Olma Durumu Dağılımı.....	63
Tablo 12. Kaiser-Meyer-Olkin Geçerlilik Değerleri.....	63
Tablo 13. Araştırmanın Ölçeklerine ait KMO ve Bartlett's Test İstatistikleri.....	64
Tablo 14. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin Faktör Özdeğerleri ve Varyans Oranları	65
Tablo 15. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin Faktör Analizi ve Boyutların İsimlendirilmesi.....	65
Tablo 16. Covid-19 Hazırlığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin Faktör Özdeğerleri ve Varyans Oranları	66
Tablo 17. Covid-19 Hazırlığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin Faktör Analizi ve Boyutların İsimlendirilmesi.....	67
Tablo 18. Cronbach Alpha Değerinin Yorumu.....	68

Tablo 19. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri	68
Tablo 20. Minnesota İş Tatmini Ölçeği ile Covid-19 Hazırlılığı Güven Ölçeği Korelasyon Analizi.....	69
Tablo 21. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'ne Ait Regresyon Analizi	70
Tablo 22. Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'ne Ait Regresyon Analizi..	71
Tablo 23. Araştırma Sürecinde İleri Sürülen Hipotezler ve Sonuçları	71



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Pandemi İçin Kademeli Personel Stratejisi	16
Şekil 2. Küresel Sağlıkta Kadının Temsili	32
Şekil 3. Araştırmanın Modelinin Şekilsel Gösterimi.....	54
Şekil 4. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin Scree Plot Grafiği.....	64
Şekil 5. Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin Scree Plot Grafiği	66
Şekil 6. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin İlişki Modeli.....	69
Şekil 7. Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin İlişki Modeli	70



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APP	: İleri Pratik Uygulayıcıları (Advanced Practice Providers)
CNS	: Fransa Ulusal Sağlık Konferansı (Conférence Nationale de Santé)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HSGM	: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
HSYS	: Halk Sağlığı Yönetim Sistemi
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
ICU	: Yoğun Bakım Ünitesi (Intensive Care Unit)
IPC	: Enfeksiyon Önleme ve Kontrol (infection prevention and control)
KHSİA	: Küresel Halk Sağlığı İstihbarat Ağı
KMO	: Kaiser Mayer Olkin
PACU	: Ameliyat Sonrası Bakım Ünitesi (Post-anesthesia Care Unit)
PAHO	: Pan Amerikan Sağlık Örgütü
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

SÖZLÜK

Covid-19: İlk olarak Çin'in Vuhan şehrinde 2019 yılı Aralık ayının sonlarında ortaya çıkan, bulaştığı kişilerde ateş, öksürük, nefes darlığı gibi belirtilere neden olan hastalık; Yeni Koronavirüs Hastalığı.

Demografi: Bir ülke ya da bölgedeki nüfusun tüm özellikleri.

Fizibilite: Yapılabilirlik.

Konuşlandırmak: En iyi biçimde yerleştirmek.

Optimize etmek: En uygun hale getirmek, en iyi şekilde kullanmak.

Pandemi: Bir hastalığın veya enfeksiyon etkeninin ülkelerde, kıtalarda, hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstermesi.

Paradoksal: Aykırı düşünce niteliğinde olan.

Potansiyel strateji: Bir amaca ulaşmak için kullanılmaya hazır yolların ve uygulanan yöntemlerin tümü.

Rasyonelleştirmek: Bir kuruluşun daha faydalı, daha düzgün işler yapabilmesi, daha verimli çalışabilmesi için gerekli tedbirleri alma.

Revize etmek: Bir kez daha ele alıp düzeltmek, onarıp yenilemek.

Sağlık yönetişimi: Hükümetlerin veya diğer oyuncuların; toplumları, ülkeleri veya ülke gruplarını, iyilik halinin önkoşulu olan sağlık konusunda, toplumsal ve devlet düzeyinde yönlendirme çabaları.

Sürveyans: Hastalığa toplumsal ölçekte gerekli müdahalelerde bulunmak amacıyla hastalık hakkında devamlı ve sistematik olarak veri toplanması, verilerin analiz edilmesi ve yorumlanması.

Teletıp: Sağlığın küresel olarak daha iyileşmesini, hastalıkla savaşımı, sağlık hizmetine katkıda bulunmayı, öte yandan eğitim, yönetim, sağlıkla ilgili araştırma yapmayı amaçlayan, bilişim ve iletişim teknolojilerini kullanarak uzaktan işlem yapma özelliğini içeren sağlıkla ilgili etkinlikler, hizmetler ve sistemler.

Telesağlık: Sağlığı koruyucu ve teşvik edici uygulamalar için telekomünikasyon araçlarının kullanılması.

GİRİŞ

Pandemi hazırlığı, devletlerin doğru bilgi ve kapasiteleri geliştirerek bir pandemiye gerçekleşmeden önce tahmin etme ve küresel bir halk sağlığı acil durumuna hazırlanma becerisini ifade etmektedir. Tehlikeleri ve tehditleri anlamak, risk öngörüsü ve değerlendirmesi için kapasite oluşturmak ülkelerin önleme politikalarını ve risk azaltma programlarını daha iyi hedeflemelerine olanak tanır. Bu nedenle pandemi öncesi sağlık işgücü politikalarının belirlenmesi ve risk yönetimi prosedürleri oluşturarak pandemi hazırlığını sağlamak önemlidir.

Kriz yönetimi, devlet genelinde uygun şekilde, doğru zamanda ve koordineli bir şekilde müdahale etmeyi gerektirir. OECD ülkelerinden elde edilen kanıtlar, pandemi gibi karmaşık krizleri yönetmenin acil servislerin ötesinde birçok alandaki sağlık çalışanı tarafından olduğunu göstermektedir. Pandemi krizini yönetmek koordinasyon gerektirir ve kriz yönetimi operasyonlarına genellikle devlet merkezleri öncülük eder ve yönetir. Ancak alt ulusal düzeylerde yürütüldüğünden, yönetim zorlukları ortaya çıkar. Özellikle büyük ölçekli krizlerin insanların devlete olan güveni üzerinde kritik bir etkisi olabileceğinden, kriz yönetimi ayrıca halka açık bir iletişim ve karar vermede şeffaflık gerektirir. Bu nedenle devletlerin kriz iletişim stratejileri, krizi yönetmek için uygulamaya koydukları yönetim düzenlemeleri ve tüm toplumu koordine etmek için uyguladıkları önlemler hakkında değerlendirmelerin ne sonuca vardığını incelemek önemlidir. Ülkeler Covid-19 politika yanıtlarını değerlendirmenin henüz erken aşamalarında olmaları nedeniyle konu ile ilgili daha fazla kanıt oluşturulması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

73. Dünya Sağlık Asamblesi'ne üye devletler, Covid-19 pandemisinin ön saflarında yer alan milyonlarca sağlık ve bakım çalışanının özverisini ve fedakarlığını kabul ederek, 2021 yılını oybirliğiyle Uluslararası Sağlık ve Bakım Çalışanları Yılı (YHCW) olarak belirlemiştir. Üye Devletler ve devlet dışı aktörler bir arada, sağlığın ve refahın sağlanmasında sağlık ve bakım çalışanlarının kritik rolüne değinmişlerdir. Sağlık çalışanlarının kalıcı sorunlarının ele alınmasının aciliyetini ve zorunluluğunu vurgulamışlardır. DSÖ'nün Uluslararası Sağlık Personeli İstihdamına İlişkin Küresel Uygulama Kuralları'nı gözden geçiren Dünya Sağlık Asamblesi, sağlık çalışanı göçünün artan ölçeğini tartışmıştır. Üye devletler, özellikle Covid-19 bağlamında,

kuralların yüksek alaka düzeyini kabul etmişlerdir ve daha güçlü bir şekilde uygulanması için çağrıda bulunmuştur. Asamblede harekete geçirilen eylemler olmadan sadece alkışların faydasının olmadığına ve sağlık, sağlık sistemleri, sağlık ve bakım çalışanlarına yatırım yapılmasına yönelik çağrıda bulunulan konuşmalara yer verilmiştir. Ayrıca hemşirelik ve ebelik stratejik yönergelerinin güncellemesi ve görüşülmek üzere bir sonraki toplantıya sunulması talep edilmiştir. DSÖ Sağlık İşgücü Departmanı Direktörü asamblede alınan ortak kararlarla; sağlık işgücünün pandemi için hazırlanması, pandeminin yönetilmesi, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi ve Covid-19'dan korunmada etkili yöntem olan aşının geliştirilmesi için tüm üye devletleri, uluslararası finansman kuruluşlarını, küresel sağlık girişimcilerini ve ortaklarını yatırım yapmaya davet etmektedir.

Sağlık sistemleri ancak iş tatmini olan sağlık çalışanları ile işlevsel hale gelebilir. Sağlık hizmeti kapsamının iyileştirilmesi ve ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından halkın yararlanma hakkının gerçekleştirilmesi; işlevsel sağlık sisteminin mevcudiyetine, sağlık hizmetine erişilebilirliğine, toplum tarafından sunulan hizmetin kabul edilebilirliğine ve kalitesine bağlıdır.

DSÖ, 2030 yılına kadar çoğunlukla düşük ve düşük orta gelirli ülkelerde 18 milyon sağlık çalışanı açığı olacağını tahmin etmektedir. Bununla birlikte, sosyoekonomik gelişmenin her düzeyindeki ülkeler değişen derecelerde sağlık çalışanlarının eğitimi, istihdamı, dağılımı, elde tutulması ve işgücü performansında zorluklarla karşı karşıyadır.

Sağlık sistemi operasyonlarını garanti altına almak için stratejik iş gücü planlaması, desteği ve kapasitesini geliştirmek bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Pek çok ülke, özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler planlama ve yönetimde olan aksaklıklar nedeniyle sağlık iş gücü zorlukları ile karşı karşıya kalmıştır. Bu araştırmada Covid-19 pandemisi ve hazırlığı sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetimi hakkında DSÖ'nün tavsiyeleri bağlamında ülkelerde geliştirilen politika ve yöntemlerin incelenmesi amaçlanmıştır. İncelemeler, oluşturulan şu kavramsal çerçeve başlıklarında incelenmiştir:

- 1) Sağlık çalışanlarını bireysel düzeyde desteklemek için müdahaleler
 - a. Enfeksiyon önleme ve kontrol
 - b. İş sağlığı ve güvenliği de dahil olmak üzere insana yakışır çalışma koşulları
 - c. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı
 - d. Ücret ve Teşvikler
- 2) Sağlık çalışanlarının rollerini en iyi şekilde kullanmaya ve kapasite oluşturmaya yönelik müdahaleler
 - a. COVID-19 müdahalesi için gerekli yetkinliklerin oluşturulması
 - b. Roller en iyi şekilde kullanma
 - c. Toplum sağlığı çalışanlarının ve diğer toplum temelli hizmet sağlayıcıların rolü
- 3) Kurumsal çevreyi hedefleyen müdahaleler
 - a. Sağlık çalışanı mevcudiyetini iyileştirme
 - b. Sağlık işgücü dağılımının rasyonelleştirilmesi
 - c. Destekleyici çalışma ortamı ve yönetilebilir iş yükü
- 4) Sistem genelinde sağlık iş gücü sağlayıcılarını hedefleyen müdahaleler
 - a. Yönetişim ve sektörler arası iş birliği
 - b. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlarının izlenmesi dahil olmak üzere sağlık bilgi sistemleri için insan kaynaklarının güçlendirilmesi
 - c. İhtiyaç değerlendirmesi ve planlama
 - d. Lisanslama ve düzenleme
- 5) Uygun ortam
 - a. Cinsiyet ve eşitlik
 - b. Sosyoekonomik faktörler

BİRİNCİ BÖLÜM

COVID-19 PANDEMİ YANITI BAĞLAMINDA SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ

1. DSÖ COVID-19 PANDEMİ YANITI BAĞLAMINDA SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ MÜDAHALE ÖNERİLERİ

Bu başlık altında DSÖ'nün tavsiyeleri bağlamında sağlık işgücü politikası ve yönetimi müdahale önerilerine yer verilmiştir.

1.1. Sağlık Çalışanlarını Bireysel Düzeyde Desteklemek İçin Müdahaleler

Bu başlık altında enfeksiyon önleme ve kontrol, insana yakışır çalışma koşulları, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı, ücret ve teşvikler başlıklarına yer verilmiştir.

1.1.1. Enfeksiyon Önleme ve Kontrol

Tüm dünyada çok sayıda sağlık çalışanı SARS-CoV-2 enfeksiyonu nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Dünya genelinde ölçülü bir tahminle Ocak 2020 – Mayıs 2021 tarihleri arasında 115.500 sağlık çalışanının öldüğü düşünülmektedir. Bunun yanında pandemi süresince sağlık çalışanları arasında SARS-CoV-2 enfeksiyonu sıklığı zamanla azalmaktadır. Bu azalma kişisel koruyucu donanıma (KKD) daha iyi erişim ve COVID-19 aşısı sayesinde olmuştur. Ancak mesleki faaliyetleri nedeniyle COVID-19 sağlık çalışanlarını daha fazla risk altına sokmaya devam etmektedir. Özellikle çalışma süresi ve iş yükünün artması kişisel koruyucu donanımın uzun süreli kullanımına ve kişisel koruyucu donanıma uyumun azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının enfeksiyondan korunması ve hastalığın kontrol altına alınması zorlaşmaktadır (WHO, 2021).

Şüpheli veya doğrulanmış COVID-19 enfeksiyonu olan hastalara yardım eden profesyoneller, yüksek bulaşma riski taşıyan popülasyonu oluşturmaktadır. Bu sayede yeterli el hijyeni ve kişisel koruyucu ekipman (KKD) kullanımı gibi önleyici tedbirler güçlendirilmiştir. KKD'ler arasında, entübasyon, noninvaziv ventilasyon, aspirasyon ve diğer bakımlar gibi aerosol oluşturan prosedürleri gerçekleştirmek için N95 tipi ve

benzeri solunum koruma maskeleri kullanılmalıdır. Buna ek olarak, Yoğun Bakım Tıp Derneği, bu korumanın, COVID-19 onayı ve/veya şüphesi olan hastaları tedavi eden yoğun bakım ortamlarında sürekli olarak kullanılmasını önermektedir.

DSÖ, solunum sistemini koruyucu maske kullanımının gerekliliğini kabul etmektedir, ancak kullanımından kaynaklanan rahatsızlık nedeniyle arka arkaya 4 saatten fazla kullanılmaması gerektiğine dikkat çekmektedir. KKD uzun süre kullanıldığında egzamaya, kontakt dermatite, cilt lezyonlarına veya ısı stresine neden olabilir.

Tıbbi Cihaza Bağlı Basınç Yaralanmaları, özellikle sağlık hizmetlerinde kullanılan cihazların çoğu zaman vazgeçilmez olması nedeniyle riske maruz kalan bölgede cildin bütünlüğünü korumak için önleyici tedbirlerin veya önleyici tavsiyelerin uygulanmasını gerekli kılmaktadır. Bununla birlikte, şu ana kadar koruyucu tavsiyeler bakım altındaki hastalara yönlendirilmiştir, ancak mevcut talepler karşısında sağlık profesyonellerinin cildinin bütünlüğünün korunmasına da dikkat edilmesi esastır. Çünkü sağlık çalışanlarında ortaya çıkan basınç yaralanmaları lezyon bakımı, yaşam kalitesi ve benlik saygısı üzerinde etkilere neden olabileceği gibi, çalışanların kendisinin enfeksiyonlara açık bir kapı olmasına neden olabilir. Bu durumu akılda tutarak, genel olarak hastaların bakımına yönelik olan ve uygulanan şu bazı öneriler, sağlam cildin korunmasına katkıda bulunmak için solunum maskesi ve diğer KKD'ler takan sağlık profesyonellerine de uygulanabilir:

- Cildi sıvı sabunla, tercihen cilde uyumlu (hafif asitli) bir sabunla temizleyin ve cildi lipit içermeyen bir kozmetik ürünle (nemlendirici krem) nemlendirin.

- Cilt ve maske bağlantı alanı arasında (maske uzun süre kullanıldığında, özellikle elmacık bölgesinde ve burun kemiğinde) ara yüz olarak profilaktik bir kaplama uygulayın. Örneğin: ince poliüretan köpük, silikon, şeffaf film veya ekstra ince hidrokolloid plakalar.

- Basıncın hafifletilmesi için maskeyi her iki saatte bir çıkaracak dakikalar planlayın.

- Cildi inceleyin ve ağrı, rahatsızlık, hiperemi ve yaralanma belirtilerine dikkat edin.

- Maskeyi ve diğer KKD'leri önceki cilt lezyonları, egzama veya hiperemi bölgelerine topikal tedavi uygulamadan yerleştirmekten kaçının.

Tüm sağlık çalışanlarının kahramanlıkları, mücadeleleri ve başkalarını önemseme konusundaki özverileri tüm dünyaca bilinmektedir. Özellikle şu pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının öz bakımını sağlaması ve sağlıklarının iyi olması toplum sağlığı için büyük önem arz etmektedir (Ramalho, Freitas ve Nogueira, 2020: 2-3)

DSÖ sağlık çalışanlarında COVID-19'un önlenmesinin bir risk değerlendirmesine dayanmasını önermektedir. SARS-CoV-2 için işyeri risk değerlendirmesinin amacı; farklı roller, iş görevleri ve iş ortamlarıyla ilgili mesleki maruziyet için risk düzeyinin belirlenmesi, risk önleme ve azaltma için yeterli önlemlerin planlanması ve uygulanması, ek hastalıkları olan sağlık çalışanları da dahil olmak üzere, bireysel işe ve işe dönüşe uygunluğunun değerlendirilmesi olarak belirtilmiştir.

İşyeri risk seviyeleri, sağlık çalışanı görevlerine ve rollerine göre değişebilmektedir. Sağlık çalışanları el ve solunum hijyenine dikkat etmeli, koruyucu önlemleri doğru kullanmalı ve hasta hissediyor ise evde kalmalıdır. Tüm çalışanlara KKD'nin kullanımı ve imhası konusunda eğitim verilmelidir. Görev ve role bağlı olarak, tüm çalışanlar için yeterli miktarda uygun şekilde takılmış kişisel koruyucu donanım bulunmalıdır (WHO, 2021).

Tablo 1. Covid-19 Pandemisi Hazırlığı Sürecinde Risk Düzeyine göre Sağlık Çalışanları Görev ve Rollerine göre Önleyici Tedbirler

Risk Düzeyi	Sağlık çalışanlarının görevleri ve rolleri	Sağlık çalışanları için önleyici tedbirler
Düşük Risk	Halkla sık ve yakın teması olmayan ve SARS-CoV-2 ile enfekte olduğu bilinen veya bulaştığından şüphelenilen kişilerle temas gerektirmeyen işler (Şüpheli veya teyit edilmiş Covid-19 hastaları veya temaslıları ile uzaktan görüşen tele-sağlık çalışanları)	Ortak alanlarda ve yüz yüze görüşmelerde tıbbi maske kullanın.
Orta Risk	Hastalarla, ziyaretçilerle, tedarikçilerle ve iş arkadaşlarıyla yakın ve sık teması olan ancak SARS-CoV-2 ile enfekte olduğu bilinen veya bulaştığından şüphelenilen kişilerle temas gerektirmeyen işler veya görevler	Tıbbi maske ve diğer KKD'leri kullanın ve hasta bakımı sağlarken standart önlemleri uygulayın.
Yüksek Risk	SARS-CoV-2 ile enfekte olduğu bilinen veya bulaştığından şüphelenilen kişilerle yakın temas veya muhtemelen virüs bulaşmış nesnelerle/yüzeylerle temas için yüksek olasılığa sahip işler veya görevler	KKD (tıbbi maske, önlük, eldiven) kullanın ve hasta bakımı sağlarken standart önlemleri uygulayın.
Çok Yüksek Risk	SARS-CoV-2 içeren aerosollere maruz kalma riski olan işler ve görevler, COVID-19 hastalarına aerosol oluşturan prosedürlerin düzenli olarak uygulandığı veya yeterli havalandırmanın olmadığı kapalı mekanlarda enfekte kişilerle çalışıldığı ortamlar	KKD (Filtreli N95, FFP2 veya FFP3 maske) kullanın ve hasta bakımı sağlarken standart önlemleri uygulayın.

Kaynak: WHO, Occupational Health and Safety for Health Workers: Interim Guidance, 2021: 3-5.

1.1.2. İş Sağlığı ve Güvenliği de Dahil Olmak Üzere İnsana Yakışır Çalışma Koşulları

DSÖ ve ILO sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı için çalışma süresi ve iş yükünün düzenlenmesini önermektedir. Sağlık çalışanları COVID-19 salgını sırasında ağır iş yükleri ve dinlenme ve iyileşme için yetersiz zaman ile uzun saatler çalışıyor olabilir. Bu durum uykusuzluğa, koordinasyon ve verimliliğin azalmasına, reaksiyon süresinin uzamasına, bozulmuş biliş ve ruh hali değişikliklerine neden olabilir. Sağlık çalışanlarında kronik yorgunluğu önlemek için yeni sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi dahil olmak üzere yeterli sayıda mevcut personel sağlanmalıdır. İş yükü, görevler ve roller adil bir şekilde dağıtılmalıdır. Uzun çalışma saatlerinin geçici olduğundan ve çalışanların yeterli dinlenme saatine sahip olduğundan emin olunmalıdır (WHO Interim Guidance, 2020: 16) (ILO Guidelines, 2018: 18).

Şiddet ve taciz ister refah ister kriz zamanlarında olsun, hiçbir yerde ve hiçbir zaman kabul edilemez bir durumdur. Kriz zamanlarında şiddet ve taciz riski daha da yüksektir. COVID-19 salgını bunun iç karartıcı bir hatırlatıcısı olmuştur. İş dünyasında şiddet ve tacizi ele almak ILO için bir öncelik olmuştur ve bu alandaki çalışmalar hiç olmadığı kadar alakalı hale gelmiştir. 2019'da Uluslararası Çalışma Konferansı, şiddet ve tacizden arınmış bir çalışma dünyasına açık bir bağlılığı ifade eden ILO Çalışmanın Geleceği Yüzüncü Yıl Bildirgesi'ni kabul etmiştir. 190 Sayılı Sözleşme, herkesin şiddet ve tacizden arınmış bir çalışma dünyası hakkını tanımaktadır. Şiddet ve tacizi, “fiziksel, psikolojik, cinsel veya ekonomik zararı amaçlayan, bunlarla sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel” “kabul edilemez bir dizi davranış ve uygulama” olarak tanımlamaktadır. Pandemiden önce bile acil servis, gece çalışılan ya da izolasyon gibi alanlarda olan yüksek düzeyde şiddet ve taciz düzeyi artış göstermiştir. ILO üye devletlerin işveren ve işçi örgütlerine danışarak, şiddet ve tacizin sık görüldüğü sektörleri belirlemesini ve ilgili kişileri etkin bir şekilde korumak için önlemler almasının gerektiğini vurgulamaktadır. Bu nedenle sağlık alanında alınacak önlemler için sağlık çalışanları, sağlık kurumları yöneticileri ve sağlık örgütlerine danışılarak etkili ve yeni kararlar alınması bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır (ILO Violence and Harassment Convention, 2019: 1).

COVID-19 krizi, kötü çalışma koşulları, stres, damgalanma ve ayrımcılık gibi bir dizi faktörün şiddet ve taciz riskine yol açabileceğini veya bu riskleri artırabileceğini kanıtlamıştır. Örneğin, sağlık ve bakım çalışanları COVID-19'a maruz kaldıkları için damgalanmaktadır; aynı zamanda, yeterli personel, kişisel koruyucu ekipman ve tesislerin eksikliği gergin bir çalışma ortamı yaratarak hastalar ve aileleri ile meslektaşları ve yöneticileri tarafından daha yüksek şiddet ve taciz riskine yol açmıştır. Bu kapsamda, çalışanların güvenliğini ve sağlığını COVID-19'a ve buna bağlı şiddet ve tacize yol açabilecek risklere karşı korumak için risk değerlendirmelerinin gözden geçirilmesi ve uygulanması ile önleyici ve kontrol tedbirlerinin uygulamaya konulması için adımlar atılmıştır. 190 No'lu Sözleşme şiddet ve tacize ilişkin işyeri politikalarının benimsenmesini ve iş sağlığı ve güvenliği (İSG) yönetim sisteminin ve işyeri İSG risk değerlendirmesinin bir parçası olarak ilgili tüm faktörlerin değerlendirilmesinin, şiddet ve taciz mağdurları için adalete ve çözüm yollarına güvenli ve kolay erişim sağlanmasının gerekliliğine yer verilmektedir (ILO Violence and Harassment Convention, 2019: 3-4).

Pandemi sırasında taciz, damgalama ve ayrımcılık vakaları rapor edilmiştir. Taciz, damgalama ve ayrımcılığın önlenmesine yönelik politikalar dahil olmak üzere şu önlemler uygulamaya koyulmalıdır:

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve tacizi suç sayan düzenlemeler
- Sağlık sektöründe işyerinde şiddetin önlenmesine yönelik politikalar
- Olayların raporlanması ve güvenlik önlemleri için politikalar
- Sağlık çalışanlarının damgalanmasını önlemek için davranış standartları oluşturmak ve toplum katılımlı projeler etrafında iletişim sağlamak
- Sağlık çalışanlarına saygıyı teşvik etmek (WHO Update on Health and Care Workers during Covid-19, 2021).

1.1.3. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı

Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı ve iyi olma hali COVID-19 bağlamında etkilenmiştir. COVID-19 pandemisi sürecindeki sağlık hizmetlerinin stresine, önceden var olan yüksek düzeyde tükenmişlik ve psikolojik belirtiler eklenmiştir. Sağlık çalışanlarının işlerine yönelik olarak hissettikleri ve geliştirdikleri duygusal tutumlar olan iş tatmini Covid-19 pandemi sürecinde azalmıştır. Ayrıca mesleki tükenmişlik; duygusal tükenme, hastalarla azalmış kişisel ilişki hissi ve azalan kişisel başarı duygusunda da azalma meydana gelmiştir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarında tükenmişliğin %30 ila %50 arasında değiştiği bildirilmektedir (Shanafelt vd., 2016: 839) (Embriaco vd., 2007: 485) (Gomez-Urquiza vd., 2019: 5). Ayrıca yayınlarda depresyon ve intihar sıklığının da sağlık çalışanlarında topluma oranla daha sık görüldüğüne yer verilmektedir (Mata vd., 2015: 2375) (Dutheil vd., 2019: 2).

Sağlık ortamlarındaki mesleki stresörler, pandemi sürecinde daha da artmıştır. Bu mesleki stresörler; yüksek talep, yüksek efor, düşük ödül, vardiyalı çalışma ve uzun vardiya, uyku yoksunluğu, iş ve ev sorumlulukları arasındaki çatışmalar dahil olmak üzere iş-yaşam dengesine yönelik zorlukları içermektedir. Devam eden stresin etkileri aylar hatta yıllar sonra da sürebilmektedir. Önceki salgınlarda hastanede daha yüksek riskli bölgelerde çalışan, enfekte hastalara daha fazla maruz kalan sağlık çalışanlarında ve özellikle hemşirelerde daha büyük etkiye sahip olduğu görülmüştür (Kisely vd., 2020: 2) (Brooks vd., 2018: 250).

Sağlık çalışanları Covid-19 sürecinde sosyal kopukluk ve izolasyon dahil olmak üzere işte ve evde stres faktörlerinin ikili etkisinin olduğunu bildirmektedir. Okul çağında çocukları olan ebeveynler çevrimiçi ve yüz yüze öğretim arasındaki öngörülemeyen geçişler, yeni vakalar nedeniyle sınıfların kapatılması, semptomatik olduğunda test veya izolasyon için evde kalan çocuklar nedeniyle gergin hissetmişlerdir. Ayrıca, ciddi hastalık ve ölüm riski en yüksek olan yaşlı akrabalara bakım sağlayan sağlık çalışanları, yaşlılar için destek kaynaklarında zorlanma ve azalma olduğunu kaydetmişlerdir (Nabors vd., 2021: 40).

Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarında yapılmış bir araştırmada katılımcılar hemşireler, klinik çalışanları ve klinik dışı çalışanlar olarak gruplandırılmış ve hastalarla yakın temaslı olan hemşirelerde duygusal tükenmişliğin

daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur. Ayrıca evde bakmakla yükümlü oldukları yaşlı ve çocuğu olan sağlık çalışanlarında tükenmişliğin daha fazla olduğu görölmüştür. Mental yorgunluğu olma durumu ile uyku bozukluğu ve pandemi öz yeterliliği arasında da ters orantı olduğuna yer verilmiştir. Öz yeterliliği yani pandemi yönetmek için gereken eylem yollarını organize etme ve yürütme yeteneklerine olan inançları az olan sağlık çalışanlarının psikolojik sıkıntısı daha yüksektir. Öz yeterlik ilgili görevler eğitim, rol modelleme ve örgütsel liderlik yoluyla değiştirilebilir. Pandemi sırasında sağlık çalışanlarının tükenmişliği ve psikolojik sıkıntılarının yüksek ve artan bir şekilde görülmesi endişe verici olsa da, bu ortamda pandeminin uzun vadeli psikolojik etkisinin ne olacağı henüz bilinmemektedir. Yüksek tükenmişlik, psikolojik sıkıntı, travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere çeşitli bağlamsal koruyucu ve risk faktörlerini ölçen ileriye dönük araştırmalara ihtiyaç olduğuna yer verilmiştir. Bu çalışma ebeveynliği ve çalışma hayatını dengeleme zorluğunun, stresin etkisine katkıda bulunduğunu ve zamanla artan duygusal tükenme ve psikolojik sıkıntıya yol açtığını göstermektedir. Esnek çalışma saatleri, kreş desteği veya ebeveynlere yönelik diğer destekler aracılığıyla iş-ev dengesini destekleme çabaları ile bu etkinin azaltılabileceğine, sağlık çalışanlarına hem kurumsal hem de bireysel düzeyde sürekli destek sağlamak için önemli çabalara ihtiyaç olduğuna değinilmiştir (Maunder vd., 2021: 89-93).

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) psikolojiyi etkileyen stres faktörlerinin fazla olduğu ve tükenmişliği artırdığı bilinmektedir. YBÜ'lerinde kritik ve ağır hastalar tedavi altına alınır. YBÜ'ler bu nedenle uzman sağlık personeline ve tam tıbbi donanıma sahiplerdir. Ancak, yoğun bakım çalışanları sıklıkla hastalarının hızlı değişen genel durumları ve ekip üyeleri ile hasta yakınları arasındaki çatışmalar da dahil olmak üzere birçok stres etkenine maruz kalırlar. Bu faktörler, yoğun bakım personeline stres ve yorgunluğa neden olabilir ve bu da hastaları etkileyebilmektedir. Bu faktörlerin bazıları bir kişiyi aralıklı olarak etkileyebilse de, sürekli maruz kaldıkları zaman çalışanlar arasında duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma psikolojik bir sendrom olarak tanımlanabilen tükenmişliğin başlamasına neden olabilir. Bu üç boyut arasında, duygusal tükenme (işle ilgili bitkinlik, sinirlilik ve yorgunluk hissi) tükenmişliğin önemli bir yönüdür. Duyarsızlaşma, hastalar ve iş arkadaşları ile kişisel olmayan ve düşmanca tutumları

ifade eder. Son olarak, azalan kişisel başarı, yeterlilik ve mesleki yeterlilik duyularının azalması anlamına gelir. Tükenmişlik ve duyarsızlaşma, özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinin etkileyen ciddi ve sık görülen bir durumdur. Yoğun bakım üniteleri personel yetersizliği olan, ağır iş yükü ve iş temposunda çalışmayı gerektiren, çalışma yoğunluğu yüksek olan sağlık birimleri olması nedeniyle tükenmişliğin daha fazla görüldüğüne çalışmalarda yer verilmektedir. YBÜ çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve ruhsal açıdan desteklenmesi gerekliliği Covid-19 pandemi sürecinde daha da önem kazanmıştır (Fortunatti ve Palmeiro-Silva, 2017: 410).

Bir pandemiye maruz kaldıktan sonra etkilenen sağlık çalışanlarını destekleme planlarının ötesine geçen kanıtlar, dayanıklılık oluşturmak için sağlık çalışanlarına bir pandemiden önce psikososyal destek ve eğitim verilmesi gerektiğini ve böylece maruziyetten sonra stresin etkisinin azaltılmasını önermektedir. Tahmine dayalı modeller genellikle sağlık çalışanları ve ailelerinde hastalık nedeniyle yüksek işe devamsızlık olduğunu varsaymakta ve olağanüstü bir bulaşıcı hastalık salgınıyla uğraşmanın stresinin iş devamsızlığını daha da artırabileceğine yer vermektedir. Müdahale ile önlenemeyen strese bağlı işe devamsızlık, diğer kaçınılmaz insan kaynakları kayıplarıyla tehlikeye giren sağlık sistemi üzerinde ikincil bir darbeye neden olmaktadır. İnfluenza salgını sonrası sağlık çalışanlarında iş streslerine karşı dayanıklılığı artırmak için stres veya psikolojik sıkıntının üstesinden gelmek, olumsuz bir deneyimden sonra iyi bir sonuca sahip olmak için profesyonel ilişkilerin kalitesini artıran ve duygusal iç gözü, yaşam dengesi, maneviyat ve yansıtıcı düşüncenin gelişimini destekleyen süreçlerle desteklenebileceği gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarına bilgisayar destekli eğitim ile pandemi öz yeterliliği, destek ve eğitime güven, kişilerarası sorunlar için önemli gelişmeler olduğu kaydedilmiştir. Sağlık çalışanlarının refahını korumak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamakta esastır. Aynı zamanda insancıl ve nezih sağlık hizmetleri sağlık hizmeti sunumunun temel değerlerini yansıtmaktadır. Pandemiden bağımsız olarak bile dayanıklılık eğitiminin, müdahaleler geliştirilmesinin ve değerlendirilmesinin sağlık çalışanlarının refahı ve profesyonel sağlık hizmeti sunumu için önem arz ettiğine yer verilmiştir (Maunder vd., 2010: 1-3).

Anksiyete, depresyon ve diğer ruh sağlığı bozuklukları erken ve gizli olarak tanımlanarak, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı yönetimi için mekanizmalar geliştirilebilir ve birinci basamak müdahaleler başlatılabilir. Sağlık çalışanları ve sağlık yöneticileri arasında bir ruh sağlığı önleme kültürü teşvik edilebilir. Ruh sağlığını geliştiren ve yardım arayan sağlık çalışanlarının damgalanmadan ve ayrımcılığa uğramadan işlerine geri dönmelerinin sağlanması için çalışmalar yürütülebilir (WHO Update on Health and Care Workers during Covid-19, 2021).

DSÖ tarafından hazırlanan kısa filmler ile sağlık çalışanlarının COVID-19 salgını sırasında hastaları tedavi ederken karşılaştıkları ruhsal sağlık ve esenlik zorluklarından bahsettiği görülmektedir. Pandeminin dünya çapındaki toplumlar üzerindeki fiziksel etkisinin ötesinde, çalışmalar insanların ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri konusunda uyarıda bulunmaktadır. Bugüne kadarki ana psikolojik sonuçların yüksek düzeyde stres veya kaygı, yalnızlık, uykusuzluk ve depresyon olduğu görülmektedir.

Pandeminin ön saflarında çalışan sağlık ve bakım çalışanları, özellikle çalışanların refahı ve ruh sağlığı üzerinde uzun süreli etkilere neden olabilecek ve sağladıkları bakımın kalitesini ve güvenliğini etkileyebilecek çok çeşitli psikolojik stresörlerle karşı karşıyadır. Sağlık ve bakım çalışanlarının ruh sağlığının ve esenliklerinin daha fazla korunması çağrısı, DSÖ'nün mevcut Uluslararası Sağlık ve Bakım Çalışanları Yılı'nın odak noktalarından biridir. Geçen yıl boyunca aşırı çalışma koşullarına maruz kalan sağlık ve bakım çalışanları, fiziksel ve zihinsel sağlıklarındaki bozulmaya karşı özellikle savunmasızdır. Birikmiş stres, fiziksel yorgunluk, damgalanma ve kendilerine veya sevdiklerine koronavirüs bulaşma korkusu nedeniyle çok yüksek psikolojik baskı yaşama riski altındadırlar. Çekilen kısa filmlerde COVID-19 pandemisinin ülkelerin dört bir yanından sağlık çalışanlarının kişisel ve profesyonel yaşamları üzerindeki zihinsel, fiziksel ve sosyal etkisi anlatılmaktadır. Hasta bakımı ve personel güvenliğini sağlamak için zorlu sağlık hizmeti sunumu içinde nasıl zor kararlar almak zorunda kaldıklarını anlatmaktadır. Hastalarını kaybetme konusundaki acılarını paylaşma ve birbirlerini desteklemenin önemini, çalışma hayatında onlardan beklenenlerin ruh sağlıklarını ve iyiliklerini nasıl etkilediğini, bunun da suçluluk, endişe ve stres, uykusuzluk, kabuslar, damgalanma ve ayrımcılık duygularıyla sonuçlandığı vurgulanmaktadır.

Kısa filmler ile sağlık çalışanlarının stresini hafifletmek, psikolojik dayanıklılık ve iyileşmelerine destek olmak için kanıta dayalı mevcut uygulamalar teknoloji araç olarak kullanılarak etkileri ortaya koyulabilir. Müdahale stratejileri arasında psikolojik müdahalelere erişimin genişletilmesi, hedeflenen dijital sağlık yenilikleri ve akran desteği önemli yer almaktadır. Filmler ayrıca sağlık çalışanları için sağlık ve esenlik desteğini ele almak için uzun vadeli çözümlere duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (WHO, Europe, 2022).

1.1.4. cret ve Teşvikler

Dünya Sağlık rgt, sağlık çalışanlarının yaptıkları işlerin tanınması gerektiğini savunmaktadır. Yetersiz cret ve fazla mesai de dahil olmak üzere tanınma eksikliği, hizmetten ayrılmalar da dahil olmak üzere sağlık çalışanlarını etkileyebileceğine DSÖ'nün yayınladığı bir politika eylem planında yer verilmiştir (WHO, Policy Action Paper, 2021: 9).

Kraliyet Hemşirelik Koleji tarafından Birleşik Krallık ve Manş Adaları'nda 42.000 hemşirelik personelinde yapılan bir araştırmada, ücretle ilgili endişelerinden dolayı mesleği bırakmayı düşünen hemşirelerin oranında keskin bir artış olduğu ortaya koyulmuştur. Katılımcıların yaklaşık dörtte üçü (%73) daha yüksek ücretin kendilerini daha değerli hissettireceğini belirtmiştir. Ayrıca çalışmada geçen yıl yapılan araştırmaya göre meslekten ayrılmayı düşünme oranında artış olduğu ve üçte birine yükseldiğine yer verilmiştir. Meslekten ayrılmayı düşünen sağlık alışanlarında ilk sırada ücret bir faktör olarak görülürken, bunu takip eden faktörler Covid-19 pandemisi sırasında tedavi şekli, düşük personel sayıları ve yönetim desteği eksikliği yer almaktadır (Lauder, 2020).

Teşvikler ve ücretlerle ilgili yerine getirilmeyen vaatler, ödemelerin ertelenmesi ve kişinin sorumluluklarını yerine getirmek için cepten harcama yapmak zorunda kalmasının, sağlık çalışanları için motivasyon kaybı kaynakları olduğu önceden yapılan çalışmalarda görülmektedir. Mali teşvikleri uygulamaya koymak motive edici olsa da, bunların sağlanamaması veya sağlanmasındaki gecikmeler nedeniyle tutulmayan vaatlerin bir sonucu olarak meydana gelen hayal kırıklığını önlemek için beklenti yönetimine ihtiyaç bulunmaktadır (Kok vd., 2015: 7).

Sağlık çalışanı maaşlarının düzenli ve zamanında ödenmesi sağlanmalıdır. Ücret, yapılan görevlerle, çalışma saatleriyle ve ek mesleki tehlikeler ve gereksinimler gibi diğer faktörlerle orantılı olmalıdır. Daha yüksek COVID-19 iş yükünü ve risklerini karşılamak, yıpranmayı en aza indirmek için ek ödenekler gerekebilir. Sağlık çalışanlarının salgına yanıt verme ve temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasını sürdürme kapasitesini ciddi şekilde etkileyen nedenlerden biri de sağlık çalışanlarına zamanında veya yeterli ödeme yapılmaması olmuştur (Ballard vd., 2020: 4).

Politika yapıcılar ve yöneticiler şunları yapmalıdır:

1- Kaynakları artırmalı ve gerektiğinde maaşların, fazla mesailerin ve varsa tehlikeyle ilgili tazminatların zamanında ödenmesini sağlamak için esnek, alternatif mekanizmalar sağlamalıdır.

2- Yasal ve idari sosyal koruma hükümlerini (ücretli hastalık izni, mesleki risk sigortası ve karantina için izin gibi) sözleşmeli geçici personel de dahil olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının iş talepleriyle orantılı hale getirmelidir (ILO Guidelines on Decent Work in Public Emergency Services, 2019: 26). Spesifik istihdam sigortası veya böyle bir sigorta planının bulunmadığı durumlarda, işverenlerden sağlık hizmetlerine erişim ve meslek kaynaklı enfeksiyon için doğrudan mali tazminat sağlanmalıdır (ILO, 1964, Article 28).

3- Evde incinebilir gruba ait aile üyeleri olan sağlık çalışanlarının sağlık tesislerinde çalışabilmeleri için ailelerine doğrudan bakım sağlamak yerine, çocuklara ve yaşlılara bakım desteği sağlanmalıdır. Ek seçenekler olarak; seyahat sürelerini azaltmak, hane halkı ve toplum riskini en aza indirmek için sağlık tesislerine yakın konaklama ve yeniden yerleşim için ulaşım veya taşınma ödeneklerini içeren destek sağlanmalıdır.

4- Çalışma isteğini teşvik etmek için mali ödenekleri ve maddi olmayan teşvikleri (mentorluk, ağ oluşturma ve sürekli eğitim) birleştiren teşvik paketleri geliştirilmelidir (WHO Interim Guidance, 2020: 9).

1.2. Sağlık Çalışanlarının Rollerini En İyi Şekilde Kullanmaya ve Kapasite Oluşturmaya Yönelik Müdahaleler

Bu başlık altında COVID-19 müdahalesi için gerekli yetkinliklerin oluşturulması, rolleri en iyi şekilde kullanma ve toplum sağlığı çalışanlarının ve diğer toplum temelli hizmet sağlayıcıların rolü başlıklarına yer verilmiştir.

1.2.1. Covid-19 Müdahalesi İçin Gerekli Yetkinliklerin Oluşturulması

DSÖ, tüm dünyada artan sağlık çalışanı ihtiyacı yanında sağlık çalışanlarının eğitiminin ve işgücü performansının geliştirilmesinde ülkelerin zorluklarla karşı karşıya olduğunu belirtmektedir. Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının eğitim ve öğretimine yapılan kronik yetersiz yatırım, yetersiz sağlık sistemleri ve artan nüfus ihtiyaçları ile ilgili eğitim ve istihdam stratejileri arasındaki uyumsuzluk devam eden eksikliğin devam etmesine neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının kırsal, uzak ve yetersiz hizmet verilen alanlara yerleştirilmesindeki zorluklarla sağlık çalışanı ihtiyacı daha da artmaktadır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının artan uluslararası göçü, özellikle düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde sağlık işgücü eksikliklerini şiddetlendirebilir. Sağlık bilgi sistemlerinde sağlık çalışanlarının envanterinin çıkarılması genellikle ülkelerde zayıftır.

Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarına ve sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar, kamu sektörünün bütçe kısıtlamaları nedeniyle sağlık çalışanlarının arzını ve yetkinliklerinin oluşturulması için gerekli ihtiyaçların karşılanma kapasitesinin olmamasından da kaynaklanabilir. Sonuç olarak, bazı ülkeler büyük karşılanmamış sağlık ihtiyaçları ile birlikte sağlık çalışanı işsizliği ve var olan sağlık çalışanlarından yeterli verimi alamama paradoksu ile karşı karşıyadır.

Sağlık İstihdamı ve Ekonomik Büyüme Üst Düzey Komisyonu, sağlık ve toplumsal işgücüne yapılan yatırımların kapsayıcı ekonomik büyümeyi teşvik edebileceği yollar belirlemektedir. Doğal veya yapay tehlikelerin yanı sıra ilgili çevresel, teknolojik ve biyolojik tehlike ve risklerin neden olduğu afetlere yanıt vermek için sağlık işgücünün yetkinliklerinin artırılması önemlidir. Sağlık işgücünün çoğunluğunu oluşturması sebebiyle, kadın sağlık çalışanlarına insana yakışır istihdam fırsatlarının sağlanması yanında pandemi gibi olağanüstü durumlar gerekli gelişimleri için fırsattır (WHO/Home/Health Topics/Health Workforce, 2021).

1.2.2. Roller En İyi Şekilde Kullanma

Belirli becerilerin eksikliğiyle karşı karşıya kalınan ortamlarda, temel hizmetlerin sürdürülmesinden Covid-19 desteğine ve ciddi Covid-19 vakalarının bakımına kadar sağlık çalışanlarının görev ve rolleri ihtiyaçları karşılayacak şekilde optimize edilmelidir. Politika yapıcıları sağlık iş gücü dağılımını, uygulama kapsamını, klinik yönetim yaklaşımlarını, bakım sağlama yollarını ve ekiplerin bileşimini ayarlamalıdır.

Şartlara özel kılavuzlarda, temel sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi de dahil olmak üzere meslek gruplarına göre roller ve görevler belirtilmelidir. Sağlık bakanlıkları, sağlık meslekleri düzenleme kurulları, meslek birlikleri, eğitim kurumları, işverenler ve işçi temsilcileri başarılı bir görev paylaşımı için birlikte çalışmalıdır.

Politika yapıcılar ve yöneticiler şunları yapmalıdır:

1- Beceri eksiklikleri ile karşı karşıya kalınan alanlara, genel sağlık çalışanlarının yanına başka alanlarda sağlık hizmeti veren çalışanlar ve yeni tıp mezunları uygun gözetim altında bilgi, beceri ve deneyimlerini yansıtan uygun rollere atanmalıdır.

2- Rol dağılımına ve uygulama kapsamının genişletilmesine uygun, yüksek etkili klinik müdahaleler belirlenmelidir.

Yetkilendirilebilir rol ve görev örnekleri;

■ Halk sağlığı uzmanlarının hızlı eğitimi ve sürekli denetimi ile toplum düzeyindeki hemşireler ve toplum sağlığı çalışanları, temel sağlık ve IPC tanıtımını, temaslı izlemeyi ve sevki destekleyebilir.

■ Uzmanlar tarafından yönetilen ekipler, orta düzeyde COVID-19 enfeksiyonu olan hastanede yatan hastaların tedavisinde uzmanlığı olmayan tıp doktorları ve hatta ilgili becerilere sahip sağlık yardımcıları tarafından desteklenebilir.

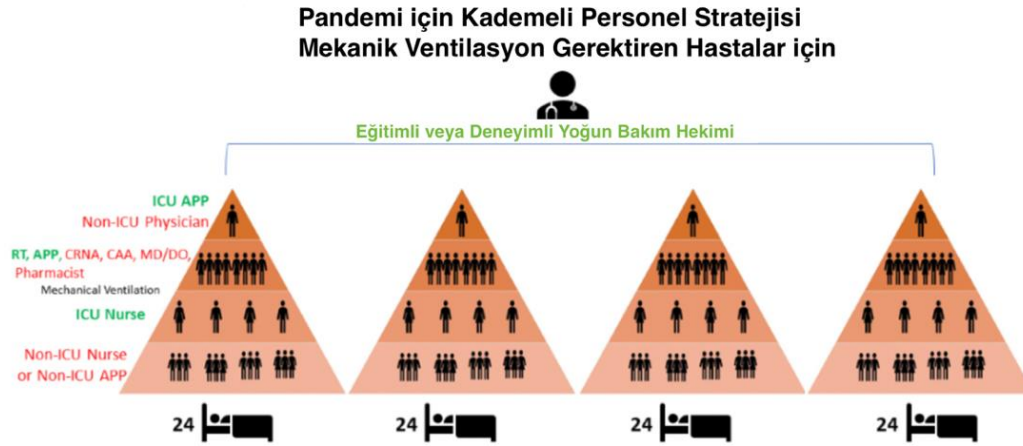
■ YBÜ yetenekli sağlık çalışanı sıkıntısı çeken yoğun bakım ortamlarında, deneyimli bir yoğun bakım uzmanı tarafından yönetilen YBÜ ekipleri, daha önce YBÜ'de yer almış veya tercihen ilgili diğer alanlardaki uzmanlar veya personel tarafından desteklenebilir.

■ Yoğun bakım ünitesinde çalışan yoğun bakım dışındaki sağlık çalışanlarına oksijen sağlanması, ventilatör kullanımı ve sepsis, pnömoni, kan basıncı ve ağrı kontrolü yönetimi konularında hızlı eğitim verilebilir (Tulenکو, 2020: 2-3).

■ Fizyoterapistler ve hemşireler gibi diğer YBÜ sağlık çalışanları, bireysel yeterlilikleri ve belirli müdahalelerle ilişkili riskleri göz önünde bulundurarak ek görevler üstlenebilir. İleri hemşirelik uygulamalarının potansiyelinden yararlanmak, deneyimli yoğun hemşirelerin diğer uzmanlıklara sahip hemşirelere liderlik etmesini, onları denetlemesini ve onlara rehberlik etmesini gerektirebilir veya deneyimli genel hemşireleri gerektirebilir.

■ Normalde tıbbi koşullarda ilaç dağıtmalarına izin verilmeyen yardımcı hemşirelerin, gözetim altında, kısıtlanmamış oral ilaçları (antibiyotikler veya analjezikler gibi) dağıtmasına izin verilebilir (WHO, State of the world's nursing, 2020: 55).

■ Serbest eczacının rolleri, aşıları dağıtmalarına ve kanser hastaları için idame tedavileri (oral sitostatik ajanlar) gibi normalde hastane eczaneleri tarafından ayaktan hastalara tedarik edilen ilaçları sağlamalarına izin verilerek optimize edilebilir.



İleri Pratik Uygulayıcıları (APP), Sertifikalı Kayıtlı Anestezi Hemşireleri (CRNA), Sertifikalı Anestezist Asistanları (CAA)

Şekil 1. Pandemi için Kademeli Personel Stratejisi

Kaynak: Tulenko, K. (2020). COVID-19 Surge Staffing Checklist. Society of Critical Care Medicine. doi:10.13140/RG.2.2.30216.98566: 1-5.

Şekil 1 Not: Burada sunulan kriz modelinde, yoğun bakım konusunda eğitilmiş veya deneyimli ve düzenli olarak yoğun bakım hastalarını yöneten bir hekim, her biri 24 hastadan oluşan dört grubun bakımını yönetmektedir. Her üçgenin en üstüne, ideal olarak biraz YBÜ eğitimi almış ancak düzenli olarak YBÜ bakımı yapmayan bir YBÜ dışı doktor (örneğin; anestezi uzmanı, göğüs hastalıkları uzmanı, cerrah gibi) yerleştirilir. Bu yoğun bakım ünitesi olmayan doktor, yoğun bakım hastalarına düzenli olarak bakım yapan APP'lerle birlikte çalışırken, eğitilmiş veya deneyimli kritik bakım doktorunun bilgilerini genişletir. Benzer şekilde, daha fazla hastayı mekanik olarak ventile etme yeteneğini artırmak için, deneyimli YBÜ solunum terapistleri ve APP'leri, doktorlar, hemşire anesteziistleri, sertifikalı anesteziist asistanları gibi klinisyenler eklenerek güçlendirilir.

İlk olarak bir İnfluenza salgını için Ontario Sağlık Planı tarafından geliştirilen yukarıdaki model, ABD Yoğun Bakım Derneği Temel Afet Yönetimi Programı'na, eğitilmiş ve deneyimli YBÜ personeli büyük ölçüde desteklemek için (yeşil renkli) tüm disiplinlerden (doktorlar, hemşireler ve diğerleri) YBÜ eğitimi olmayan personeli dahil etmek için etkili bir strateji olarak uyarlanmıştır (kırmızı renkli). Eczacılar, diyetisyenler, rehabilitasyon uzmanları ve diğer profesyoneller de YBÜ ekibinin kilit üyeleri olsa da bu model, mekanik ventilasyon ihtiyacında çarpıcı bir artış gerektiren bir pandemiye ele almak için ihtiyaç duyulan personele hitap etmektedir.

Acil olmayan ameliyatlara ara verildiğinden, yoğun bakım hastaları olan ve olmayan hastanelerde kritik bakım hizmetlerini desteklemek için ameliyat sürecinde görev alan klinik personelin (örneğin cerrahlar, anesteziistler, sertifikalı kayıtlı anestezi hemşireleri (CRNA), sertifikalı anestezi asistanları (CAA), ameliyathane ve PACU hemşireleri) desteği sağlanabilir. Ameliyathaneler veya PACU yatakları yoğun bakım yataklarına dönüştürülürse veya sınırlı mekanik ventilatör tedarikini desteklemek için ameliyathane ventilatörleri başka mekanlara taşınırsa, ameliyathane ve perioperatif ekipler özellikle değerli olabilir (Halpern ve Tan, 2020: 7-8).

Bu model özellikle yoğun bakım ünitesi bulunan hastanelere odaklanırken, ABD hastanelerinin %48'inde yoğun bakım ünitesi yoktur (Halpern vd., 2019: 517). Ayrıca, yoğun bakım ünitesi bulunan hastanelerde bile, yeni yoğun bakım üniteleri oluşturuldukça artan ihtiyaç ve yoğun bakım personelinin Covid-19 nedeniyle

hastalanması aşırı yüklenmeye neden olmaktadır. Bu nedenle, her iki hastane grubunda da kritik bakım ekipleri, anestezi uzmanları, göğüs hastalıkları uzmanları, cerrahlar veya kritik hastalara bakma deneyimi olan diğer klinik personel tarafından yönetilebilir. Bu model, diğer personel hastayı genel olarak desteklerken, birden fazla ventilatörün yönetimine ayrılmış deneyimli personelin eklenmesini önerir.

Şekilde gösterilen oranlar, genel kabul görmüş yoğun bakım personeli artırma modellerini gösterirken, her hastanenin mevcut personeli en etkin şekilde kullanırken kritik bakım için kendi taleplerine uyum sağlaması gerekecektir. Bakım düzeyi, kriz olmayan zamanlarda tipik YBÜ'deki ile aynı olmasa da, bakımın eğitimli ve deneyimli yoğun bakım uzmanları veya kritik bakım klinik deneyimi olan başkaları tarafından yönlendirilmesi, çok sayıda kritik hasta için bakımı en üst düzeye çıkarmanın sağlam bir yoludur. Bu katmanlı model yakın zamanda COVID-19 salgını sırasında Wisconsin Üniversitesi ve diğer ABD kurumları tarafından benimsenmiştir (Zarza vd., 2020: 631). Hizmet veren sağlık personeline destek olmak için teletıp veya sanal hasta izleme sistemlerinin dahil edildiği teknolojiler modele eklenebilir. Yoğun bakım personelinin pandemi veya başka bir kriz sırasında kritik hastalara bakım vermeye hazırlanmasına yardımcı olmak için ücretsiz çevrimiçi eğitim kaynakları sunulabilir.

1.2.3. Toplum Sağlığı Çalışanlarının ve Diğer Toplum Temelli Hizmet Sağlayıcıların Rolü

Toplum temelli sağlık işgücü (toplum sağlığı çalışanları, sosyal bakım çalışanları ve geleneksel tıp uygulayıcıları dahil olmak üzere diğer resmi ve gayri resmi toplum temelli sağlayıcılardan oluşur) büyük roller üstlenerek, katılım ve güven inşa ederek Covid-19 müdahalesine katkıda bulunabilir. Toplum sağlığı çalışanları topluluk liderleriyle birlikte çalışabilir ve STK'larda görev alarak temaslı takibi, toplum duyarlılığı, epidemiyolojik ve kültürel olarak uygun koruyucu uygulamaların teşviki ve veri toplama için görevlendirilebilirler (Cole, 2014). Pandemi ile mücadelede halk sağlığı önlemlerinin alınmasını kolaylaştırmak için topluluklarla iletişim kanalları kurarak hizmet edilebilir. Halkın endişelerini anlamak ve kendilerine anlatılan mesajlardan ne anladığını öğrenmek için çaba sarf edilebilir (Nguyen, 2019: 1298).

Politika yapıcılar ve yöneticiler şunları yapmalıdır:

1- Öncelikli Covid-19 önleme, tespit ve müdahale görevlerinin yerine getirilmesinde ve diğer temel sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde toplum sağlığı çalışanlarının rolü belirlenmelidir.

2- Destek, denetim ve rehberlik, tedarik sağlama, hasta sevki, veri toplama, raporlama, izleme ve kullanımı için toplum sağlığı çalışanları sağlık sistemine bağlanmalıdır.

3- Toplum sağlığı çalışanları toplumun içinde hizmet sunan diğer meslek gruplarına rollerine ve maruz kaldıkları risk düzeyine göre uygun KKD ve eğitim sağlamalıdır.

4- Resmi alternatiflerin bulunmadığı ortamlarda, toplum gönüllülerinin sağlık çalışanlarını hem sağlık kuruluşu düzeyinde hem de hane düzeyinde klinik olmayan sorumluluklara katılmaları için destekleme potansiyeli göz önünde bulundurulmalıdır (WHO and UNICEF, 2020:13).

1.3. Kurumsal Çevreyi Hedefleyen Müdahaleler

Bu başlık altında sağlık çalışanı mevcudiyetini iyileştirme, sağlık işgücü dağılımının rasyonelleştirilmesi, destekleyici çalışma ortamı ve yönetilebilir iş yükü başlıklarına yer verilecektir.

1.3.1. Sağlık Çalışanı Mevcudiyetini İyileştirme

Sağlık kurumlarında çalışacak olan sağlık personeli ve finansal kaynaklar pandemi öncesinde politika ve yönergelerle belirlenmelidir. Bu amaçla literatürde sağlık sistemlerini uluslararası karşılaştırmalarla değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda kamuda ve özel sektörde sağlık personeli sayısının artırılmasının pandemi hazırlığını kolaylaştırdığına, sağlık hizmeti sunucularının sağlığını ve refahını iyileştirdiğine yer verilmektedir. Ayrıca alınan kararlara sağlık çalışanları temsilcilerinin dahil edilmesinin mevcut sağlık çalışanını çalışmaya teşvik ettiği görülmüştür. Pandemi sağlık çalışanlarının mevcut durumunu değerlendirme fırsatı sunarak, sağlık çalışanı mevcudiyetinde iyileştirme yapılmasının önemini ortaya koymuştur (O'Brien vd., 2022: 11).

Endonezya'nın Covid-19 durumu hakkında yayınlanmış bir çalışmada mevcut sağlık çalışanı eksikliği yanında kırsal alanlarda sağlık çalışanı ve ayrıca sağlık çalışanları için KKD eksikliği sıkıntısından bahsedilmiştir. KKD eksikliği nedeniyle doktorlar çalışmayı bırakmakla tehdit etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının Covid-19 nedeniyle ölümü sağlık çalışanı eksikliğinin daha da derinleşmesine neden olmuştur (Setiati ve Azwar, 2020: 87). Sağlık çalışanı sayısındaki eksiklik nedeniyle ayrıca aile planlaması, aşılama ve diğer rutin anne ve çocuk sağlığı hizmetleri de dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyindeki çeşitli hizmetlerde aksamalar olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle anne ölümü, yeni doğan ölümü ve ölü doğum oranlarında artış olacağı öngörülmüştür. Yine Endonezya'da yeterli mevcut sağlık çalışanın sağlanamaması nedeniyle temel sağlık hizmetlerinde aksaklık meydana gelmiş, tüberküloz tanısı konan kişi sayısında düşüş yaşanmış ve tüberküloz tedavisine erişim zorlaşmıştır (Mahendradhata vd., 2021: 4). Ülkede asistanlara göğüs hastalıkları uzmanlarının görevlerini yerine getirme yetkisi verilmesi, bir Covid-19 hastalarının sevk edildiği YBÜ'nde beş eğitimli pratisyen hekime bir YBÜ doktorunun liderlik etmesi önerisi getirilmiştir. Benzer düzenlemeler Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri veya Pediatrik Yoğun Bakım Üniteleri için de uygulanabilir (Tulenکو ve D'Lima, 2021). Diğer bir potansiyel strateji, hemşireler gibi nitelikli personelin daha kısa yoğun bir eğitim döneminden sonra hizmete girmesini sağlamak için hızlandırılmış bir klinik eğitimi sağlamaktır (Millet vd., 2015: 16). Ayrıca, son sınıf tıp öğrencilerinin kendi yeterlilik sınırları dahilinde görev gücüne katılmaları için işe alınmasına yönelik tavsiyeler de olmuştur (AlSaif vd., 2020: 660). Bu arada, özellikle eğitilmiş hemşireler olmak üzere daha fazla gönüllünün işe alınması ve sağlık uzmanlarının bölge içinde yeniden dağıtılması, mevcut klinik personelin tahsisini en iyi şekilde sağlayabilir. Bu potansiyel insan kaynakları stratejilerinin uygulanmasının, etkili uygulama ve sonuçların sağlanması için denetim ve düzenli düzenlemelerle tamamlanması gerektiği belirtilmiştir (Mahendradhata vd., 2021: 9).

Covid-19 pandemisi hazırlığında artan ihtiyacı karşılamak için ilgili becerilere sahip ek sağlık çalışanlarını işe almak için uzun vadeli finanse edilen pozisyonlar oluşturulmalıdır. İşe yeni alımlar yanında şu kaynaklar mevcut sağlık çalışanı sayısını artırmak için kullanılabilir:

- Hala becerilerine kullanabilen emekliler (Yaşları nedeniyle savunmasız gruba dahil olabilirler. Bu nedenle Covid-19 dışındaki hastalara bakmakla görevlendirilebilirler.)

- İşsiz ancak nitelikli sağlık çalışanları

- Denetimli roller için uygun sağlık görevlileri

- Geçici olarak kamu sektörü Covid-19 müdahalesine görevlendirilen ilgili özel sektör (kar amacı güden ve gütmeyen), araştırma kurumu veya askeri sağlık işgücü

- Sivil toplum kuruluşlarında görev yapan acil sağlık ekipleri

DSÖ ülkelere ve sağlık tesislerine salgının aşamasına, sağlık çalışanı profillerine, nüfus verilerine ve hastaneye yatırılması gereken nüfusun yüzdesine dayalı olarak beklenen ihtiyaçları modelleme konusunda yardımcı olmaktadır (WHO Technical Working Guidance, 2020: 7).

1.3.2. Sağlık İşgücü Dağılımının Rasyonelleştirilmesi

Pandemi ulusal ve yerel sağlık sistemlerini zaman içinde değişen derecelerde etkilediğinden, sağlık çalışanlarının geçici olarak yeniden görevlendirilmesi gerekebilir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının kuruma ve yöneticiye güven duyması önem arz etmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanı sıkıntısıyla karşı karşıya kalınan yerlerde politika yapıcılar ve yöneticiler şunları yapmalıdır:

- Etkilenmeyen veya düşük yoğunluklu alanlardan ve ayrıca sağlık tesisleri içinden ve diğer klinik alanlardan gelen personeli, gönüllülük temelinde ve temel sağlık hizmetlerindeki kesintiyi en aza indirerek Covid-19 müdahalesine yönelik olarak geçici olarak yeniden konuşlandırılmalıdır. Ulusal kapasitenin aşıldığı durumlarda, uluslararası acil sağlık ekipleri dahil olmak üzere bölgesel ve uluslararası mekanizmalar talep edilebilir.

- Hareket kısıtlama önlemleri uygulandığında, sağlık çalışanlarının hastanelere, sağlık tesislerine ve diğer hizmet sunum noktalarına ulaşabilmeleri sağlanmalıdır.

- Sağlık çalışanlarının bireysel uluslararası işe alınması, Covid-19 müdahalesinde önemli bir rol oynayabilir, ancak uluslararası sağlık çalışanı

hareketliliği etik ilkelere uygun olarak yapılmalıdır (WHO Health Workforce Policy and Management in the Context of the COVID-19 Pandemic Response, 2020).

- Hastalara doğrudan klinik tavsiye ve hizmet sunmak, toplum temelli hizmet sağlayıcılara klinik karar desteği sağlamak için web tabanlı ve teletıp platformlarından yararlanılmalıdır (Greenhalgh, Koh ve Car, 2020: 1).

1.3.3. Destekleyici Çalışma Ortamı ve Yönetilebilir İş Yükü

Sağlık çalışanları için yeterli sanitasyon, hijyen ve dinlenme tesislerinin sağlanması için önlemler alınmalıdır. El hijyenini sağlamaları için olanaklar sağlanmalıdır. Dinlenme odası, güvenli içme suyu, kişisel ve menstrual hijyen için malzemeler, tuvalet gibi temel ihtiyaçlar hazır halde bulundurulmalıdır. Temizlik protokolleri hazırlanmalı ve bu protokoller sağlık hizmeti sunum alanlarının günlük hatta daha sık temizliğinin yapılmasını, temizlik yapanların yeterli ve uygun koruyucu ekipman kullanmasını içermelidir. Sağlık ve bakım çalışanlarının iş kıyafetlerini değiştirebileceği ve kıyafet temizliğini sağlayabileceği olanaklar sağlanmalıdır. Sağlık çalışanlarına dezenfektanların güvenli kullanımı, KKD kullanımı ve imhası konusunda eğitimler verilmeli ve yeterli KKD sağlanmalıdır. Kişilere hiçbir koşulda dezenfektan (tünel, kabin veya oda gibi) püskürtülmemelidir (WHO Update on Health and Care Workers during Covid-19, 2021).

Sağlık çalışanlarının kendi aralarındaki ilişkilerinin güçlü olması ve enfeksiyon bulaşmasının engellenmesi için gerekli önlemleri alması çalışanların birbirine olan güvenini koruyacaktır. Ayrıca Covid-19, incinebilir gruplara yönelik damgalamayı, ayrımcılığı, şiddeti ve tacizi daha da şiddetlendirmiştir. İncinebilir grupların eşitliğini ve ayrımcılık yapılmamasını sağlamak amacıyla sağlık çalışanlarının rolleri, bilgi düzeyleri, deneyimleri gözden geçirilerek ilgili alanlarda görevlendirilmesi sağlanmalıdır. Örneğin, yerli olmayan halklar, Covid-19 önleme stratejileri, şiddet ve taciz durumunda sağlık ve destek hizmetlerine nasıl erişebilecekleri konusunda kendi dillerinde bilgi eksikliğine maruz kalmaktadır. Farklı kişisel özelliklere dayalı olarak birden fazla ayrımcılık biçimi kesiştiğinde, etki daha da şiddetli olabilir. Özellikle yabancı nüfusun çok olduğu ülkelerde bu sorun için dil ve kültür bağlamında sağlık hizmeti sunucularında çözüm oluşturacak girişimler faydalı olacaktır (ILO Violence and Harassment Convention, 2019: 3).

1.3.3.1. Enfeksiyonlar, Sağlık Sorunları ve Ölüm

Sağlık ve bakım çalışanları sağlık sistemlerinin temelidir. Evrensel sağlık kapsamına ve küresel sağlık güvenliğine ulaşmanın itici gücüdür. Pandemi boyunca bağlılıkları ve profesyonellikleri herkes tarafından görülmüş; olağanüstü insanlar, olağanüstü işler yapıyorlar şeklinde açıkça belirtilmiştir. Bununla birlikte, birçoğu COVID-19 nedeniyle enfekte olmuş, hastalanmış veya ölmüştür.

DSÖ, Ocak 2020 ile Mayıs 2021 arasındaki dönemde 80.000 ila 180.000 arasında sağlık ve bakım çalışanının COVID-19'dan öldüğünü tahmin etmektedir ve 115.500 ölümlük orta seviyede ölümü raporlamıştır. Bu ölümler trajik bir kayıptır. Bunlar aynı zamanda dünyanın pandemi müdahalesinde yeri doldurulamaz bir boşluktur. Cesaret verici bir şekilde, sağlık ve bakım çalışanları arasında bildirilen enfeksiyon ve ölüm oranı zamanla azaldı; ancak dünya kayıtsız olamaz. COVID-19 nedeniyle sağlık ve bakım çalışanları arasında enfeksiyonlar, sağlık sorunları ve ölümler hakkında veri toplama ve raporlama güçlendirilmelidir (Bryden vd., 2021: 1).

1.3.3.2. Sağlık ve Bakım Çalışanlarını Korumak

Sağlık ve bakım çalışanları ağır iş yükleri yaşayıp ve uzun saatler çalışmaktadır. Her gün insanların acı çekmesine ve ölümüne şahitlik yapmaktadırlar. İş tatminsizliği, güvensizlik, kaygı, sıkıntı, yorgunluk, mesleki tükenmişlik, damgalanma, fiziksel ve psikolojik şiddet düzeylerinin tümü önemli ölçüde artmıştır.

Kadınlar, dünya genelinde sağlık ve bakım çalışanlarının yaklaşık %70'ini oluşturmakta ve doğrudan hasta bakımı verenlerin büyük bir oranını temsil etmektedir. Bununla birlikte, çok sayıda kadın sağlık ve bakım çalışanları, kendi kişisel koruyucu ekipmanlarını yeniden kullanmak, hatta kendi kişisel koruyucu ekipmanlarını yapmak veya erkekler için tasarlanmış kendilerine uygun olmayan giysiler kullanmak zorunda kalmışlardır.

Tıp, hemşirelik ve diğer sağlık alanında öğrenim gören öğrenciler birçok ülkede Covid-19 hastalarının bakım yükünü paylaşmışlardır. Pandemi, öğrencilerin eğitimini kesintiye uğratmış ve olağanüstü zorluklarla karşı karşıya bırakmış, aynı zamanda da yeni iş sorumlulukları için fırsatlar sunmuştur.

Sağlık ve bakım çalışanlarına olan ihtiyaç Covid-19 pandemisi nedeniyle daha da kötüleşmektedir. Ülkelerin %66'sı, temel sağlık hizmetlerinde aksamaların başlıca nedeni olarak sağlık işgücü sıkıntısı olduğunu bildirmiştir.

Sağlık ve bakım çalışanlarının işlerini güvenli bir şekilde yapabilmeleri için yeterli korumaya sahip olmaları zorunludur. Ayrıca, istihdam fırsatlarına, düzenli maaşlara, cinsiyet ve ücret eşitliğine, kaliteli eğitime, sürekli mesleki gelişime, kariyer fırsatlarına, sosyal korumaya ve haklarının etkin bir şekilde tanınmasına ihtiyaçları vardır.

Sağlık ve bakım sağlayan insanlara uzun vadeli, sürdürülebilir yatırımlar sağlanmadan dünyanın COVID-19 pandemisinden kurtulması zordur. Bu yatırımlar sadece gerekli değil, aynı zamanda emek, sağlık ve sosyo-ekonomik hedeflere tahakkuk eden sağduyudur. Mevcut küresel COVID-19 salgını sırasında ve ötesinde sağlık ve bakım çalışanları korunmalıdır (Bryden vd., 2021: 2).

Sağlık ve bakım çalışanlarını korumak aynı zamanda hastaların sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak için çalışmalar yürüten Lüksemburg Devleti, uygun olduğu durumlarda tıbbi reçetelerin veya iş göremezlik raporlarının oluşturulması da dahil olmak üzere Sağlık Müdürlüğü'nün tavsiyesi ile Covid-19 salgını bağlamında tele danışma (telekonsültasyon) için yasalar geliştirilmiştir. Uzaktan muayenenin yüz yüze görüşmeden daha uygun olup olmadığına karar verilmesi hekimin takdirine bırakılmıştır. Hekimin önceden takibinde olan bildiği hastalarla telefon ya da görüntülü arama gibi yöntemlerle görüşüp, iyi niyetli talepleri için sağlık raporu ya da reçete yazabilmektedir. Bu yasalar ile hem halk sağlığının korunması, toplumun sağlık hizmetine ulaşımının kolaylaştırılması, takipli hastaların tedavilerinin aksamaması ve sağlık çalışanlarının sağlığının korunmasının sağlandığı iyi bir uygulama örneği geliştirilmiştir. Bu sayede sağlık çalışanlarının hastadan enfeksiyon alma riski kalmadığı için çalıştıkları kurumun Covid-19 hazırlığına güven duyguları artar (CNS d'Gesondheetskeess/News, 2022).

1.3.3.3. Sağlık ve Bakım Çalışanlarını Aşılama

İşyerinde enfeksiyon riskini en aza indirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Eylül 2021 itibarıyla, 119 ülkeden elde edilen veriler, her beş sağlık ve bakım çalışanından ikisinin, bölgeler ve ekonomik gruplar arasında önemli farklılıklar olmakla birlikte, ortalama olarak tam olarak aşılandığını göstermektedir. Afrika ve Batı Pasifik bölgelerinde her 10 kişiden 1'inden azı tam olarak aşılanmışken, çoğunlukla yüksek gelirli 22 ülke, personelinin %80'inden fazlasının tam aşı olduğunu bildirmiştir.

DSÖ, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki olası ölüm sayısı, genel olarak düşük aşılama oranı, sağlık ve bakım çalışanları arasındaki aşı eşitsizliklerinden derin endişe duyduğunu ortak bildiride açıklamaktadır. Bu durum, pandemiyi yönetmek için bağımlı olunan bireylerin fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını baltalamaktadır. Tüm ülkelerdeki tüm sağlık ve bakım çalışanlarının aşılama hızlandırılmalıdır (Bryden vd., 2021: 1).

1.4. Sistem Geneline Sağlık İş Gücü Sağlayıcılarını Hedefleyen Müdahaleler

Bu başlık altında yönetim ve sektörler arası iş birliği, sağlık bilgi sistemleri için insan kaynaklarının güçlendirilmesi, ihtiyaç değerlendirmesi ve planlama, lisanslama ve düzenleme başlıklarına yer verilmiştir.

1.4.1. Yönetişim ve Sektörler Arası İş Birliği

COVID-19 pandemisi sürecinde, birçok insan bilgi ve becerilerini pandemiye müdahale hizmetine sunmuştur. Tıp öğrencileri, emekli doktor ve hemşireler sağlık hizmeti verenler arasına katılmıştır. Ayrıca sağlık hizmeti sunucuları yanında tüm dünyada dikiş dikmeyi bilen kişiler koruyucu ekipmanları ücretsiz üretmişlerdir. Gönüllüler, temel gıdaları dağıtma çabalarında kuruluşlara ve derneklere katılmışlardır (ILO Violence and Harassment Convention, 2019: 2).

İlaç endüstrileri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları gibi kritik sektörler de ülkelerin pandemilere karşı direncini artırmada önemli bir role sahiptir. Ülkelerin pandemi için ne ölçüde hazır olduğunu anlamak için, değerlendirmelerin devletlerin pandemi tahmin kapasitelerini, sağlık acil durum protokollerini ve kritik sektörlerin hazırlık

durumunu nasıl değerlendirdiği incelenmelidir (OECD, The Changing Face of Strategic Crisis Management, 2015).

Sektörler arası iş birliğini sağlamak amacıyla yöneticiler şunları yapmalıdır:

- Farklı sektörlerde (sağlık, eğitim, finans, kamu hizmetleri, savunma, dış ilişkiler, sosyal güvenlik, askeri, medya, telekomünikasyon), devlet seviyelerinde sektörler arası koordinasyon mekanizmalarını güçlendirerek veya kurarak politika kararlarının ve protokollerin tek tip olarak benimsenmesini teşvik etmek

- Eğitim sektörü ile koordine şekilde sağlık sektörü tarafından öncelikli olarak belirlenen Covid-19 eğitim ve öğretim faaliyetlerine katkıda bulunmak ve liderlik etmek

- Finans sektörü ile koordine şekilde Covid-19 müdahalelerini finanse etmek için kaynakları belirlemek ve tahsis etmek, bunların zamanında dağıtımı ve kullanımı için uygun mekanizmalar geliştirmek

- Su ve sanitasyon sektörü ile koordine şekilde toplumda ve birinci basamakta enfeksiyonun önlenmesi ve kontrolü için güvenli su, sanitasyon ve hijyeni sağlamak

- Çalışan haklarını ve insana yakışır çalışma koşullarını zamanında ele almak, işveren ve çalışan örgütleri ile bunların temsilcileri arasında sosyal diyalogun sağlanması için mevcut mekanizmaları kullanmak veya yeni mekanizmalar geliştirmek (IASC, 2020: 4-20).

1.4.2. Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların İzlenmesi Dahil Olmak Üzere Sağlık Bilgi Sistemleri İçin İnsan Kaynaklarının Güçlendirilmesi

Ulusal ve yerel Covid-19 müdahalesi için sağlık işgücü konusunda kanıta dayalı politikalar oluşturulması için belirli sağlık işgücü göstergelerinin takip edilmesi gerekmektedir (WHO National Health Workforce Accounts, 2018: 1).

Sağlık iş gücü politika yapımcıları ve yöneticileri şunları yapmalıdır:

- COVID-19 müdahalesi için sağlık işgücü planlaması ve izlemesi için veri kullanılabilirliğini sağlamalıdır (Edejer vd., 2020: 1378).

- Sağlık çalışanlarının meslek grupları, dağılımı ve demografiye göre sayılarının belirlenerek, kapasitelerine uygun roller ve becerilerine göre eşleştirerek, sağlık işgücü izleme göstergelerine öncelik vermelidir.

- Mevcut değilse; sağlık bilgi sistemleri içinde insan kaynakları gözetim mekanizmaları uyarlamak, güncel COVID-19 veri tabanı güncellemeleri ile COVID-19 sağlık çalışanı enfeksiyonları, karantina ve ölümler hakkında güvenilir, standartlaştırılmış ve karşılaştırılabilir veriler oluşturmak için sağlık tesislerinden veya alt ulusal raporlama mekanizmalarından özel bir kayıt sistemi oluşturmalıdır (WHO Protocol for assessment of potential risk factors for 2019-novel coronavirus, 2020: 20). COVID-19'un ölüm nedeni olarak onaylanması ve kodlanması için Uluslararası kılavuzda belirtildiği gibi Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) kodlarına göre ölüm nedeni kayıtlara dahil edilmelidir (WHO International Statistical Classification of Diseases, 2020: 8).

- Sağlık çalışanlarının kan, vücut sıvıları, solunum salgılarına maruz kalmalarını ve sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddet olayını izlemek ve raporlamak için sistemler kurulmalıdır (WHO Risk Assessment and Management of Exposure of Health Care Workers in the Context of COVID-19, 2020: 6).

- Politika oluşturmak ve planlama yoluyla zorlukların üstesinden gelmek için verileri kullanarak analiz etmeli, periyodik durum güncellemeleri yaparak projeksiyonlar üretmeli, üretilen bulguları uygun kitlelere dağıtarak politika seçeneklerinin zamanında benimsenmesini sağlamalı ve uygulanmasını takip etmelidir.

1.4.3. İhtiyaç Değerlendirmesi ve Planlama

Pandemiye yanıtta gereken sağlık müdahaleleri için acil müdahale durumunda insan kaynakları, stratejik orta ve uzun vadeli ihtiyaç değerlendirme ve planlama yapılması sürdürülebilir kaynak dağıtımı için daha iyi bir temel oluşturur. Bunun yanında olası sonraki pandemi dalgaları ele alınmış olur. İnsan kaynakları yanında güvenilir ve etkili Covid-19 aşısı için aşı kampanyaları yapılması, devletlerin yeterli aşığı tedarik etmesi, toplumun ulaşılabilirliğinin sağlanması ve öncelikli grupların tespit edilerek aşı kaydı yapacak ve uygulayıcı olacak sağlık çalışanlarının planlanması ile kriz müdahale yönetiminde aşı basamağı sağlanmış olur.

Politika yapıcılar şunları yapmalıdır:

- Covid-19 önleyici, destekleyici, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri için gereken temel beceriler ve işgücü belirlenmelidir. Uluslararası Sağlık Tüzüğü kriterlerine uygun şekilde kapasite belirlemesi yaparak ulusal stratejilerden, müdahale planlarından ve mevcut sağlık işgücünden yararlanılmalıdır (WHO Benchmarks for International Health Regulations (IHR) Capacities, 2019: 6).

- Ani planlar güncellenmeli ve ayrıntılı yeniden konuşlandırma, yeniden dağıtım düzenlemelerinin devreye alınması da dahil olmak üzere acil durum planları oluşturulmalıdır.

- Covid-19 müdahalesiyle ilgili personel ihtiyaçlarının ve sorunlarının belirlenmesi, sağlık işgücünün mevcut mekanizmalara ve süreçlere entegre edilmesi için diğer ilgili kuruluşlarla ve devlet yöneticileri ile iş birliği sağlanmalıdır.

- Kritik olarak ihtiyaç duyulan uzmanlık alanlarından etkili şekilde yararlanmak, alınan sağlık politikası kararlarının daha hızlı benimsenmesi için planlama, sosyal diyalog ve karar alma süreçlerine çeşitli işveren ve sağlık çalışanı liderleri dahil edilmelidir (ILO R205, 2017). Özellikle düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde ulusal düzeyde yapılan analizler sonucu alınan sağlık politikası kararlarına paydaşların dahil edilmesi uygulamaların kolaylaşmasını sağlayacaktır (Erasmus, 2014: 71).

- İşgücü müdahalelerinin sürdürülebilirlik, hazırlık ve dayanıklılık çabalarına katkıda bulunmak için acil ihtiyaçları karşılamının yanında uzun vadeli strateji, planlama ve bütçe tahsisi konuları netleştirilmelidir. Kriz öncesi, kriz anı ve kriz sonrası yapılacak müdahalelere ilişkin sağlık politikaları geliştirilirken ele alınacak politika türlerine Tablo 2’de yer verilmiştir (OECD Tackling Coronavirus, 2022: 2).

Tablo 2. Covid-19 Müdahalelerine İlişkin Politika Türleri

Politika Yanıt Kategorisi	Politika Türleri
Acil Hazırlık	Afet Riski Tahmini ve Öngörüsü
	Acil Durum Protokolleri
	Kritik Sektörlerin Hazırlığı
Kriz Müdahale Yönetimi	Kriz İletişimi
	Kriz Müdahalesinin Yönetimi
	Tüm Toplum Yanıtı
Müdahale ve İyileştirme	Karantina ve Kısıtlamalar
	Ekonomik ve Finansal Destek
	Sağlık Politikaları
	Sosyal Politikalar

Kaynak: OECD. (2022). Tackling Coronavirus (Covid-19): Contributing to a Global Effort. Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), First Lessons from Government Evaluations of COVID-19 Responses: a Synthesis. 24 January 2022.

1.4.4. Lisanslama ve Düzenleme

Covid-19 müdahalesi için geliştirilen sağlık işgücü politikası seçenekleri yeterli sayı ve beceride sağlık çalışanı varken daha uygulanabilir. Ancak sayı ve beceri eksiklikleri ile karşı karşıya olunan ortamlarda tıbbi kapasiteyi güçlendirmek için hemşirelik, yardımcı sağlık personeli ve kalite yönetimi alanında müdahale tedbirlerini uygulamak yeni düzenleme veya mevzuat geliştirilmesi ile olabilir (Kaya vd., 2013: 183). Bunun için;

- Yetki alanlarında lisanslı ancak kimlik bilgileri tanınmayan sağlık profesyonellerine müdahaleye katkıda bulunmaları için geçici lisans verilmesine izin verecek düzenleyici önlemler düzene koyulabilir.

- Uygun olan durumlarda tıp, hemşirelik, eczacılık ve rehabilitasyon mezunlarının hızlandırılmış lisanslanması veya sertifikalandırılması için yollar oluşturulabilir. Zorunlu staj gerekliliklerinden feragat edilebilir. Bu yaklaşım, gelecekte mesleki yeterliliklerinin tanınmasındaki zorluklardan kaçınacak şekilde tasarlanmalıdır.

- Hem sağlık sistemi üzerindeki baskıyı azaltmak hem de sağlık çalışanları ve hastalar için enfeksiyon risklerini en aza indirmek için eczacılara; el ve yüzey dezenfektanları hazırlama, kronik tedavi reçetelerini yenileme, Covid-19, influenza ve A Grubu Streptokok tarama testleri yapma ve aşı uygulama yetkisi verilebilir (Merks vd., 2021: 1808). Eczacılar için Covid-19 pandemisi sürecinde onleyici, tedavi edici ve Covid sonrası semptomları giderici ilaçlar konusunda bilgilendirme amaçlı online eğitimler düzenlenerek, eczacıların hastalara ilaç temini konusunda destek vermeleri sağlanabilir (FIP, 2020).

Bu reformlar kapsamında, sağlık çalışanlarından yetkileri dışında görev yapmalarını talep etmemek de dahil olmak üzere güvenli bir çalışma ortamı sağlanmalıdır.

1.5. Uygun Ortam

Bu başlık altında cinsiyet ve eşitlik, sosyoekonomik faktörler başlıklarına yer verilmiştir.

1.5.1. Cinsiyet ve Eşitlik

Sağlık ve sosyal bakım sektörü, özellikle kadınlar için dünyanın en büyük ve en hızlı büyüyen istihdam sektörlerinden biridir (ILO Improving Employment and Working Conditions in Health Services, 2017). Kadınlar, yaklaşık 5 milyar insana temel sağlık ve bakım hizmeti sağlamaktadır ve yarısı ücretsiz çalışma şeklinde olmakla birlikte küresel sağlığa yıllık tahmini 3 trilyon ABD doları katkıda bulunmaktadır (Langer vd., 2015: 1197).

Kadınlar, dünya genelinde sağlık ve sosyal bakım çalışanlarının yaklaşık %70'ini (WHO Human Resources for Health Observer Series No. 24, 2019: 2) ve hemşirelik ve ebelik iş gücünün yaklaşık %90'ını oluşturmaktadır ve buna rağmen sağlıkta liderlik rolünün yalnızca yaklaşık %25'inin kadınlar tarafından yürütüldüğü tahmin edilmektedir (WHO, State of the World's Nursing, 2020: 6).

Kadınların çoğunlukta olduğu bir meslekte neden bu kadar az kadının lider olduğunun paradoksunu incelenerek sağlık güvenliğini ve herkes için sağlık ve bakım sunumunu etkileyen bu cinsiyet dengesizliğini düzeltmek için alınabilecek eylemler ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir. DSÖ Mart 2019'da "Erkekler tarafından

yönetilen kadınlar tarafından sunulan: küresel sağlık ve sosyal işgücünün cinsiyet ve eşitlik analizi” başlıklı bir dönüm noktası raporu yayınlamıştır. Küresel Sağlık İş Gücü Ağı'nın DSÖ Cinsiyet Eşitliği Merkezi'nin bir ürünü olan bu rapor, evrensel sağlık kapsamına ve diğer sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak için sağlık ve sosyal bakım iş gücündeki cinsiyet eşitsizliklerini ele almak için acil eylem çağrısında bulunmaktadır. Sağlıkta kadınlar ve erkekler arasındaki liderlik farkının, ancak kadınların ilerlemesinin önündeki sistematik engellerin ele alınmasıyla kapatılabileceğinden bahsedilmektedir (WHO Human Resources for Health Observer Series No. 24, 2019: 36).

Dünyada, bu rapor temelli sağlık ve bakım iş gücünde cinsiyet eşitliği hakkında çalışmalar yürütülürken Covid-19 pandemisi tarafından çalışmalara darbe vurulmuştur. COVID-19, sağlık ve bakım iş gücündeki kadınlar üzerinde derin bir etki yaratmıştır ve sektördeki kadınlar arasındaki liderlik boşluğunu daha da genişletmekle tehdit etmektedir.

COVID-19 sağlık ve bakım çalışanlarının yaşamlarını etkilediği gibi fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Her on sağlık ve bakım çalışanından yedisini kadınlar oluşturmaktadır ve pandemiden önemli ölçüde etkilenmektedir (WHO, Policy Action Paper, 2021: 6).

Erkekler tarafından yönetilen sağlık ve bakım iş gücündeki kadınların cinsiyet, eşitlik ve liderlik önündeki engeller ve bulgular şu şekilde sıralanabilir:

- Cinsiyet liderliğindeki boşluklar klişeler, ayrımcılıklar, güç dengesizlikleri ve imtiyazlar tarafından yönlendirilirler.

- Kadınların dezavantajı, ırk ve sınıf gibi diğer kimliklerle kesişir ve onlarla daha da artar.

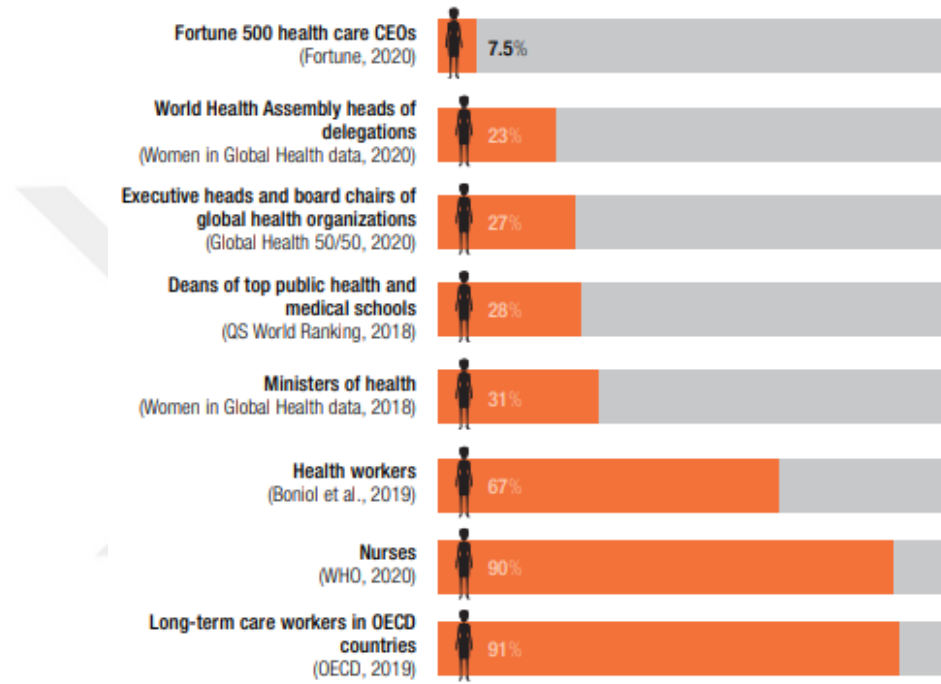
- Küresel sağlık kadınların yetenekleri, fikirleri ve bilgisi dışlanarak zayıflamaktadır.

- Kadın liderler genellikle sağlık gündemini genişleterek herkes için sağlığı güçlendirir.

- Sağlıkta cinsiyete dayalı liderlik boşlukları, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ve evrensel sağlık kapsamına ulaşmanın önünde bir engeldir.

- Kadınlar küresel sağlık ve sosyal iş gücünün neredeyse %70'ini oluşturmaktadır ancak üst düzey liderlik rollerin yalnızca %25'ine sahip oldukları tahmin edilmektedir.

- 2020'de Dünya Sağlık Asamblesi'ne katılan ulusal delegasyonların yalnızca %23'ü kadınlar tarafından yönetilmiştir ve Fortune 500 sağlık şirketlerinin CEO'larının %5'inden azı kadındır (Şekil 2) (WHO, Policy Action Paper, 2021: 2).



Şekil 2. Küresel Sağlıkta Kadının Temsili

Kaynak: WHO, Policy Action Paper. (2021). Home / Publications / Overview / Closing the leadership Gap: Gender Equity and Leadership in the Global Health and Care Workforce. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905> (Erişim Tarihi: 20/08/2022)

Dünya Sağlık Örgütü, Fransa Devleti ve Küresel Sağlıkta Kadınlar, 2021 yılının Uluslararası Sağlık ve Bakım Çalışanları Yılı ilanı ile “Cinsiyet Eşitliği Sağlık ve Bakım İşgücü Girişimi (GEHCWI)” üzerinde ortaklık kurulmuştur. Bu girişim, cinsiyet eşitliğini hızlandırmak ve Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu'nun 25. yıldönümünü kutlamak için BM Kadın Nesil Eşitliği Kampanyası ile sağlık ve bakım iş gücünde cinsiyet eşitliği konusunda görünürlüğü, diyalogu ve eylem taahhüdünü artırmayı amaçlamaktadır. Sağlık ve bakım sektöründe cinsiyet eşitliği, sağlık sistemleri, evrensel sağlık kapsamı (UHC) ve küresel sağlık güvenliği için güçlü bir temel oluşturur. Sağlık ve bakım sektöründe uygulanacak eylemlerin şu dört ana başlık altında yürütülmesi amaçlanmaktadır:

- Sağlık ve bakım liderliği rollerindeki kadın oranını artırmak
- Ücretsiz sağlık ve bakım işinin farkına varmak
- Kadın sağlık çalışanlarını işyerinde taciz ve şiddetten korumak
- Her yerde tüm sağlık çalışanları için güvenli ve insana yakışır çalışma koşulları sağlamak (WGH, 2021).

1.5.2. Sosyoekonomik Faktörler (DSÖ, 2020)

Sosyoekonomik faktörler, ülkelerin önerilen sağlık sektörü müdahalelerini uygulama kapasitesini etkilemektedir. Finansman seçenekleri ve kısıtlamaları ülkeler arasında farklılık göstermektedir.

Politika yapıcılar şunları yapmalıdır:

- Uygulanacak müdahalelere ilişkin maliyet tahminleri geliştirmeli ve ek finansman kaynaklarının göreceli önemini ve fizibilitesini değerlendirmelidir. (Örneğin; cari bütçe dahilinde yeniden tahsis, özel ek bütçe, özel sektör, bağışçılar veya krediler)
- Kısıtlı kaynak söz konusu ise Covid-19 insan kaynakları için gerekli finansman önceliklendirilmelidir.
- Müdahalelerin hedeflerine ulaşması sağlanırken finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için kaynaklar verimli kullanılmalıdır.

Önceden var olan sosyoekonomik zorlukları ele almak için fırsatlar belirlenmelidir. (Örneğin; sağlık çalışanı işsizliği, önemli ölçüde karşılanmamış sağlık işgücü ihtiyaçları olan bazı düşük gelirli ülkelerde paradoksal olarak bir arada bulunmaktadır.) Covid-19 müdahalesi için sağlık insan kaynakları, sağlık kapasitesi ve dayanıklılık için daha uzun vadeli daha fazla insan kaynağı için bir temel oluştururken, artan taleple başa çıkmak için nitelikli ancak işsiz sağlık çalışanlarını sağlık işgücü piyasasına çekmek için bir fırsat olabilir (WHO Health Workforce Policy and Management in the Context of the COVID-19 Pandemic Response 2020: 22).



İKİNCİ BÖLÜM

ÜLKELERDE VE LİTERATÜRDE COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ ÖRNEKLERİ

1. ÜLKELERDE COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ ÖRNEKLERİ

OECD ülkelerindeki birçok devlet, virüsün yayılması ve enfeksiyonu kontrol altına almak için üstlenilen politikalar hakkında vatandaşlara ulaşmak, karantina ve sosyal mesafe kurallarına nasıl uyulacağına ilişkin talimatları paylaşmak için iletişim kanallarını ve bilgi teknolojilerini benzeri görülmemiş bir şekilde kullanmıştır. Bazı devletler, pandemi hakkında iletişim kurmak için yerel aktörler ve sivil toplum kuruluşlarıyla da çalışmıştır. Örneğin; Kanada, devletin mesajlarını kendi topluluklarına iletmeleri için yerli halkların ve diğer etnik azınlıkların liderleriyle birlikte çalışmıştır (OECD Policy Responses to Coronavirus, 2020: 3).

1.1. Kanada Örneği

Kanada Halk Sağlığı Kurumu, kendi sorumluluğu altındaki bölgelerde pandemi ile ilgili müdahale planlarının test edilmesinin lideri konumundadır. H1N1 pandemisinin ardından, her düzeyde planların düzenli ve titiz bir şekilde test edilmesi ihtiyacı, alınan derslerden biri ve Kanada Sosyal İşler, Bilim ve Teknoloji Daimi Senato Komitesinin tavsiyelerinden biri olmuştur. Test alıştırmaları yoluyla; planlar, politikalar ve prosedürler değerlendirmiş, planlama zayıflıkları ortaya çıkarılmıştır. Kaynaklardaki boşluklar ortaya çıkarılmıştır. Organizasyonel koordinasyon ve iletişim geliştirilmiş, roller ve sorumluluklar netleştirilmiştir. Çalışan performansı artırılmıştır. Bu test alıştırmaları yapılırken çalışmalar dinamik bir süreç içerisinde geliştirilmeye devam etmiştir.

Kanada Halk Sağlığı Baş Sorumlusu, ulusal Sağlık Başhekimleri Konseyi'nin tüm üyelerine, Çin'de SARS-CoV-2 virüsü salgını başlarında COVID-19 pnömonisi hakkında bilgi veren e-posta göndererek sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesini amaçlamıştır. Kanada'nın yeni koronavirüsün neden olduğu ilk yerli hastalık vakası 27 Ocak 2020'de doğrulandıktan sonra uluslararası havalimanlarında uygulanan gelişmiş

tarama önlemleri genişletilerek sağlık çalışanları diğer havaalanlarında da görevlendirilmiştir.

Kanada Halk Sağlığı Kurumu, halk sağlığı konusunda federal Sağlık Bakanını destekler ve halk sağlığı için risk oluşturan bulaşıcı hastalıklara karşı ulusal bir yanıtı planlamak ve koordine etmek için önde gelen federal kuruluştur. Kanada Halk Sağlığı Baş Sorumlusu, Kanada Devleti'nin halk sağlığından sorumlu baş sağlık uzmanıdır ve Sağlık Bakanı'na ve kurumun başkanına tavsiyelerde bulunur. Kanada Halk Sağlığı Kurumu, hem COVID-19 salgını sırasında hem de sonrasında illerden ve bölgelerden zamanında, doğru ve eksiksiz gözetim bilgilerinin toplanmasını kolaylaştırmak için bilgi teknolojisi altyapısındaki iyileştirmeleri tamamlamaya devam etmektedir. Halihazırda sürmekte olan bilgi yönetimi ve bilgi teknolojisi iyileştirmelerini geliştirmek ve sürveyansın toplanmasını kolaylaştırmak için Teknik Danışma Komitesi, Özel Danışma Komitesi ve Kanada Sağlık Bilgi Forumu dahil olmak üzere yerleşik yönetim mekanizmaları il ve bölgesel ortaklarla birlikte çalışmaktadır.

2009'daki H1N1 virüs pandemisi için hazırlanan plan ve ulusal kılavuz Kanada'daki COVID-19 salgınının ardından hemen güncellenememiştir. Önceki müdahale planlarının bu salgında güncellenmesi için görev ve sorumluluklar netleştirilmiş, kapsamlı, düzenli ve titiz bir şekilde test edilmeye devam edilmektedir.

Sağlık Portföyü Acil Müdahale Planı oluşturulmuş, acil durum yönetimi rolleri ve sorumlulukları belirlenmiştir. Bu müdahale planı sağlık çalışanlarının normal operasyonlardan acil müdahale operasyonlarına nasıl geçeceği konusunda bir rehber kaynak niteliğinde olmuştur. Ancak pandemiye hazırlıklı olma ve müdahale konusunda 2018'de yapılan ve planın Mart 2020'ye kadar gözden geçirilmesi ve güncellenmesi gerektiğini belirleyen bir değerlendirmeye rağmen, bu planın 2013'ten beri güncellenmediği tespit edilmiştir.

Ulusal Acil Durum Stratejik Stoklama Departmanı, Kanada Halk Sağlığı Kurumu tarafından Kanada'nın herhangi bir yerinde COVID-19 pandemisi nedeniyle ihtiyaç duymaları halinde talep edecekleri tıbbi ekipman ve ilaçlar gibi temel malzemeleri temin etmekle görevlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu, verilerin toplanması ve raporlanması, uygulamaların yanıtının il ve bölge düzeyinde değerlendirilmesini içeren halk sağlığı rehberleri geliştirilmiştir.

Kurumlar arası iş birliği örneği olarak; Kanada Sınır Hizmetleri Ajansı, acil karantina emirlerinin uygulanmasında Kanada Halk Sağlığı Kurumu'na yardım etmede kilit bir destek rolü oynamıştır. Sınır hizmetleri görevlileri, Kanada Halk Sağlığı Kurumu ile iş birliği içinde geliştirilen tarama bilgilerini kullanarak, gelen yolcuları karantinaya alma sorumlulukları veya muaf olduklarında ne yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirmiştir. Sınır hizmetleri görevlileri, Kanada Halk Sağlığı Kurumu adına bireysel iletişim bilgilerini toplamıştır. Sınır hizmetleri görevlileri ayrıca hasta olabilecek yolcuları belirlemiş ve bu yolcuları daha fazla değerlendirme için Kanada Halk Sağlığı Kurumu'nun karantina görevlilerine yönlendirmiştir.

Küresel Halk Sağlığı İstihbarat Ağı (KHSİA), Kanada içinde erken uyarı sağlama temel görevini yerine getirmiştir. 31 Aralık 2019'da ortaya çıkan bir halk sağlığı tehdidine ilişkin erken uyarı, sistem tarafından o gün içinde yayınlanan bir rapor aracılığıyla Kanada içinde iletilmiştir. Kanada Halk Sağlığı Kurumu, bu raporun ardından, gelişmiş sürveyans ve raporlama dahil olmak üzere, ortaya çıkan bu halk sağlığı tehdidinin farkına varmak için derhal harekete geçmiştir. KHSİA dünya çapındaki medya raporlarını izlemek ve uyarılar yayınlayarak ortaya çıkan halk sağlığı olayları hakkında erken uyarı sağlamak için bir analist ekibinden ve otomatik bir web tabanlı araçtan oluşturulmuştur. KHSİA ayrıca çok sayıda uluslararası ve yerel halk sağlığı makalesine bağlantılar sağlayan günlük raporlar da üretmektedir. Günlük raporlar kurum içine, il ve bölge halk sağlığı görevlilerine dağıtılmaktadır.

Pandemi koşullarında alınan kararlar Kanada'ya giren herhangi bir kişinin 14 gün karantinaya alınması ve COVID-19 semptomlarını kendi kendine izlemesi gerekiyordu. Bu süreçte önemli rol üstlenmesi ve ihtiyaç nedeniyle 14 gün karantinada kalma kuralı sağlık çalışanlarına uygulanmamıştır (Office of the Auditor General of Canada, 2021: 23).

1.2. Latin Amerika Örneği: Bolivya Çokuluslu Devleti, Şili, Kolombiya, Ekvador ve Peru

Uluslararası Sağlık ve Bakım Çalışanları Yılı'nda (2021) ve COVID-19 sırasında sağlık çalışanlarının sorunlarına yönelik stratejilerin tasarlanması ve uygulanmasında ülkeleri desteklemek amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Sağlık

İşgücü Departmanı ile birlikte Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) Güney Amerika Alt Bölge Programı, bir dizi ülke vaka çalışması aracılığıyla COVID-19'un sağlık çalışanları ve politika yanıtları üzerindeki etkisinin geliştirilmesini ve analizini desteklemiştir. COVID-19 pandemisinin sağlık için insan kaynakları üzerindeki çok yönlü etkisini belirlemek, analiz etmek ve ölçmek için standartlaştırılmış bir metodoloji ve ölçüm göstergeleri sunan çalışmalar mevcuttur. Özellikle sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, ülkedeki ulaşılabilirliği ve dağılımı, ruh sağlığı, enfeksiyon riski ve sosyal refah üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

COVID-19 için bu bilgi sistemi, sağlık çalışanları için testlerin düzenlenmesi ve uygulanmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Test süreci, testlerin finansmanı, COVID-19'un bir meslek hastalığı olarak tanınması, test yapılması ve veri girişinin sağlanması, testi garanti etmesi gereken kurumların tanımlanması dahil olmak üzere çeşitli faktörlere bağlı olarak ülkeler arasında değişiklik göstermiştir. Ülkelerdeki sağlık çalışanlarında doğrulanmış COVID-19 vaka sayısı ve ölüm oranı düzenli bir veri sistemi ile kayıt altına alınmıştır. Kolombiya, Ekvador ve Peru'da en yüksek COVID-19 vakası yoğunluğu doktorlar ve hemşireler arasında gözlenmiştir. Her bir meslek grubundan sağlık çalışanına duyulacak ihtiyaçlar tahmini olarak hesaplanmıştır. Örneğin; yetişkin ve çocuk yoğun bakım, dahiliye, anesteziyoloji ve genel cerrahi gibi uzmanlık alanlarındaki mevcut ve ihtiyaç duyulan doktor sayısı belirlenmiştir. Sağlık işgücü ile ilgili halk sağlığı kararları, farklı hastalıkları ve riskleri belirlemek için bir bilgi ve sürveyans sistemi gerektirir. Ulusal politika yanıtı beş alanda özetlenebilir:

- Genel müdahale stratejisi
- Tahmini sağlık insan kaynakları ihtiyacı
- Sağlık insan kaynaklarını korumak veya artırmak için önlemler
- Sağlık insan kaynaklarını, enfeksiyon önleme ve kontrolünü, eğitimi ve aşılamayı desteklemek için iş sağlığı ve güvenliği önlemlerini sağlamak
- Finansman

Beş ülkenin tamamı ruh sağlığı bozukluklarının önlenmesi ve hafifletilmesine ek olarak, sağlık çalışanlarının mevcudiyetini sürdürmek veya artırmak ve enfeksiyon

risklerini azaltmak için bir dizi önlem uygulamıştır. COVID-19 pandemisinde sağlıkla ilgili acil durumlara müdahalede sağlık işgücü sorunlarını ele almak için kullanılan stratejiler ve sağlık işgücü yanıtı üç grupta toplanmıştır: ilk müdahale için hazırlık, sağlık sisteminin müdahale kapasitesini artırmak için sağlık işgücünün güçlendirilmesi, önlemlerin gözden geçirilmesi ve güncellenmesi. COVID-19'a ilk müdahale; sağlık çalışanlarına duyulan ihtiyacın, mevcudiyetin ve açıkların belirlenmesini içermektedir. Beş ülkede ek sağlık çalışanının işe alınmasını, görevlendirilmesini ve mevcut personelin yeniden yerleştirilmesini kolaylaştırmayı amaçlayan sağlık işgücü politikaları şunları içermektedir: yeni ya da mevcut işe alım mekanizmaları ile sağlık çalışanı alımı; COVID-19 hastalarının tedavi ve bakımı için diğer servislerde çalışan sağlık insan kaynaklarının geçici olarak tahsisi; yerli ve yabancı öğrencilere ve yeni mezunlara, emeklilere, gönüllülere ve silahlı kuvvetlere başvuru; uluslararası işbirliği; zorunlu sosyal hizmet; vardiya değişiklikleri.

Ülkelerdeki doktor ve hemşirelik personeli sayısı Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile bağlantılı temel sağlık hizmetleri için nüfus yoğunluğuna göre hesaplanmıştır. Ek sağlık çalışanlarının işe alınması ve görevlendirmelerinin kolaylaşması için özel ekonomik teşvikler ve yeterli finansman kaynakları sağlanmıştır. Ülkeler, COVID-19'a müdahale için alınan önlemlerin ek maliyetini finanse etmek için stratejiler tanımlamıştır. Şili, Kolombiya ve Peru genel devlet bütçesinin cari ve yatırım bütçelerinden ağırlıklı olarak mevcut kaynakları kullanmıştır. Ekvador bunu çok taraflı kuruluşlardan alınan hibeler ve kredilerle desteklemiştir. Bolivya Çokuluslu Devleti'ndeki ana finansman kaynağı, pandemi öncesinde kullanıma sunulan ve yeniden kullanılan Dünya Bankası kredisi olmuştur.

Enfeksiyon önleme ve kontrol mekanizmalarının güçlendirilmesi, sağlık çalışanlarına öncelik veren rutin testler, riski belirlemek için kılavuzların yayınlanması ve COVID-19'un teşhisi ve yönetimi konusunda eğitim yapılmıştır. Buna ikramiyeler ve ücret artışları, çalışma koşullarında iyileştirmeler, hayat sigortası (Bolivya Çokuluslu Devleti, Şili ve Peru), COVID-19'un sağlık çalışanları için bir meslek hastalığı olarak tanınması (Şili ve Kolombiya'da), risk gruplarının yaşa, komorbiditeye, hamilelik ve çocuk bakımına göre belirlenmesi, bazı faaliyetlerin durdurulması ve teletıp gibi COVID-19'a daha az maruz kalınan işlere geçilmesi, ruh sağlığı planlarının uygulanması veya güçlendirilmesi eklenmiştir. Son olarak, eğitim

yoluyla yeni olan bu hastalığın tedavisi için yeni yetkinlikler oluşturulmuştur. Bölgeler arasında eşit olmayan sağlık çalışanı dağılımını dengelemek için maaş iyileştirmeleri ve daha iyi çalışma koşulları ile teşvikler sağlanmıştır.

Yukarıdakilerin tümü, her ülkedeki çeşitli kuruluşlar, özellikle sağlık, eğitim, çalışma ve ekonomiden sorumlu bakanlıklar tarafından koordineli bir yaklaşım gerektirmektedir. Verilerin toplanması ve analizlerinin yapılması, COVID-19 salgını sırasında sağlık işgücünü güçlendirmeyi amaçlayan kısa ve uzun vadeli önlemlerin etkisi hakkında daha iyi bir fikir edinmek için önemli olacaktır. Sonuç olarak sağlık politikaları ülke içindeki kurumlar arasındaki koordinasyonla sağlanmıştır. DSÖ verilerine küresel anlamda katkıda bulunulmuştur (WHO Overview of Findings from Five Latin American Countries, 2021: 26-32).

1.3. Danimarka Örneği

Ülkede Covid-19 kriz yönetimi kapsamında getirilen en önemli mevzuat, bulaşıcı hastalıklar kanununun yenilenmesi olmuştur. Mevzuatın 1979'dan bu yana tam olarak yenilenmemiş uzun bir geçmişi vardır. Gözden geçirilen yasa ile gücü merkezileştirmek ve böylece otoritenin eski bölgesel salgın kurullarından Sağlık Bakanı'na geçmesi, yasal yetkiyi bakana devrederek esneklik ve yürütme yetkisi sağlaması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bunun anlamı, Parlamentonun bir kenara bırakılması ve sağlıkta acil durum yönetiminde kilit bir role sahip olan Danimarka Sağlık Otoritesi'nin bir danışma pozisyonunda olmasıdır. Hükümet ve Parlamento'daki partiler, Sağlık Bakanı'nın tarafların sağlık-politika sözcüleri ile görüşeceği yasaların kullanımı konusunda Parlamento'yu bilgilendirmek amacıyla bir grup oluşturmayı kabul etmiştir. Danimarka merkezi hükümeti için oldukça alışılmadık bir şekilde, Başbakanlık, Covid-19'a karşı alınan önlemlerin uygulanmasının politika oluşturma ve uygulamalı kontrolüne doğrudan dahil olmuştur (Folketinget, Managing the Covid-19-Crisis, 2021: 2).

Danimarka makamları Covid-19 kriz yönetiminde karşı karşıya olunan belirsizliklerin yanı sıra Covid-19 gibi büyük ölçekli ve uzun süreli bir krizi yönetmenin, sağlık politikasının ve sağlıkla ilgili acil durumların yönetiminin çok ötesine geçtiğini kabul etmektedir. Politika yapıcılar, Covid-19 pandemisinin ilk aşamalarındaki deneyimlerden gelecekteki sağlık acil durumlarının yönetimi için

dersler çıkarmak ve kriz yönetiminin değerlendirilmesi için şu beş temaya odaklanmaya devam etmektedir:

- Politika yapıcı sağlık profesyonellerinin nitelikli olması ve alınan kararların zamanında olması
- Covid-19 organizasyonel yapısının etkililik ve uygunluğu
- Covid-19 kriz yönetiminin getirdiği yasal endişeler
- Covid-19 stratejisinin sağlık hizmetleri ve hastaneler üzerindeki etkileri
- Kriz sırasında Parlamento ve hükümet arasındaki etkileşim

Danimarka'da Covid-19 pandemisi kriz yönetiminin güçlü ve zayıf yönleri raporlanmıştır. Sağlık yetkilileri zaman kısıtlamaları ve ilgili belirsizlikleri göz önünde bulundurarak özenle geliştirilmiş son teknoloji tavsiyeler vermiştir. Politika yapıcılar sağlık profesyonellerinden tavsiye istemişlerdir ve kararlar alırken dikkate almışlardır. Ancak sağlık yetkilileri, sağlık acil durum planlamasının üzerine inşa edildiği grip salgınlarıyla ilgili eski deneyimlere güvenme eğiliminde olmuştur. Devletin talep ettiği cevapları verme konusu Danimarka Sağlık Otoritesi'nde isteksizliğe neden olmuştur. Sağlık profesyonelleri ve ulusal polis de dahil olmak üzere kurumlarda görev dağılımı yapılmasının Covid-19 organizasyonunda önemli olduğu ortaya koyulmuştur. Pandemi riskleri merkezi düzeyde çok erken fark edilmiş olsa bile, acil duruma hazırlık adımlarının Covid-19 Danimarka'ya ulaştıktan sonra atılmış olması raporda zayıf yönlerden biri olarak belirtilmiştir.

Devlet ve sağlık yetkilileri, ekstra yoğun bakım kapasitesinin harekete geçirilmesi de dahil olmak üzere hastane kapasitesini Covid-19 hastalarına hizmet etmek için harekete geçirmeyi başarmıştır. Biraz gecikmeyle sağlık hizmeti sunucuları ve hastanelerin kişisel koruyucu donanıma sahip olması sağlanmıştır ve test tesisleri kurulması başarılmıştır. Covid-19 ile ilgili kapasite artırılırken diğer hastalara göre Covid-19 hastalarının tedavisine verilen öncelik en kötü durum senaryosuna dayandırılmıştır. Bu nedenle hastanelerde yoğun bakım ünitesi gibi ihtiyaçlara olduğundan fazla kapasitede talebin olduğu görülmüştür.

Raporda, Covid-19'un ilk aşamalarında Danimarka kriz yönetimine ilişkin analizinde, alınan kriz önlemlerinin içeriği ve zamanlamasında komşu Almanya ve

Norveç'te benzerlikler bulunduğundan, İsveç'te ise çok farklı bir strateji seçildiğinden bahsedilmiştir. Hükümetin Covid-19 stratejisinin önemli bir bileşeni, bulaşıcı hastalıklar yasasının gözden geçirilmesi ve ardından özellikle Sağlık Bakanı'na geniş kapsamlı yasal yetkilerin devredilmesi olmuştur. Bu, kendi başına, parlamenter üstünlüğün geleneksel ilkelerine bir saldırı teşkil etmiştir. Mevzuatın parlamentodan hızlı bir şekilde geçirilmesi ve bakanın yeni kazandığı yasal yetkiyi kullanması nedeniyle meclis denetimlerinin olmaması önemli tartışmalara yol açmıştır. Ancak, Sağlık Bakanı ile parlamentodaki partiler arasındaki alışverişi kolaylaştırmak için kurulan meclis temas grubunun, daha çok bakanın gruba covid-19'un gelişimi hakkında bilgi vermesi için bir iletişim yolu olduğu görülmektedir. Dolayısıyla analizin bu bölümünden çıkan sonuç, Covid-19 salgını sırasında kriz yönetiminin parlamenter demokrasiye zarar verdiği ve demokratik meşruiyetin azalmasına katkıda bulunduğudur (Folketinget, Managing the Covid-19-Crisis, 2021: 2).

Rapor, gelecekte bir noktada toplum, örneğin şimdiye kadar bilinmeyen bir virüsten kaynaklanan ciddi bir sağlık krizi tarafından yeniden tehdit edildiğinde, ortaya çıkan belirsizliklere ilişkin olarak çıkarılan derslerin uygulanmasının rahat ve tecrübeye dayanan şekilde olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Covid-19 deneyiminin analizine dayanan raporda, hükümetin tepesinde aşırı merkezileşmeye karşı uyarıda bulunmaktadır. Süreç sadece merkezi olarak kontrol edildiğinde hata riskinin artmasına neden olduğu, ancak bakanlıklar esnek ve işbirlikçi olduğunda personel kaynaklarının seferber edilmesiyle son derece kısa sürede Covid-19 organizasyonunun faaliyete geçtiği görülmüştür.

Danimarka Parlamentosu Daimi Emirler Komitesi; viroloji ve immünoloji, sağlık hukuku ve kamu hukuku, sağlık ekonomisi ve kamu yönetimi ve siyaset bilimi alanlarında uzmanlığı temsil eden beş profesörden oluşan bağımsız bir soruşturma komitesi oluşturmuştur. Komite özetlenen bu raporun incelenmesinden sorumlu olmuştur. Covid-19 ile ilgili her türlü devlet belgesine erişime sahip olan komite ile Danimarka Parlamentosu kendi himayesinde bir soruşturma başlatmıştır. Bu kurumsal yeniliğin, Parlamentonun denetim yetkilerinin güçlendirilmesi konusunda birkaç yıldır devam eden bir tartışmanın sonucu olduğu belirtilmiştir (Folketinget, Managing the Covid-19-Crisis, 2021: 2).

1.4. Fransa Örneği

Fransa Cumhuriyeti Cumhurbaşkanı, Covid-19 salgınının neden olduğu sağlık krizine Fransızların cevabının sağlık, ekonomik ve sosyal olmak üzere üç açıdan değerlendirilmesi ve uluslararası verilerle karşılaştırılması amacının uygulanmasını istemiştir. Bu amaçla multidisipliner perspektifle alanlarında en nitelikli olan bir doktor, bir epidemiyolog, enfeksiyon hastalıkları ve enfeksiyon riskinin önlenmesi uzmanı, bir başkan, bir ekonomist, bir felsefeci ve bir halk sağlığı doktoru bir araya getirilmiştir. 24 Mart 2020'de Fransa Cumhurbaşkanı Analiz, Araştırma ve Uzman Değerlendirme Komisyonu'nu uygulamaya koymuştur. Komite, mevcut kuruluşlarla acilen ve karşılıklı anlayış içinde, onları fon kaynaklarına yönlendirmek için birçok bilimsel, teknolojik ve yenilikçi proje hakkında etkili bir şekilde görüş sağlamıştır ve araştırma yapılandırması da dahil olmak üzere stratejik veriler yayınlamıştır. Ancak bu çalışmaların geniş bir alana dağıtılmaması ve bu aşamada ilgili bakanlıklar tarafından çok az kullanılması talihsiz bir durumdur (République Française Progress Report, 2020: 26).

Sağlık çalışanları eşi görülmemiş ciddiyetle pandemiyle mücadele etmiştir. Bu durum sağlık sisteminin avantajını gösterirken, hazırlık ve yönetim başarısızlıkları da ortaya çıkmıştır. Acil durum planı eyleme geçirilmiş, hastane hizmetleri yeniden düzenlenmiştir. Yoğun bakım yatak kapasitesi 5000'den 10000'e yükseltilmiştir. Kamu ve özel sektör arasında ilk başlarda gerilimler yaşansa da iş birliği sağlanmış, kamu hastanelerinde geçici görevlendirme ile personel istihdamı yerine kliniklerde kapasite oluşturulması desteklenmiştir. Acil duruma uyum ve istekliliğin seferber edilmesi için gösterilen çaba pandemide sağlık işgücünün güçlü olmasına katkı sağlamıştır. Bazı kurumların, bölgesel sağlık yetkilileri ve ana halk sağlığı kuruluşları tarafından destek ve ağ oluşturma önlemleri uygulanmadan önce izole edilmiş olabileceği öngörülmektedir. Yaşlıların evde daha uzun süre kalması, bakım evlerinde yaşayanların artan bağımlılığı yaşlı ve engelli bakım evlerinde tutarlı ve etkili bir şekilde sağlık hizmeti erişiminin sağlanmadığını göstermektedir. Bu uygunsuz önlemler için teledanışma yöntemi dikkate değer bir gelişme olmuştur. Ancak aynı zamanda klinik bakımın etkinliği ve kalitesi açısından gelecek için önemli sorunlar gündeme gelmiştir. Özellikle hastanelerin salgınla mücadele için seferber edilmesi, diğer hastalıkların tedavisinin ertelenmesine veya teşhisin gecikmesine neden

olmuştur. Muayenelerin ve ameliyatların ertelenmesi ya da hastaların gönüllü olarak vaz geçmesinin sağlık üzerine etkilerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi sağlanamamıştır (République Française Progress Report, 2020: 26).

Covid-19'un ülkede görülmesinden bir yıl sonrasında sağlık çalışanlarının ve Fransa halkının tükenmiş olduğu görülmüştür. Ülkenin güçlü hastane sistemi ve ulusal karantina sayesinde şoku absorbe edebildiğine yayınlarda yer verilmiştir. Halk sağlığı ve devlet müdahaleleri hakkında bilgilendirmede büyük şehir belediye başkanları veya ön saflardaki sağlık çalışanları gibi kişilerin dahil edilmesinin halkın güvenini kazanmada önemli olduğundan bahsedilmiştir (Editorial, 2021: 192).

Fransa Ulusal Sağlık Konferansı (Conférence Nationale de Santé [CNS]), Fransa'nın COVID-19 müdahalesine ilişkin karar verme sürecinde sağlık demokrasisinin bulunmadığına dikkat çekmiştir. COVID-19 pandemisinin yarattığı benzeri görülmemiş acil durumlarla karşı karşıya kalan Fransa Devleti'nin, kararlarını bildirmek için neredeyse yalnızca bilimsel uzman komitelerine güvendiğinden bahsetmiştir. CNS, geçmişi eski bir geçmişe dayanan çok sayıda bağımsız üyeden oluşan bir organizasyondur. Bu organizasyonun amacı, Fransa Sağlık Bakanı'na gündemdeki sağlık politikaları hakkında tavsiyelerde bulunmak ve ayrıca CNS üyelerinin tercih ettiği belirli sağlık sorunları hakkında uyarmak ve tavsiyelerde bulunmaktır. Ancak, CNS COVID-19 pandemisinin erken evrelerinde hastaların önleme müdahalelerinde alınan kararlara katılımı sağlanmadığı için sivil toplum ve sağlık demokrasisi danışma organlarına danışmaya tavsiye etmiştir. Sağlık çalışanları tarafından hasta örgütlerine danışılmasının sağlanmasını, bölgesel sağlık demokrasisi organları ile Fransız Sağlık Bakanlığı'nın bölgesel departmanları arasında bilgi paylaşımını ve iletişimi garanti etmeyi tavsiye etmiştir. Organizasyon ayrıca bakanlığın COVID-19 salgınıyla ilgili olarak değerlendirdiği halk sağlığı önlemleri konusunda danışılmasını talep etmiştir.

Fransız Sağlık Bakanı, pandeminin hastalar üzerindeki etkileri konusunda CNS'ye resmi olarak danışmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın talebine yanıt vermek için organizasyon, üyelerini Covid-19'un hasta hakları (ayrımcılık yapmama ilkeleri, tıbbi gizliliğe saygı, açık ve doğru bilgi edinme hakkı dahil), sağlık hizmetlerine eşit erişim ve hasta bakımının kalitesi üzerindeki etkileri hakkında bilgi almak için seferber

etmiştir. Üyeler, CNS'nin Covid-19 sürecinde hasta haklarına ilişkin çok sayıda yazılı katkı hazırlamıştır. Bu sayede, pandeminin hasta hakları ve sağlık bakım yolları üzerindeki yansımalarına ilişkin önemli gözlemlerin yanı sıra gelecekteki sağlık krizi yönetimi için öneriler sunmuştur (Brocard vd., 2021: 201).

1.5. Bangladeş Örneği

Bangladeş'te sağlık kurumlarında doktor sayısı oldukça azdır (0,6 doktor/1.000 kişi). Dünya Bankası verilerine göre hemşire ve ebe sayısı da 1000 kişide 0,4 olarak belirtilmiştir (The World Bank Data – Bangladesh, 2019). Bu nedenle, birçok sağlık çalışanı her gün uzun teledanışma vardiyaları dahil olmak üzere yaklaşık 17 saat çalışmıştır. Bu zorluğu azaltmak için Bangladeş Devleti ek doktor ve sağlık personeli ataması yapmıştır (Islam vd., 2020: 393). Ayrıca sağlık çalışanları, kendilerini Covid-19 enfeksiyonundan korumak için acil durumda maske, eldiven ve kişisel koruyucu ekipman (KKD) sıkıntısıyla karşı karşıya kalmıştır. Yetkili makam tarafından sağlanan yerel olarak üretilen KKD'ler, maskeler ve diğer kitlerin düşük kaliteli olduğu ve tıbbi işgücünü enfekte olmaktan koruyamadığı bildirilmiştir (Asjad, 2020). Devlet tarafından sağlanan KKD'lerin sayısı sağlık çalışanları için yetersiz olmuştur ve bunların nasıl kullanılacağı konusunda çoğunlukla eğitimleri yoktur. Bu nedenle sağlık iş gücü arasında endişe verici kadar yüksek enfeksiyon oranı oluşmuştur. Yakın zamanda yapılan araştırmalar, sağlık kurumlarının kentsel ve kırsal alanlar, kamu ve özel tesisler arasında düzgün bir şekilde dağıtılması, medyanın rolünün güçlendirilmesi, sağlık çalışanlarının işe alınmasının artırılması ve gerekli sağlık ekipmanlarının sağlanmasına odaklanarak Bangladeş'te sağlık yönetişiminin güçlendirilmesine vurgu yapmaktadır (Doza vd., 2020: 2) (Islam vd., 2021: 618).

Sağlık çalışanları Bangladeş'te sosyal damgalanmaya maruz kalmıştır. Arkadaşları, komşuları ve aileleri Covid-19 nedeniyle onlarla iletişim kurmaktan kaçınmıştır. Meslektaşlarının ani ölümüne tanık olmak sağlık çalışanları arasında bir çaresizlik duygusu yaratmıştır ve birçoğunun uykusuzluk yaşamasına neden olmuştur. Sağlık çalışanlarının yeterince takdir edilmemesi, fazla çalışma saatlerine rağmen kendileri için ekstra bir teşvik olmaması değersizlik duygusuna kapılmalarına neden olmuştur. Devlette görev yapan sağlık çalışanları çalıştığı süre kadar izin kullanırken, özel sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarına böyle bir hak tanınmamıştır.

Covid-19 hastaları sağlık hizmeti almak için başvurduğunda herhangi bir güvenlilik protokolü uygulanmaması nedeniyle sağlık çalışanları risk altında çalışmışlardır. Sağlık alışanlarının dahil edildiği nitel araştırmada koordinasyonu sağlayacak ve yönlendirici olacak uzmanların olduğu bir komitenin eksikliğinden bahsedilmiştir. Sağlık alışanları kendilerini nasıl koruyacağı konusunda yeterli eğitim almamıştır. Yani Covid-19 ile Bangladeş'te var olan sağlık sektöründeki aksaklıklar gün yüzüne çıkmıştır.

Her sağlık kurumunda farklı yönetim bölümleri olması koordinasyon başarısızlığına neden olmuştur ve bu da kaotik bir ortama neden olmuştur. Sonuç olarak, hem doktorlar hem de hastalar güvenliği sağlamak için gereken protokollerden emin olamamıştır ve bu da enfeksiyon riskini daha da artırmıştır. Tıbbi personel ve ekipman yetersizliğinin yaygın olması aşırı iş yükü ve güvenlilik tehlikesiyle sonuçlanmıştır (Razu vd., 2021: 6-7).

1.6. Türkiye Örneği

Türkiye güçlü sağlık ordusu, iyi liderlik ve yönetim örneği ile Covid-19 mücadelesinde yüksek başarı göstermiştir. Ülkemiz dünyada Covid-19'la mücadelede en erken önlem alan ülkelerden biri olmuştur. Kriz sürecinin yönetilmesinde sağlık politikaları oluşturması ve uygulama önerileri geliştirmesi amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu henüz ülkede ilk Covid-19 vakası görölmeden önce oluşturulmuştur. Bilimsel Danışma Kurulu alışması sonucu Covid-19 hakkında genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı başlıklı dinamik şekilde güncellenen bir rehberi pandeminin ilk zamanlarında sağlık çalışanları dahil tüm topluma açık şekilde yayınlamıştır. Bunun yanında ilerleyen süreçte erişkin ve ocuk hasta tedavi yönetiminden, salgın yönetimine, sağlık kurumlarında çalışma rehberi ve enfeksiyon kontrol önlemlerine, morg ve defin hizmetlerine kadar çok geniş alanda koruyucu ve tedavi edici sağlık politikalarına bu rehberde ve ek rehberlerde yer verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Salgın Yönetimi ve alışma Rehberi, 2022).

1.6.1. Liderlik ve Yönetişim

Dünya genelinde salgına hazırlıksız yakalanan ülkelerin yanında ülkemiz Cumhurbaşkanı ve Sağlık Bakanı'nın liderliği ile kurulmuş bilim kurulunun önerileri

ve ilk kez 2006 yılında Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanan, en son 2019 yılında yenilenmiş Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı sayesinde hızlı kararlar alarak pandeminin geç görüldüğü ülkelerden biri olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, 2019). Sağlık kurumlarındaki çeşitli seviyelerdeki yöneticiler pandemiyle mücadele etmek için yönetsel planlar geliştirip uygulamıştır. Pandemi sürecinde toplumun doğru kaynaktan bilgilendirilmesi salgının kontrol altında tutulması açısından çok önemlidir. Ülkemizde Cumhurbaşkanı ve Sağlık Bakanı tarafından düzenli olarak basın toplantıları yapılarak halk bilgilendirilmiştir. Bu sayede hem sağlık çalışanlarının hem toplumun pandemiye hazırlıklı bir ülkeye ve kuruma sahip olduğuna yönelik güven duygusu oluşmuştur (İşlek vd., 2021: 57-58).

Sahada duyulan ihtiyaçlar ve beklentiler bağlamında hızlı kararlar alınması için, bilişim sistemlerinden anlık veri toplanması ve verilerin analiz edilmesi önemlidir. Özellikle bilişim alanındaki gelişmeler ile proaktif politika geliştirme yeteneği artacaktır. Kurumlar arası ilişkilerin, hak ve sorumlulukların tanımlandığı mevzuat düzenlemeleri ile yönetişimin etkili bir şekilde hayata geçirilmesi sağlanabilir (İşlek vd., 2020: 51).

1.6.2. Sağlık İnsan Kaynakları

Türkiye’de her 1000 kişiye 1,8 doktor, her 1000 kişiye de 3,0 hemşire ve ebe düşmektedir. OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında doktor ve sağlık çalışanın ilgilenmek zorunda kaldığı hasta sayısının yüksek olduğu görülmektedir (The World Bank Data – Turkey, 2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na bakıldığında bölgeler ve iller arasında uzman ve pratisyen doktor dağılımı arasında farklılıklar olduğu dikkat çekmektedir. Doktor dışında diş hekimi, eczacı, ebe ve hemşire gibi sağlık işgücünü oluşturan personelin sayısının da yeterli olmadığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

Sağlık çalışanlarının mevcudiyetini korumaya ve artırmaya yönelik tıp ve diş hekimliği stajyer doktorları Covid-19 müdahalesine dahil edilmiştir. Türkiye genelinde referans laboratuvarlara ekstra teknisyenler işe alınmıştır. Hemşire ve diğer sağlık çalışanları istihdam edilmiştir. Covid-19 müdahale alanlarında görev yapan sağlık çalışanlarına belli aralıklarla ek ödeme verilmiştir. Sağlık çalışanlarının kronik hastalık, gebelik gibi özel durumları yoksa izin kullanmaları durdurulmuştur. Mevcut

sağlık çalışanlarına çalıştığı kurumda görev yapan enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, halk sağlığı uzmanları ya da Covid-19 alanında ilgili sağlık profesyonelleri tarafından KKD kullanımı, el hijyeni gibi konularda eğitim verilmiştir.

Temaslı takibi, Türkiye'nin her yerinde olası COVID-19 vakalarını takip etmek için çalışan 4.600 ekiple eğitilmiş personel tarafından gerçekleştirilmiştir. Covid-19 tanı ve tedavi alanlarında çalışan sağlık personeline ücretsiz konaklama imkanı sunulmuştur. Türk Psikiyatri Derneği psikososyal destek sağlamak amacıyla sağlık çalışanları için 7/24 ulaşılabilir destek hattı kurmuştur (European Observatory on Health Systems and Policies, 2020).

1.6.3. Sağlık Bilgi Sistemleri ve Sağlık Hizmetleri Sunumu

İl Sağlık Müdürlükleri Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı ekipleri ve birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, olası vakalarla ilgilenmek, hafif Covid-19 vakalarını tedavi etmek ve temaslı takibinden sorumlu olmuştur. Ciddi vakalar hastanelerde tedavi edilmiştir. Sağlık Bakanlığı, HSYS (Halk Sağlığı Yönetim Sistemi) olarak adlandırılan bir elektronik kayıt sistemi ile birinci basamak sağlık kurumları ve hastaneler dahil olmak üzere tüm sağlık sistemi ve tesislerini birbirine bağlanmıştır (European Observatory on Health Systems and Policies, 2020). Her İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki sağlık kurumlarından topladığı verileri Sağlık Bakanlığı'na iletmekle görevlendirilmiştir. Bu veriler yeni vaka sayısı, insidans hızı, vaka ve insidansın demografik özellikleri, günlük yapılan test sayısına göre pozitiflik oranı, hastaneye ve yoğun bakıma yatış sayısı ve hızı, günlük ölüm sayısı gibi göstergeleri içermektedir. Kanıta dayalı karar verilmesi için süreyans çalışmaları toplanan verilerle yapılarak, merkez ve taşra teşkilatı arasında koordinasyon sağlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM, 2021).

Teletıp hizmetine uygun olduğunda hasta konsültasyonlarını yürütmek için bir araç olarak kullanılmasına izin verilmiştir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı birinci basamak hizmet sunucularına e-konsültasyon kullanma yetkisi vermiştir. Ayrıca, daha önce sağlıkla ilgili tüm konular için kullanılan yardım hattı Alo 184 ve il bazında oluşturulan telefon numaraları Covid-19 ile ilgili tüm danışma, bilgi alma, ilaç temini ve numune alınması amacıyla kullanılmaktadır (European Observatory on Health Systems and Policies, 2020).

1.6.4. Uluslararası Dayanışma

Ülkemiz, uluslararası dayanışmayı oldukça önemsemektedir ve kesintisiz işlemleri gereken uluslararası tedarik akışını da desteklemektedir. Kendi sağlık çalışanlarının yeterli tıbbi malzemesini temin etmesi yanında diğer bazı ülkelere de (ABD, Bosna Hersek, Çin, İngiltere, İran, İspanya, İtalya, Libya, Pakistan, Sırbistan, Somali, Sudan, Suriye ve Türkiye Cumhuriyetleri vb.) dayanışma stratejisi kapsamında KKD desteği sağlamıştır. Türkiye, uluslararası ticareti kolaylaştırmak için yeni önlemler alarak KKD'nin yanı sıra gıda ve ilaçların uluslararası tedarikine daha fazla katkıda bulunmayı amaçlamaktadır (Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, 2020: 31). Covid-19 salgını ile ilgili olası ihtiyaçları karşılamak için solunum cihazı gibi özel tıbbi cihazların üretimini hızlandırması amacıyla yeni düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Benzer şekilde, dezenfektan üretimi için ruhsatlandırma süreci hızlandırılmıştır. Ülkemiz Azerbaycan, Bangladeş, Birleşik Arap Emirlikleri, Brezilya, Ekvator, Irak, Kazakistan, Kırgızistan, K.K.T.C, Kolombiya, Libya, Lübnan, Nijer, Nijerya, Romanya, Somali'nin içinde bulunduğu dünyanın dört bir yanındaki ülkelere solunum cihazı ve dezenfektanı hibe ya da ihraç etmiştir (T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2020).

2. LİTERATÜRDE COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ ÖRNEKLERİ

Bu başlık altında İşgücü Politikası Örneği: İş Tatmini ve İşgücü Yönetimi Örneği: Örgütsel Güven başlıklarına yer verilmiştir.

2.1. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık İşgücü Politikası Örneği: İş Tatmini

İş tatmini; insanların işlerini ne kadar sevdikleri ve tatmin edici bulduklarını, bunun yanında çalışanın ihtiyaçlarının işi tarafından karşılanmasını nasıl algıladığı olarak tanımlanabilir. İş tatmini, küresel bir sağlık krizi olan pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının psikososyal risklerinden birini oluşturmaktadır (Soto-Rubio, Giménez-Espert ve Prado-Gascó, 2020: 3-4).

İş tatmini önemli bir mesleki sorundur ve çalışanların iş motivasyonunu, kariyer kararlarını ve hatta kişisel sağlığı ve iş arkadaşlarıyla ilişkilerini etkileyebilmektedir. İş tatmini hisseden sağlık çalışanları hastalar ile de daha iyi

ilgilendirirler. Literatürde yüksek iş yükü, uygun olmayan çalışma saatleri, tatmin edici olmayan kariyer perspektifleri ve zaman baskısı gibi düşük mesleki doyumla ilişkili olabilecek faktörlere yer verilmiştir. Ayrıca düşük maaş, hastalar hakkında yeterli veri bulunmaması ve yanlış teşhis korkusunun düşük iş tatmininden sorumlu ana faktörler olduğundan bahsedilmiştir. İş organizasyonun zayıf olması, işbirlikçi olmayan ve gergin bir çalışma ortamı da iş tatminini etkileyen etmenlerden olmuştur (Gualano, Gili, Bert, Scaioli, Cerutti ve Siliquini, 2016: 38). Bu nedenlerle iş tatminin hissedilmesi işgücü verimliliğini artıracaktır. Yüksek kaliteli tıbbi hizmetin elde edilmesi, sağlık çalışanlarının iş tatmini hissetmesiyle ilişkilidir (Said ve El-Shafei, 2021: 8792).

2.2. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık İşgücü Yönetimi Örneği: Örgütsel Güven

Sağlık işgücü yönetiminde sağlık çalışanlarının örgütsel güveni çalıştığı kuruma olan bağlılığını artıracaktır. Sağlık çalışanlarının performans hedeflerinin belirlenmesi ve örgütsel hedeflerin başarılı olması için örgütsel güven kilit bir rol oynamaktadır. Sağlık çalışanlarının çalıştığı kuruma, yöneticiye ve diğer çalışanlara duyduğu güven hem kurumun hedeflerine ulaşmasını hem de sağlık çalışanlarının iş memnuniyetini artıracaktır. Örgütün Covid-19 salgınına yönelik hazırlıkları ve bu hazırlıklara sağlık çalışanlarının ne kadar güvendiğinin değerlendirilmesi ve güven düzeyini etkileyen etmenlerle ilişkisinin ortaya koyulması bir gerekliliktir (Mamatoğlu ve Aksoy, 2021: 184-186).

Covid-19 pandemisi sürecinde hastalığın yayılmasının önüne geçilmesi ve korunma için davranış değişikliğinin önemine dikkat çekilmiştir. Özellikle sağlık çalışanları arasında bu amaçla maske takmak, el hijyenine özen göstermek, fiziksel mesafeyi korumak gibi önlemler daha da önem kazanmıştır. Sağlık çalışanlarının aldıkları önlemler çalışanlar arasındaki güven duygusunu artıracaktır. Ayrıca pandemi sürecinin yönetiminde halkın devlet yetkililerine güveni ve sağlık çalışanlarının çalıştığı kuruma olan güveni sağlık krizinin başarılı bir şekilde aşılmasında büyük önem arz etmektedir. Koruyucu sağlık davranışlarının desteklenmesinin örgütsel güven üzerine olumlu yönde katkı sağladığı çalışmalarda mevcuttur (Graffigna, Palamenghi, Barelo, Savarese, Castellini, Lozza, Bonanomi, 2021: 1-12).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

1.1. Amaçlar

- DSÖ ve ILO tarafından önerilen Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetimi müdahalelerini ortaya koymak
- Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının aldıkları görevleri belirlemek
- Covid-19 pandemi sürecinde görev aldığı sürece görev tanımı ve sorumluluklarının net olarak belli olma durumunu ortaya koymak
- Covid-19 pandemi sürecinde sağlık işgücü belirlenirken DSÖ'nün tavsiyelerinden biri olan gerekli eğitimlerin verilmesinin uygulanma durumunu ortaya koymak
- Sağlık çalışanlarının çalıştığı organizasyonlardaki Covid-19 hazırlılığı örgütsel güveni ile iş tatmini arasındaki ilişkiyi değerlendirmek
- Sağlık çalışanlarının Covid-19 hazırlılığı ve iş tatmini arasındaki ilişkinin durumuna göre sağlık işgücü ve yönetimi konusunda politikalar geliştirmek
- Gelecekte meydana gelebilecek ve acil eylem gerektiren olağan üstü durum örneği olan pandemiler için daha hızlı ve etkili müdahale yöntemleri geliştirmek için kaynak oluşturmak

1.2. Veri Toplama Aracı

Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetimi hakkında yayınlanan ülke raporları ve makaleler ile DSÖ ve ILO tarafından hazırlanan yayımlar literatür taraması yapılarak incelenecektir. Ülkemizde ve bazı ülkelerde geliştirilen sağlık politikalarına ve uygulanan müdahalelere yer verilmiştir.

Araştırmada ilgili literatür taranarak sosyodemografik, mesleki ve Covid-19 pandemi süreci ile ilgili bilgileri içeren 15 adet soru hazırlanmıştır. Veri toplama formunun devamında 20 maddeden oluşan Minnesota İş Tatmini Ölçeği'ne ve 12 maddeden oluşan Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'ne yer verilmiştir. Anketler Covid-19 pandemi sürecinde çeşitli görevlerde yer alan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Öncesinde anketin uygulanabilirliğini ortaya koymak için 30 sağlık çalışanına ön deneme yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden

bilgilendirilmiş onam formunu kabul etmeleri istenmiştir. Pandemi şartları nedeniyle veriler Google Forms üzerinden çevrimiçi olarak toplanmıştır.

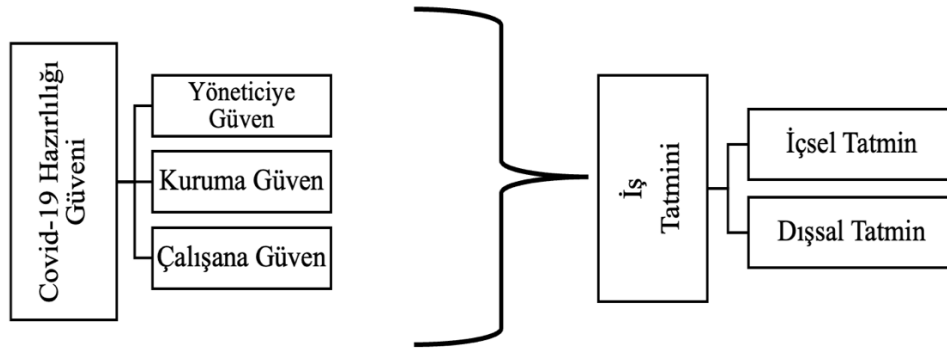
Minnesota İş Tatmini Ölçeği: Weiss, Dawis ve England (1967) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin 1985 yılında Hacettepe Üniversitesi'nden Deniz ve Güliz Gökçora tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Sonraki zamanlarda farklı dilbilimciler tarafından da geliştirilerek kullanılması uygun görülmüştür (Baycan, 1985). Ölçek “işsel iş tatmini” ve “dışsal iş tatmini” olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. İş tatmini işsel faktörler faaliyet, sorumluluk, yaratıcılık, otorite, yeteneklerini kullanma, takdir edilme, başarı, toplumda saygınlık, serbestlik, değişiklik, ahlaki değerler, başkalarına yardım ifadeleri içeren 12 maddeden; dışsal faktörler ücret, terfi imkanı, çalışma koşulları, kurum politikası ve uygulamalar, çalışma arkadaşları, yöneticinin yönetim anlayışı, yöneticinin teknik desteği ve iş garantisi ifadelerini içeren 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert tipinde olup 1-5 puan arasında puanlanmaktadır. 1 “işimin bu yönünden hiç memnun değilim”, 2 “işimin bu yönünden memnun değilim”, 3 “işimin bu yönünden memnun olup olmadığımı konusunda kararsızım”, 4 “işimin bu yönünden memnunum”, 5 “işimin bu yönünden çok memnunum” şeklinde değerlendirilir ve toplam puan ya da çoğu çalışmada ortalama puan olarak hesaplanmaktadır. Minnesota İş Tatmini Ölçeği yurt içinde ve yurt dışında pek çok araştırmada kullanılmıştır. Baycan tarafından 1985 yılında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılarak geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiş, cronbach alfa değeri 0,77 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna ilişkin yapılmış çok sayıda çalışma literatürde mevcuttur.

Covid-19 Hazırlığı Örgütsel Güven Ölçeği (Covid-19 Readiness Organizational Trust Scale): Mamatoğlu ve Aksoy tarafından 2021 yılında geliştirilen ölçek çalışanların, çalıştıkları organizasyonların COVID-19 salgınına hazırlılıklarına güvenini ölçmek amacıyla 6'lı likert tipi ölçek olarak hazırlanmıştır. Ölçeğin üç faktörlü yapısı incelenmiş ve “Yöneticiye Güven” (1., 2., 3. ve 4. maddeler), “Kuruma Güven” (5., 6., 7. ve 8. maddeler), “Çalışana Güven” (9., 10., 11. ve 12. maddeler) alt boyutları oluşturulmuştur. Buna göre, ölçek alt boyutlarından çalışana güven; işyerinde Covid -19 tedbirleri anlamında çalışanların hem kendilerini hem diğerlerini korumaya yönelik olarak alacakları ya da aldıkları tedbirlere, bu konuda ortak mücadele ruhuna ne denli güven duyulduğunu değerlendirmektedir.

Yöneticiye güven, Covid-19 konusunda yöneticilerin farkındalığına, çalışanla kurduğu iletişime ve aldığı tedbirlere duyulan güveni değerlendirmektedir. Kuruma güven, Covid-19 konusunda örgütün çalışanları korumaya yönelik aldığı tedbirlere, izlediği yola ve planlamasına duyulan güveni değerlendirmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından “Yöneticiye Güven” kümülatif olarak toplam varyansın %70’ini açıklarken, “Kuruma Güven” alt boyutunun kümülatif olarak toplam varyansın %77’sini ve “Çalışanlara Güven” alt boyutunun kümülatif olarak toplam varyansın %81’ini açıkladığı görülmüştür. Ölçeğin iç güvenirliğini test etmek amacıyla Cronbach’s Alpha katsayısı hesaplanmış ve toplam ölçeğe ait Cronbach’s Alpha değeri 0,96 iken; Yöneticiye Güven alt boyutunun Cronbach’s Alpha değeri 0.90, Kuruma Güven alt boyutunun Cronbach’s Alpha değeri 0,92, Çalışanlara Güven alt boyutuna ait Cronbach’s Alpha değeri 0,93 olarak bulunarak güvenilir bir ölçek olduğu ortaya koyulmuştur. Ölçeğin puanlandırılmasında bir kestirim noktası olmayıp toplam ölçek puanı ve her bir alt boyutun toplam puanı şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeği geliştiren araştırmacılardan ölçek kullanım izni alınmıştır. (Mamatoğlu ve Aksoy, 2021: 184-186).

1.3. Araştırmanın Modeli

Araştırma tanımlayıcı-kesitsel tipte bir çalışmadır. Sağlık çalışanlarının Covid-19 hazırlılığı güveni ile iş tatmini arasındaki ilişki geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış ilgili ölçekler ile değerlendirilmiştir (Şekil 3). Çalışmada ülkemizde ve diğer bazı ülkelerde Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetimi hakkında daha önceden yapılan çalışmalar ve müdahale örneklerine yer verilmiştir. DSÖ’nün Covid-19 pandemisi için geliştirdiği rehber doğrultusunda pandemilerde sağlık işgücü politikası ve yönetimi konusunda öneriler geliştirilmiştir.



Şekil 3. Araştırmanın Modelinin Şekilsel Gösterimi

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya bilimsel çalışmalara önem veren ve sağlık yönetimi alanına ilgili sağlık çalışanları daha fazla katılmış olabilir. Çalışmaya katılanların çoğunluğunu doktorlar oluşturmuştur. Bu nedenle bulgular tüm sağlık çalışanları için geçerli olmayabilir. Elde edilen bulgulardan çıkarımlar yapılırken çalışmaya dahil olan sağlık çalışanları için geçerli olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca literatürde kayıtlarını iyi tutan gelişmiş ülkelerin verilerine ulaşılabilirken, gelişmemiş ya da gelişmekte olan bazı ülkelerin sağlık çıktılarının raporlarına erişilememiştir. Çalışmada yer verilen politika tavsiyelerinin yerel düzeye uyarlanmasında dikkatli olunması gerekir. Bunun yanında yapılan müdahale örneklerinin kısa vadeli sonuçlarına ulaşılabilirken, uzun vadeli etkileri pandeminin halen devam etmesi nedeniyle henüz bilinmemektedir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Yirminci ve yirmi birinci yüzyılda yaşanan dört pandemi sırasıyla İspanyol Gribi (1918), Asya Gribi (1957-1958), Hong Kong Gribi (1968-1969) ve İnfluenza A (H1N1) (2009-2010) olmuştur. On altıncı yüzyıldan beri İnfluenza pandemileri, 10-50 yıl arasında değişen aralıklarla şiddeti ve etkisi farklılaşarak tekrarlamıştır. Buradan yola çıkarak ülkemizde ve bazı ülkelerde Pandemik İnfluenza Hazırlık Planı hazırlanmış olup belli aralıklarla güncellenmesine karar verilmiştir. Ancak tüm ülkelerin pandemi planlarını güncellemediği ya da ulusal bir hazırlık planı geliştirmedikleri Covid-19 pandemisine yeteri kadar yanıt gösterememeleriyle

sonuçlanmıştır. Ayrıca özellikle pandeminin ilk zamanları dünyada hastalanan hatta yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarının oldukça çok sayıda olması nedeniyle sağlık politikalarının geliştirilmesi ve yönetiminde büyük eksikler olduğu anlaşılmaktadır. Acil eylem gerektiren pandemiler için yeteri kadar önlem alınmaması ya da uygulanan müdahalelerin sonuçlarının değerlendirilmesi gelecekte meydana gelebileceği öngörülen pandemilerde sağlık işgücünün korunması için katkı sağlayacağı düşünülmektedir. DSÖ'nün Covid-19 pandemisi için geliştirdiği tavsiyeler bağlamında bazı ülkelerdeki sağlık işgücü politikası ve yönetimi örneklerine yer verilmiştir. Bu çalışma ile halen devam eden Covid-19 pandemi sürecindeki sağlık işgücü politikaları ve yönetimi konusuna ayrıntılı literatür taramasına yer verilmiştir. Sağlık çalışanlarının Covid-19 pandemi sürecindeki iş tatmini ve Covid-19 hazırlılığı örgütsel güven düzeyi değerlendirilmiştir. Bunun yanında literatürde sağlık çalışanlarının iş tatmini düzeyi ile Covid-19 hazırlılığı örgütsel güven düzeyi arasındaki ilişkinin ilk araştırıldığı çalışmadır.

1.6. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Tablo 3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Yıl	2022												2023	
Aylar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
Konunun belirlenmesi														
Literatür tarama														
Veri toplama aracının geliştirilmesi														
Veri toplanması ve veri girişi														
Veri analizi														
Araştırma raporunun yazılımı														
Araştırma Sunumu														

1.7. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Yöneticiye Örgütsel Güven alt boyutu iş tatminini pozitif yönde etkilemektedir.

H2: Çalışana Örgütsel Güven alt boyutu iş tatminini pozitif yönde etkilemektedir.

H3: Fırsat Yönünden Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.

H4: İşin Niteliğinden Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.

H5: Çalışma Ortamından Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.

1.8. Verilerin Analizi ve Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Analize başlanmadan önce değişkenler verilerin kalitesinin kontrol edilmesinin ardından uygun şekilde gruplandırılmıştır. Analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve sonrasında analitik bulgularına yer verilmiştir.

Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik verilerin sayı ve yüzde değerleri, ölçümsel verilerin aritmetik ortalama, ortanca, standart sapma, minimum, maksimum, 1. çeyrek ve 2. çeyrek değerleri sunulmuştur.

Analitik bulgulara tek değişkenli bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenlere göre dağılımına yer verilmiştir. Sürekli sayısal değişkenlere uygulanan normallik testinde skewness ve kurtosis değerlerinin -1,5 ile +1,5 aralığında seyretmesi normal dağılıma uygunluk olarak değerlendirilmiştir (Tabachnick and Fidell, 2013). Kategorik değişkenlerle sürekli değişkenlerin ilişkisi bağımsız gruplarda t testi ve one way Anova testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yapılan testlerde p değerinin 0,05'in altında saptanması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılıkları madde-toplam puan korelasyon katsayıları ve Cronbach alfa değerleri hesaplanarak incelenmiştir. Cronbach alfa değeri 0,70 ve üzerinde kabul edilebilir bir değer olarak kabul edilmiştir. İç güvenilirlik değerinin 0.90'dan büyük olması çalışmanın yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Güriş, 2014).

Bu çalışmada faktör analizi yapılırken ‘Temel Bileşenler (Principal Components) Analizi’ uygulanmıştır. Faktör için örneklem büyüklüğünün uygunluğu Kaiser Mayer Olkin (KMO) Testi ve ölçekteki ifadelerin faktör analizi için uygunluğu ise Bartlett’in Küresellik Testi ile değerlendirilmiştir. KMO katsayısı 0,60’tan büyük olması örneklem sayısının yeterli olduğunu gösterir ve 1’e ne kadar yakınsa o kadar iyi bir örneklem sayısına ulaşılmış demektir. Bartlett’in Küresellik Testine ait p değerinin $<0,05$ olması ise ölçekteki soruların faktör analizi için uygunluğunu gösterir (Leech, 2005) (Tavşancıl, 2005).

1.9. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya Covid-19 pandemi sürecinde filyasyon (temaslı takibi), Covid çağrı merkezi, il koordinasyon merkezi, pcr test polikliniği, Covid polikliniği, aşı, Covid servisi, Covid yoğun bakımı gibi alanlarda görev alan sağlık çalışanları dahil edilmiştir. Google Forms üzerinden sağlık çalışanlarına ulaşılmıştır.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde, nicel araştırmalar için önerilen; örneklem hacmi hesaplama formülünden yararlanılmıştır. Formül ile hesaplama yapılırken standart sapma (s) 1, anlamlılık düzeyi 0,05, $Z_{\alpha}=1,96$, örneklem hatasını temsil eden etki büyüklüğü (d) 0,1 ve hesaplanan örneklem büyüklüğü 384 olarak belirlenmiştir (Ural ve Kılıç, 2006). Ayrıca uygun örneklem sayısının belirlenmesinde analiz sonuçlarının yanıltıcı olmaması için araştırmada kullanılan ölçeklerin madde sayısının 10 katından az olmaması gerektiği belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2018). Minnesota İş Tatmini Ölçeği 20 madde, Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır. Bu nedenle en az 384 katılımcıya ulaşıldığında madde başına 10 kişilik örneklem şartı da sağlanmış olacağı için 400 kişiye ulaşıldığında veri toplanması durdurulmuştur. Çalışmaya dahil edilecek sağlık çalışanlarının seçiminde basit rastgele örnekleme yöntemi ile katılımda gönüllü olma dikkate alınmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmaya toplam 400 kişi katılmıştır. Bulgular kısmı demografik veriler, faktör analizi sonuçları, güvenilirlik analizi sonuçları, korelasyon analizi sonuçları ve çoklu regresyon analizi sonuçları olmak üzere toplam 5 başlıkta sunulmuştur.

1.1. Demografik Veriler

Çalışmaya katılanların %65,5'i (262 kişi) kadın, %34,5'i (138 kişi) erkektir. Katılımcıların %24,2'si (97 kişi) bekar, %75,8'i (303 kişi) evlidir. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna baktığımızda %66,5'i (266 kişi) çocuk sahibi olduğunu, %33,5'i (134 kişi) çocuk sahibi olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %3,3'ü (13 kişi) lise, %75,5'i (302 kişi) üniversite, %5,2'si (21 kişi) yüksek lisans, %16,0'ı (64 kişi) doktora öğrenim seviyesinde olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik		Sayı	Yüzde*
Cinsiyet	Kadın	262	65,5
	Erkek	138	34,5
Medeni durum	Bekar	97	24,2
	Evli	303	75,8
Çocuk sahibi olma	Evet	266	66,5
	Hayır	134	33,5
Öğrenim durumu	Lise	13	3,3
	Üniversite	302	75,5
	Yüksek lisans	21	5,2
	Doktora	64	16,0
	Toplam	400	100,0

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $35,5 \pm 6,5$, yaş ortancası 34,0, minimum yaşı 22 ve maximum yaşı 57'dir. Katılımcılar meslekte ortalama $12,2 \pm 6,7$ yıl, ortanca 11,0 yıl, minimum 1 yıl ve maximum 36 yıl çalışmışlardır. Pandemi sürecinde haftalık çalışma saati ortalama $49,4 \pm 12,7$ saat, ortanca 48,0 saat, minimum 40 saat ve maximum 112 saattir (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma Grubunun Yaş, Meslekte Çalışma Yılı ve Pandemi Sürecinde Haftalık Çalışma Saati Değerleri Dağılımı

(n=400)	Ortalama±SS	Ortanca	Min-Max
Yaş	35,5±6,5	34,0	22-57
Meslekte çalışma yılı	12,2±6,7	11,0	1-36
Pandemi sürecinde haftalık çalışma saati	49,4±12,7	48,0	40-112

SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Çalışmaya katılanların %26,5'i (106 kişi) kronik hastalığa sahip olduğunu, %73,5'i (294 kişi) kronik hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Kronik hastalığa sahip olduğunu belirtenlerin %19,8'i (21 kişi) hipertansiyon, %15,1'i (16 kişi) tiroid hastalıkları, %15,1'i (16 kişi) sindirim sistemi hastalıkları, %13,2'si (14 kişi) solunum sistemi hastalıkları, %9,4'ü (10 kişi) eklem hastalıkları, %9,4'ü (10 kişi) diyabet ya da insülin direnci, %9,4'ü (10 kişi) kadın hastalıkları, %8,5'i (9 kişi) sinir sistemi hastalıkları sahibidir (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma Grubunun Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu ve Sahip Olduğu Kronik Hastalığa Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Kronik hastalığa sahip olma (n=400)*		
Evet	106	26,5
Hayır	294	73,5
Sahip olduğu kronik hastalık (n=106)**		
Hipertansiyon	21	19,8
Tiroid hastalıkları	16	15,1
Sindirim sistemi hastalıkları	16	15,1
Solunum sistemi hastalıkları	14	13,2
Eklem hastalıkları	10	9,4
Diyabetes mellitus/İnsülin direnci	10	9,4
Kadın hastalıkları	10	9,4
Sinir sistemi hastalıkları	9	8,5
Kalp hastalıkları	7	6,6
Ruhsal hastalıklar	6	5,7
Cilt hastalıkları	4	3,8

*Sütun yüzdesi alınmıştır. **Birden fazla kronik hastalığı olanlar bulunmaktadır. Kronik hastalığı bulunan toplam kişi sayısı üzerinden yüzde hesaplanmıştır.

Meslekleri sorulduğunda çalışmaya katılanların %36,7'si (147 kişi) doktor, %24,0'ı (96 kişi) hemşire, %11,7'si (47 kişi) tıbbi sekreter, %5,7'si (23 kişi) teknisyen, %5,2's, (21 kişi) ebe, %5,0'ı (20 kişi) diş hekimi, %2,5'i (10 kişi) psikolog, %2,3'ü (9 kişi) fizyoterapist, %2,3'ü (9 kişi) diyetisyen, %2,0'ı (8 kişi) sağlık memuru, %1,5'i (6 kişi) acil tıp teknisyeni, %0,5'i (2 kişi) sosyal hizmet uzmanı, %0,3'ü (1 kişi) eczacı ve %0,3'ü (1 kişi) biyolog olduğunu belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırma Grubunun Meslek Dağılımı

Meslek	Sayı	Yüzde*
Doktor	147	36,7
Hemşire	96	24,0
Tıbbi sekreter	47	11,7
Teknisyen	23	5,7
Ebe	21	5,2
Diş Hekimi	20	5,0
Psikolog	10	2,5
Fizyoterapist	9	2,3
Diyetisyen	9	2,3
Sağlık memuru	8	2,0
Acil Tıp Teknisyeni	6	1,5
Sosyal Hizmet Uzmanı	2	0,5
Eczacı	1	0,3
Biyolog	1	0,3
Toplam	400	100,0

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Çalışmaya katılanların %77,5'i (310 kişi) Sinovac ve Biontech, %9,7'si (39 kişi) sadece Sinovac, %8,0'ı (32 kişi) sadece Biontech, %1,5'i (6 kişi) sadece Turkovac, %0,7'si (3 kişi) Sinovac, Biontech ve Turkovac, %0,3'ü (1 kişi) Sinovac ve Turkovac aşısı olmuştur. %2,3'ü (9 kişi) ise hiç aşı olmamıştır (Tablo 8). Katılımcıların %57,7'sinin (231 kişi) covid-19 pcr testi en az 1 kez pozitif olmuştur, %42,3'ünün (169 kişi) ise covid-19 pcr testi hiç pozitif olmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırma Grubunun Oldukları Aşıların Dağılımı

Olunan aşılar	Sayı	Yüzde*
Sinovac ve Biontech	310	77,5
Sadece Sinovac	39	9,7
Sadece Biontech	32	8,0
Sadece Turkovac	6	1,5
Sinovac, Biontech ve Turkovac	3	0,7
Sinovac ve Turkovac	1	0,3
Hiç aşı olmayan	9	2,3
Covid-19 Pcr testi pozitifliği		
Evet	231	57,7
Hayır	169	42,3
Toplam	400	100,0

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Çalışmaya katılanların %82,8'i (331 kişi) HSYS, %81,3'ü (325 kişi) HES, %42,0'ı (168 kişi) FİTAS, %16,3'ü (65 kişi) AŞILA, %12,3'ü (49 kişi) SİNA, %3,8'i (15 kişi) MIZ, %0,5'İ (2 kişi) AHBS, %0,5'İ (2 kişi) LBYS bilişim uygulamalarını covid-19 pandemisi sürecinde kullanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırma Grubunun Covid-19 Pandemisi Sürecinde Kullandığı Bilişim Uygulamaları Dağılımı

Covid-19 pandemisi sürecinde kullanılan bilişim uygulamaları (n=400)	Sayı	Yüzde*
HSYS	331	82,8
HES	325	81,3
FİTAS	168	42,0
AŞILA	65	16,3
SİNA	49	12,3
MIZ	15	3,8
AHBS	2	0,5
LBYS	2	0,5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Toplam kişi sayısı üzerinden yüzde hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılanların %42,3'ü (169 kişi) filyasyonda, %34,0'ı (136 kişi) Covid servisinde, %32,5'i (130 kişi) Covid aşı polikliniğinde, %31,8'i (127 kişi) pcr test polikliniğinde, %24,5'i (98 kişi) Covid polikliniğinde, %22,8'i (91 kişi) Covid yoğun bakımda, %16,0'ı (64 kişi) il koordinasyon biriminde, %15,0'ı (60 kişi) Covid çağrı merkezinde Covid-19 pandemisi sürecinde görev almıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırma Grubunun Covid-19 Pandemisi Sürecinde Aldıkları Görevlerin Dağılımı

Covid-19 pandemisi sürecinde alınan görevler(n=400)	Sayı	Yüzde*
Filyasyon	169	42,3
Covid Servisi	136	34,0
Covid Aşı Polikliniği	130	32,5
Pcr Test Polikliniği	127	31,8
Covid Polikliniği	98	24,5
Covid Yoğun Bakım	91	22,8
İl Koordinasyon Birimi	64	16,0
Covid Çağrı Merkezi	60	15,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Toplam kişi sayısı üzerinden yüzde hesaplanmıştır.

Katılımcıların %61,8'i (247 kişi) covid-19 pandemisinde görevlendirilmeden önce yapacağı işler, koruyucu önlemler konusunda çalıştığı birim tarafından eğitim aldığını, %38,3'ü (153 kişi) ise eğitim almadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %61,5'i (246 kişi) covid-19 pandemisi sağlık hizmetlerinde rol aldığı sürece görev tanımı ve sorumluluklarının net olarak belli olduğunu, %38,5'i (154 kişi) net olarak belli olmadığını belirtmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Araştırma Grubunun Covid-19 Pandemisinde Görevlendirilmeden Önce Eğitim Alma, Görev ve Sorumluluklarının Net Olarak Belli Olma Durumu Dağılımı

	Sayı	Yüzde*
Covid-19 pandemisinde görevlendirilmeden önce eğitim alma durumu		
Evet	247	61,8
Hayır	153	38,3
Covid-19 pandemisinde rol alırken görev tanımı ve sorumluluklarının net olarak belli olma durumu		
Evet	246	61,5
Hayır	154	38,5
Toplam	400	100,0

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

1.2. Faktör Analizi

Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Uygunluk Testi Ölçeklerin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi için öncelikli olarak göz önüne alınmaktadır. KMO değer aralığının uygunluk düzeyi Tablo 12’de gösterilmiştir (Yurdugül, 2017: 1).

Tablo 12. Kaiser-Meyer-Olkin Geçerlilik Değerleri

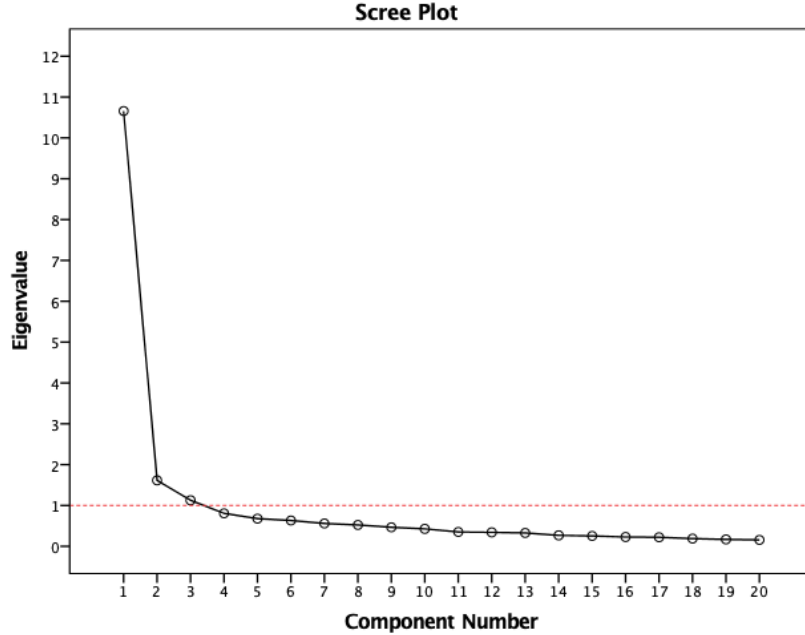
KMO Değer Aralığı	Uygunluk Düzeyi
$1.00 \leq KMO \leq 0.90$	Mükemmel
$0.90 \leq KMO \leq 0.80$	İyi
$0.80 \leq KMO \leq 0.70$	Orta
$0.70 \leq KMO \leq 0.60$	Zayıf
$0.60 \leq KMO \leq \dots$	Kötü

Barlett Testi ve Kaiser- Meyer-Olkin testi sonuçları Tablo 13’te gösterilmiştir ve araştırmanın tüm ölçeklerinin KMO değeri 0,952 bulunmuş tur. Faktör analizi için mükemmel düzey olan bu değer örneklem büyüklüğü sonucu ortaya çıkmıştır. Barlett küresellik testi sonucu incelendiğinde ki-kare ($p < 0,01$) değerinin de anlamlı olduğu görülmüştür.

Tablo 13. Araştırmanın Ölçeklerine ait KMO ve Bartlett's Test İstatistikleri

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Uygunluğu Ölçüsü	0,952
Bartlett's Küresellik Testi Yaklaşık Ki-Kare Değeri	9839,779
Serbestlik Derecesi (sd)	406
Anlamlılık Düzeyi (Sig.)	<0,001

Faktör analizi öncesinde iki alt boyut ve 20 ifadeden meydana gelen Minnesota İş Tatmini Ölçeği analiz sonrasında özdeğeri 1'den büyük, kümülatif varyansı %67 olan 3 boyut ve 18 ifadeden meydana gelmektedir (Tablo 14). Birden fazla faktörde, 0,10'dan daha az bir farkla yer alan herhangi bir madde, binişik bir madde olarak değerlendirildiğinden, bu özellikteki maddeler ölçekten çıkarılır (Karagöz ve Kösterelioğlu, 2008, 90). Rotasyon yöntemi olarak Varimax Metod kullanılmıştır. 11. ve 19. madde binişik madde olduğu için ölçekten çıkarılmıştır (Tablo 15). Scree Plot Grafiği'nde Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin 3 alt boyuttan oluştuğu gösterilmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin Scree Plot Grafiği

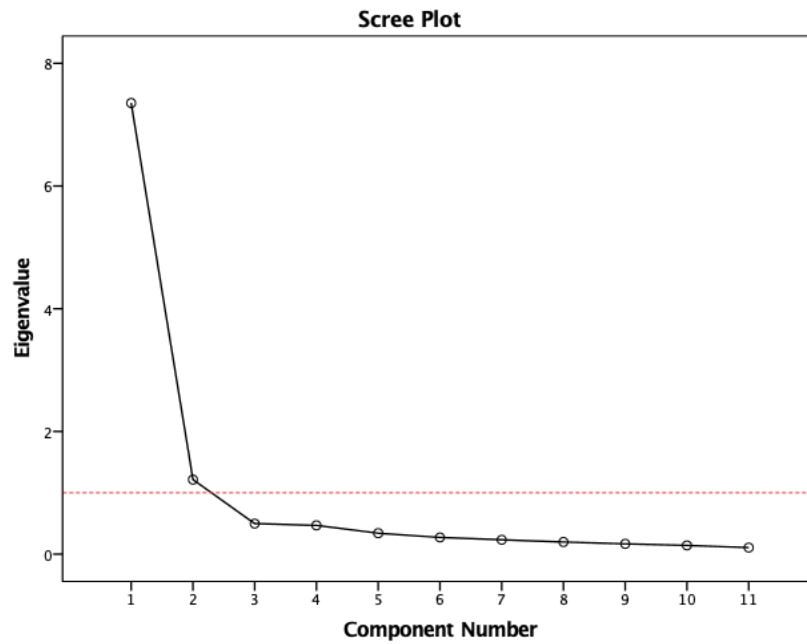
Tablo 14. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin Faktör Özdeğerleri ve Varyans Oranları

Faktör	Ozdeğer	Açıkladığı Varyans Oranı, %	Kümülatif Varyans Oranı, %
Faktör 1	10,659	53,294	53,294
Faktör 2	1,615	8,077	61,372
Faktör 3	1,127	5,637	67,009

Tablo 15. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin Faktör Analizi ve Boyutların İsimlendirilmesi

İfadeler	Faktörler	Faktör Yüğü
1. Beni her zaman meşgul etmesi bakımından	F3: Çalışma ortamından tatmin	0,597
2. Bağımsız çalışma imkânının olması bakımından	F1: Fırsat yönünden tatmin	0,602
3. Ara sıra değişik şeyler yapabilme imkânı bakımından	F3: Çalışma ortamından tatmin	0,517
4. Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana vermesi bakımından	F2: İşin niteliğinden tatmin	0,604
5. Yöneticinin emrindeki kişileri iyi yönetmesi bakımından	F3: Çalışma ortamından tatmin	0,694
6. Yöneticinin karar verme yeteneği bakımından	F3: Çalışma ortamından tatmin	0,763
7. Vicdani bir sorumluluk taşıma şansını bana vermesi yönünden	F1: Fırsat yönünden tatmin	0,751
8. Bana garantili bir gelecek sağlaması yönünden	F1: Fırsat yönünden tatmin	0,700
9. Başkaları için bir şeyler yapabildiğimi hissetmem yönünden	F1: Fırsat yönünden tatmin	0,829
10. Kişileri yönlendirmek için fırsat vermesi yönünden	F1: Fırsat yönünden tatmin	0,819
11. İşimle ilgili alınan kararların uygulamaya konması yönünden	F2: İşin niteliğinden tatmin	0,604
12. Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret yönünden	F2: İşin niteliğinden tatmin	0,792
13. Terfi imkânının olması yönünden	F2: İşin niteliğinden tatmin	0,795
14. Kendi fikir-kanaatlerimi rahatça kullanma imkânı vermesi yönünden	F2: İşin niteliğinden tatmin	0,727
15. Çalışma şartları yönünden	F3: Çalışma ortamından tatmin	0,761
16. Çalışma arkadaşlarının birbirleriyle anlaşmaları yönünden	F3: Çalışma ortamından tatmin	0,638
17. Yaptığım iş karşılığında takdir edilmem yönünden	F3: Çalışma ortamından tatmin	0,624
18. Mesleğimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme imkânı vermesi açısından	F2: İşin niteliğinden tatmin	0,600

Faktör analizi öncesinde üç alt boyut ve 12 ifadeden meydana gelen Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği analiz sonrasında özdeğeri 1'den büyük, kümülatif varyansı %78 olan 2 boyut ve 11 ifadeden meydana gelmektedir (Tablo 16). Birden fazla faktörde, 0.10'dan daha az bir farkla yer alan bir madde binişik madde olarak değerlendirildiğinden, 7. madde ölçekten çıkarılmıştır (Tablo 17). Rotasyon yöntemi olarak Varimax Metod kullanılmıştır. Scree Plot Grafiği'nde Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin 2 alt boyuttan oluştuğu gösterilmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin Scree Plot Grafiği

Tablo 16. Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin Faktör Özdeğerleri ve Varyans Oranları

Faktör	Özdeğer	Açıkladığı Varyans Oranı, %	Kümülatif Varyans Oranı, %
Faktör 1	7,353	66,845	66,845
Faktör 2	1,215	11,049	77,894

Tablo 17. Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin Faktör Analizi ve Boyutların İsimlendirilmesi

İfadeler	Alt boyut	Faktör Yüğü
1. Üstlerim Kovid-19 riski konusunda bilinçlidir.	F1: Yöneticiye Örgütsel Güven	0,833
2. Üstlerim Kovid-19 riskine karşı çalışanlarla sürekli iletişim halindedir.	F1: Yöneticiye Örgütsel Güven	0,848
3. Üstlerim Kovid-19 riskine karşı güvenliği sağlamada yetkindirler.	F1: Yöneticiye Örgütsel Güven	0,863
4. Üstlerim her çalışanın diğer çalışana Kovid-19 bulaştırabileceğinin farkındadır.	F1: Yöneticiye Örgütsel Güven	0,756
5. Çalıştığım kurumun önceliğı üretimden önce çalışanlarını Kovid-19 riskine karşı korumaktır.	F1: Yöneticiye Örgütsel Güven	0,737
6. Çalıştığım kurumda Kovid-19'a karşı alınan önlemler yeterlidir.	F1: Yöneticiye Örgütsel Güven	0,750
7. Çalıştığım kurum Kovid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması konusunda erken davranmıştır.	F2: Çalışana Örgütsel Güven	0,661
8. İşyerimde çalışanlar Kovid-19 riskine karşı işyerinde gerekli kişisel tedbirleri alır.	F2: Çalışana Örgütsel Güven	0,839
9. İşyerimde çalışanlar Kovid-19 riski ile mücadelede ortak sorumluluk bilinciyle hareket eder.	F2: Çalışana Örgütsel Güven	0,868
10. İşyerimde çalışanlar bir diğerine Kovid-19 bulaştırma ihtimaline karşı gerekli hassasiyeti gösterir.	F2: Çalışana Örgütsel Güven	0,874
11. İşyerimde çalışanlar diğer çalışanları Kovid-19'a karşı önlem alması konusunda uyarırlar.	F2: Çalışana Örgütsel Güven	0,854

1.3. Güvenilirlik Analizi

Bir ölçeğın değerlendirmek isteği ölçütü ne kadar doğru ölçtüğünü belirlemek için güvenilirlik analizi yapılmaktadır. Güvenilirlik analizi ölçekteki maddelerin birbiri ile olan tutarlılığını değerlendirmektedir. Ölçme aracı olarak kullanılan likert tipi ölçekteki maddelerin tutarlılığı conbach alpha katsayısı ile ölçülmektedir. Cronbach alpha (α) katsayısının 0,70 ve üzerinde olması ölçeğın güvenilir olduğunu göstermektedir. Cronbach alpha katsayılarının yorumu aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo 18) (Kılıç, 2016: 48).

Tablo 18. Cronbach Alpha Değerinin Yorumu

Cronbach Alpha (α)	Yorum
$\alpha \geq 0,90$	Mükemmel
$0,70 \leq \alpha < 0,90$	İyi
$0,60 \leq \alpha < 0,70$	Kabul edilebilir
$0,50 \leq \alpha < 0,60$	Zayıf
$\alpha < 0,50$	Kabul edilemez

Çalışmada yer alan ölçeklerin alfa değerleri 0,70'den büyük olduğu görülmektedir. Bu durum ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 19).

Tablo 19. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha (α) Değerleri
Fırsat yönünden tatmin	5	0,877
İşin niteliğinden tatmin	6	0,906
Çalışma ortamından tatmin	7	0,887
Minnesota İş Tatmini Ölçeği Toplam	18	0,947
Yöneticiye Örgütsel Güven	6	0,932
Çalışana Örgütsel Güven	5	0,938
Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği Toplam	11	0,949
Toplam Ölçekler	29	0,962

1.4. Korelasyon Analizi

Araştırmak istenen değişkenler arasındaki ilişkinin boyutunu ve yönünü ortaya koymak için korelasyon analizi yapılmaktadır. (-1) ile (+1) arasında alınan değer pozitif ise aynı yönlü doğrusal ilişkiyi, negatif ise ters yönlü doğrusal ilişkiyi gösterir. Eğer değişkenler arasında doğrusal ilişki yok ise 0 olarak belirtilmektedir (Deniz Başar ve Yılmaz, 2011: 25).

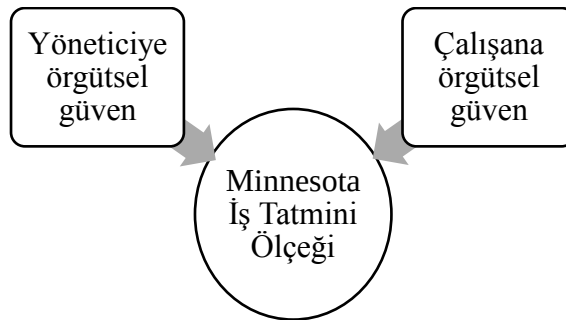
Minnesota İş Tatmini Ölçeği ile Covid-19 Hazırlılığı Güven Ölçeği ve alt boyutları arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır ($p < 0,001$) (Tablo 20).

Tablo 20. Minnesota İş Tatmini Ölçeği ile Covid-19 Hazırlıklı Güven Ölçeği Korelasyon Analizi

Ölçekler		Fırsat yönünden tatmin	İşin niteliğinden tatmin	Çalışma ortamından tatmin	Genel tatmin	Yöneticiye örgütsel güven	Çalışana örgütsel güven	Toplam güven
Fırsat yönünden tatmin	r	-	0,718	0,686	0,863	0,509	0,470	0,529
	p*	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
İşin niteliğinden tatmin	r	0,718	-	0,767	0,926	0,597	0,521	0,606
	p*	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Çalışma ortamından tatmin	r	0,686	0,767	-	0,917	0,663	0,590	0,678
	p*	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Genel tatmin	r	0,863	0,926	0,917	-	0,660	0,588	0,675
	p*	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001
Yöneticiye örgütsel güven	r	0,509	0,597	0,663	0,660	-	0,723	0,942
	p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001
Çalışana örgütsel güven	r	0,470	0,521	0,590	0,588	0,723	-	0,913
	p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001
Toplam güven	r	0,529	0,606	0,678	0,675	0,942	0,913	-
	p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-

Pearson korelasyon testi

1.5. Çoklu Regresyon Analizi



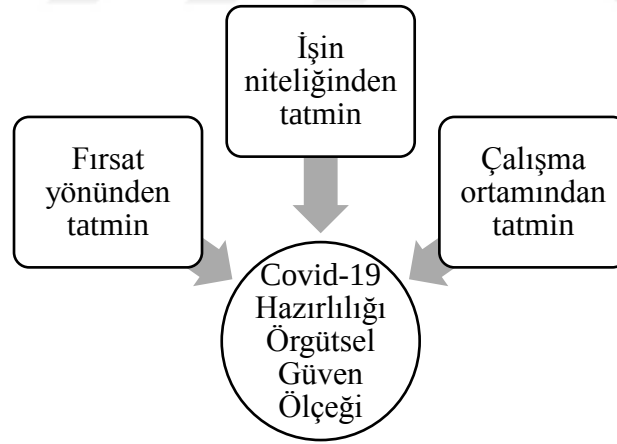
Şekil 6. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin İlişki Modeli

Minnesota İş Tatmini Ölçeği'nin ilişki modeli Şekil 6'da gösterilmiştir. Tablo 21 incelendiğinde Minnesota İş Tatmini ile yöneticiye örgütsel güven ve çalışana örgütsel güven alt boyutları arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Ayrıca yöneticiye örgütsel güven ve çalışana örgütsel güven alt boyutları bağımsız değişkenleri, bağımlı değişken iş tatmini boyutunun %45,8'ini açıklamaktadır ($R^2: 0,458$). Başka bir deyişle yöneticiye örgütsel güven ve çalışana örgütsel güven bağımsız değişkenleri, iş tatmini bağımlı değişkeni üzerinde %45,8'lik bir etkiye sahiptir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; “H1: Yöneticiye Örgütsel Güven alt boyutu iş tatminini pozitif yönde etkilemektedir.” ve “H2: Çalışana Örgütsel Güven alt boyutu iş tatminini pozitif yönde etkilemektedir.” hipotezlerinin desteklendiği görülmektedir.

Tablo 21. Minnesota İş Tatmini Ölçeği'ne Ait Regresyon Analizi

Ölçekler	Anlamlılık (Sig)	t	β	R^2
Yöneticiye örgütsel güven	0,000	9,208	0,491	0,458
Çalışana örgütsel güven	0,000	4,370	0,233	



Şekil 7. Covid-19 Hazırlıklığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin İlişki Modeli

Covid-19 Hazırlıklığı Örgütsel Güven Ölçeği'nin ilişki modeli Şekil 7'de gösterilmiştir. Tablo 22 incelendiğinde Covid-19 Hazırlıklığı Örgütsel Güven Ölçeği ile işin niteliğinden tatmin ve çalışma ortamından tatmin alt boyutları arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde ilişki olduğu ($p<0,01$), fırsat yönünden tatmin ile ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Ayrıca işin niteliğinden tatmin ve çalışma

ortamından tatmin alt boyutları bağımsız değişkenleri, bağımlı değişken Covid-19 hazırlılığı örgütsel güven boyutunun %47,6'sını açıklamaktadır (R^2 : 0,476). Başka bir deyişle yöneticiye örgütsel güven ve çalışana örgütsel güven bağımsız değişkenleri, iş tatmini bağımlı değişkeni üzerinde %47,6'lık bir etkiye sahiptir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; “H4: İşin Niteliğinden Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.” ve “H5: Çalışma Ortamından Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.” hipotezlerinin desteklendiği, “H3: Fırsat Yönünden Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.” hipotezinin ise desteklenmediği görülmektedir.

Tablo 22. Covid-19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği'ne Ait Regresyon Analizi

Ölçekler	Anlamlılık (Sig)	t	β	R^2
Fırsat yönünden tatmin	0,332	0,971	0,053	0,476
İşin niteliğinden tatmin	0,003	2,972	0,184	
Çalışma ortamından tatmin	0,000	8,455	0,501	

Tablo 23 incelendiğinde ileri sürülen H1, H2, H4, H5 hipotezlerinin araştırma sonucunda desteklendiği, H3 hipotezinin ise desteklenmediği görülmektedir.

Tablo 23. Araştırma Sürecinde İleri Sürülen Hipotezler ve Sonuçları

Hipotezler	Sonuç
H1: Yöneticiye Örgütsel Güven alt boyutu iş tatminini pozitif yönde etkilemektedir.	Desteklendi
H2: Çalışana Örgütsel Güven alt boyutu iş tatminini pozitif yönde etkilemektedir.	Desteklendi
H3: Fırsat Yönünden Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.	Desteklenmedi
H4: İşin Niteliğinden Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.	Desteklendi
H5: Çalışma Ortamından Tatmin alt boyutu örgütsel güveni pozitif yönde etkilemektedir.	Desteklendi

SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatür incelendiğinde iş tatmini ile ilgili literatürde çok sayıda çalışma bulunmasına olmasına rağmen, ülkelerin Covid-19 hazırlılığı ile sağlık çalışanlarının iş tatmini arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmanın bulunmadığı görülmektedir. Bu nedenle araştırmanın sonucunda, sağlık ve bakım çalışanlarının iş tatmininin artırılması için özellikle pandemi gibi kriz ortamlarında çalıştığı kuruma ve çalışanlara ilişkin örgütsel güvenin artırılması amacıyla öneri ve sağlık politikası geliştirilmesi gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmaya katılanların demografik bilgilerine yer verilmiştir. Ölçeklerin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi için Kaiser- Meyer-Olkin ve Barlett uygunluk testlerine başvurulmuştur. Barlett testinin anlamlı olduğu ve KMO testinin ise mükemmel düzeyde örneklem büyüklüğü sonucuna ulaşılmıştır. Güvenilirlik analizi sonucunda ise ölçeklerin cronbach alfa değerlerinin güvenilir düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Korelasyon analizi sonucunda iş tatmininin Covid-19 hazırlılığına güven ile pozitif yönlü olduğu ve çalıştığı kuruma ve çalışanlara güven duyanların iş tatmininin olumlu yönde arttığı görülmüştür. Çoklu regresyon analizi sonucunda ise yöneticiye ve çalışana örgütsel güven alt boyutlarının iş tatmininin %45,8'ine, işin niteliğinden ve çalışma ortamından tatmin alt boyutlarının örgütsel güvenin %47,6'sına etki ettiği sonucuna varılmıştır. İşin niteliğinden tatmin alt boyutunun ise Covid-19 hazırlılığı ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

Covid-19 hazırlılığı ile sağlık çalışanı iş tatmini arasında ilişki bulunmasına rağmen, risk tahmin kapasitesi ve kritik sektörlere yapılan yatırımın çoğu ülkede yetersiz olduğu görülmüştür. Covid-19 pandemisi hazırlık sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetimi kurumlar arası iş birliği, yetkilerin açık olduğu amaca uygun liderlik ve yönetim yapılarını gerektirmektedir. Bu sürecin etkili olması için kriz yönetiminin önceden tanımlanmış iç iletişim ve raporlama kanallarına dayanması gerekir. Bu nedenle devlet kurumları arasında bilgi iletişiminin ulaşılabilir ve kolay olması sağlanmalıdır.

Bilimsel danışma kurulları Covid-19 pandemisi krizi sürecinde devlet kurumlarına ve topluma kanıtlı bilgiler sunarak ve öneriler geliştirerek süreç yönetimine büyük katkı sağlamıştır. Çeşitli uzmanlık alanlarının kanıta dayalı bu

bilimsel kurullara katkı sağlaması önem arz etmektedir. Bilim kurulları aracılığıyla yöneticilerin güven veren, tutarlı ve bilgili konuşmaları halkın panik içine girmeden kriz yönetimini sağlamak açısından önemlidir. Ayrıca devletler, karar alma süreçlerinde şeffaflığı artırmak ve kriz yönetimi müdahalelerinin uygulanmasını kolaylaştırmak için sivil toplumu, özel sektörü ve yerel yöneticileri daha fazla dahil edebilir.

COVID-19 pandemisi sağlık insan kaynakları kapasitesini artırılması acil sağlık hizmetleri kapsamındadır. Bu nedenle yeni sağlık personelinin işe alınması ve mevcut çalışanların pandemide görevlendirilmesi ihtiyacı doğmuştur. Öğrenciler, yeni mezunlar ve diğer ülkelerde eğitim alan sağlık çalışanları sağlık işgücüne dahil edilebilir.

Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık işgücü politikası ve yönetiminde kararlar alırken uluslararası iş birliği içinde olunmalıdır. Tüm ülkelerin aşı, test, tedavi gibi sağlık hizmetlerine erişimi için uluslararası örgütler tarafından fon sağlanmalıdır.

Ülkelerdeki bölgeler arasında sağlık işgücünün dengeli dağıtılması için sağlık çalışanı ihtiyacı olan bölgelerde ücretlerin artırılması gibi önlemler alınmalıdır. Sağlık insan kaynaklarının yeterli mevcudiyetinin sağlanması için ülkelerdeki sağlık bakanlıkları ile hazine ve maliye bakanlıkları arasında koordinasyon gerekmektedir.

Covid-19 gibi krizlerin üstesinden gelmek için siyasi eylem gerektirdiğine dair şüphe olmadığı görülmüştür. Siyasi liderler ancak güçlü bir idari altyapı mevcutsa bu tür krizlerle yetkin bir şekilde başa çıkabilir. Siyasi liderler uzmanlığı bulunan sağlık profesyonellerinden yetkin, güncel ve zamanında tavsiye almalıdırlar. Aynı zamanda, bu tür tavsiyeleri mevcut bilgi ve kanıtların yanlış beyan edilme riskini en aza indirecek şekilde değerlendirecek, bilgisine güvenilir yetkin bir heyet meydana getirilmelidir. Bu heyette epidemiyoloji ve viroloji, makroekonomi ve hukuk alanlarında uzmanlığa sahip kişiler bulunmalı ve topluma açık tavsiyelerde bulunmalıdır. Siyasi karar alıcılar riskler ve belirsizlikler hakkında çok kaynaklı ve açık tavsiyeler alarak hareket etmelidir.

Sonuç olarak Covid-19 pandemisi özelinde diğer hastalıkların pandemisi sürecinde de ele alınabilecek sağlık işgücü politikası ve yönetimi konusunda acil, çok sektörlü, koordinasyon ve eylem tavsiyeleri şu şekilde sıralanabilir:

1- COVID-19 nedeniyle sağlık ve bakım çalışanları arasında enfeksiyonlar, sağlık sorunları ve ölümler hakkında veri toplama ve raporlamayı güçlendirmek;

Tüm devletler, iş gücüyle ilgili meslek, cinsiyet ve yaşa göre ayrıştırılmış verilerle birlikte COVID-19 kaynaklı enfeksiyonları, hastalıkları ve ölümleri izleyip ve raporlayabilir. Sivil toplum ağları ve profesyonel dernekler, mevcut tüm kaynaklardan doğru ve zamanında veri toplama ve raporlama konusunda devletler tarafından desteklenebilir.

2- Mevcut küresel COVID-19 salgını sırasında ve ötesinde sağlık ve bakım çalışanlarının korunması;

Siyasi liderler ve politika yapıcılar, sağlık ve bakım çalışanlarının hayatlarının korunmasını ve esenliğini güvence altına almalıdır. Böylelikle sağlık çalışanlarının çalıştığı kuruma güven duygusu artacaktır. Ayrıca, özellikle pandemiden en çok etkilenen bölgeler olmak üzere tüm ortamlarda sağlık ve bakım çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin önlenmesi teşvik edilmelidir. Enfeksiyon ve hastalık riskini daha da azaltacak önleme yöntemleri belirlenerek ve uygulama konusunda desteklemek için diğer sektörlerle ve bilim insanlarıyla ilişki kurulabilir.

3- Tüm ülkelerdeki sağlık ve bakım çalışanlarının aşılmasının hızlandırılması;

Siyasi liderler ve politika yapıcılar, ellerinden gelen her şeyi yapmalıdır. Tüm dünyada sağlık ve bakım çalışanlarının etkili Covid-19 aşılara acilen eşit erişimini sağlamalıdır. Bu da ülkelerin kriz öncesinde iyi bir Covid-19 hazırlık planıyla gerçekleşebilir. Hiçbir ülke geride kalmadan sağlık ve bakım çalışanlarını korumak ve onlara yatırım yapmak tüm ülkelerin ahlaki yükümlülüğüdür.

KAYNAKÇA

Süreli Yayınlar

- AlSaif, H.I., AlDhayan, A.Z., Alosaimi, M.M., Alanazi, A.Z., Alamri, M.N., Alshehri, B.A., et al. (2020). Willingness and Self-Perceived Competence of Final-Year Medical Students To Work As Part of the Healthcare Workforce During the COVID-19 Pandemic. *Int J Gen Med*. 13:653-661.
- Ballard, M., Bancroft, E., Nesbit, J., Johnson, A., Holeman, I., Foth, J., Rogers, D., Yang, J., et al. Prioritising the Role of Community Health Workers in the COVID-19 Response. *BMJ Global Health*. 2020;5:e002550: 1-7.
- Brocard, E., Mélihan-Cheinin, P., Rusch, E. (2021). Health Democracy in Time of COVID-19: a Perspective from France. *The Lancet Public Health Correspondence*, 6(4): 201.
- Brooks, S.K., Dunn, R., Amlot, R., Rubin, G.J., Greenberg, N. (2018). A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated with Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak. *J Occup Environ Med*, 60(3): 248-257.
- Bryden, D., Campbell, J., Catton, H., Duggan, C., Ghebreyesus, T.A. et al. (2021). Joint Statement On Who's Estimates Of Health And Care Worker Deaths Due To Covid-19. *WHO/HWF/WorkingPaper*: 1-2.
- Deniz Başar, Ö., Yılmaz, M. (2011). Sinema Filmlerinde Bağımlılık Yaratan Maddelerin Kullanımına İlişkin Sahnelerin İçerik Analizi ile İncelenmesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*. 10(19), 2011: 23-36.
- Doza, B., Shammi, M., Islam, A., Rahman, M. (2020). Strategic Assessment of COVID-19 Pandemic in Bangladesh: Comparative Lockdown Scenario Analysis, *Public Perception, and Management Perspectives*. *Preprints*. 2020040550:1-37.
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M. et al. (2019). Suicide Among Physicians and Health-Care Workers: a Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 14 (12), Article e0226361: 1-28.

- Edejer, T.T., Hanssen, O., Mirelman, A., Verboom, P., Lolong, G., Watson, O.J., Boulanger, L.L., Soucat, A. Projected Health-Care Resource Needs for an Effective Response to Covid-19 in 73 Low-Income and Middle-Income Countries: a Modelling Study. *Lancet Global Health*, 2020;8(11): 1372-1379.
- Editorial. (2021). COVID-19 in France: challenges and opportunities. *The Lancet Public Health*, 6(4): 192.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical care healthcare worker. *Curr Opin Crit Care*, 13(5): 482-488.
- Erasmus, E. (2014). The Use of Street-level Bureaucracy Theory in Health Policy Analysis in Low- and Middle-income Countries: a Metaethnographic Synthesis. *Health Policy and Planning*, 29: 70-78.
- Fortunatti, C.P., Palmeiro-Silva, Y.K. (2017). Effort–Reward Imbalance and Burnout Among ICU Nursing Staff A Cross-Sectional Study. *Nursing Research*, 66(5): 410-416.
- Gomez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Albendin-Garcia, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E.M., Canadas-De la Fuente, G.A. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: a Meta-Analysis. *Crit Care Nurse*, 37 (5): e1-e9.
- Graffigna, G., Palamenghi, L., Barello, S., Savarese, M., Castellini, G., Lozza, E., Bonanomi, A. (2021). Measuring Citizens' Engagement During Emergencies: Psychometric Validation of the Public Health Engagement Scale for Emergency Settings (PHEs-E). *PLoS One*, 16(12): e0261733, 1-17.
- Greenhalgh, T., Koh, G.C.H., Car, J. (2020). COVID-19: a Remote Assessment in Primary Care. *British Medical Journal*, 368:m1182. doi:10.1136/bmj.m1182: 1-5.
- Gualano M.R., Gili R., Bert F., Scaioli G., Cerutti S., Gatti G., Siliquini, R. 2016. Job Satisfaction Among Radiology Assistants: a Multicentre Cross-Sectional Study in Italy. *Med Lav*, 107(1): 37-46.

- Halpern, N.A., Tan, K.S., DeWitt, M., Pastores, S.M. (2019). Intensivists in U.S. Acute Care Hospitals. *Crit Care Med.* 47(4):517-525.
- Halpern, N.A., Tan, K.S. (2020). United States Resource Availability for COVID-19. *Society of Critical Care Medicine, The Intensive Care Professionals*: 1-16.
- Islam, N., Towfiqul Islam, A.R., Hasan, S., Prodhan, T.R., Chowdhury, M.H., Al Mamun, H. (2021). Mass Media Influence on Changing Healthy Lifestyle of Community People During COVID-19 Pandemic in Bangladesh: A Cross-Sectional Survey. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 33(5): 617-619.
- Islam, T., Talukder, A.K., Siddiqui, N., Islam, T. (2020). Tackling the COVID-19 pandemic: The Bangladesh perspective. *Journal of Public Health Research*, 9(1794):389-397.
- İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, M.K., Arı, H.O., Çelik, H., Yıldırım, H.H. (2021). Türkiye’de COVID-19 Pandemisi Yönetimi ve Sağlık Politikası Stratejileri. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(2):54-65.
- Karagöz, Y. ve Kösterelioğlu, İ. (2008). İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeğinin Faktör Analizi Metodu ile Geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21: 81-98.
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1): 47-48.
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., Siskind, D. (2020). Occurrence, Prevention, and Management of the Psychological Effects of Emerging Virus Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review and Meta-Analysis. *BMJ*, 369 (1642): 1-11.
- Kok, M.C., Kane, S.S., Tulloch, O., Ormel, H., Theobald, S., Dieleman, M., Taegtmeyer, M., Broerse, J.E., De Koning, K.A. (2015). How Does Context Influence Performance of Community Health Workers in Low- and Middle-Income Countries? Evidence from the Literature. *Health Research Policy and Systems*, 7;13(13): 1-14.

- Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al. (2015). Women and health: the Key for Sustainable Development. *Lancet*, 386(9999): 1165-1210.
- Mahendradhata, Y., Andayani, N.L., Hasri, E.T., Arifi, M.D., Siahaan, R.G., Solikha, D.A., Ali, P.B. (2021). The Capacity of the Indonesian Healthcare System to Respond to COVID-19. *Frontiers Public Health*, 9(649819):1-9.
- Mamatoğlu, N., Aksoy, Ş. (2021). Covid – 19 Hazırlılığı Örgütsel Güven Ölçeği. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology*, 3(3):183-191.
- Mata, D.A., Ramos, M.A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E. et al. (2015). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: a Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, 314(22): 2373-2383.
- Maunder, R.G., Lancee, W.J., Mae, R., Vincent, L., Peladeau, N., Beduz, M.A. et al. (2010). Computer-Assisted Resilience Training to Prepare Healthcare Workers for Pandemic Influenza: a Randomized Trial of the Optimal Dose of Training. *BMC Health Serv Res*, 10(72): 1-10.
- Maunder, R.G., Heeney, N.D., Kiss, A., Hunter, J.J., Jeffs, L.P., Ginty, L., Johnstone, J., Loftus, C.A., Wiesenfeld, L.A. (2021). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Hospital Workers Over Time: Relationship to Occupational Role, Living with Children and Elders, and Modifiable Factors. *General Hospital Psychiatry*, 71: 88-94.
- Merks, P., Jakubowska, M., Drelich, E., Świeczkowski, D., Bogusz, J., Bilmin, K., Sola, K.F., May, A., Majchrowska, A., Koziol, M., Pawlikowski, J., Jaguszewski, M., Vaillancourt, R. (2021). The Legal Extension of the Role of Pharmacists in Light of the Covid-19 Global Pandemic. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1): 1807-1812.
- Millet, C.M., Stickler, L.M., Wang, H. (2015). Accelerated Nursing Degree Programs: Insights Into Teaching and Learning Experiences. *Wiley Online Library*, ETS Research Report No. RR-15-29: 1-32.

- Nabors, C., Sridhar, A., Hooda, U., Lobo, S.A., Levine, A., Frishman, W.H. et al. (2021). Characteristics and Outcomes of Patients 80 Years and Older Hospitalized with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Cardiol Rev*, 29 (1): 39-42.
- Nguyen, V.K. (2019). An Epidemic of Suspicion: Ebola and Violence in the DRC. *New England Journal of Medicine*, 380(14):1298-1299.
- O'Brien, N., Flott, K., Bray, O., Shaw, A. and Durkin, M. (2022). Implementation of Initiatives Designed to Improve Healthcare Worker Health and Wellbeing During the COVID-19 Pandemic: Comparative Case Studies from 13 Healthcare Provider Organisations Globally. *Globalization and Health*, 18(24): 1-13.
- Ramalho, A.O., Freitas, P.S.S., Nogueira, P.C. (2020) Medical Device-Related Pressure Injury in Health Care Professionals in Times of Pandemic. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther*, São Paulo, v18, e0120:1-3.
- Razu, S.R., Yasmin, T., Arif, T.B., Islam, S., Shariful Islam, S.M., Gesesew, H.A., Ward, P. (2021). Challenges Faced by Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Inquiry From Bangladesh. *Frontier Public Health*, 9(647315): 1-8.
- Said, R.M., El-Shafei, D.A. 2021. Occupational Stress, Job Satisfaction and Intent to Leave: Nurses Working on Front Lines during COVID-19 Pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int*, 28(7): 8791-8801.
- Setiati, S., Azwar, M.K. (2020). COVID-19 and Indonesia. *Acta Medica Indonesiana. The Indonesian Journal of Internal Medicine*, 1(52)84-89.
- Shanafelt, T.D., Dyrbye, L.N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J. et al. (2016). Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment with Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clin Proc*, 91(7): 836-848.
- Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M., ve Prado-Gascó, V. 2020. Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses'

Health during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21):7998: 1-14.

Tulenko, K. (2020). COVID-19 Surge Staffing Checklist. *Society of Critical Care Medicine*, doi:10.13140/RG.2.2.30216.98566: 1-5.

Zarzaur BL, Stahl CC, Greenberg JA, Savage SA, Minter RM. Blueprint for Restructuring a Department of Surgery in Concert with the Health Care System during a Pandemic: the University of Wisconsin Experience. *JAMA Surg*, 2020;155(7):628-635.



Kitaplar

- Büyüköztürk, Ş. (2018) Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Pegem Akademi. 27. Baskı. Ankara.
- Güriş, S. (2014). SPSS ile İstatistik, İstanbul: Der Yayınları.
- Kaya, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., Yılmaz, A. Ed: Kaya, S. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2864. Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1821, Eskişehir.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics (Sixth Ed.) Pearson, Boston.
- Tavşancıl E. (2005). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi (2. baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). Covid-19 Bilgilendirme Platformu. COVID-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Covid-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 02 Ekim 2021.
- Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları. (2020). TÜBA Raporları. Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. No:34. 17 Nisan 2020, Ankara: 1-164.
- Ural, A., Kılıç, İ. (2006). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi, Detay Yayıncılık.

İnternet Yayınları

CNS d’Gesondheetskeess, News. (2022). Le Gouvernement Luxembourgeois - Health professionals – Teleconsultation. <https://cns.public.lu/en/actualites/2022/reprise-teleconsult.html> (Erişim Tarihi: 25/04/2022)

Cole, C. (2014). UNFPA. CHW Central. Community Health Workers Respond to Ebola outbreak in Sierra Leone. Boston: Initiatives Inc. <http://www.chwcentral.org/blog/community-health-workers-respond-ebola-outbreak-sierra-leone> (Erişim Tarihi: 27/03/2022)

FIP (International Pharmaceutical Federation). (2020). Home / Learn / Coronavirus (COVID-19) / Good Practice and Useful Resources. COVID-19 Information Hub. <https://www.fip.org/coronavirus> (Erişim Tarihi: 18/09/2022)

ILO. C121 – Employment Injury Benefits Convention, 1964, Article 28. [Schedule I amended in 1980] (No. 121). Geneva, 1980. https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C121 (Erişim Tarihi: 23/03/2022)

ILO. (2017): Improving Employment and Working Conditions in Health Services. Geneva: TMIEWHS/2017. International Labour Organization. Sectoral Policies Department.

ILO. (2017). R205-Employment and Decent Work for Peace and Resilience Recommendation, 2017 (No. 205). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R205 (Erişim Tarihi: 12/09/2022)

ILO. (2018). Guidelines on Decent Work in Public Emergency Services Meeting of Experts to Adopt Guidelines on Decent Work in Public Emergency Services. (Geneva, 16–20 April 2018) https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_626551.pdf (Erişim Tarihi: 06/08/2022)

ILO. (2019). Guidelines on Decent Work in Public Emergency Services. Geneva: International Labour Organization.

- https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_626551/lang--en/index.htm (Erişim Tarihi:23/03/2022)
- ILO Brief (May 2020). ILO Violence and Harassment Convention, 2019. (No. 190): 12 Ways It Can Support the COVID-19 Response and Recovery. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_744782.pdf (Erişim Tarihi:08/08/2022)
- Launder, M. (2020). Sharp Increase in Nursing Staff Thinking of Leaving the Profession, Reveals RCN Research. London: Royal College of Nursing. <https://www.nursinginpractice.com/latest-news/sharp-rise-in-nurses-considering-quitting-survey-reveals/> (Erişim Tarihi: 08/07/2022)
- T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. (2020). Covid-19 ile M¼cadele Kapsamında Atılan Adımlar. Yerli Yoğun Bakım Solunum Cihazı. <https://sanayi.gov.tr/covid-19/yerli-yogun-bakim-solunum-cihazı#detaylar> (Erişim Tarihi: 07/08/2022)
- Tulenko, K., D'Lima, N. (2021). How Surge Staffing Can Fight COVID-19. https://www.medicinenet.com/how_surge_staffing_can_fight_covid-19-news.htm (Erişim Tarihi: 10/06/2022)
- WGH. (2021). (Women in Global Health). Gender Equal Health and Care Workforce Initiative. <https://www.womeningh.org/> (Erişim Tarihi:10/10/2022)
- WHO. (2018). National Health Workforce Accounts, Implementation Guide. Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514446> (Erişim Tarihi: 19/08/2022)
- WHO. (2019). Benchmarks for International Health Regulations (IHR) Capacities. February 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311158> (Erişim Tarihi: 10/09/2022)
- WHO. (2020). Health Workforce Policy and Management in the Context of the COVID-19 Pandemic Response Interim Guidance. (3 December 2020) <https://www.socialserviceworkforce.org/system/files/resource/files/Health-Workforce-Policy-and-Management-COVID19.pdf> (Erişim Tarihi: 01/08/2022)

- WHO. (2021). Health Workforce Department Working paper 1. (September 2021). The Impact of COVID-19 on Health and Care Workers: a Closer Look at Deaths. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf> (Erişim Tarihi: 04/08/2022)
- WHO / Home / Health Topics / Health Workforce. (2021) https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1 (Erişim Tarihi: 22/07/2022)
- WHO / Home / News. (2021). 2021 Designated as the International Year of Health and Care Workers. <https://www.who.int/news/item/11-11-2020-2021-designated-as-the-international-year-of-health-and-care-workers> (Erişim Tarihi: 19/07/2022)
- WHO, Policy Action Paper. (2021). Home / Publications / Overview / Closing the Leadership Gap: Gender Equity and Leadership in the Global Health and Care Workforce. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905> (Erişim Tarihi: 20/08/2022)
- WHO / Home / Publications / Overview / COVID-19: Occupational Health and Safety for Health Workers: Interim Guidance. (2 February 2021) https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021-1 (Erişim Tarihi: 20/08/2022)
- WHO, Europe. (2022). Health Topics / Health Systems / Health Workforce - Frontline Stories: Mental Health of Health Care Workers in the COVID-19 Pandemic. <https://www.who.int/europe/multi-media/item/frontline-stories---trailer#> (Erişim Tarihi: 28/09/2022)
- Yurdugöl, H. (2017). Faktör Analizinde KMO ve Bartlett Testleri Neyi Ölçer? <https://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Kuresellik.pdf> (Erişim Tarihi: 21/12/2022)

Diğer Yayınlar

- Asjad, T. (2020). Ensuring Quality of PPE and Other Protective Components. The Financial Express.
- Baycan, F.A. (1985). An Analysis of the Several Aspects of Job Satisfaction Between Different Occupational Groups. (Yüksek lisans tezi). Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2020). COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM). Turkey, Policy Responses, Workforce, 23 November 2020.
- Folketinget, Managing the Covid-19-Crisis. (2021). Report Delivered to the Standing Orders Committee of the Danish Parliament January 2021 – Summary: 1-9.
- IASC. (2020). Public Health and Social Measures for COVID-19 Preparedness and Response in Low Capacity and Humanitarian Settings. Interim Guidance, Version 1, developed by ICRC, IFRC, IOM, NRC, UNICEF, UN-Habitat, UNHCR and WHO in Consultation with IASC Members. Inter-Agency Standing Committee; May 2020.
- İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, M.K., Arı, H.O., Çelik, H., Yıldırım, H.H. (2020). COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri. TUSPE Rapor: 2020/2, TUSPE Yayınları. Ankara.
- Leech, N.L., Barrett, K.C., Morgan, G.A. (2005). SPSS for Intermediate Statistics: Use and Interpretation: Psychology Press.
- OECD. (2020). “Transparency, Communication and Trust: The Role of Public Communication in Responding to the Wave of Disinformation About the New Coronavirus”, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), OECD Publishing, Paris.
- OECD. (2022). Tackling Coronavirus (Covid-19): Contributing to a Global Effort. Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), First Lessons from Government Evaluations of COVID-19 Responses: a Synthesis. 24 January 2022.

- Office of the Auditor General of Canada. (2021). Reports of the Auditor General of Canada to the Parliament of Canada. Independent Auditor's Report. Report 8—Pandemic Preparedness, Surveillance, and Border Control Measures.
- République Française Liberté Égalité Fraternité Progress Report. (2020). French National Independent Mission on the Assessment of the Covid-19 Crisis Management and on the Anticipation of Pandemic Risks. 13 october 2020.
- The World Bank Data – Turkey. (2018). World Health Organization's Global Health Workforce Statistics, OECD, Supplemented by Country Data.
- The World Bank Data – Bangladesh. (2019). World Health Organization's Global Health Workforce Statistics, OECD, Supplemented by Country Data.
- WHO. (2019). Human Resources for Health Observer Series No. 24. Delivered by Women, Led by men: a Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2020). International Guidelines for Certification and Classification (Coding) of COVID-19 as Cause of Death. Based on ICD International Statistical Classification of Diseases (20 April 2020).
- WHO. (2020). Protocol for Assessment of Potential Risk Factors for 2019-Novel Coronavirus (COVID-19) Infection Among Health Care Workers in a Health Care Setting. 23 March 2020.
- WHO. (2020). Risk Assessment and Management of Exposure of Health Care Workers in the Context of COVID-19: Interim Guidance, 19 March 2020.
- WHO. (2020). State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership.
- WHO and UNICEF. (2020). Community-Based Health Care, Including Outreach and Campaigns, in the Context of the COVID-19 Pandemic: Interim Guidance, 5 May 2020. Geneva.
- WHO Technical Working Guidance #1. (2020). Strengthening the Health System Response to COVID-19: Maintaining the Delivery of Essential Health Care

Services while Mobilizing the Health Workforce for the COVID-19 Response. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe: 1-26.

WHO. (2021). Impact of COVID-19 on Human Resources for Health and Policy Response: the Case of Plurinational State of Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador and Peru. Overview of Findings from five Latin American Countries. 17 December 2021. Publication.

WHO. (2021). Update on Health and care workers during COVID-19, The Latest On The Covid-19 Global Situation & How To Protect Health Workers. (20 October 2021).



EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK İŞGÜCÜ POLİTİKASI VE YÖNETİMİ

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

3) Medeni durumunuz: a) Bekar b) Evli

4) Çocuğunuz var mı? a) Var b) Yok

5) Kronik bir hastalığınız var mı? a) Yok b) Var. Varsa yazınız:

6) Mesleğiniz: a) Tıbbi sekreter b) Hemşire c) Ebe d) Doktor e) Teknisyen f) Diyetisyen
g) Fizyoterapist h) Eczacı ı) Veteriner i) ATT j) Diğer:

7) En son bitirdiğiniz okul: a) Lise b) Üniversite d) Yüksek Lisans e) Doktora

8) Meslekte kaçınıcı yılınız?

9) Olduğunuz Covid-19 aşısı sayısını belirtir misiniz? a) Sinovac:..... b) Biontech:.....
c) Toplam:..... d) Hiç aşısı olmadım.

10) COVID-19 pandemisi ülkemizde olağanüstü durum ilan edildiği süreçte haftada kaç saat çalışıyordunuz? saat

11) Covid-19 PCR testiniz hiç pozitif oldu mu? a) Evet b) Hayır

12) Covid pandemisi sürecinde bilişim uygulamalarından hangilerini kullandınız?
a) HSYS b) FİTAS c) SİNA d) HES e) MIZ f) Diğer

13) Pandemi sürecinde aldığınız görevler nelerdir?

a) Filyasyon b) Covid çağrı merkezi c) İl koordinasyon merkezi d) Pcr test polikliniği
e) Covid polikliniği f) Aşı g) Covid servisi h) Covid yoğun bakım ı) Diğer:

14) Covid-19 pandemisinde görevlendirilmeden önce; yapacağınız işler, koruyucu önlemler konusunda çalıştığınız birim tarafından size eğitim verildi mi? a) Hayır, verilmedi. b) Evet, verildi.

15) Pandemi sağlık hizmetlerinde rol aldığınız sürece görev tanımınız ve sorumluluklarınız net olarak belli miydi? a) Evet b) Hayır

MINNESOTA İş Tatmini Ölçeği

Aşağıda mesleğinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyunuz. Mesleğinizden, o cümlede belirtilen şekilde ne derece memnun olduğunuzu karşılıklarına (X) işareti ile belirtiniz. Her cümleye cevap verirken, "Bu yönden işimden ne derece memnunuz?" diye kendinize sorunuz.

MESLEĞİMDEN

Hiç memnun
değilim
Memnun
değilim
Kararsızım
Memnunuz
Çok
memnunuz

1. Beni her zaman meşgul etmesi bakımından
2. Bağımsız çalışma imkânının olması bakımından
3. Ara sıra değişik şeyler yapabilme imkânı bakımından
4. Toplumda "saygın bir kişi" olma şansını bana vermesi bakımından
5. Yöneticinin emrindeki kişileri iyi yönetmesi bakımından
6. Yöneticinin karar verme yeteneği bakımından
7. Vicdani bir sorumluluk taşıma şansını bana vermesi yönünden
8. Bana garantili bir gelecek sağlaması yönünden
9. Başkaları için bir şeyler yapabildiğimi hissetmem yönünden
10. Kişileri yönlendirmek için fırsat vermesi yönünden
11. Kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme şansı vermesi yönünden
12. İşimle ilgili alınan kararların uygulamaya konması yönünden
13. Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret yönünden
14. Terfi imkânının olması yönünden
15. Kendi fikir-kanaatlerimi rahatça kullanma imkânı vermesi yönünden
16. Çalışma şartları yönünden
17. Çalışma arkadaşlarının birbirleriyle anlaşmaları yönünden
18. Yaptığım iş karşılığında takdir edilmem yönünden
19. Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissi yönünden
20. Mesleğimi yaparken kendi yöntemlerimi kullanabilme imkânı vermesi açısından

Covid-19 Hazırlığı Örgütsel Güven Ölçeği

Lütfen aşağıdaki önermelerden size en uygun seçeneği ölçek üzerinden işaretleyiniz.

	1.Kesinlikle katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Kısmen katılmıyorum	4.Kısmen katılıyorum	5.Katılıyorum	6.Kesinlikle katılıyorum
1.Üstlerim Kovid-19 riski konusunda bilinçlidir.						
2.Üstlerim Kovid-19 riskine karşı çalışanlarla sürekli iletişim halindedir.						
3.Üstlerim Kovid-19 riskine karşı güvenliği sağlamada yetkindirler.						
4.Üstlerim her çalışanın diğer çalışana Kovid-19 bulaştırabileceğinin farkındadır.						
5.Çalıştığım kurumun önceliği üretimden önce çalışanlarını Kovid-19 riskine karşı korumaktır.						
6.Çalıştığım kurumda Kovid-19'a karşı alınan önlemler yeterlidir.						
7.Çalıştığım kurumun Kovid-19'a karşı nasıl hareket edilmesi konusunda bir yol haritası vardır.						
8.Çalıştığım kurum Kovid-19'a karşı gerekli önlemlerin alınması konusunda erken davranmıştır.						
9.İşyerimde çalışanlar Kovid-19 riskine karşı işyerinde gerekli kişisel tedbirleri alır.						
10.İşyerimde çalışanlar Kovid-19 riski ile mücadelede ortak sorumluluk bilinciyle hareket eder.						
11.İşyerimde çalışanlar bir diğerine Kovid-19 bulaştırma ihtimaline karşı gerekli hassasiyeti gösterir.						
12.İşyerimde çalışanlar diğer çalışanları Kovid-19'a karşı önlem alması konusunda uyarırlar.						

Katılımınız için teşekkür ederim.