

**T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**COVID-19 PANDEMİSİNİN SAĞLIK
KURUMLARINDA ÇALIŞAN İDARİ PERSONEL
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN YÖNETİM SÜRECİNE
YANSIMALARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Lale KÖSE

**Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ÇİÇEK

MART 2023

T.C.
İSTANBUL NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 PANDEMİSİNİN SAĞLIK
KURUMLARINDA ÇALIŞAN İDARİ PERSONEL
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN YÖNETİM SÜRECİNE
YANSIMALARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Lale KÖSE

ORCID ID: 0000-0002-7652-9336

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 09/03/2023 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Çiçek	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Meriç Esat Bebitoğlu	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Yıldırım	Başarılı	

Enstitü Müdürü
Onay

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Lale KÖSE
09.03.2023



ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında çalışmamı sahiplenerek sağladığı katkı ve yönlendirmeleriyle yol gösteren, görüş ve bilgisiyle çalışmama yön veren değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Mehmet Çiçek'e,

Tez aşamasında öneri ve desteğiyle yanımda olan Doç. Dr Hasan Kılıçgün'e,

Hayatımın her anında beni destekleyen, sevgi ve şefkatiyle yanımda olan annem Songül Akın'a, babam Doğan Acar'a ve kardeşlerim Ela Gözde Akın ile Doğukan Acar'a,

Son olarak; yüksek lisans eğitim sürecinde her zaman beni destekleyen, yanımda olan eşim Taner Köse'ye, motivasyon kaynağım çocuklarım Pera ve Lena Köse'ye,

Sonsuz teşekkür ederim.

Lale KÖSE
09.03.2023

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
GRAFİK LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: COVID-19 PANDEMİSİ.....	3
1.1.Covid-19 Pandemisinin Tanımı.....	3
1.2.Covid-19 Pandemisinin Ortaya Çıkışı ve Dünyadaki Yayılım Süreci.....	5
1.3.Covid-19 Pandemisinin Türkiye’de Görülmesi ve Yayılım Süreci.....	10
BÖLÜM 2: COVID-19 PANDEMİSİNİN SAĞLIK KURUMLARI ÇALIŞANLARINA ETKİSİ.....	14
2.1.Sağlık Kurumları ve Yönetim Kavramı.....	14
2.2.Sağlık Hizmeti ve Sağlık İşletmeleri.....	18
BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	34
3.1.Araştırmanın Konusu.....	34
3.2.Araştırma Problemi.....	34
3.3.Araştırmanın Amacı.....	34
3.4.Araştırmanın Önemi.....	34
3.5.Araştırmanın Kurumsal Çerçevesi.....	38
3.5.1.Kavram ve Terimler	38
3.5.2.Kurumsal Tartışma.....	38
3.5.3.Araştırmanın Hipotez veya Araştırma Soruları.....	38
3.6.Araştırma Yöntemi.....	40
3.6.1.Evren ve Örneklem Seçimi.....	40
3.6.2.Veritoplama Teknikleri.....	41
BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	42
4.1.Covid-19 Pandemisinde Alınan Önlemler.....	44
4.2.Aşının Bulunmasının Önlemlere/Yönetim Sürecine Etkisi.....	46
4.3.Önlemlerin Psikolojik Etkileri.....	48
4.4.Pandeminin Motivasyon Üzerindeki Etkileri.....	49
4.5.Covid-19 Sürecinin Ekip İletişimine Etkisi.....	50
4.6.Pandemide Çalışanlar İçin Alınan Önlemler.....	51
4.7.Pandemi ile İlgili Risk Değerlendirmeleri.....	52
4.8.Normalleşme Sürecinin Etkileri.....	54
BÖLÜM 5: SONUÇ, TARTIŞMA ve ÖNERİLER.....	56
KAYNAKÇA.....	61
EKLER.....	

KISALTMALAR

AÇSAP	:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
COVID-19	:	Koronavirüs hastalığı 2019
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SARS-CoV-2	:	Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüsü 2
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SDP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SB	:	Sağlık Bakanlığı
TÜBA	:	Türkiye Bilimler Akademisi
WHO	:	World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1: Covid-19 Semptom Sıklığı.....	5
Tablo 1.2: WHO Tarafından Bildirilen Bölgelere Göre Onaylanmış Covid-19 Vaka Sayıları.....	6
Tablo 1.3: Our World In Data Tarafından Bildirilen Ülkelere Göre Covid-19 Verileri..	9
Tablo 1.4: Our World In Data Tarafından Bildirilen Kıtalar Göre Covid-19 Verileri..	10
Tablo 1.5: Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Platformuna Göre Genel Koronavirüs Tablosu.....	11
Tablo 4.1: Bulgu Tema ve Kategori Tablosu.....	42
Tablo 4.2: Araştırma Katılımcıları Hakkında Bilgiler.....	43
Tablo 4.3: “Covid-19 Pandemisinde Çalıştığınız Kurumda Alınan Önlemler Nelerdir?” Sorusuna İlişkin Görüşler.....	44
Tablo 4.4: “Pandemi Süresince Alınan Önlemler Aynı Mıydı? Aşı Bulunmadan Öncesi ve Sonrasında Alınan Önlemlerde Bir Değişiklik Oldu Mu? Yönetimsel Sürecinize Etkileri Nelerdir?” Sorusuna İlişkin Görüşler.....	46
Tablo 4.5: “Alınan Önlemler Sizin İçin Yeterli Midir? Sizin Üzerinizdeki Olumlu Ya Da Olumsuz Psikolojik Etkileri Nelerdir? Sorusuna İlişkin Görüşler.....	48
Tablo 4.6: “Covid-19 Pandemisinin Çalışma Motivasyonunuz Üzerindeki Etkisini Nasıl Değerlendirirsiniz?” Sorusuna İlişkin Görüşler.....	49
Tablo 4.7: “Bu Süreç Sizin Ekibiniz İle Olan İletişiminizi Nasıl Etkiledi?” Sorusuna İlişkin Görüşler.....	50
Tablo 4.8: “Covid-19 Kapsamında Hastanenizde Yürütülen Faaliyetlerin ve Çalışma Organizasyonun Çalışanlara Mağduriyet Yaratmayacak Şekilde Ne Tür Önlemler Alınmıştır? Yönetim Sürecinize Katkıları Nelerdir?” Sorusuna İlişkin Görüşler.....	51
Tablo 4.9: Pandemi İle İlgili Risk Değerlendirilmesi Yapıldı Mı? Varsa Yönetim Sürecinize Katkısı Nedir? Sorusuna İlişkin Görüşler.....	52
Tablo 4.10: Normalleşme Sürecinin Covid-19 Pandemisi Riskine Karşı Alınan Tedbirlerde Bir Değişikliğe Neden Oldu Mu? Normalleşme Sürecinin Çalışma Motivasyonunuza Etkileri Nelerdir? Sorusuna İlişkin Görüşler.....	54
Tablo 4.11: Kendi Ruh Sağlığınızı Korumak ve Motivasyonunuzu Arttırmak İçin Herhangi Bir Destek Aldınız Mı? Sorusuna İlişkin Görüşler.....	55

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Koronavirüsün Şematik Yapısı.....	3
Şekil 2: Sağlık Hizmeti Endüstrisi.....	18
Şekil 3: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri.....	20
Şekil 4: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri.....	25
Şekil 5: Hastanelerde Matriks Yapıya Örnek.....	30
Şekil 6: Açık Bir Sistem Olarak Hastane.....	32



GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Sektör ve Yıllara Göre Hastane Sayısı.....	28
---	----



İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Covid-19 Pandemisinin Sağlık Kurumlarında Çalışan İdari Personel Üzerindeki Etkisinin Yönetim Sürecine Yansımaları	
Tezin Yazarı: Lale Köse	Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Çiçek
Kabul Tarihi: 09.03.2023	Sayfa Sayısı: 84
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Covid-19 pandemisi bugüne kadar 6 milyondan fazla insanı etkisi altına almıştır. Pandemi hem uluslararası alanda hem ülkemizde birçok değişime yol açmıştır. Sağlık yönetimi açısından da pandemi ile mücadelede birtakım tedbir ve önlemler alınmak zorunda kalınmıştır. Bu çalışma ile sağlık yöneticilerinin süreç boyunca sahip oldukları görüşler ele alınarak sürece yönelik tespit ve değerlendirmeler yapılarak önerilerde bulunulmuştur. Araştırma evreni Erzincan ilinde bulunan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Özel Neon Hastanesinde görev yapmakta olan idari personelle sınırlı olup, örnekleme 18 kişi dahil edilmiştir. Araştırmada nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırma yöntemi olarak görüşme yöntemi; veri toplamak amacıyla da hazırlanmış olan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler betimsel ve içerik analiz yöntemiyle açıklanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulardan yola çıkarak tartışma yapılarak öneriler sunulmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Covid-19, Pandemi, Yönetim, Hastane	

İstanbul Nişantaşı University, Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

The Title Of Thesis: Reflection of the effect of the Covid-19 Pandemic on the Administrative Staff Working in Health Institutions on the Management Process	
Author: Lale Köse	Supervisor: Assist Prof. Dr. Mehmet Çiçek
Date: 09/03/2023	Number of Pages: 84
Department: Healthcare Management Subfield: Healthcare Management	
The Covid-19 pandemic has affected more than 6 million people to date. The pandemic has led to many changes in the international arena and our country. Regarding health management, some precautions had to be taken to fight the pandemic. This study shows the opinions of health managers about the struggle with the pandemic, and suggestions were made by making determinations and evaluations about the process. The research population is limited to the administrative staff working in Mengücek Gazi Training and Research Hospital and Private Neon Hospital in Erzincan province, and the research sample includes 18 people. A qualitative research design was used in the research. While interviews were used as a research method, a semi-structured interview form was used to collect data. The data obtained through interviews was explained with descriptive and content analysis methods. Based on the findings obtained from the study, a discussion was made, and suggestions were presented.	
Keywords: Covid-19, Pandemic, Management, Hospital	

GİRİŞ

İnsanoğlu geçmişten günümüze kadar birçok salgın hastalıkla mücadele etmiştir. Yaşanan salgın hastalıklar nedeniyle milyonlarca insan hayatını yitirmiştir. Covid-19 (Coronavirüs Disease 2019) günümüzde insanlığın mücadele ettiği en son salgındır (Arpacıoğlu ve ark., 2021: 92). Covid-19 Pandemisi ilk olarak Çin'in Wuhan şehrinde o tarihlerde hakkında yeterli bilgiye sahip olunmayan bir hastalık olarak meydana çıkmıştır. Kısa zaman içinde tüm dünyaya etkisi altına alarak 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak duyurulmuştur (Dikmen ve ark., 2020: 22). Kısa zamanda yayılım göstermesi, hükümetleri sağlık politikaları kararları bağlamında ciddi önlemler almaya sevk etmiştir. Pandemi süreci devletlerin ve sağlık kuruluşlarının iş birliği ile yönetilmiştir. Türkiye bu durum ile baş edebilmek için Dışişleri Bakanlığınca kurulan Koordinasyon ve Destek Merkezi sürekli olarak hizmet vermektedir. Bu kurumların temel amacı ise ülkeler arası bilgi akışını sağlamaktır (Çavuşoğlu, 2020:163).

Pandeminin ilan edilmesiyle alınan tedbirler dolayısıyla birçok birey fizyolojik ve psikolojik olarak etkilenmiştir. Özellikle eğlence mekanlarının açık olması, toplu tören ve etkinlikler, kongre ve açılışlar düzenlenirken insanların Covid-19 tehdidini ciddiye almamaları virüsün kısa sürede hızla artmasına neden olmuştur. Alınan önlemler konusunda bazı yasa ve politikaların gecikmesi, başta sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar olmak üzere birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Bu süreç ülkelerin sağlık sistemlerinin tıkanmasına bağlı olarak çok fazla ölümle sonuçlanmasına yol açmıştır. Yaşlı nüfus oranı daha yüksek olan ülkelerde bu ölümler ciddi sonuçlara ulaşmıştır (Cesari ve Proietti, 2020:576).

Hastalık ile mücadelede birey, toplum ve devletlere önemli görev ve sorumluluklar yüklenmiştir. Sağlık çalışanları ise taşıyıcı veya enfekte kişiler ile aynı ortamda olmaları nedeniyle toplumun diğer bölümüne kıyasla daha fazla risk ve sorumluluk taşımaktadır (Arpacıoğlu vd., 2021:15). Fazla sayıda hastanın aniden sağlık kurumlarına başvurması birçok ülkede sağlık sisteminin olumsuz etkilenmesine, hatta kimi zaman ise sistemin çöküşüne neden olmuştur. Bu nedenle pandemi, sağlık yöneticileri açısından önemli derecede ele alınması gereken bir süreçtir (Yücesan ve Özkan, 2020:135).

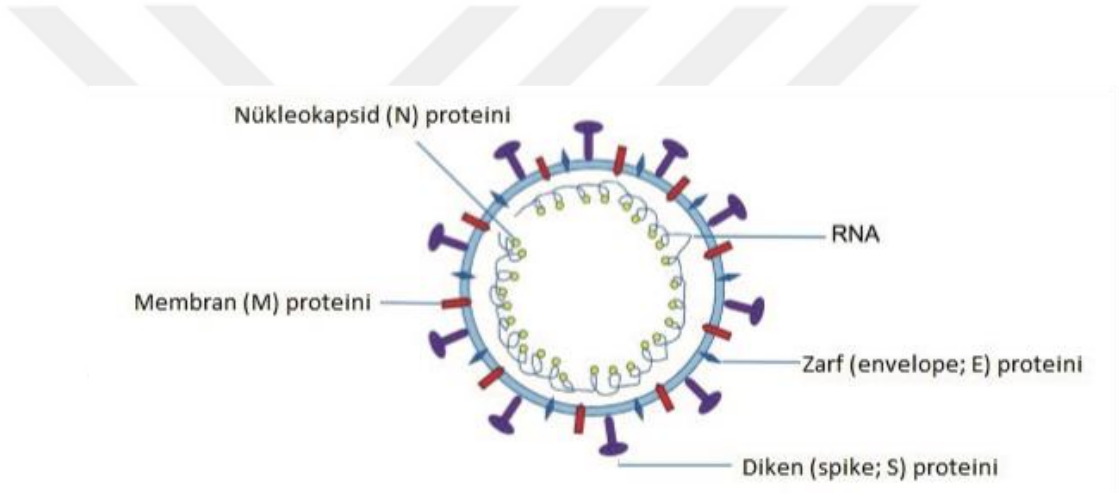
Sağlık hizmetinde görev alan sağlık yöneticileri, Covid-19 pandemisinin en ağır yükünü taşımaktadır (Doğan ve Demirtaş, 2020:81). Uzun ve yoğun çalışma saatleri sağlık çalışanlarını psikolojik, sosyal ve fiziksel açıdan olumsuz etkilemiştir. Salgının ilk gününden bu yana, sağlık çalışanlarının karşılaştıkları tükenmişlik sendromu, düşük maaş, örgütsel sorunlar, stres, yetersiz personel, kötü çalışma saatleri sektöre özgü olan sorunlar arasında öncelikli olarak var olmuştur (Maslach ve Goldberg, 1998:65). Etkin bir salgın yönetimi için sağlık çalışanların korunması ve birtakım önlemlerin alınması gerekmektedir (Tuncay ve Koyuncu, 2020:497). Bu amaçla çalışma kapsamında örnek olan seçilen sağlık kuruluşlarında alınan önlemler ve Covid-19 pandemisinin yönetim sürecine etkileri incelenmiştir.



BÖLÜM 1: COVID-19 PANDEMİSİ

1. Covid-19 Pandemisinin Tanımı

Koronavirüsler (CoV) tek zincirli ve zarflı RNA virüsleridir. Mikroskopik ortamda incelendiğinde çubuksu uzantıları olan koronavirüslerin taç şeklinde gözükmesi nedeniyle Latince’de taç anlamı taşıyan “Corona” adı verilmiştir. Şekil 1’de koronavirüsün şematik yapısı verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi virüsü SARS-CoV-2, virüsün neden olduğu hastalığı ise Covid-19 olarak ifade etmiştir (Ergün ve ark., 2020:22; Genç, 2020:15; Akpınar, 2020:17). Şekil 1’de Koronavirüsün şematik yapısı verilmiştir (Zhou vd., 2019)



Şekil 1: Koronavirüsün Şematik Yapısı

(Covid-19) Koronavirüs Hastalığı insanlarda ve hayvanlarda hastalığa neden olan büyük bir virüs grubudur. Covid-19 corananın ‘co’, virüsün ‘vi’ ve İngilizce hastalık anlamına gelen disease kelimesinin ‘d’ harfinden gelmektedir. SARS- CoV ve MERS-CoV ile aynı tür koronavirüs olmasına rağmen farklı genetik yapıya sahiptir (Karataş, 2020:17).

Koronavirüslerin hızlıca bulaşabilen diğer tipleri (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV) mevcuttur. İnsandan insana rahatlıkla bulaşabilen bu virüsler daha çok hafif belirtiler göstererek geçmektedir. Hayvanlarda bulunan diğer koronavirüs türleri hayvanlardan insana geçerek daha ağır tablolar şeklinde ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020:1). İnsanlarda etkili olan koronavirüsün hastalık

spektrumu sıradan bir soğuk algınlığına veya ağır akut solunum sorununa kadar farklı şekillerde görülebilmektedir (Dikmen vd., 2020:34).

Pandemi, Yunanca epi(üzerine) ve demo(insanlar) kelimelerinden gelir ve uluslararası boyutta birçok insanı etkileyen bir salgındır (Last, 2001:47). Bir başka tanıma göre ise; *“Pandemi: Bir hastalığın, enfeksiyon etmeninin veya sağlıkla ilgili bir sorunun çeşitli ülkelerde veya bir kıtada yayılması veya tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstererek nüfusun önemli bir bölümünün etkilenmesidir”* şeklinde ifade edilmektedir (Türkçe Bilimler Akademisi, 2020:2).

COVID-19 pandemisinde ilk vakaların devamında hastalığın bulaşıcılığı doğrudan temas ile insandan insana şeklinde gerçekleşmiştir. Hastalık esasen damlacık yolu ile geçmektedir (Kömürcüoğlu, 2020). Hasta bireylerin hapşırma veya öksürme yolu ile yüzeylere saçılan damlacıkların mukozaya temas etmesi halinde bulaşmaktadır. Bulaşıcılığın yayılmasında ise asemptomatik vakalar kritik rol oynamaktadır (Dikmen ve ark.,2020:22; Wu ve ark.,2020:48). Bulaşıcılığı önlemek için hastaların tespit edilmesi, izolasyonun sağlanması ve insanlar arasında temasın ortadan kaldırılması gerekmektedir (Emir, 2021:2881).

Virüsün inkübasyon süresi çoğu vakada yaklaşık 4 ile 5 gün arasında gerçekleşse de genel olarak söz konusu sürenin 14 gün içinde olduğu bilinmektedir. Inkübasyon süresi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlamış olan durum raporunda aynı şekilde teyit edilmektedir (Dikmen ve ark., 2020:22).

Covid-19’un bilinen tipik belirtileri; Ateş, nefes darlığı, öksürük şeklindedir. Virüsün 60 yaş üstü bireyleri, kalp, diyabet, hipertansiyon, kronik solunum yolu rahatsızlığı olanları, kanser hastalarını daha fazla etkilediği ciddi semptomlar geliştirdiği saptanmaktadır (SB, 2020). Daha nadir olarak ise; baş ağrısı, tat ve koku hissi kaybında azalma, ishal, yorgunluk ve ciltte renk değişimleri, genel ağrı gibi belirtilere rastlanmaktadır. Daha ciddi belirtilerde ise; hastalığın zatürreye neden olabileceği buna bağlı olarak suni tıbbi müdahalelere gerek duyulabileceği bilinmektedir (Budak ve Korkmaz, 2020:48). Aşağıdaki Tablo 1 incelendiğinde ise; Covid-19 semptomları arasında ateş, öksürük, halsizlik, balgam çıkarma, artalji (eklem ağrıları) tüm hastalarda gözlenirken; nefes darlığı, diyare (ishal) ve titreme ağır hastalarda daha çok gözlenmektedir.

Tablo 1.1
Covid-19 Semptom Sıklığı

Klinik Semptomlar, %	Tüm olgular	Ağır hastalık	Ağır Olmayan
Ateş	88.7	91.9	88.1
Öksürük	67.8	70.05	67.3
Halsizlik	38.1	39.9	37.8
Balgam Çıkarma	33.7	35.3	37.8
Nefes Darlığı	18.7	37.6	15.1
Myalji/artalji	14.9	17.3	14.5
Boğaz Ağrısı	13.9	13.3	14
Baş Ağrısı	13.6	15	13.4
Titreme	11.5	15	10.8
Bulantı-kusma	5.6	6.9	4.6
Nazal konjesyon	4.8	3.5	5.1
Diyare	3.8	5.8	3.5

Kaynak: Kömürcüoğlu, B. COVID-19'un Klinik ve Laboratuvar Bulguları: Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Bilmesi Gerekenler'başlıklı ek sayısında derlemeyi, 28.

1.2. Covid-19 Pandemisinin Ortaya Çıkışı ve Dünyadaki Yayılım Süreci

Çin'in Hubei eyaletine ait Wuhan'da, Aralık 2019'da deniz ürünleri ve canlı hayvan pazarında etiyojisi bilinmeyen yeni tip koronavirüs türüne rastlanılmıştır. Söz konusu virüsün çıkış noktası olan Wuhan şehrindeki canlı hayvan ve deniz ürünleri pazarı olduğu bilinmektedir. Yeni tip koranavirüsün kaynağı olarak bilinen bu pazarda yarasa, yılan, karıncayiyen, palmye misk kedisi ve rakun köpeği gibi canlı hayvanlar satılmaktadır ve virüsün enfekte bir yarasanın insan tarafından yiyecek olarak tüketilmesi sonucu geçtiği tahmin edilmektedir (Akpınar, 2020:17).

Covid-19'un insandan insana bulaşması nedeniyle hızla yayılım göstermiş olup, 19 Ocak tarihinde Wuhan dışında, Guangdong ve Pekin'den yeni vakalar ortaya çıkmış, böylelikle Çin'de yayılım gösterdiği ve vaka sayısının 205 olduğu bildirilmiştir. Böylelikle 30

Ocak'ta Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “Uluslararası halk sağlığı acil durumu” açıklanmasında bulunmuştur (Genç,2020:10; WHO Coronavirus Dashboard, 2022). Covid-19 ilk olarak Avrupa'ya, sonrasında Kuzey Amerika ve Asya-Pasifik ülkeleri etkisi altına alarak tüm dünyaya yayılım göstermiştir (Kırılmaz, 2021:277).

Dünya Sağlık Örgütü, 28 Şubat 2020 tarihinde giderek artan vaka sayıları ve farklı kıtalara yayılım göstermesi sebebiyle SARS-CoV-2 tehdidinin yüksek seviyelere ulaştığını bildirmiştir (Casella, ve ark.,2020: 22).

Aşağıdaki Tablo 2 de 2 Mart 2020 tarihinde WHO tarafından teyit edilen Covid-19 kaynaklı vaka sayısı verilmiştir. Tablo 2 incelendiğinde Avrupa, Batı Pasifik, Amerika, Güneydoğu Asya, Doğu Akdeniz ve Afrika'da vakalar ortaya çıkarak Covid-19 virüsü tüm dünyayı etkisi altına almıştır.

Tablo 1.2

WHO Tarafından Bildirilen Bölgelere Göre Onaylanmış Covid-19 Vaka Sayıları

Bölgeler	Onaylanmış Toplam Vaka Sayısı
Avrupa	8.779
Batı Pasifik	4.876
Amerika	549
Güneydoğu Asya	56
Doğu Akdeniz	6.234
Afrika	27

Kaynak: (WHO,2022)

İlk olarak CoV-2019 olarak adlandırılan virüs sonrasında Uluslararası Virüslerin Taksonomisi Komitesi tarafından SARS-CoV-2 olarak bildirilmiştir. Nitekim devamında Çin dışından 114 ülkeye ait raporda salgının hızla ivme kazanması ile 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü hastalığı ‘pandemi’ olarak duyurmuştur (Akbiyık ve Avşar, 2020:110).

Çin merkezli hastalık ortaya çıktıktan birkaç ay içinde tüm dünyayı etkilemiştir. Covid-19 ortaya çıktığı ilk altı aylık süredeki önemli gelişmeleri, kronolojik olarak aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (SB, 2020; WHO Coronavirus Dashboard, 2022; Budak ve Korkmaz, 2020:63; TÜBA, 2020).

Çin'in Hubei eyaletine ait 11 milyon nüfusa sahip Wuhan şehrinde olağandışı zatürre olarak olarak açıklanan vakalar 2019 Aralık sonunda Dünya Sağlık Örgütü'ne bildirilmiştir. DSÖ, hastalığın yeni tip koronavirüs kaynaklı olduğunu 07 Ocak 2020 tarihinde açıklayarak virüsü "2019-nCov" olarak adlandırmıştır. Çin'de nCov kaynaklı ilk ölüm vakası 10 Ocak 2020 tarihinde DSÖ tarafından bildirilmiştir. Çin dışında, Tayland'ta ilk vakaların tespit edildiği 12 Ocak 2020 tarihinde açıklanmıştır. Japonya'da ilk konfirme vaka 16 Ocak 2021 tarihinde açıklanmıştır. 20 Ocak 2022'de Güney Kore ilk vakasını bildirmiştir. Ayrıca aynı gün DSÖ'nün yayınladığı rapora göre virüsün insandan insana geçtiği duyurulmuştur. 21 Ocak 2020 tarihinde, virüsün ilk kez ABD'de görüldüğü açıklanmıştır. 23 Ocak 2020'de Çin'de virüsün çıkış noktası olan Wuhan kentinde karantina uygulamasına geçilerek, kente giriş ve çıkışlar kapatılmıştır. Aynı tarihte Acil Durum Komitesinin toplantı sonrası DSÖ Genel Direktörü Ghebreyesus tarafından salgını "uluslararası boyutta endişe verici" bulmadığını açıklamıştır. 25 Ocak 2020 tarihinde Avrupa'da ilk koronavirüs vakası Fransa'da görülmüştür. Aynı gün Kanada ve Malezya'da vakalar bildirilmiştir. DSÖ Başkanı Tedros 27 Ocak 2020 tarihinde, Çin ziyaretinde bulunmuştur. Görüşme sonrasında Çin Hükümeti, DSÖ tarafından gönderilecek olan uluslararası uzmanlardan oluşan bir heyette onay vermiştir. 29 Ocak 2020 tarihinde Birleşik Arap Emirlikleri ilk vakalarını açıklayarak virüs Orta Doğu'ya yayılmıştır. 30 Ocak 2020'de DSÖ "uluslararası kamu sağlığı acil durumu" açıklamasında bulunmuştur. İngiltere, İspanya, İsveç ve Rusya'da 31 Ocak 2020 tarihinde ilk vakalarını bildirmiştir. 02 Şubat 2020'de Çin dışından virüsün neden olduğu ilk ölüm Filipinler tarafından bildirilmiştir. 04 Şubat 2020 tarihinde Yokohama'da The Diamond Princess adlı gemi 3 bin 700 kişilik yolcusuyla karantinaya alınmıştır. Koronavirüsü ilk bildiren kişi Dr. Li Wenliang 07 Şubat 2020 tarihinde hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 09 Şubat 2020'de virüs nedeniyle toplam ölüm sayısı, 2002-2003 yıllarındaki SARS'tan kaynaklanan ölüm sayısının üzerine çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü hastalığı 11 Şubat 2020 tarihinde Covid-19 olarak adlandırmıştır.

14 Şubat 2020 tarihinde virüs DSÖ tarafından Sars-CoV-19 olarak adlandırılmıştır. Aynı tarihte Afrika kıtasında Mısır'da ilk vaka bildirilmiştir. İran ilk vakasını 19 Şubat 2020 tarihinde bildirmiştir. 24 Şubat 2020 tarihinde Afganistan, Kuveyt ve Irak ilk vakalarını açıklamış aynı tarihte İtalya Avrupa'da en yüksek sayıda bildirilen vaka sayısına ulaşmıştır. 26 Şubat 2020 tarihinde küresel çapta vaka sayısı 80 bini aşmış, bildirilen ölüm sayısı 2 bin 800'lere ulaşmıştır. Aynı tarihte Latin Amerika'da, Brezilya'da ilk vaka bilgisi verilmiştir. Suudi Arabistan, Tunus ve Ürdün 02 Mart 2020 tarihinde ilk vakalarını bildirmiştir. 05 Mart 2020'de virüs 84 ülkeye yayılmış ve vaka sayısı 95 bine ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 11 Mart 2020'de pandemi açıklamasında bulunmuştur. Aynı tarihte Türkiye'de ilk koronavirüs vakası bildirilmiştir. ABD uçuşlarını 12 Mart 2020 tarihinde Avrupa'ya kapatarak ülkede acil durum ilan etmiştir. 14 Mart 2020'de İspanya'da vaka sayısı en yüksek seviyelere ulaşmış ve ülkede karantina kararı alınmıştır. Türkiye'de Covid-19'a bağlı ilk ölüm 16 Mart 2020 tarihinde gerçekleşmiştir. Aynı tarihte Avrupa Birliği seyahat kısıtlaması getirmiştir. 18 Mart 2020 tarihinde İtalya, İspanya ve Fransa'dan sonra Belçika, ülke genelinde karantina kararı almıştır. Aynı tarihte pandemi merkezi, Asya'dan 3 bin 421 ölüm vakası ile Avrupa'ya geçmiştir. 19 Mart 2020 tarihinde Çin'in Wuhan kentinde ilk defa yeni bir vaka bildirilmemiştir. Aynı tarihte Avusturalya ve Yeni Zelanda sınırlarını kapatmıştır. İtalya, 3 bin 405 kişinin hayatını kaybetmesi sonucu Çin'i aşmıştır. Fransa 24 Mart 2020 tarihinde olağanüstühal ilan ettiğini duyurmuştur. Tokyo Olimpiyat Oyunları bir yıl ertelenmiştir. 27 Mart 2020'de İngiltere Başbakanı Johnson Covid-19'a yakalanmıştır. 30 Mart 2020 tarihinde ABD ve İspanya'da vaka sayıları Çin'i geride bırakmıştır. ABD ve Fransa'da günlük ölüm sayıları 07 Nisan 2020 tarihinde en yüksek seviyelere ulaşırken; aynı gün Wuhan şehrinde, karantina kaldırılmıştır.

Covid-19; üçüncü yılında farklı mutasyonlara uğramış ve sonuç olarak değişik varyantları ortaya çıkmıştır. En önemli varyantları 2020 yılının eylül ayında, Alfa, Beta, Delta varyantı, Gamma varyantı 2020 yılının ocak ayında, Omicron ise 2021 yılının kasım ayında tespit edilmiştir (Eraslan, 2022).

Covid-19 virüsünün çeşitli varyantlarının ortaya çıkış tarih ve yerleri ise detaylı olarak şu şekildedir (Casella vd., 2020). Alfa Varyantı, Aralık 2020'nin son günlerinde Birleşik

Krallık'ta rapor edilmiştir. Beta Varyantı; Aralık 2020'de Güney Afrika'da rapor edilmiştir. Gama Varyantı; Ocak 2021'in başlarında Brezilya'da rapor edilmiştir. Delta Varyantı, Aralık 2020'de Hindistan'da rapor edilmiştir. Omicron Varyantı ise Kasım 2021'de Güney Afrika'da rapor edilmiştir

Aşağıdaki tabloda Our World In Data tarafından yıllara göre bildirilen vaka sayıları verilmiştir. Tablo 3'e göre Amerika, Hindistan ve Brezilya Covid-19 vakalarının en çok görüldüğü ülkeler olmaktadır.

Tablo 1.3
Our World In Data Tarafından Bildirilen Ükelere Göre Covid-19 Verileri

Ülke	Covid-19 yıllara göre onaylanan vaka sayıları			
	21 Ocak 2020	20 Ocak 2021	22 Ocak 2022	16 Ocak 2023
ABD	1	24.624.297	70.773.282	101.654.571
Hindistan	1	10.610.883	39.237.264	44.682.467
Brezilya	1	8.647.962	23.931.609	36.640.787
Fransa	2	3.005.852	16.442.319	39.493.051
Almanya	1	2.068.002	8.460.546	37.622.357
Birleşik Krallık	2	3.505.754	15.784.488	24.243.393
Rusya	2	3.595.136	10.860.799	21.552.364
Türkiye	1	2.406.216	10.881.626	17.881.626
İtalya	2	2.414.166	9.781.191	25.363.742
İspanya	1	2.412.318	8.975.458	13.711.251
Ukrayna	1	1.210.854	4.026.198	5.672.860
Japonya	2	347.029	2.129.939	31.493.153
Çin	547	96.112	119.518	2.023.904
Küresel	577	97.188.113	349.775.416	667.092.181

Kaynak: (Our World in Data, 2023)

Aşağıdaki Tablo 4'e göre Our World in Data tarafından kıtalara göre Covid-19 vaka sayıları bildirilmiştir. Tabloya göre yıllara göre vaka sayısı en çok sırasıyla Avrupa, Asya ve Kuzey ve Güney Amerika'dır.

Tablo 1.4
Our World In Data Tarafından Bildirilen Kıtalara Göre Covid-19 Verileri

Kıta	Covid19 yıla göre biriken onaylanan vaka sayıları			
	21 Ocak 2020	22 Ocak 2021	21 Ocak 2022	16 Ocak 2023
Avrupa	17	28.876.350	112.718.321	245.951.657
Afrika	1	3.392.340	10.568.210	12.482.094
Asya	556	22.465.349	93.939.089	207.252.939
Kuzey Amerika	1	28.662.183	82.529.440	120.251.622
Güney Amerika	2	15.113.611	45.066.178	67.338.111
Okyanusya	4	49.851	2.306.022	13.815.037

Kaynak: (Our World In Data, 2023)

1.2. Covid-19 Pandemisinin Türkiye’de Görülmesi ve Yayılım Süreci

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca ülkemizde teyit edilen ilk Covid-19 vakası, 11 Mart 2020’de bildirilmiştir (SB, 2022). Türkiye’de ilk Covid-19 kaynaklı ölüm ise 17 Mart’ta gerçekleşmiştir. 17 Mart 2020 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca “Koronavirüs ile mücadelede bugün ilk kez bir hastamı kaybettim. 89 yaşındaki bir vatandaşımız maalesef hayatını kaybetti. Çinli bir çalışanından virüs bulaşmış” beyanıyla vefat eden ilk vakayı duyurmuştur (Karataş, 2000:4; Kutlu 2020:330). 12 Mayıs 2020 tarihinde ise ülkede uygulanan test sayısı 1.440.671 olmakla birlikte toplam vaka sayısı 141.475, toplam ölüm sayısı 3.894 olarak bildirilmiştir. İki aylık süre zarfında Covid-19 vakaları incelendiğinde iyileşen hasta sayısı ülkemizde %70 seviyelerinde iken, %35 olan dünya genelinin oldukça üzerinde seyretmektedir (Budak ve Korkmaz, 2020: 63). Aşağıdaki Tablo 5 Sağlık Bakanlığı Covid-19 Platformu verilerine göre ilk vaka ülkemizde 11 Mart 2020 tarihinde ortaya çıkmıştır. 12 Mayıs 2020 tarihinde toplam test sayısı 1.440.671, toplam vaka sayısı 141.475, toplam vefat sayısı 3.894, toplam iyileşen hasta sayısı ise 98.889 dur. 11 Mart 2021 tarihinde ise toplam test sayısı 34.694.624, toplam vaka sayısı 2.835.989, toplam vefat sayısı 29.290, toplam iyileşen hasta sayısı

2.659.093 tür. 3 Temmuz 2021 tarihinde ise toplam test sayısı 61.455.218, toplam vaka sayısı 5.440.368, toplam vefat sayısı 49.874, toplam iyileşen hasta sayısı 5.310.769 dur.

Tablo 1.5

Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilgilendirme Platformuna Göre Genel Koronavirüs Tablosu

Tarih	Toplam Test Sayısı	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Vefat Sayısı	Toplam İyileşen Hasta Sayısı
11 Mart 2020		1		
12 Mayıs 2020	1.440.671	141.475	3.894	98.889
11 Mart 2021	34.694.624	2.835.989	29.290	2.659.093
3 Temmuz 2021	61.455.218	5.440.368	49.874	5.310.769

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2022)

Türkiye’de alınan önlemler kapsamında yüksek riskli ülkelere dönen vatandaşlar için karantina ve riskli ülkelere seyahat yasağı ile okul, eğlence merkezleri ve mağazaların kapatılması gibi çeşitli kısıtlamalar getirilmiştir. Yüksek riskli ülkelere Çin, İran ve İtalya olmak üzere gelen uçuşlara seyahat kısıtlamaları getirilmiş; Türkiye- İran sınır kapısı ise giriş çıkışlara kapatılarak kısıtlamalar devam etmiştir. Yine parlamento kararı ile 65 yaş ve üstü kişiler, kronik akciğer, kronik karaciğer, kronik böbrek, immün sistem eksikliği, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), hipertansiyon hastalığı olan kişiler ile 20 yaşından küçük bireylere sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. Ayrıca 31 büyük şehre özel araçlar ile giriş çıkışları yasaklandığı ilan edilmiştir. Maske uygulaması ise 3 Nisan 2020 tarihinde zorunlu hale gelmiştir. Sağlık ve güvenlik çalışanları hariç olmak üzere 9 Nisan 2020’de tüm vatandaşlara hafta sonları sokağa çıkma yasağı getirilmiştir (Kutlu, 2020). Hastalığın ilk ortaya çıktığı günden itibaren alınan bazı önemli gelişmeler aşağıda

kronolojik olarak sıralanmıştır (Budak ve Korkmaz, 2020:63; Kutlu, 2020:330; SB, 2022).

6 Ocak 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı tarafınca Covid-19 Operasyon Merkezi kurulmuştur. Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi kurularak 10 Ocak 2020 tarihinde ilk toplantısını yapmıştır. 14 Ocak 2020’de Bilim Kurulunun önerileri ile 2019-nCoV hastalık kılavuzu yayınlanmıştır. 23 Ocak 2020’de Wuhan uçuşları Bilim Kurulu tavsiyesi üzerine durdurulmuştur. Çin’den gelenler için termal kameralarla tarama yapılarak ilave önlemler alınmıştır. Hastalık belirtisi gösteren kişilerin ise karantinaya alınması gerekli görülmüştür. 1 Şubat 2020 tarihinde Çin-Türkiye arasındaki uçuşlar durdurulmuştur. 2 Şubat 2020’de Çin’deki Türk vatandaşları ülkeden tahliye edilmiştir. 23 Şubat 2020 tarihinde İran – Türkiye arasında tüm uçuşlar durdurulmuş ve Türkiye sınır kapılarını kapatmıştır. 29 Şubat 2020’de Türkiye; İtalya, Irak ve Güney Kore’ye seyahat kısıtlaması getirmiştir. 1 Mart 2020’de Covid-19 ile ilgili önlemleri içeren kitapçık, Sağlık Bakanlığı tarafından Umre ziyaretinden dönecek bireyler için yayınlanarak yurtdışından gelen kişilerin ilk 14 gün evden çıkmamaları gerektiğini, zorunlu durumlarda ise maske takmaları, ayrıca kronik rahatsızlığı olan ve 65 yaş üstü üzeri bireylerden uzak durmaları gerektiği bildirilmiştir. Türkiye’ de ilk teyit edilen Covid-19 vakası 11 Mart 2020’de bildirilmiştir. 12 Mart 2020’de Türkiye’de tüm okul ve üniversitelerde eğitime ara verilmiştir. 15 Mart 2020 tarihinde vaka sayıları yükselişe geçen Almanya, Fransa, İspanya, Avusturya, Norveç, İsveç, Belçika, Danimarka ve Hollanda ile uçuşlar karşılıklı durdurulmuştur. 17 Mart 2020 tarihinde Türkiye’de ilk ölüm vakası açıklanmıştır. Ayrıca İngiltere, İsviçre, Mısır, Birleşik Arap Emirlikleri ve Suudi Arabistan ile uçuşlar aramızda durdurulmuştur. 20 Mart 2020’de Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile kültürel, sanatsal, bilimsel her türlü faaliyetler durdurularak aynı tarihte; Sağlık Bakanlığı tarafından enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıklar ve klinik mikrobiyoloji uzmanı hekimlerinden en az ikisinin olduğu tüm hastaneler pandemi hastanesi olarak kabul edilmiştir. 23 Mart 2020 tarihinde eğitim kurumlarında uzaktan eğitime geçiş sağlanmıştır. 24 Mart 2020’de kronik hastalığı olan ve 65 yaş üstü kişilere sokağa çıkma ve seyahat etme yasağı getirilmiştir. 27 Mart 2020 tarihinde Covid-19 verileri günlük tablolar halinde, Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyu ile açıklanmaya başlanmıştır. 03 Nisan 2020 tarihinde 20 yaşın altındaki bireylere sokağa çıkma yasağı getirilerek aynı tarihte Türk Hava Yolları iç hat uçuşlarını

durdurmuş ve Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulunca, Toplumda Salgın Yönetimi Kurulu ilk toplantısını yapmıştır. 09 Nisan 2020’de tüm ülkede hafta sonları sağlık ve güvenlik çalışanları hariç tüm vatandaşları kapsayacak sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. 14 Nisan 2020 tarihinde Türk Hava Yolları, 20 Mayıs 2020 tarihine kadar bütün dış hat uçuşlarını durdurmuştur. 15 Nisan 2020 tarihinde yaklaşık 90 bin tutuklu ve hükümlünün, pandemi nedeniyle tahliyesine karar verilmiştir. 19 Nisan 2020’de Türkiye 86 bin 306 toplam vaka sayısı ile Çin’i geride bırakmıştır. 24 Nisan 2020 tarihinde günlük iyileşen hasta sayısı, günlük yeni vaka sayısının ilk kez önüne geçtiği bildirilmiştir. 27 Nisan 2020’de ülkedeki günlük iyileşen hasta sayısı, günlük vaka sayısının iki katı seviyelerine ulaşmış. Toplam iyileşen hasta sayısı hızla yükselmeye devam etmiştir. 04 Mayıs 2020 tarihinde normalleşme takvimi Cumhurbaşkanlığı tarafından açıklanmış ve 7 şehirde seyahat kısıtlaması kaldırılmış, alışveriş merkezleri, berber ve kuaförlerin belli bir tarihe kadar tekrar açılmasına karar verilmiştir. 08 Mayıs 2020 tarihinde ilk kez Covid-19 kaynaklı ölüm sayısı 50’nin altında olduğu bildirilmiştir.

BÖLÜM 2: COVID-19 PANDEMİSİNİN SAĞLIK KURUMLARI ÇALIŞANLARINA ETKİSİ

2.1. Sağlık Kurumları ve Yönetim Kavramı

Sağlık Kavramı: Sağlık, literatürde genel olarak bireyde hastalık ve sakatlığın bulunmaması olarak tanımlanmak ile birlikte birçok kaynakta farklı şekilde ifade edilmektedir. Ancak yaygın olarak kabul edilen ifade Dünya Sağlık Örgütü tarafından açıklanmıştır (Keyik, 2014:18). DSÖ'ye göre sağlık, "Yalnızca sakatlık veya hastalık olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir". DSÖ'nün bu tanımına göre sağlık tek taraflı bir kavram olmayıp birbiriyle ilişkili birçok faktörden doğrudan ve dolaylı olarak etkilenmektedir (Kavuncubaşı, 2000:330). Türk Anayasası'nda ise sağlık vazgeçilmez bir hak olarak devlet güvencesine alınmıştır (Alu, 2017:33). 1982 Anayasanın 56. maddesine göre "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak iş birliği gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir". Böylece sağlık hizmetleri devletin görevleri arasında kabul edilmektedir (Orhaner 2006:2)

İnsan sağlığın bozulmasına neden olan etkenlerden biri de salgın hastalıklardır. Salgın hastalıklar sağlık yönetimi açısından olumsuz bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Covid-19 salgınında olduğu gibi planlamaların doğru yapılması ve sürecin düzenli yürütülmesi sağlık yönetiminin olumsuz etkilenmesinin önüne geçmektedir (Liang, 2020:15).

Sağlık sistemi bir tanıma göre: "*Sağlık hizmeti sistemi bir diğer ifadeyle sağlık sistemi arz ve talebinin oluşumunu ve bunun gerçekleştiği düzenleri, süreçleri, yapıları sistemi tanımlar*" şeklinde açıklanmıştır (Sargutan, 2005: 403).

Sağlık sistemlerinin finansman, tedarik, yönetim ve kaynak üretimi (fiziksel varlıklar, iş gücü, bilgi ve teknoloji) şeklinde temel işlevleri bulunmaktadır. Sağlık sistemleri;

işlevleri yerine getirmek için kurum ve kuruluşların tasarlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve yeniden düzenlenmesi gibi temel konuları ele almalıdır (Murray ve Frenk, 2000: 723).

- a. Finansman: Birincil ve ikincil kaynaklardan gelir toplayan, toplanan kaynakları bir fon havuzunda biriktiren ve nihayetinde bu fonları faaliyetlerine göre sağlık hizmeti sunucularına tahsis eden sağlık sistemi finansmanı bir süreç olarak tanımlanabilir. Sağlık sistemi finansmanı fon toplama, gelir toplama ve hizmet sunucularına ödeme şeklinde üç temel işlev üzerine kurulmaktadır (Murray ve Frenk, 2000: 724).

Gelir Toplama: Bu işlev, tıbbi hizmetlerin ödenmesi için birincil kaynak olan hane halkı ve firmalar ile ikincil kaynaklardan oluşan hükümet ve bağış ajanslarından fon toplamak anlamı taşımaktadır. Gelir toplama mekanizmaları; genel vergiler, sosyal yardımları, sosyal sağlık primleri, özel sağlık sigortası primleri, doğrudan harcamalar ve diğer bireysel tasarruf hesaplarıdır. Halk sağlığı sistemleri genellikle vergilerle finanse edilirken, sosyal güvenlik kurumları genellikle çalışan ve işverenlerin zorunlu katkılarıyla finanse edilmektedir (Murray ve Frenk, 2000: 724).

Fon Havuzlama: Risk havuzu oluşturma, bir kaynağın havuzun tüm üyeleri arasında paylaşılması için kaynakların toplanması ve yönetilmesidir. Bu şekilde, para havuzunda yaratılan fonlar belirli bir katılımcıya ait değildir. Fon havuzuna katkıda bulunanlar finansal riski paylaşırlar. Finansal risklerin birleştirilmesi, sağlık sigortası mekanizmasının temel işlevidir. Etkili risk havuzuna katılmak, finansal güvenliğin sağlanması için esastır. Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki mali engellerin, özellikle toplumun daha yoksul üyeleri hastalandığında veya yaralandığında kaldırılmalıdır. Her belediye mali risklerini bir havuzda toplamak için farklı finansman yöntemleri seçebilmektedirler (Murray ve Frenk, 2000: 724).

Hizmet Sunucularına Ödeme: Bir fon havuzunda biriken ödemelerin, sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılmak üzere kurumsal veya bireysel sağlık

hizmeti sunucularına tahsis edilmesi sürecidir. Biriken kaynaklar sağlık hizmeti sunumu karşılığında hizmet sunucularına aktarılır. Satın alınan ürünlerin seçimi, hangi sağlık hizmetlerinin bedelinin ödendiği ve hangi standartların ödenmediği ile ilgilenmektedir. Satın alınan hizmetlerin miktarını ve kalitesini kontrol etmek, hizmet sağlayıcılar için en önemli ödeme yönetimi konularından biridir (Murray ve Frenk, 2000: 724).

- b. Sağlık Hizmeti Sunumu: Bu işlev, üretim süreçlerinin bir kombinasyonundan ve girdilerin belirli bir örgütsel ortamda gerçekleştirilmesine katkıda bulunan bir dizi müdahaleden oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri doğrudan bireye veya topluma sunulabilir. Topluma yönelik sağlık hizmetleri kamusal nitelik taşımaktadır, bu nedenle devlet güvencesi altında yürütülmektedir (Aktan ve Işık, 2007:7).
- c. Kaynak Üretimi: Güçlü sağlık sistemleri, hangi yatırımların neden yapılması gerektiğine dair net ve rasyonel açıklamalar gerektirmektedir (WHO, 2007: 3).
- d. İdare: Sağlık sistemi kapsamında politik çerçevenin oluşturulması ve yönetilmesi ile ilgili faaliyetleri içermektedir. Bu tür faaliyetler genellikle devletin sorumluluğu altında yürütülmektedir. Devlet, vatandaşlarının davranışlarını düzenleme ve kamu yararına bireylerin davranışlarını düzenleme yetkisine sahiptir. Bu nedenle, her ülkenin halk sağlığı hedeflerine ulaşmak ve sağlık yasalarını uygulamak görevi vardır. Devlet, halk sağlığı kurumlarını organize ederek, sağlık çalışanlarının işe alım süreçlerinde, salgınların tespit edilmesi, önlenmesi ve kontrol altına alınması amacıyla hizmetleri etkin şekilde sunmak için nasıl yönetilmeleri konularıyla ilgilenmektedir (Sungur, 2021:2199).

Yönetim Kavramı: Yönetim farklı bilim dallarında birçok şekilde tanımlanmıştır. “*Sanatların en eskisi bilimlerin ise en yenisi*” olarak kabul edilen (Can ve İbicioğlu, 2008:253) yönetim; Ekonomi bilimcilerine göre toprak, emek ve sermaye ile beraber üretim işlevlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Siyasal bilimcilere göre “*Bir otorite sistemi*” olarak tanımlanmaktadır. Toplum bilimcilere göre ise “*Bir sınıf veya saygınlık sistemidir*” (Tengilimoğlu ve ark.,2021:74). Bu bağlamda yönetim pek çok farklı biçimde

tanımlanmıştır. Yönetim bilimcilerin üzerinde anlaştığı bir tanım olarak ise “Yönetim; başkaları vasıtasıyla iş görmektir” şeklindedir (Koçel, 2003:78).

Yönetimin çeşitli tanımlamalarını yapılırken diğer bir yaklaşım yönetim fonksiyonları süreci açısından değerlendirmektir (Tengilimoğlu ve ark., 2021:358). Buna göre yönetim; “Planlama, örgütleme, liderlik ve kontrol fonksiyonları yardımıyla eldeki kaynakları etkin ve verimli bir biçimde kullanarak belirlenmiş amaçlara ulaşma sürecidir” şeklinde tanımlanabilir (Eren, 2003:4). Sosyal bilim alanında bir disiplin olan yönetim sosyal örgütlerin, kurum ve kuruluşların ayrıca ticari işletmelerin işleyiş biçimlerini incelemektir. Sağlık hizmeti sunan işletmelerin işleyiş biçimlerinin, diğer örgütlerle kıyasla daha farklı olması nedeniyle sağlık yönetimi de ayrı bir disiplin haline gelmiştir (Hayran, 2018:58).

ABD tarafından oluşturulan Sağlık Yönetimi Eğitim Komisyonu ise sağlık yönetimini “Tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre taleplerinin bireyleri ve toplumları belli hizmetleri sağlayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirmesi, kontrol ve koordinasyonudur” şeklinde tanımlamıştır (Can ve İbicioğlu, 2008:254).

Sağlık Yönetimi alanında lisansüstü düzeyde eğitim veren ilk program ise 1934’te Chicago Üniversitesi Lisansüstü İşletme Okulunda “Hastane yönetimi Yüksek Lisans Programı” olarak başlatılmıştır. Türkiye’de ise bu süreç 1963 senesinde Sağlık Bakanlığı Mesleki Eğitim Genel Müdürlüğü’ne bağlı Sağlık İdaresi Yüksek Okulu ile başlamıştır (Çimen, 2010:137).

Sağlık yönetiminin kendine özgü birtakım özellikleri vardır. Sağlık kuruluşlarında meydana gelen işler çok çeşitlidir. Örneğin; hastaneler, muayenehaneler, toplum sağlığı merkezleri, laboratuvarlar, yaşlı bakım evleri ,acil servisler, aile sağlığı merkezleri kuruluşlardan bazılarıdır. Söz konusu kuruluşlardan yeme-içme, konaklama, ameliyat hizmetleri, poliklinik hizmetleri, acil hizmetleri, insan kaynakları yönetimi veya finans yönetimi, kalite yönetimi gibi birçok farklı alanda faaliyetler yürütülmektedir. Sağlıkla ilgili faaliyetler çoğunlukla hizmetlerden oluşmaktadır. Bu hizmetler mallardan farklı olarak soyut niteliğe sahip hizmetlerdir. Bu nedenle hizmet kalitesinin yönetimi, denetimi ya da bir hata söz konusu olduğunda hatayı düzeltebilmek oldukça güçtür, hatta bazı durumlarda mümkün değildir. Sağlık hizmetleri insan ilişkileri bakımından yoğundur,

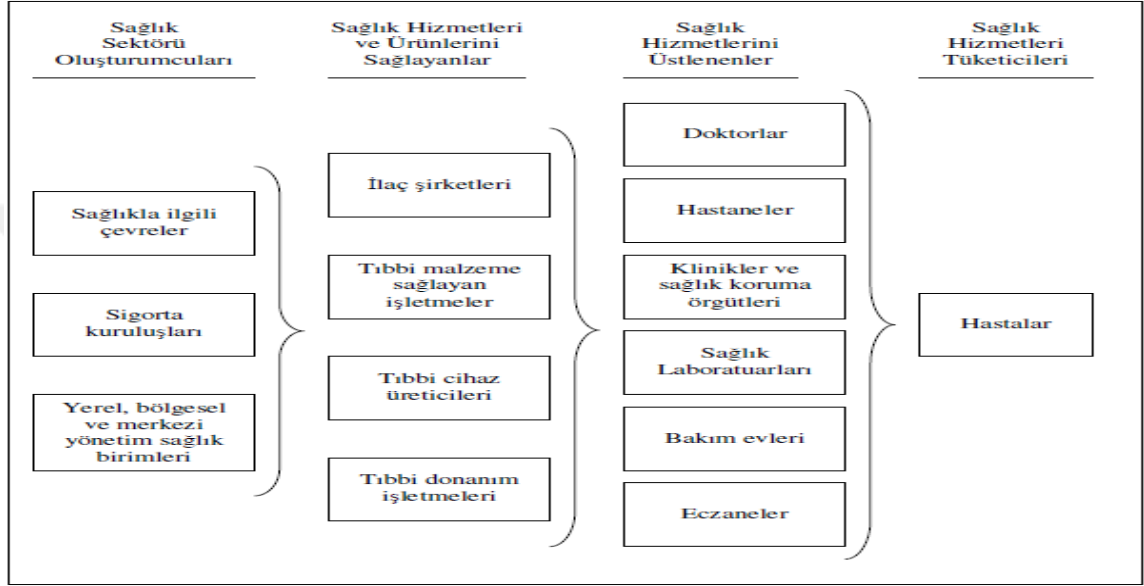
yani sağlık hizmetlerinde süreç içerisinde ilk üründe son üründe insandır. Hizmeti alan insan kişiler fiziksel veya ruhsal açıdan sorunları olabilirken hizmeti sunan kişilerin zaman sıkıntısı ya da hata yapmaktan kaçınma gibi durumları yaşamaları, insan ilişkileri yönünden birtakım sorunlara neden olabilmektedir. Tıbbi hatalardan kaynaklı davalar, sağlık personeline ilişkin davalar sorunlara örnek verilebilir. Sağlık alanındaki mesleklerin sayısı fazladır ve özerk niteliktedir. Sağlık alanında da yan dal olabilen farklı alanlar olsa da her bir mesleğin görev alanına girmeden, hataya imkan vermeden çalışmanın, zamana karşı ekip çalışması içinde yürütülmesi gerekmektedir. İyi bir yönetim de ise görev tanımlamaları doğru yapılmalı, doğacak çatışmalara fırsat vermemelidir. Örneğin, psikolog ile psikiyatristler ya da fizyoterapistler ile fizik tedavi ve rehabilitasyonu hekimleri bazı meslekler arasındadır. Hekimlik mesleği gereğince tıbbi uygulamalar sebebiyle yönetimsel özelliklerin diğer işletmelerden farklıdır. Diğer sektörlerde yöneticiler en düşük maliyetle hareket ederken hekimler hizmetin maliyetini önemsemezler (Hayran, 2018:58).

2.2. Sağlık Hizmeti ve Sağlık İşletmeleri

Sağlık Hizmetleri Tanımı: Sağlık Hizmeti kavramı sağlığı korumak, geliştirmek; hastalıkların erken dönemde teşhis, tedbir, tedavi edici hizmetler sunarak bireylere nitelikli ve uzun yaşam süresini sağlamak için gerçekleştirilen hizmetlerin bütününden oluşmaktadır (Tengilimoğlu ve ark.,2021:308). Sağlık hizmetleri sağlığın korunması, hastalıkların teşhis ve tedavisi veya rehabilitasyona yönelik yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri kişilerin sağlıklarını korumak, daha iyiye götürmek ve hastalandıklarında sağlıklarına kavuşturmak amacıyla yapılan tüm hizmetleri içermektedir (Demirbilek ve olak, 2008:93).

Sağlık hizmetleri, birey ve topluma sağlıklı yaşam bilinci, isteği ve davranış biçimlerini oluşturmak, sağlıklı olma halini korumak ve gelişimine destek olmak, toplumsal ve bireysel olarak sağlıklı bir ortam oluşmasını sağlamak ve toplumun bütün bireyelerine ihtiyaçları kapsamında eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak amacı taşımaktadır. 1987 sağlık hizmetleri temel yasasına göre sağlık hizmetlerinin amacı ise; “*Sağlık kurum ve*

kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.” şeklinde açıklanmıştır (Alu, 2017:35). Şekil 2’te görüldüğü üzere sağlık hizmeti sektörü; sektörü oluşturanlar, sağlık hizmeti ve ürünlerini sağlayanlar, söz konusu hizmeti üstlenenler ve hizmeti tüketenlerin bir arada olduğu bir sistem yapısıdır (Kahramanoğlu, 2020:23).



Şekil 2: Sağlık Hizmeti Endüstrisi

Sağlık Hizmetlerinin özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Tengilimoğlu ve ark., 2021:77; Sargutan, 2005:403; Odabaşı, 2001:53). Sağlık hizmet tüketimi rastlantısaldır. Böylelikle talebin ne zaman olacağı bilinmemektedir. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerinin hangi sürede, nerede veya kime ihtiyaç duyulacağı öngörülemez.

Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Sağlık hizmeti yerine başka bir ürün kullanılamamakta veya farklı bir hizmet alanı ile değiştirilememektedir.

Sağlık hizmeti ertelenemez. Sağlık sektörü dışındaki ihtiyaçları ertelemek mümkünken sağlıkla ilgili herhangi bir talep insan hayatı ile doğrudan ilgili olduğundan herhangi bir kısıtlamaya veya ertelemeye bağlı kalmaz. Dolayısıyla ihtiyaç anında bireylerin sağlık hizmetine ulaşması sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hekimler belirler, hizmetten yararlananlar tam bilgiye sahip değildir. Diğer piyasalarda tüketiciler alacakların hizmetin bedelini ve

faydasını önceden bilebilirler fakat sağlık hizmetlerinde hizmetten ne kadar fayda sağlayacakları veya bedelinin ne olacağı tam olarak bilinemez.

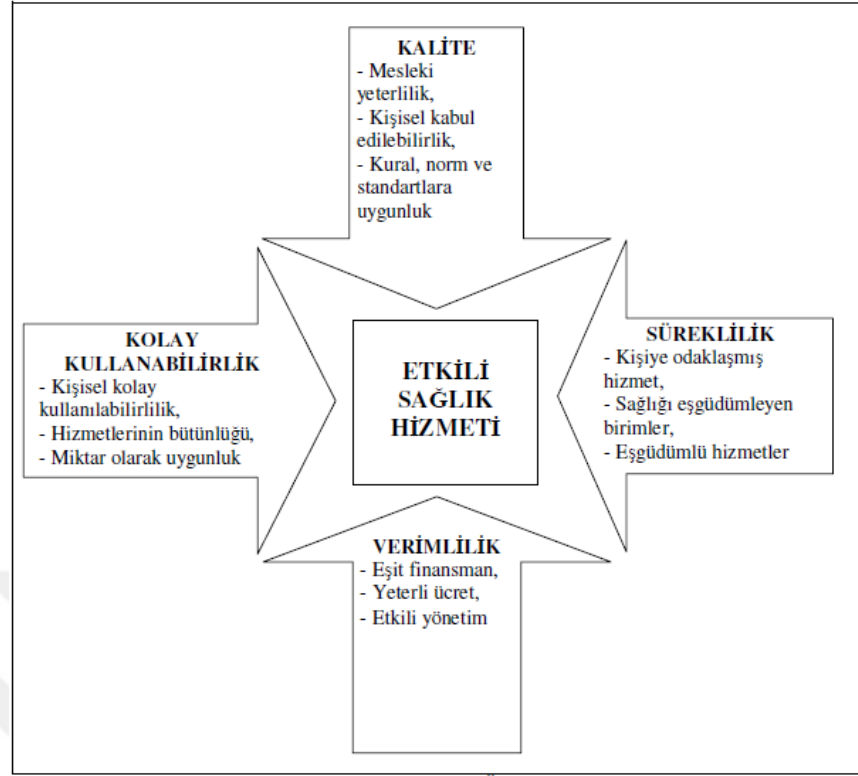
Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin davranışları irrasyoneldir. Diğer sektörlerde tüketicilerin alınan hizmetten en yüksek fayda sağlayacağı yani kişinin rasyonel(akılcı) davrandığı varsayılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ise bilginin sınırlılığı nedeniyle akılcı olamayan davranışlara rastlamak mümkündür. Örneğin diş çürümesinin birçok rahatsızlığa sebebiyet verdiği bilinmediğinde bireyler hekime başvurmada isteksiz davranabilirler veya erteleyebilmektedirler.

Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çoğu zaman mümkün değildir. Sağlık hizmetinin kalitesini veya kişinin elde edeceği doyumu önceden bilmek zordur. Hizmeti önceden alıp denemek veya test etmek çok mümkün değildir. Hizmeti veren kişiler başta hekimler ve hizmeti alan kişiler arasında etik kurallara bağlı güven duygusu hakimdir. Toplumun eğitim düzeyinin artması, sektördeki denetim ve gelişen rekabet ortamları sağlık hizmeti tüketiminde doyumu ve kaliteyi arttırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin bir kısmı toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır. Topluma dayalı koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamı kamu malı özelliği taşımaktadır. Bu özellik nedeniyle de serbest piyasa koşullarında üretimi ve tüketimi söz konusu değildir. Bu hizmetlerde ödemeyi kabul edenler veya etmeyenler arasında bir ayırım yapmaksızın tüm bireylere ihtiyaç doğrultusunda sunulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez. Bir sağlık hizmeti sonucu hasta iyileşir, sakat kalır veya istenmeyen şekilde hayatı son bulabilir. Bu sebeple sağlık hizmeti sonucu kâr beklenemez, pazarlık konusu olamaz.

Ayrıca sağlık hizmetlerinin garantisi yoktur, öncesinde test etmek mümkün değildir, ortaya çıkacak hata insan yaşamını riske edeceğinden hatanın toleresi yoktur. Hizmetlerin yeterli olmaması toplumsal problemlere yol açabilmektedir. Şekil 3'e göre etkili bir sağlık hizmetinin özellikleri gösterilmiştir. Etkili bir sağlık hizmetinin özellikleri; Kalite, kolay kullanılabilirlik, süreklilik ve verimlilik esasına göre belirlenir.



Şekil 3: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri

Türkiye’de sağlık hizmetinin gelişimi incelendiğinde ise, 1920’de kurulan Sağlık Bakanlığına atanan Dr. Adnan Adıvar ile sağlık alanında birçok farklı düzenlemeler yapılmıştır. 1925’te Sağlık Bakanlığına atanan ve döneme damgasını vuran Dr. Refik Saydam ilk halk sağlığı okulu ve enstitüsünü kurmuştur (Kasapoğlu, 2016:133). Söz konusu düzenlemeler ile 1923-1938 yıllarında Sağlık Mevzuatı çalışmaları ön plana çıkmaktadır. Bu tarihte Bakanlık tarafından 50 yasa ve 18 tüzük yürürlüğe konulmuştur. Bu dönemde bulaşıcı hastalıklara ve koruyucu sağlık hizmetlerine oldukça önem verilmiştir. 1924-1936 yıllarında Ankara, Sivas, Erzurum, Diyarbakır ve İstanbul Haydarpaşa’da Numune hastaneleri kurulmuştur. Aynı zamanda 1925 yılından itibaren bazı illerde doğum ve bakım evleri açılmıştır. Cumhuriyet döneminin en önemli sağlık hizmetlerinden biri de sıtma ve diğer salgın hastalıkları ile mücadeledir. Bu dönemde bazı bölgelerde sıtma oranı %70 düzeylerine ulaşmıştır (Tengilimoğlu ve ark., 2021: 158). 1938-1960 döneminde ise Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz, 9. Milli Tıp Kongresi’nde “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” ile önemli çalışmalara imza atmıştır. Bu plan kapsamında ülke yedi coğrafi bölgeye ayrılmıştır. Her kırk köy için on yataklı “Sağlık Merkezi” oluşturulmuştur. Böylelikle çağdaş sağlık yönetiminin temeli olan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bütünleştirilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. 1945 tarihinde Sosyal

Sigortalar Kurumu kurulmuştur. 1951’de ilk SSK hastanesi İstanbul’da kurulmuştur. 1954 yılında özel hastaneler de Sağlık Bakanlığına bağlanarak hükümetin denetim alanı yaygınlaşmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerine yönelik çıkarılan başlıca yasal düzenlemeler ise; 1953 tarih 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği, 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler, 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik yasasıdır (Tengilimoğlu ve ark., 2021:159; Kasapoğlu, 2016:134).

1961-1980 döneminde ise en önemli gelişme Devlet Planlama Teşkilatının kurulması ve ülkenin Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na yönetilerek sağlık hizmetlerine öncelik verilmesidir. 1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” çıkarılmıştır. Kanun kapsamında İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’ne uygun olarak sağlık hizmetinin sosyal adalete dayalı belli bir programa uygun olarak sosyalleştirilmesi sağlanmıştır. Sağlık hizmetinin sosyalleştirilmesi amacı ile hekim ve tıp şubesi mensuplarına eczane ve özel sağlık kurumu açma hakkı verilerek özel teşebbüs desteklenmiştir (Tengilimoğlu ve ark.,2021:162). Genel Sağlık Sigortası taslağı İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda var olmasına rağmen yasalaşmamıştır (Kasapoğlu, 2016:137).

1980 ve sonrası dönemde iktidarın liberal bir görüş benimsemesi sağlık alanında da özel teşebbüs çalışmalarının başlamasına etki etmiştir. 1982 Anayasası madde 56’da “*Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak iş birliğini geliştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*” hükmü ile devlet sağlık hizmetini kamu ve özel kesim tarafından yerine getireceğini beyan etmiştir. Sağlık alanında özel sektörün varlığı ilk olarak 1982 Anayasası ile gündeme gelmiştir. 1990’lı yılların başında ise Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı sağlıklı reform önerileri kapsamında yayınlanmıştır. Sağlıkta reform politikaların önerileri ise şu şekildedir:

- Herhangi bir sağlık güvencesi bulunmayan bireylerin genel sağlık sigortası kapsamına alınması (1992 yılında yeşil kart uygulaması başlatılmıştır.)
- Birinci basamak hizmetler için kentsel yerlerde Aile Hekimliği

- Mevcut hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özel bir yapıya dönüşmesi
- Hizmeti sunanlar ile satın alanların birbirinden ayrılması ve hizmet sunucularının aynı havuzdaki kaynaklar için birbirleri ile rekabet ettiği bir piyasanın oluşturulması

2000’li yıllar ve sağlıkta dönüşüm programı dönemi: 2003 yılında Sağlık Bakanlığınca yayınlanan sağlıkta dönüşüm programı ile hastane işletmeciliği özel sektör devredilmek istenmektedir. Söz konusu reformlar ile hastanelerin özerkleşmesi uygulaması ele alınmıştır. Sosyal Güvenlik kuruluşları aynı çatı altında toplanmaları ön görülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının amacı, sağlık hizmetlerinin etkili verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde yürütülmesi finansmanın sağlanması ve sunulmasıdır (SB, 2003). SDP’nin temel ilkeleri ise şu şekildedir (Kasapoğlu, 2016:139; SB, 2003):

İnsan Merkezlilik: Bu ilkeye göre hizmet sunumunda bireyin ihtiyaç talep ve beklentileri ön planda tutulmaktadır.

Sürdürülebilirlik: Söz konusu sistemin kaynaklara uyumlu olması, devamlılığını ve kendini beslemesini ifade etmektedir.

Sürekli Kalite Gelişimi: Verilen hizmetlerden geri bildirim sağlayarak hataları düzeltmeyi ve daha iyi olmayı hedef almaktadır.

Katılımcılık: Sistemle ilgili olarak bütün taraflardan görüş ve öneriler alınarak yapıcı bir ortamı sağlamayı, ayrıca sağlık sektörünün bileşenlerini uygulamada kaynak birliği oluşturmayı hedef almaktadır.

Uzlaşmacılık: Sektörün içindeki bölümler arasında ortak noktada buluşmayı hedefler çıkar çatışmaları yerine bunları ortak bir paydada birleştirmeyi amaçlamaktadır.

Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin üretimi, finansmanı ve planlaması yapan güçlerin birbirinden ayrı olmasını ifade eder.

Desantralizasyon: Yönetimsel ve mali açıdan birbirinden bağımsız kurumlar daha hızlı karar vererek kaynakları daha verimli ve uygun kullanabileceklerdir.

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmetini tekel yapıdan çıkarıp hizmet sunucularının yarışmasını sağlayarak sürekli kalite, gelişim ve maliyetlerin azalmasına destek olmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti herkesin temel haklarından bir tanesidir. Hedef grupların sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik sağlık hizmeti verecek kuruluşların sağlık hizmeti sunumu devlet güvencesi altındadır. Sağlık sisteminin planlanmasında ve topluma planlı sağlık hizmeti sunulmasında sigorta şirketleri, devletler, yardım kurumları, dini kuruluşlar ya da diğer koordinasyon kuruluşlarının farklı görev ve sorumlulukları vardır. Sistem içindeki tüm bu kurum ve kuruluşlar sistemin sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır (Oyibocha ve ark., 2014: 29).

Günümüzde farklı ülkelerin sağlık sistemlerini karşılaştırmak için çeşitli sınıflandırmalar yapılmaktadır. Aşağıda, sağlık sistemlerinin sınıflandırmasıyla ilişkili başlıca sağlık sistemi modelleri bulunmaktadır.

Frenk ve Donabedian'ın Sağlık Sistemi Sınıflandırması: Franken ve Donabedian ülkelerinin sağlık sistemlerini sınıflandırmak için bir dizi gösterge kullanmıştır. Bu göstergeler şunlardır: Sağlık hizmeti sağlayıcısı ödeme modeli, merkezileşme düzeyi, sağlık sisteminde devlet sektörünün payı, hizmet sunumunu yönetmek amacıyla hükümetler tarafından kullanılan araçlar, sağlık sigortası kapsamındaki nüfus ve sağlık sigortası içerik ve derinlik, tercih edilen sağlık hizmetleri kriterlerindendir (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016:320).

Hollings Worth arkadaşlarının Sağlık Sistemlerini Sınıflandırması: Hollings Worth ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirdiği modele göre, finansman yöntemi, ulusal sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ve diğer kaynakların üretiminde kamu müdahalesinin düzeyine odaklanır. Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu, finansmanı ve geri ödenmesi, bir ülkenin sağlık bakım sistemini kategorize etmek için kamu hakimiyet düzeyi ve yönetim odağı şeklinde iki temel ölçüt kullanır. Örnek olarak İngiltere'de sağlık hizmeti sunumu ve finansmanında devletin baskın olması sebebiyle kamu hakimiyet düzeyi yüksektir. ABD'de ise sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün hakimiyeti yüksek olduğundan kamu hakimiyet düzeyi düşüktür (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184; Sungur, 2021:2175).

OECD'nin Sağlık Sistemleri Sınıflandırması: Bir diğer model ise OECD tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Modele göre, sağlık sistemlerini sınıflandırmada üç kriter mevcuttur:

- Ulusal sağlık sistemi (National Health Services-NHS)
- Sosyal Sağlık Sigortası (Social Health Insurance-SHI)
- Özel Sağlık Sigortası (Private Health Insurance-PHI)

Ulusal sağlık sigortası programlarını uygulamaya koyan hükümetlerde, sosyal adalet ilkesi büyük önem taşımaktadır. Sisteme göre sağlık sisteminin kapsamı evrenseldir ve finansmanı tamamen vergiye dayalıdır. Öte yandan, bireyler yasal sağlık sigortası kapsamında olmayan hizmetler için özel sağlık sigortası satın alabilirler. Özel sağlık sigortası sistemi hasta odaklı bir sistemdir ve Sosyal Güvenlik sistemin çekirdeği değildir. Bu sistemler, kişilerin işverenleri aracılığıyla veya şahsen özel sağlık sigortası yaptırmalarına olanak sağlamaktadır (Rahmatollah ve Rouzbehani, 2016: 184).

Milton I. Roemer'in Sağlık Sistemleri Sınıflandırması: Sağlık sisteminin sınıflandırılması konusunda en bilinen ve yaygın olarak kullanılan model Milton I. Roemer tarafından geliştirilen modeldir. Ülkelerin hangi sağlık sistemi içerisinde olacağı sınıflandırmalara ait sağlık sistemi özelliklerine göre belirlenir. Sağlık sistemi tipleri ve özelliklerine göre farklı modeller vardır. Bunlar şunlardır:

Refah Yönelimli Sağlık Sistemi/Bismarck Modeli: Bu sistem ilk olarak 19. yüzyılda Almanya'da kullanılmıştır. Dönemin Federal Başkanı Ottovon Bismarck'ın liderliğinde geliştirilen "Bismarck modeli" refah odaklı bir sağlık sistemi özelliği taşıyor. Bu model Almanya'da 1883'ten 1891'e kadar sosyal sigorta modeli olarak kullanıldı ve hem çalışanların hem de işverenlerin primlerini ödemek için sicil numarasıyla bir sağlık sigortası şirketine katılmalarını gerektirmekteydi. Malullük, iş kazası sigortası, yaşlılık sigortasını kapsayan ilk modeldir.

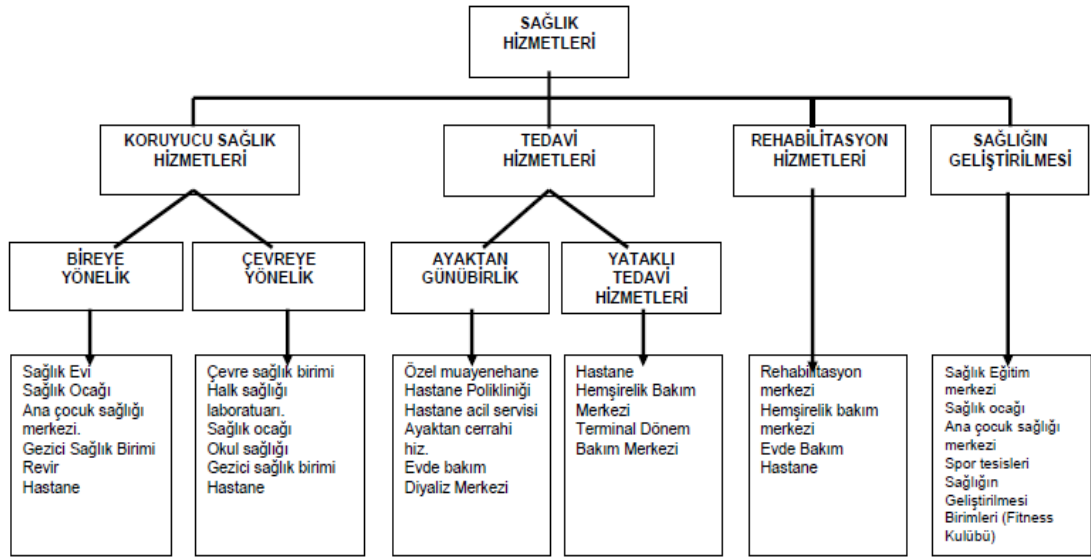
Ulusal Sağlık Hizmeti Modeli: Modele göre, sağlık hizmeti, vergilendirme ve kamu mülkiyeti konuları devlet hakimiyeti altındadır. "Vatandaş" odaklıdır. Sağlık hizmeti

sunumu vergilerden karşılanmaktadır. Bütün olarak vatandaşlarının aile, gelir veya çalışma durumlarını dikkate almadan devlet eliyle yürütülmektedir.

Kapitalist/Liberal Sağlık Sistemi: Sağlık hizmetleri, kişisel veya işveren bağışlarıyla finanse edilir ve çoğu sağlık hizmeti özel sektöre aittir. Özel sektör, hizmet arzında ve talebinde temel bir faktördür. Tıbbi finansmanı, sponsorluğundaki ortak ödemeler ve özel sigorta karşılamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ve Brezilya, özel sektörün hizmet sunumunu düzenlediği bu modeli kullanan ülkelere örnek olarak gösterilebilir (Burau ve Blank, 2006: 65).

Sosyalist Sağlık Sistemi: Merkezi sağlık sistemi veya sosyalist sistem merkezî bir sistemidir. 1920'lerin başında Shemasko tarafından geliştirilen bu model, Shemasko Sağlık Modeli olarak da bilinmektedir. Sosyalist sağlık sisteminin özelliği, vatandaşlarına ücretsiz koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sağlamasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör etkisiz kalmaktadır. Tıbbi hizmetlerin sağlanması tamamen kamu otoriteleri tarafından kontrol edilmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 53; Işık ve ark., 2015: 504).

Hizmetlerin sınıflandırılması, idarecilere sektöre ait gelişmeleri ve değişimleri izleme ve değerlendirme imkânı sunmaktadır. Kuruluşlar, bu imkanları değerlendirerek rakiplerinden daha avantajlı hale gelebilmektedir (Karahana, 2000: 23). Sağlık hizmetleri üç grupta incelenir. Bunlar; Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleridir (İlhan ve ark., 2006). Sağlık hizmeti sunan işletmelerin hangi birim tarafından verildiği Şekil 4'te görülmektedir. Sağlık hizmeti sunan işletmeler; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere 4 grupta kategorize edilmektedir (Kavuncubaşı, 2000:37).



Şekil 4: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık İşletmeleri

Koruyucu sağlık hizmetleri: Koruyucu sağlık hizmetleri hastalık veya sakatlık durumu var olmadan bireyleri oluşabilecek risklere karşı koruyan hizmetlerdir Çolak, (Demirbilek & Çolak, 2008:100). Koruyucu sağlık hizmetleri uygulanması tedavi edici sağlık hizmetlerine kıyasla kolay ve ucuz hizmetlerdir. Bu tür sağlık hizmetleri için fazla personel ve araç-gereç veya ileri düzey teknolojiye ihtiyaç duyulmamaktadır. Bu tür hizmetler hastanelerde oluşabilecek hasta yükünü azaltır ve görevli personelin nitelik bakımından yüksek olması aranmaz (Karataş, 2020:16).

Bireye ve çevreye yönelik şeklinde iki grupta incelenir. Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; kişileri berberinde toplumu hastalıklara karşı koruyarak erken teşhis ile olumsuzlukları en aza indirmeyi hedeflemektedir. Koruyucu sağlık hizmeti kapsamına; aşılama, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, bireysel sağlık hizmetlerini yükseltme, yeterli ve dengeli beslenme, sağlık eğitimi, aile planlamasını girmektedir.

Çevreye yönelik olan sağlık hizmetleri ise çevrede sağlığa zarar veren olumsuz faktörleri ortadan kaldırmak veya etkilerini azaltmak uygulamalarından oluşur. İnsan sağlığını olumsuz etkileyebilecek fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyal çevre koşullarının insan üzerindeki zararlı etkilerini yok etmeye yönelik sunulan sağlık hizmetleridir. Bu tür hizmetlere çevre sağlığı hizmetleri de denmektedir. Bu tür hizmetleri; Katı atıkların denetimi, su kaynaklarının denetimi, hava kirliliğinin denetlenmesi, konut sağlığı, zararlı

canlılarla mücadele, radyasyonla mücadele, gürültü kirliliği denetimi şeklinde sıralamak mümkündür (Tengilimoğlu ve ark., 2021:198).

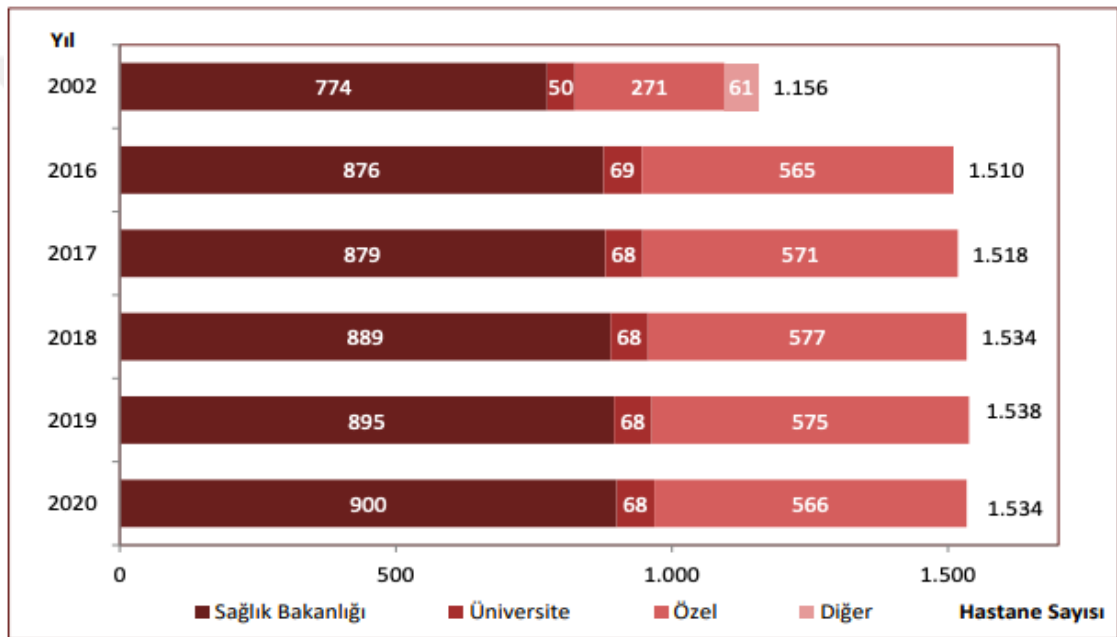
Tedavi edici sağlık hizmetleri: Sağlık durumu kötüleşen bireylerin hastalık veya sakatlık durumunu ortadan kaldırmaya, eski sağlık düzeylerine getirmeye yönelik yapılan uygulamalardır. Hekim sorumluluğundadır ve diğer sağlık personeli katkısıyla yürütülmektedir. Tedavi hizmeti basamaklar halinde gerçekleşmektedir. Örneğin; ilk basamak hastaların sağlık ocakları, poliklinikler veya muayenahanelerde aldıkları hizmetlerdir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, birinci basamakta tedavisi mümkün olmayan hastaların devlet veya özel hastanelerde yatarak veya evde sağlık hizmeti almasıdır. Üçüncü basamak tedavi hizmetlerinde ise bir önceki basamakta tedavi edilemeyen hizmetleri kapsamaktadır (Tengilimoğlu ve ark., 2021:199).

Rehabilitasyon hizmetleri: Hastalık, sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlere bağlı olarak bireylerin günlük yaşamını sürdürmelerini sağlamak amacıyla kişilere bedensel ve zihinsel becerileri kazandırmaya yönelik sunulan hizmetlerdir. Bedenen veya ruhen özel duruma sahip bireylerin başkalarından bağımsız bir hayat sürdürebilmek için aldıkları hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin talebini belirleyen faktörler ise birey ile toplumun demografik ve sosyal özellikleri, bireyin ve toplumun imkanları, son olarak bireyin ve toplumun ihtiyaçlarıdır (Demirbilek ve Çolak, 2008:93).

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin örgüt yapısı incelendiğinde sağlık sektörünün kamu, yarı-kamu ve özel kuruluşlar ile dernek ve vakıflardan oluştuğu bilinmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu tarafından Sağlık Bakanı, üniversite ve belediyeler, bununla beraberinde Kızılay ve vakıflar ile yerine getirilmektedir. Öte yandan kâr amacı taşıyan özel hastaneler veya azınlık ile yabancı uyruklu kişilere ait hastanelerde sağlık hizmeti üretimi yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri üretimi sadece Sağlık Bakanlığı'na aittir diğer kurumlar ise daha çok tedavi veya rehabilitasyon hizmetleri sunmaktadır. SB tarafından gerçekleştirilen birinci basamak sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri ve AÇSAP tarafından gerçekleştirilmektedir (Kahramanoğlu, 2020:32).

Sağlık işletmeleri, sunmuş oldukları tedavi hizmeti nedeniyle tıbbi bir kuruluş; yönetiminde ekonomik kuralların varlığı nedeniyle ekonomik bir işletme, tıbbi eğitim vermesi nedeniyle bir mesleki teşkilat ve araştırma kurumu iken aynı zamanda sosyal fayda sunması nedeniyle sosyal kurumlardır (Kahramanoğlu, 2020:33).

Sağlık kurumları, kamu kuruluşları veya kâr amacı ile faaliyet gösteren özel sağlık kurumları olarak faaliyet göstermektedir (Temür ve Bakırcı, 2008: 261). Farklı kuruluş ve kurumlar aracılığı ile faaliyetlerini yürütse de ortak amaçları sağlık hizmeti sunmaktır (Çiftçi Aytekin, 2022:156).



Grafik 1: Sektör ve Yıllara Göre Hastane Sayısı

Yukardaki grafikte sektör ve yıllara göre hastane sayısı verilmiştir. Grafığe göre 2002 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastane sayılarında artış görülmektedir. 2002 yılında 774 iken, 2020 yılında 900 olmuştur. Üniversite hastaneleri 2002-2016 tarihleri arasında 50’den 69’a yükselerek daha fazla artış göstermiş; 2016’dan sonra önemli bir fark olmamıştır.

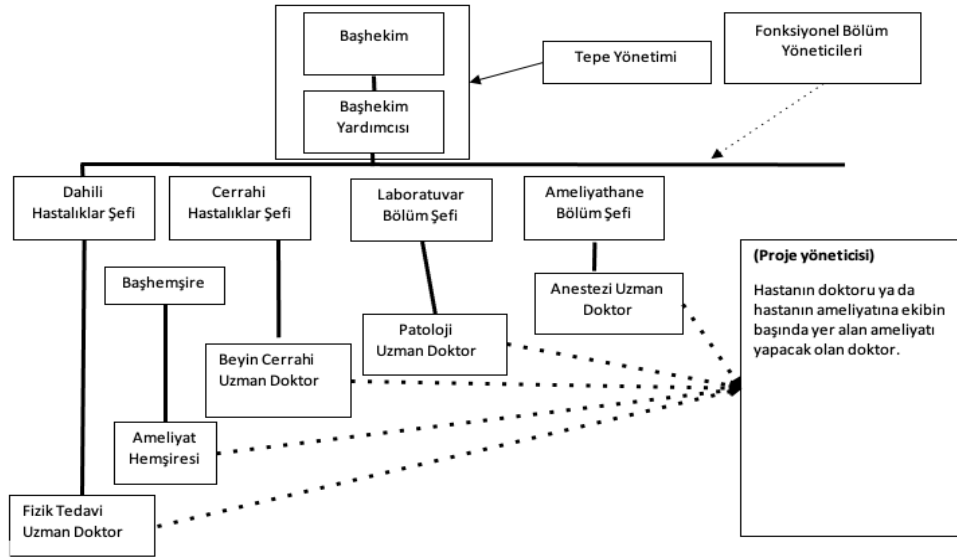
Yine özel hastanelerin sayısı 2002-2016 tarihleri arasında 271’den 565’e çıkarak yüksek bir artış göstermesine rağmen; 2016’dan sonra benzer sayılarda olduğu görülmektedir. 2016 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerin sayısı 876, üniversite hastanelerin sayısı 69, özel hastanelerin sayısı ise 595’tir. 2018 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin sayısı 889, üniversite hastanelerinin sayısı 68, özel

hastaneler ise 571'dir. 2019 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerin sayısı 895, üniversite hastaneleri 68, özel hastaneler ise 575'dir. 2020 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin sayısı 900, üniversite hastanelerinin sayısı 68, özel hastanelerin sayısı ise 566'dır. 2016-2020 yılları arasında tabloya göre üniversite hastanelerinin sayısında belirgin bir fark olmamasına rağmen Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin sayısı ile özel hastanelerin sayısı artış göstermiştir.

Sağlık İşletmelerinin Özellikleri

Sağlık işletmeleri hizmet sunan işletmelerdir. Sağlık hizmetlerinin birtakım özellikleri vardır. Sağlık işletmeleri yönetim, finansman, yatırım ve üretim gibi kararlarının alınması bakımından bazı farklılıklara sahiptir (Kahramanoğlu, 2020:39).

Sağlık işletmelerinin örgüt yapısı incelendiğinde; sağlık işletmelerinde görevli personelin uzmanlaşma seviyesinin yüksek olduğu bilinmektedir. Uzmanlaşma seviyesinin artması, ilgili alandaki gelişmeler ve teknolojik yenilikler sayesinde olmaktadır. Sağlık işletmeleri karmaşık yapıda sistemlerdir. Hastane sisteminin karmaşık yapıda olması hastaneyi etkileyen faktörlerin hastane çevresinin karmaşık bir yapıya sahip olmasıdır, hastane organizasyonun karmaşık yapıda olmasının bir nedeni de farklı hastalıkların var olması ve hastaların hastaneye gelmelerinde ki düzensizliktir. Böylece sağlık işletmelerinde iş bölümü ve uzmanlaşma karmaşıklığına neden olmaktadır. Tıp alanında ve teknolojiye ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ayrıca tıpta uzmanlaşmaya neden olmuştur. Bu gelişmeler zamanla personel ve hizmet birimlerinin sayısının artmasını sağlamıştır. Sağlık işletmeleri 24 saat hizmet veren organizasyonlardır. Hastanedeki bazı hastaların sürekli tıbbi bakım alması veya tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyması gerekli olduğundan sağlık işletmeleri 24 saat hizmet vermek durumundadır. Böylelikle hastanelerde vardiyalı çalışma sistemi veya nöbet usulü çalışma sistemi gerekmektedir (Ağırbaş, 2019:388). Sağlık işletmeleri Şekil 5'te olduğu gibi matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyon yapısına sahiptir. Farklı işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de yürütülecek faaliyetler birtakım kriterlere göre gruplandırılmaktadır. Bu tür faaliyetler mal veya hizmete göre, bölgeye, müşterilere, sayı, işletme teknolojisine veya sürece göre ayrılmaktadır (Kavuncubaşı, 2002: 40).



Şekil 5: Hastanelerde Matriks Yapıya Örnek

Sağlık işletmelerinde çıktının tanımı ve ölçümü güçtür. Sağlık işletmelerinde girdi olarak nitelendirilen yaralı, hasta ya da sağlığından şüphe duyan bireyler ve bu kişilerin tedavi süreci sonunda verilen hizmetin çıktıları kısa vadede gözlemlemek ve değerlendirmek kolay olmamaktadır. Şekil 5’te sağlık işletmelerinde girdi süreç çıktı ilişkisi belirtilmektedir. Söz konusu şekle göre sağlık organizasyonlarında insan gücü, finansman, teknoloji, zaman, doğal kaynaklar, malzeme, fiziki mekân, hasta gibi faktörler girdi olarak belirtilmektedir. Bu bağlamda girdiler; destek hizmetleri, yönetim hizmetleri, özel hizmetler eğitim hizmetleri, tıbbi bakım hizmetleri, koruyucu hizmetler süreçlerinden sonra hasta veya yaraların tedavisi eğitilmiş birey ve personel ve reel sektör kaynak aktarımı şeklinde birtakım çıktılarına dönüşmektedir. Bu bağlamda sistem yaklaşımının temel esasına göre çıktı ve girdi arasında ise sürekli bir geri bildirim söz konusudur (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002:42; Akbıyık ve Avşar, 2020:110; Alu, 2017:34)

Sağlık hizmeti sunan işletmelerin, toplumun ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak için günümüzde yaşanan değişim ve gelişmelere bağlı olarak gelişen çevre ve teknolojik gelişmelere uyum sağlaması gerekmektedir (Tengilimoğlu ve ark., 2021:155).

Sağlık işletmeleri arasında ise en önemlilerinden biri hiç kuşkusuz hastanelerdir. Sağlık işletmeleri içerisinde olan hastaneler çeşitli sağlık hizmetlerinin üretildiği, araştırma, eğitim ve toplum sağlığı gibi hizmetlerinin sürdürüldüğü kamu ve özel kurum ve kuruluşlardır (Kahramanoğlu, 2020:41).

Hastanelerin Tanımı

Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşları, sağlık ocakları ile ana-çocuk sağlık merkezleridir. İkinci basamak sağlık kuruluşları olarak devlet hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak ise; Sağlık Bakanlığına ve üniversitelere bağlı hastanelerdir. Bununla beraber özel sektöre ait sağlık kuruluşları da bulunmaktadır (İlhan ve ark., 2006:34).

Hastaneler, *“Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır”* (YTKİY, Madde 4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri *“müşahede, teşhis tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere adlandırılacak sağlık hizmetlerini sunan hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar”* olarak tanımlamaktadır (SB,1992:193).

Sağlık Bakanlığı tarafından, hastaneler işlevlerine göre 5 gruba ayrılmaktadır:

İlçe / belde hastanesi: *“Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.”*

Gün hastanesi: *“Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.”*

Genel hastaneleri: *“Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.”*

Özel dal hastaneleri: “Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.”

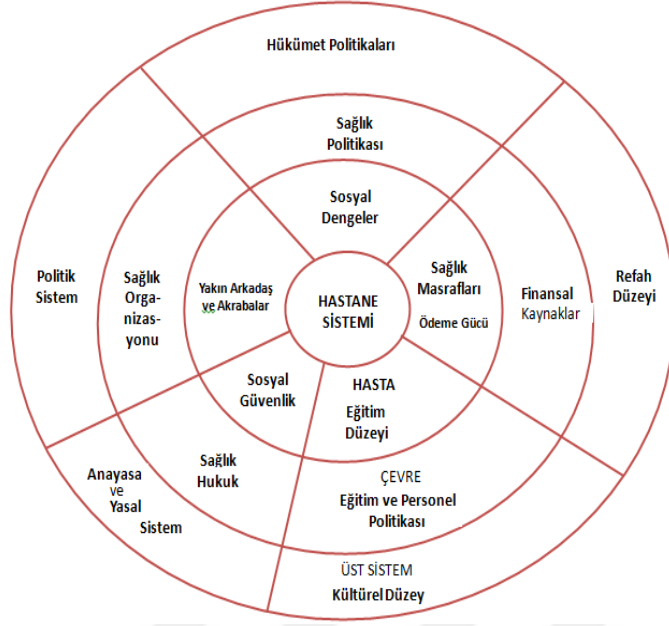
Eğitim ve araştırma hastaneleri: “Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.” (YTKİY, Madde 5)

Hastaneler oldukça geniş bir dış çevre ve sistemler ile etkileşim halindedir. Söz konusu etkileşim ve ilişkileri şu şekilde sıralanabilir (Tengilimoğlu ve ark., 2021:160).

Hasta-hastane ilişkileri: Hastanelerin temel amacı hasta bireylerin ihtiyaçlarına cevap vermektir. Bu ilişkiler, hasta ve hasta yakınlarının tutum ve davranışları, toplumun değer yargıları, insanların sağlık alışkanlıkları, hastanın eğitimi ve bilinç düzeyi, sosyal güvenlik sistemi ve kişilerin harcama düzeyleriyle yakından ilişkilidir.

Dış Çevre: Sağlık hizmetlerine olan talebi etkileyen en önemli faktörlerden biri hasta davranışlarıdır, bunun yanı sıra sağlık hizmetleri dış çevredeki sistemle de etkileşim halindedir. İstihdam ve eğitim politikaları sağlık arzını etkilemektedir. Bununla beraber sağlık alanındaki hukuki düzenlemeler, sağlık politikası ve sosyal güvenlik sistemi sağlık hizmetlerine olan talebi ve sağlık kurumları hizmetlerini farklı açılardan etkilemektedir.

Hastane-üst sistem ilişkileri: Hükümet politikaları, kültürel ve ekonomik gelişmişlik düzeyi, yönetim biçimi ve yasal düzenlemeler, sağlık sistemini etkilemektedir. Bunun yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütlerin almış olduğu kararlar da hastane sistemleri üzerinde etkilidir. Şekil 6’da gösterildiği gibi hastane sistemi; hasta-hastane ilişkileri, dış çevre, hastane- üst sistem ilişkilerinden oluşmaktadır.



Şekil 6: Açık Bir Sistem Olarak Hastane

Hastanelerin dört temel işlevi bulunmaktadır. Bunlardan ilki tedavi hizmetleri, ikincisi koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, üçüncüsü eğitim ve son olarak dördüncüsü ise araştırmadır (Akar ve Özalp, 2000:58). Tedavi hizmetleri ile sağlık kurumları hasta ve yaralıları ayakta veya yatış sağlayarak hizmet vermektedir. Ayrıca hastaneler bireyleri sağlığa zararlı maddeler veya birtakım bağımlılıklara karşı korumak; aşılama uygulamaları ile toplum sağlığına katkıda bulunmaktadır. Bir diğer işlevi olan hastanelerde hasta bireylere, öğrencilere, hastanede görevli personele çeşitli eğitimler verilmektedir. Hastanelerin ayrıca araştırma işlevi bulunmaktadır. Hastaneler tıp bilimi alanında araştırmalar yaparak bu alana katkı sağlamaktadır (Tengimioğlu, 2021:195).

BÖLÜM 3: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Konusu

Bu çalışmada bireyler, uluslararası örgütler ve devletler üzerinde etkili olan COVID-19 Koronavirüs Pandemisi ve salgının sağlık kurumlarındaki idari personel üzerindeki psikolojik ve sosyal etkileri incelenmiştir. Pandeminin yarattığı tahribat betimsel istatistikler aracılığıyla ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda pandemi sonrasında yaşanabilecek olası gelişim ve değişimlere, problemlere yönelik tespitler yapılarak idari personelin psikolojik ve sosyolojik açıdan desteklenmesine ve yönetsel düzenlemelere yönelik öneriler sunulmuştur.

3.2. Araştırma Problemi

İlk olarak Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde ortaya çıkan, başlangıçta 2019-nCoV olarak ifade edilen hastalık üç ay sonra tüm dünyayı etkisi altına almıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilen Covid-19 pandemisi, insanlar ve beraberinde sağlık personeli üzerinde fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak etki etmiştir. Bu bağlamda verilen sağlık hizmetinin sürdürülebilmesi ve pandemiye hızlı yanıt verilebilmesi için yönetsel anlamda yaşanan sorunların tespit edilmesi, pandemiye yönelik tedbirlerin alınması, sağlık kurumlarındaki idari personel üzerindeki etkilerinin neler olduğu üzerine bir araştırma yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Amacı

Pandemilerde değişen çalışma koşulları nedeniyle sağlık personelleri ve yöneticileri için çalışma yükü ve stresi belirgin derecede artmaktadır. Pandemi, yüksek riskli alanda çalışma, uzun mesai saatleri, ağırlaşan çalışma ortamı koşulları sonucu sağlık çalışanlarını sosyal, ruhsal ve fiziksel açıdan etkisi altına almaktadır. Bu bağlamda sağlık kurumlarındaki idari personel pandemi sürecine yönelik önlemler alma ihtiyacı duymaktadır.

Bu çalışmanın amacı; Covid-19 pandemisini genel olarak değerlendirmek ve pandemi sürecinin, Erzincan ilindeki sağlık idari personeli üzerinde etkisini dikkate alarak, sağlık yönetimi bakış açısıyla incelemektir.

3.4. Araştırmanın Önemi

Literatür taraması yapıldığında Wu ve arkadaşları tarafından (2020), “*The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. International Journal of Infectious Diseases*” çalışması ile koronavisün epidemiyolojisi, bulaşıcılığı, belirtilerini, teşhisi, tedavi süreçleri ve önlemleri ele almıştır. Başka bir çalışmada Cui ve arkadaşları, “*Origin and evolution of pathogenic coronaviruses*” (2018), koronavirüs familyasının hangi hayvan türlerinden insanlara bulaştığını detaylı bir şekilde incelemişlerdir. Araştırmaya göre SARS-Cov (Şiddetli akut solunum sendromu) ve MERS-CoV (Orta Doğu solunum sedromu 21. yüzyılın başlarında yarasalardan, akut ishal sendromunun (SADS-CoV) ise domuzlardan kaynaklandığı belirtilmektedir.

Acavut ve Korkmaz (2022), “*Covid-19 Pandemisinin Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumlarına Etkisinin Belirlenmesi*” çalışmasında koronavirüs pandemisinin; doktor, ebe ve hemşirilerin tükenmişlik etkisi araştırmıştır. Araştırmada veri toplamı yöntemi olarak anket formu kullanılmıştır. Araştırmaya göre enfeksiyona maruz kalma riskinin yüksek olduğu sağlık çalışanlarının özellikle çalışma sürelerinin, tükenmişlik düzeyini arttırdığı ve süreç içerisinde tükenmişlik yaşadığı sonucuna varılmıştır.

Yüncü ve Yılan (2020), koronavirüsün etkisini sağlık çalışanları üzerinde incelemiştir. Araştırmaya doktor, hemşire, ebe ve paramedikler dahil edilerek nitel yöntem kullanılmış olup, katılımcılara açık uçlu sorular yöneltilmiştir. Araştırma sonucuna göre Covid-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerinde artan iş yükü, çalışma koşullarının değişmesi, sosyal yaşam üzerindeki olumsuz etkileri, tükenmişlik düzeyinin artması ve yönetici tutumları etkileri üzerinde durulmuştur.

Demirdağ ve Hintistan (2020) tarafından ele alınan “*Covid-19 Klinik Yönetimi ve Hemşirelik*” konulu derleme çalışmasında Covid-19 virüsünün bulaş yolu, risk faktörleri, tedavisi ve önlenmesi hakkında bilgi verilerek Covid-19 pandemisinde hemşirelerin optimum klinik yönetimini tartışmaktadır. Çalışmaya göre risk faktörleri incelendiğinde 65 yaş üzeri bireyler, kronik akciğer hastaları, kalp hastaları, kanser hastaları dahil immün yetersizliği olan bireyler, diyabet veya böbrek yetmezliği olan bireyler risk altındadır.

İleri yaştaki hastalarda vaka-ölüm oranları incelendiğinde 60 ile 69 yaş aralığındaki hastalarda %3; 70 ile 79 yaş aralığındakilerde %8 iken 80 yaş üzerinde bu oran %14'ten fazla olmaktadır. Kalp hastalarında %10, diyabet hastası bireylerde %7, solunum hastası bireylerde %6, kanser ve tansiyon rahatsızlığı olan bireylerde bu oran %6'dır. Hemşirelerin yönetim süreçleri incelendiğinde hastane içinde alınan önlemler kapsamında özellikle bahsedilen riskli gruplar korunmalıdır. Acil olmayan ameliyatlar iptal edilmelidir, kişisel koruyucu ekipmanların kullanımına (filtreli veya filtresiz yüz maskeleri, eldiven, önlük) dikkat edilmelidir. Ayrıca ziyaretçi önlemleri alınarak hasta ziyaretleri en güvenilir şekilde gerçekleştirilmelidir. Hastaların korkularının azaltılması hemşirelerin psikolojik destek ve güvenleri iyileşme oranlarını arttırdığı gözlenmektedir.

Duygulu ve arkadaşlarının (2020), “Covid-19 Salgını: Yönetici Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları” başlıklı çalışmasında yönetici hemşirelerin rol ve sorumlulukları derleme çalışmasında açıklamaktadır. Çalışmaya göre; hemşirelerin iş yükününün planlaması, sağlık kurumlarındaki fiziki koşulların uygunluğu, pandemi yönetimine uygun gerekli tıbbi araç ve gereçlerin sağlanması, pandemi ile mücadelede hemşirelere uygun eğitimler verilerek geliştirme ve kariyer planlaması yapılmasına, sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ve çalışanların sosyal hakları, yönetim için gerekli olan ekip iş birliği, iletişim ve Covid-19 pandemisinde etkili yönetim ve liderlik gibi konularda araştırmalar yapılmıştır. Salgınla mücadelede sağlık kurumları yönetiminde hemşirelik hizmetlerinin önemine vurgu yapılmıştır.

Kiyat ve arkadaşları (2020), “Yeni Koronavirüs ile Mücadelede Hemşireler” çalışmasında hemşirelerin karşılaştıkları fiziksel ve psikolojik sorunlar ele alınarak alınacak önlemlerden ve pandemi süreci boyunca hemşireleri gereksinimleri açıklanmıştır. Araştırmaya göre hemşirelerin bakımı konusunda psikolojik ve fiziksel destek sağlanması gerektiği, koruyucu önlemler kapsamında maske, önlük, yüz koruyucu gözlük kullanılması, Covid-19 pandemi sürecine uygun çalışma koşullarına uygun tedbirler alınması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır.

Yücesan ve Özkan (2020), “Covid-19 Pandemi Sürecinin Sağlık Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi” çalışmasında Covid-19 salgını sürecini sağlık yönetimi kapsamında

incelemektedir. Bu bağlamda hastane yöneticileri izalasyon alanları, personel yönetimi, tıbbi ekipmanların yönetimi konularında destek vermelidir. Pandemi program ve planları ile beraber sağlık yöneticileri tarafından alınan önlemlerin, pandemi sürecini daha etkin yönettiği sonucuna varmışlardır.

Tavukçu ve Eke (2021) tarafından yapılan derleme niteliğindeki “Covid-19 Pandemi Yönetim Süreci: Türkiye Perspektifi” konulu çalışmada, Covid-19 pandemisinin Sağlık Bakanlığı tarafından alınan önlemler ve pandemi sürecine yönelik kararları, yönetim süreci açısından betimlenmiştir. Bu bağlamda pandemi hızla tüm dünyayı etkisi altına alarak bireysel ve toplumsal anlamda tehdit unsuru olmuştur. Türkiye ise Covid-19 virüsü henüz ülkede ortaya çıkmadan önleyici faaliyetlerde bulunmuştur. İlk olarak salgınla mücadelede gelişmeleri takip edebilmek amacıyla bir operasyon merkezi, sonrasında ise Koronavirüs Bilim Kurulu kurulmuştur. Pandemi süresince; yasak, tam kapanma, karantina ve kısıtlamalar alınan bazı önlemlerdir. Maske, sosyal mesafe ve hijyen kurallarının yanında aşı uygulaması uyulması gereken diğer tedbirlerdir.

İşlek ve arkadaşlarının (2021), “Türkiye’de Covid-19 Pandemisi Yönetimi ve Sağlık Politikası Stratejileri” çalışmasında, Türkiye’de Covid-19 pandemisine karşı alınan önlemlerde, politik kararları incelenmiştir. Çalışmaya göre, Türkiye, bulaş ve vaka artış hızını kontrol altına alarak süreci başarılı bir şekilde yönettiğini ayrıca birçok ülkeye sağlık hizmetleri konusunda yardım ederek dünya kamuoyunda olumlu algı yarattığını ifade etmektedir.

Akarın (2021), “Kriz Yönetiminde Proaktif ve Reaktif Yaklaşım: Covid-19 Krizi Üzerine Bir Değerlendirme” çalışmasında pandeminin en çok etkilediği ülkeler olan Çin, Amerika Birleşik Devletleri, Türkiye, Almanya ve İtalya’yı kriz yönetimi kapsamında araştırmaktadır. Araştırma sonucuna göre Çin, pandeminin ilk ortaya çıktığı ülke olmasına rağmen aldığı sıkı tedbirler neticesinde vaka sayılarını sınırlamayı başarmıştır. ABD’de ise salgını yeteri kadar ciddiye almadıkları ve geciken tedbirler nedeniyle süreci yönetmede başarısız olmuşlardır. Bir diğer ülke olan Almanya, alınan önlemlerin gecikmesine karşılık güçlü sağlık sistemleri, uygulanan testler, virüsün erken teşhisi ve tedavisinin sağlanması ile hastalığı kontrol altına alabilmiştir. Salgından en çok etkilen

lkelerden biri ise İtalya olmuştur. İtalya’da ilk vaka ocak ayında bildirilirken alınan önlemler mart ayında açıklanmasıyla, pandemi yönetiminde çok yavaş hareket etmiştir. Böylelikle salgın, İtalya sağlık sisteminin başarısızlığını ortaya çıkarmıştır. Ülkemizde ise ilk vaka açıklamasıyla ilk günden itibaren önem ve kısıtlamalar yapılmış, vaka sayıları diğer ülkelerle karşılaştırıldığında ise salgın, kısa sürede kontrol altına alınmıştır.

Bir başka çalışmada ise Budak ve Korkmaz (2020), “Covid-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye rneği” ile Covid-19’un dünyada ve Türkiye’de genel olarak değerlendirilmesinin yanında, etkilerini süreç içerisinde sağlık yönetimi açısından incelenmiştir.

Pandemi sürecine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde, idari personel açısından yeterli bir çalışma yapılmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın ise sağlık kurumları yönetiminde farklı düzeylerde görev alan yöneticilerin her zamankinden daha hızlı değişen bilgi, yetenek ve becerilere ihtiyaç duyulması ile zamanın ihtiyaçlarına yanıt vermesi, bilgilerin aktarılması amaçlanarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

3.5.Araştırmanın Kurumsal erevesi

3.5.1.Kavram ve Terimler

Pandemi: Bir hastalığın veya enfeksiyon etkeninin ülkelerde, kıtalarda, hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstermesi şeklinde tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Yönetim: Yönetim kavramı bilim olarak 18 yy. da sanayileşmenin etkisiyle önem kazanmıştır. Yönetim başkalarının aracılığıyla sınırlı kaynakları etkili kullanarak örgüt amacına uygun olarak iş yapmaktır (zalp ve ark., 2018:3).

3.5.2.Kuramsal Tartışma

Dünyadaki küresel gelişimler sayesinde zaman kavramının kısaldığı; mekânın ise daraldığını söylemek mümkündür. Bu nedenle pandemik hastalıklar küresel etkileşim nedeniyle günümüzde çok daha hızlı yayılmaktadır. Dünyada herhangi bir yerde ortaya çıkan pandemik tehditler o bölgeye giden, bölgeyle bir şekilde etkileşimde olan bireyler,

eşyalar, araçlar ve hatta hayvanlar vasıtasıyla dünyadaki diğer bölgelere taşınabilmektedir (Wu ve ark., 2020:44). Bu ciddi yayılma sonrasında Covid-19 pandemisi ile mücadele sürecinde beklenmeyen boyutlarda olumsuz sonuçlar doğuran bir süreç yaşanmıştır. Bu süreçte özellikle temel sağlık malzemelerinin azlığı, tıbbi ekipmanların yeterli olmayışı, personel eksikliği gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu ihtiyaçların karşılanmasında yaşanan sıkıntılar hem idari personeli hem de diğer sağlık çalışanlarını zor ve sıkıntılı bir duruma getirmiştir (Macar ve Asal; 2020:225). Bu araştırmada idari personelin pandemi boyunca yaşamış olduğu problemleri açığa çıkarmak amaçlanmıştır.

3.5.3. Araştırmanın Hipotez veya Araştırma Soruları

Araştırma çalışmasında; Covid-19 salgınına genel olarak değerlendirmek ve pandemi sürecinin, Erzincan ilindeki sağlık personeli üzerinde etkisini de dikkate alarak, sağlık yönetimi bakış açısıyla incelemek amaçlan, aşağıdaki temel iki soruya bu amaç çerçevesinde yanıtlar aranmıştır.

1. Covid-19 pandemisinde alınan önlemler nelerdir?
2. Covid-19 pandemisinin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri nelerdir?

Araştırma amacına yönelik katılımcılara yöneltilen görüşme soruları aşağıda belirtilmiştir:

- Covid-19 pandemisinde çalıştığınız kurumda alınan önlemler nelerdir?
- Pandemi süresince alınan önlemler aynı mıydı? Aşı bulunmadan öncesi ve sonrasında alınan önlemlerde herhangi bir değişiklik oldu mu?
- Alınan önlemler sizin için yeterli mi? Sizin üzerinizdeki olumlu ya da olumsuz psikolojik etkileri nelerdir?
- Covid-19 pandemisinin çalışma motivasyonunuz üzerindeki etkisini nasıl değerlendirirsiniz?
- Bu süreç sizin ekibinizle olan iletişiminizi nasıl etkiledi?
- Aşı bulunmadan önce pandeminin sizin yönetim sürecinize etkileri nasıl oldu?

- Aşı bulunduktan sonra pandeminin sizin yönetim sürecinize etkileri nasıl oldu?
- Covid-19 kapsamında hastanenizde yürütülen faaliyetlerin ve çalışma organizasyonun çalışanlara mağduriyet yaratmayacak şekilde ne tür önlemler alınmıştır? Yönetim sürecinize katkıları nelerdir?
- Yüksek riskli bir alanda görevde olduğunuzdan dolayı buna yönelik herhangi bir önlem veya Covid-19 hastalığına ilişkin düzenli aralıklarla tarama yaptırdınız mı?
- Pandemi ile ilgili risk değerlendirilmesi yapıldı mı? Varsa yönetim sürecinize etkisi nedir?
- Covid-19 sürecinde çalışma motivasyonu ve iş performansınızı arttıracak ne tür önlemler alındı?
- Artan çalışma yoğunluğunuza ait yönetsel düzenlemeler nelerdir?
- Normalleşme sürecinin Covid-19 pandemisi riskine karşı alınan tedbirlerde bir değişikliğe neden oldu mu?
- Normalleşme sürecinin çalışma motivasyonuna etkileri nelerdir?
- Kendi ruh sağlığınızı korumak ve motivasyonunuzu arttırmak için herhangi bir destek aldınız mı?

3.6. Araştırma Yöntemi

Araştırmada nitel yöntem benimsenmiştir. Nitel araştırma yöntemi; “*Gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama tekniklerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma*” şeklinde tanımlamaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 39). Araştırma problemini, yoruma dayalı bir yaklaşımla incelemektedir (Altunışık ve ark., 2010:302).

Nitel araştırmada istatistiklere ve sayısal verilere daha az yer verilirken sözlü analizler ve yorumlara vurgu yapılmaktadır (Neuman, 2012:224). Özellikle sağlık hizmetlerinde karşılaşılan problemlere karşı açıklamada kolaylık sağladığı düşünülmektedir. Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Nicel araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik sayısal verilerle kanıtlanmaktadır. Nitel yöntemde ise inandırıcılık bu yöntemin ölçütlerinden kabul edilmektedir. Nicel yöntemde yer alan güvenilirlik ve geçerlilik nitel yöntemde araştırmacının yetkinliğine, sonuçların doğruluğuna ve inanırlılığa bırakmaktadır. İnandırıcılığı sağlamak için inanırlık, güvenebilirlik, aktarabilirlik ve onaylanabilirlik kriterleri öne çıkmaktadır. Uzun süreli etkileşim ve katılımcı teyidi yöntemleriyle inanırlık sağlanabilir Genelde katılımcılar görüşmenin ilk zamanlarında araştırmacının etkisindedir. Zaman ilerledikçe daha samimi ortam oluşacağından katılımcıların yanıtlarının daha etkisiz ve verilerin gerçeği yansıtması daha güçlü olacaktır. Nitel yöntemde genelleme amacı yoktur. Nitel yöntem bireyin durumunu anlamaya ve yorumlamaya dayanmaktadır. Bununla beraber nitel yöntemde katılımcıların özellikleri, örneklem seçimi detaylı bir şekilde verilmelidir (Başkale, 2016: 27-30).

3.6.1.Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Erzincan ilindeki sağlık kurumlarında görev yapan idari personel oluşturmaktadır. Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde; destek ve kalite hizmetleri müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürü, idari ve mali hizmetler müdür yardımcısı, idari ve mali hizmetler müdürü,

başhekim yardımcıları, başhekim olmak üzere 14 kişi idari alanda görev yapmaktadır. Neon Hastanesinde ise aynı pozisyonlarda görev alan 4 yönetici ve yönetici yardımcısı bulunmaktadır. Örneklemi ise amaçlı örneklem yöntemiyle seçilen Erzincan ilinde bulunan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Özel Neon Hastanesi'nde bulunan idari personel olarak görevli 18 kişidir.

Çalışma amacıyla yapılan planlama şöyledir: Sağlık kurumlarından randevu alınması (3 gün), belirlenen idari personel ile görüşmelerin başlatılıp, verilerin toplanması (15 gün), verilerin analiz edilmesi (15 gün), raporlanmanın yapılması (20 gün).

3.6.2. Veri Toplama Teknikleri

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme sonrasında elde edilen veriler betimsel içerik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Betimsel içerik analizi yöntemi belli bir konuda nitel veya nicel çalışmanın derinlemesine çözümlenmesini ifade etmektedir. Elde edilen sonuçların gelecekteki çalışmalara yön vermesi beklenmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre kodlar oluşturulup, kodlara uygun tema ve kategoriler oluşturulmaktadır (Ültay, 2021: 189).

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

İlgili tablolarda idari personele açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlara göre kategoriler altında kodlar oluşturulmuştur. Bazı sorulara verdikleri yanıtlara göre ifadeleri birden fazla kodun altına alınmıştır. Bulgular Tablo 4.1’de verilen tema ve kategori sırasına göre ayrıntılı bir şekilde ayrı ayrı incelenmiştir.

Tablo 4.1
Bulgu Tema ve Kategori Tablosu

TEMA	KATEGORİ
Covid-19 Pandemisinde Önlemler	Covid-19 Pandemisinde Alınan Önlemler Aşının Bulunmasının Alınan Önlemlere Etkileri Pandemide Çalışanlar İçin Alınan Önlemler Çalışanların Ruh Sağlığını Korumak İçin Aldığı Önlemler
Covid-19 Pandemisinin Etkileri	Önlemlerin Psikolojik Etkileri Pandeminin Motivasyon Üzerindeki Etkileri Covid-19 Sürecinin Ekip İletişimi Üzerine Etkileri Pandemiyle İlgili Risk Değerlendirmeleri Normalleşme Sürecinin Etkileri

Araştırmanın örneklemini oluşturan 18 katılımcıdan 12'sine ulaşılmıştır. Katılımcılar ile yüz yüze görüşme yapılarak veriler toplanmıştır. Katılımcıların isimleri K1, K2, K3 şeklinde kodlanmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri aşağıdaki Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2
Araştırma Katılımcıları Hakkında Bilgiler

	Yaş	Eğitim durumu	Medeni durumu	Meslekteki yılı	Yönetici alanındaki çalışma yılı
K1	34	Lisans	Evli	7	6
K2	42	Lisans	Evli	20	5
K3	41	Lisans	Evli	23	3
K4	42	Ön lisans	Bekar	18	2
K5	50	Lisans	Evli	25	21
K6	42	Lisans	Evli	17	4
K7	43	Lisans	Evli	22	3
K8	47	Lisans	Evli	22	7
K9	50	Lisans	Evli	22	7
K10	47	Yüksek lisans	Evli	20	2
K11	42	Yüksek lisans	Evli	22	11
K12	37	Lisans	Evli	14	8

Tablo 4.2'de araştırmaya katılan katılımcılardan idari personele ait yaş, eğitim durumları, medeni halleri, meslekteki yılı ve yönetici olarak çalışma süreleri verilmiştir. 12 katılımcı K1, K2, K3, ...K12 şeklinde kodlanmıştır.

4.1 Covid-19 Pandemisinde Alınan Önlemler

Tablo 4.3

“Covid-19 Pandemisinde Çalıştığınız Kurumda Alınan Önlemler Nelerdir?”

Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Kodlar												
Maske, mesafe ve hijyen kuralları	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ateş ölçümleri	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oturma düzenleri	X	X	X		X				X	X		X
Triyaj alanı	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Katılımcıların alınan önlemlere verdikleri yanıtları incelendiğinde benzer cevaplar verilmiştir. İfade ettikleri önlemler neticesinde maske, mesafe ve hijyen kuralları, ateş ölçümleri, oturma düzenleri, triyaj alanları kodları oluşturulmuştur. K9 un ifadesi şu şekildedir:

“Hasta ve personelimize maske, mesafe ve hijyen kuralı getirilmiştir. Sık sık bununla ilgili uyarılar yapılmıştır. Covid hasta takibi yapılan servisler ile normal servisler mümkün olduğunca ayrılmıştır. Hastane girişinde ateş ölçümleri yapılmıştır. Ulaşılabilir alanlara el dezenfektanları yerleştirilmiştir. Hasta ve personel girişlerinde triyaj alanı oluşturulmuştur.”

K10 un maske, mesafe ve hijyen kuralları, ateş ölçümleri, oturma düzenleri, triyaj alanları kodlarına giren açıklaması şekildedir:

“Oturma mesafelerini mümkün olduğunca birbirinden uzak tuttuk. Sosyal mesafe bu virüs için çok önemliydi çünkü. Girişlerde ateş ölçümlerini yaptık. Ateşi yüksek olanları riskli gördüğümüzden dolayı normal bölümde sadece testi negatif geçenlere hizmet verdik.

Eğer testi yoksa enfeksiyon bölümüne yönlendirdik. Girişlerde ve koridorlarda dezenfaktan üniteleri kurduk. Personelimize de mümkün olduğunca sosyal mesafe kurallarına uymaları gerektiği konusunda uyarılarda bulunduk. ”

K11’in maske, mesafe ve hijyen kuralları, ateş ölçümleri, triyaj alanı kodları altına giren ifadesi şu şekildedir:

“Hastanemizde gerek personelimizi gerekse hastaneye başvuran hastaları olabildiğince Covid-19 virüsüne karşı korumaya çalıştık. Gerekli önlemler kapsamında hastanemizde maske, mesafe ve hijyen kurallarını uyguladık. Girişlerde muhakkak ateş ölçümü yaptık triyaj alanı uygulamasını getirdik. Ateş ölçümleri yüksek hastaları ise normal servise ve polikliniklere gitmeden önce Covid-19 testi sonucunu istedik. Mümkün olduğunca teması ve bulaşıcılığı en aza indirmek için gayret gösterdik. ”

K12’nin maske, mesafe ve hijyen kuralları ile ateş ölçümleri kodları altına giren ifadesi şu şekildedir:

“Hastanemizde her hastaya ve her personele hastane girişlerinde ateş ölçümleri yapılmıştır. Ayrıca maske ve mesafe kurallarına dikkat edilmesi sağlanmıştır. Dezenfekten üniteleri kurulmuştur ve el dezenktanlarının kullanımı teşvik edilmiştir aynı şekilde Covid-19 hasta takibinin yapıldığı servisler diğer servislerden ayrılmıştır. Ateş ölçümlerinde ateşi yüksek olan hastalar ilk olarak test birimine yönlendirilmiştir. Böylelikle olası risklerin önüne geçilmiştir. Ayrıca oturma düzenleri içinde hastaları birbirinden ayırmak için sandalyeler uygun bir şekilde birbirinden ayrılmıştır. ”

4.2 Aşının Bulunmasının Önlemlere/ Yönetim Sürecine Etkisi

Tablo 4.4

“Pandemi Süresince Alınan Önlemler Aynı Mıydı? Aşı Bulunmadan Öncesi ve Sonrasında Alınan Önlemlerde Bir Değişiklik Oldu Mu? Yönetimsel Sürecinize Etkileri Nelerdir?” Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Kodlar												
Etkisi oldu	X		X				X		X			X
Etkilemedi		X		X	X	X		X		X	X	

Tablo 4.4’de pandemi süresince alınan önlemler ile ilgili olarak aşı bulunmadan öncesi ve sonrasında alınan önlemlerde bir değişiklik olup olmadığı ve yönetimsel sürece etkileri incelendiğinde ise farklı görüşler ortaya konulmuştur. K3, K4, K8, K10 ve K12’nin açıklamaları sırasıyla şu şekildedir:

“Aşının bulunmasıyla beraber personellerimizde bir güven duygusu olmuştur. Bu da yönetim sürecimize olumlu etki etmiştir. Sonuçta çalıştığınız ortamda güven duygusu içinde hareket etmek performansınızı etkilemektedir ...aşı ile beraber bazı tedbir kuralları esnetilmiştir. Örneğin ben bile maske kullanımında daha serbest hareket etmeye başladım.”

Aşının bulunmasının yönetim sürecine etkisi olmadığını bildiren K4 süreç içerisinde aynı tutumda olduğunu belirtmiştir.

“Aşının bulunması çalışma koşullarını değiştirirse de biz süreci başından itibaren aynı titizlikle yürüttük. Yönetimsel süreç içerisinde bir fark yarattığını düşünmüyorum.”

K8 yönetim sürecine etkisi olmadığını belirtmiştir.

“Aşıdan öncede sonrada aynı önlemler devam etti, sağlık kuruluşu olduğumuz için fark etmedi. Bu nedenle yönetsel süreç açısından düşündüğümde bir farklılık olmadı.”

K10 ifadesinde alınan önlemlerin aynı olduğunu yönetim sürecini etkilediği ifade etmiştir.

“Aşıdan sonra maske, mesafe ve hijyen kuralları hastanede uygulanmaya devam ediyordu fakat insanlarda aşya olan güvenden dolayı birtakım değişiklikler olmasından dolayı personelin daha kendini daha güvende hissettiğini, izin kullanmak isteyen personelin daha az olduğunu söyleyebilirim. Personelin aşıdan sonra kendini güvende hissetmesi olumlu bir durum fakat yönetim sürecimiz açısından daha az izin verme dışında herhangi bir değişikliğe etki etmemiştir.”

K12'nin “Pandemi süresince alınan önlemler aynı mıydı, aşı bulunmadan öncesi ve sonrasında alınan önlemlerde bir değişiklik oldu mu? Sorusuna karşılık verdiği ifade şu şekildedir:

“Aşının bulunması elbette gerek bizim üzerimizdeki gerek çalışan personel üzerindeki Covid-19 salgını nedeniyle oluşan stresi belli ölçüde azaltmıştır. Çalışma ortamında daha fazla güven hissedilmiştir böylelikle çalışanların ve bizim üzerimizde psikolojik olarak olumlu etki yaratmıştır. Başlangıçta yaşanan sıkıntılar az olsada hafiflemiştir. Özellikle ailesinde kronik rahatsızlığı olan veya herhangi bir sebepten ötürü daha fazla risk taşıyan personel için daha fazla önemli olduğunu söylemek isterim. Bir daha aynı durumları yaşamamayı temenni ediyorum.”

4.3 Önlemlerin Psikolojik Etkileri

Tablo 4.5

“Alınan Önlemler Sizin İçin Yeterli Midir? Sizin Üzerinizdeki Olumlu Yada Olumsuz Psikolojik Etkileri Nelerdir?” Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Kodlar													
YETERLİ	Motivasyon	X		X		X		X	X	X		X	X
	Performans Artışı	X		X					X	X			X
YETERSİZ	Kaygı		X		X		X				X		
	Stres		X		X		X				X		

Tablo 4.5 incelendiğinde katılımcıların alınan önlemler ile ilgili farklı ifadeler kullanmışlardır. Katılımcıların ifadeleri dikkate alındığında bir kısmı önlemleri yeterli bulurken diğerleri yetersiz bulmuştur. Kaygının sebebi ise K3 ün motivasyon ve performans artışı kodlarının altına giren ifadeleri şu şekildedir:

“Alınan önlemler elbette olumlu sonuç doğurmuştur. Yüksek riskli bir alanda çalışmamız nedeniyle en çok bizim önlem almamız gerekiyordu çünkü. Küçük bir çocuğum var ve ona hastalık taşıyacağımdan korkuyordum. Hastane içindeki önlemlere ek kendim de kendimce bazı önlemler aldım. Örneğin eve gider gitmez kıyafetlerimi değiştiriyordum ve odaya girmiyordum bir sonraki güne kadar. O dönemde istifa etmeyi bile düşündüm. Ama kısıtlamaların artmasıyla ve bazı önlemler sayesinde devam ettim çalışmaya, iyki de etmişim”

K10 un kaygı ve stres kodları altına giren açıklaması ise şu şekildedir.

“Kronik rahatsızlığım nedeniyle psikolojik olarak sorunlar yaşadım bu dönemde. Yıpratıcı bir süreçti benim için. Hem kendim için kaygılıydım hem de aile üyelerine hastalık bulaştıracığımdan endişe duyuyordum. Hatta bir süre evden ayrı olarak yaşadım. Personellerimizden bazıları yurtlarda kaldı. Ama her koşulda çalışmaktan asla vazgeçemedim... alınan önlemlerin yeterliliğinden emin değildim; çünkü hastalık mutasyona uğruyordu kısaca bilinmezlik hakimdi”

K5 in motivasyon kodu altına giren açıklaması şu şekildedir: *“Sağlık kuruluşumuzda alınan önlemler yeterliydi. Kendimizi ve motivasyonumuzu mecburen korumak zorundaydık.”*

4.4 Pandeminin Motivasyon Üzerindeki Etkileri

Tablo 4.6

“Covid-19 Pandemisinin Çalışma Motivasyonunuz Üzerindeki Etkisini Nasıl Değerlendirirsiniz?” Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar Kodlar	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Olumlu			X		X	X					X	
Olumsuz	X	X		X			X	X	X	X		X

Tablo 4.6’ya göre Covid-19 pandemisinin motivasyon üzerindeki etkileri incelendiğinde katılımcıların birçoğunda olumsuz etki yarattığını ifade etmişlerdir. K4, K7 ve K11’in ifadeleri şu şekildedir:

“Bu süreç tüm dünyada olduğu gibi bizim içinde yeni ve zorlu bir süreç olmuştur. Uzun çalışma saatleri ve yaşadığımız yoğunluk nedeniyle zaman zaman çalışma motivasyonumuzu olumsuz etkilemiştir.”

“Pandeminin yaratmış olduğu gerginlik ortamı, yakınlarımızın sağlık durumları üzerinde endişelerimiz, herhangi bir izin kullanamama ve yetersiz maddi destek sebebiyle çalışma motivasyonum üzerinde oldukça olumsuz etkileri oldu.”

“Motivasyonumuzu olumlu etkiledi çünkü ortak amaç için çalışıyorduk. Çalışma arkadaşlarımıza gerek psikolojik gerekse yönetsel anlamda destek oluyorduk. Riskli bölgede çalışanların mesai saatlerini daha az tutmaya çalışıyorduk, iş yüküne göre personel planlaması yapıyorduk”

4.5 Covid-19 Sürecinin Ekip İletişimine Etkisi

Tablo 4.7

“Bu Süreç Sizin Ekibiniz ile Olan İletişiminizi Nasıl Etkiledi?” Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Kodlar												
Olumlu		X				X				X		
Etkisi olmadı	X			X							X	
Olumsuz			X		X		X	X	X			X

Tablo 4.7 içinde sürecin ekip ile iletişim kapsamında üç farklı görüş bildirilmiştir. Katılımcılardan alınan cevaplara göre ekip iletişimini etkilemediği, olumlu etkilediği ve olumsuz etkilediği şeklinde kodlar oluşturulmuştur. Katılımcılardan K1, K6, K11 ve K12’nin yukardaki kodlara göre beyanları ise sırasıyla şu şekildedir:

K1’in Covid-19 pandemi sürecinin ekip iletişimine etki etmediğini açıklamıştır.

“Covid-19 pandemi süreci bize ve personelimize her ne kadar zorlu süreçler yaşatsa da süreci en iyi şekilde yönetmek mecburiyetinde olduğumuzu bildiğimizden ötürü süreci büyük bir titizlik ile yönetmeye çalıştık. Hem çalışanlarımızın fiziksel sağlığını hem de ruhsal sağlıklarını korumak zorundaydık o yüzden bu süreç içerisinde yaşanan bağzı

aksaklıkların stres kaynaklı olabileceğinin farkındaydık. Covid-19 pandemi sürecinin personelin ve diğer idari personel arasında herhangi bir değişikliğe neden olduğunu düşünmüyorum.”

“Yoğun çalışma temposu içerisinde ekip içi iletişimin artmasına bağlı olarak olumlu etki ettiğini söyleyebilirim. Hepimiz benzer sorunlar yaşıyorduk, ekip olarak birbirimizi en iyi anlayacak bizlerdik”

“Sonucunu bilmediğimiz bir süreci en iyi şekilde yönetme mücadelesi ekibimin ve benim yükümü attırsa da iletişimle ilgili aşılmayacak problemler yaşanmamıştır.”

Covid-19 pandemi sürecinde çok yoruluyorduk. Personelin yoğun ve çok tempolu şekilde çalışması, yüksek riskler nedeniyle ister istemez gergin bir ortam hakimdi. Kendim için söylüyorum benim bile zorlandığım, gerildiğim anlar olmuştur. Çünkü en iyisi için her şeyi kontrol altında tutmaya çalışıyorduk bu da bir gerginliğe neden olabiliyordu.”

4.6 Pandemide Çalışanlar İçin Alınan Önlemler

Tablo 4.8

“Covid-19 Kapsamında Hastanenizde Yürütülen Faaliyetlerin Ve Çalışma Organizasyonun Çalışanlara Mağduriyet Yaratmayacak Şekilde Ne Tür Önlemler Alınmıştır? Yönetim Sürecinize Katkıları Nelerdir?” Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar Kodlar	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Maske ve mesafe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
İş yüküne göre çalışma planı	X			X	X						X	
Yeni personele oryantasyon	X		X				X		X	X	X	X
Özel durumu olan personele (gebe, kronik rahatsız) idari izin	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X

Tablo 4.8’de hastanedeki yöneticilerin Covid-19 pandemisinde alınan önlemler ile ilgili görüşleri incelendiğinde tüm katılımcıların maske, mesafe ve hijyen tedbirlerinin alındığını belirtmiştir. K1, K4, K5, K11, iş yüküne göre çalışma planı hazırlandığını açıklamışlardır. 7 katılımcı K1, K3, K7, K9, K10, K11, K12 yeni personele oryantasyon eğitimi verildiğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan K1’in maske ve mesafe, iş yüküne göre çalışma planı, yeni personele oryantasyon ve özel durumu olan personele (gebe, kronik rahatsız) idari izin adlı kodlara giren ifadesi şu şekildedir:

“Genelgeler kapsamında belirlenen tedbirler ve önlemler yönetimimizce en uygun şekilde sahaya yansıtılmıştır. Gebe personelin, kronik rahatsızlığı olan personelin idari izinli sayılması, yeni atanan personelin oryantasyon sürecini Covid dışı servislerde tamamlaması, iş yüküne göre eleman planlaması alınan bazı tedbirlerdir... maske,

mesafe, hijyen kurallarına göre hareket edilmiş, tüm tedbirler en yüksek düzeyde tutulmuştur.

K7'nin açıklaması ise şu şekildedir: “Bakanlığımızın bize vermiş olduğu yönetmelikler kapsamında, kurumumuzda maske kullanma zorunluluğu ile beraber sosyal teması azaltmak amacıyla polikliniklerimizin çalışma kapasitesini azaltmak ile beraber dezenfektan dağıtıcı standları kurduk. Maske kullanımını özellikle hemşire odalarında özen gösterdik. Gebe ve kronik rahatsızlığı olan, engelli çalışanlarımıza izin vererek yaşanabilecek mağduriyetin önüne geçmek istedik. Ayrıca çok önemli olduğunu düşündüğümüz yeni işe başlamış personele eğitimler verdik.”

4.7 Pandemi ile İlgili Risk Değerlendirilmeleri

Tablo 4.9

“Pandemi ile İlgili Risk Değerlendirilmesi Yapıldı mı? Varsa Yönetim Sürecinize Katkısı Nedir?” Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Kodlar												
Yapıldı	X		X	X	X			X	X		X	
Yapılmadı	X				X	X	X	X	X		X	

Pandemi ile ilgili risk değerlendirilmesi yapıldı mı sorusuna verilen yanıtlar sonucunda yapıldı ve yapılmadı şeklinde kodlar oluşturulmuştur. K4, K8 ve K12'in ifadeleri şu şekildedir:

“İl sağlığı güvenliği kapsamında her birim ayrı ayrı olarak yaptı. Buna göre revizeler yaptık. Puanlama skalaları vardı. Riskler için renkler belirledik. Yeşil, sarı, kırmızı şeklinde. Kırmızı en riskli olanıydı. Pandeminin enfeksiyon riski vardı. Ölümle de

sonuçlanabilirdi. Bu yüzden çalışma ortamımızı ve çalışanlarımızı mümkün olduğunca korumaya çalıştık”

“Enfeksiyon kontrol komitesi tarafından süreç dahilinde yapılmıştır. Örneğin hastane içi kontaminasyon olmamasının tespiti. Yönetimsel sürecin doğruluğunun sağlanması motivasyonumuzu arttırmıştır.”

“Bilgim dahilinde yapılmadı. Sadece belirti verenlerde test yapıldı, Covid testi pozitif çıkana kadar çalıştık.”

4.8 Normalleşme Sürecinin Etkileri

Tablo 4.10

“Normalleşme Sürecinin Covid-19 Pandemisi Riskine Karşı Alınan Tedbirlerde Bir Değişikliğe Neden Oldu Mu? Normalleşme Sürecinin Çalışma Motivasyonunuza Etkileri Nelerdir?” Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Kodlar													
TEDBİRLER KAPSAMINDA	Kısıtlamaların Kalkması	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	İdari izinlerin kalkması	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ÇALIŞMA MOTİVASYONU KAPSAMINDA	Güven	X	X	X			X	X		X		X	X
	Motivasyon artması	X			X	X		X	X		X		X

Normalleşme süreci, Covid-19 pandemisi riskine karşı alınan tedbirlerde bir değişikliğe neden oldu mu, normalleşme sürecinin çalışma motivasyonuna etkileri nelerdir? Sorularına verilen yanıtlar sonucunda kısıtlamaların ve idari izinlerin kalkması, güven ve motivasyon kodları oluşturulmuştur. K7 ve K8 in ifadesi şu şekildedir:

“Normalleşme süresiyle beraber tabi ki bırakım değişiklikler oldu. Kısıtlamaların birçoğu kalktı, idari izinler kalktı. Aşının etkisi ve vaka sayılarının azalmasıyla oldu bunlar. Biz de korkularımızdan kurtulmuş olduk. Eski düzene dönmek motivasyonumuzu arttırdı, çalışmalarımızda verim sağladı diyebilirim.”

“Normalleşme süreciyle hastane içinde değişiklikler oldu. Yönetmelik gereğince getirilen kısıtlamalar aynı şekilde yönetmelik gereğince kalktı. Kısıtlamalar, personele verilen idari izinler kalktı. Daha rahat çalışma ortamı oluştu.”

Tablo 4.11

“Kendi Ruh Sağlığınızı Korumak ve Motivasyonunuzu Arttırmak İçin Herhangi Bir Destek Aldınız Mı?” Sorusuna İlişkin Görüşler

Katılımcılar Kodlar	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12
Yakın çevre desteği		X	X	X	X						X	X
Profesyonel destek								X				
Destek almadım	X						X		X	X		

Katılımcıların kendi ruh sağlıklarını korumak ve motivasyonlarını arttırmak için destek alıp almadıkları ile ilgili görüşler incelendiğinde yakın çevre desteği, profesyonel destek ve destek almadıkları kodları oluşmuştur. Profesyonel destek aldığını söyleyen K8’in ifadesi şu şekildedir:

“Covid-19 nedeniyle başka bir hastanede görevli yakın bir arkadaşımı kaybettim. Yine hastane içinde bazı kayıplar vardı. Artan vaka sayıları, hastaneye başvuranların sayılarındaki artış daha yoğun şekilde çalışmamız gerekiyordu. Aslında birçok etken vardı. Ben de destek almam gerektiğini düşününce bu konuda uzman arkadaşım ile paylaştım durumu.”

K7 herhangi bir destek almadığındaki söylemi řu řekildedir: “Destek alacak yani bunu dūřūnecek zamanımız yoktu açıkçası.”

K12 ise “Her zaman eşimin ve çocuklarımin desteğini hissettim. Onlar benim için kaygılıydılar ama her şekilde destek oluyorlardı. Hepimiz birbirimize destek oluyorduk aslında. Çalışma arkadaşlarımız da aynı şekilde. Mesela; riskli alanlarda çalışanların çalışma saatlerini daha kısa tutuyorduk.”



BÖLÜM 5: TARTIŞMA ve SONUÇ

Araştırmada, tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisinin sağlık yöneticilerini de birçok yönden etkilediği ve bir dizi önlemler alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Çalışmada Covid-19 pandemisinde çalıştığınız kurumda alınan önlemler kategorisi altında katılımcıların maske, mesafe ve hijyen kurallarına dikkat edildiği, düzenli olarak ateş ölçümlerinin yapıldığı, oturma düzenleri ve triyaj alanlarının uygun şekilde düzenlendiği yanıtları verildiği görülmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde Sahu ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında Covid-19 bulaşıcılığının sağlık çalışanları arasında yüksek riskli görüldüğünden dolayı sağlık çalışanları görevleri sırasında sosyal mesafe, maske, hijyen kuralları ve ateş ölçüm önlemleri alınmıştır. Araştırma çalışmasında benzer önlemlerin alındığı sonucuna ulaşılmıştır.

Patrizi ve arkadaşları (2020) çalışmasında bir sağlık kurumunda alınan önleyici ve koruyucu tedbirleri açıklamaktadır. Alınan önlemler arasında hastane girişlerindeki kontrol noktaları araştırma çalışmasıyla benzerlik gösterirken, bazı ayakta tedavi gören hastalar için uzaktan poliklinik hizmetlerinin verilmesi, tüm sağlık personellerine test yapılması gibi önlemler araştırma çalışması sonucunda yer almamaktadır.

Pandemide çalışanların aldıkları önlemler dikkate alındığında Sahu ve arkadaşları (2020), tüm sağlık çalışanlarının önleyici tedbirler konusunda eğitilmesini, sağlık hizmeti ortamlarında bulaşıcılığı azaltmak, önlemek ve kontrol etkisini arttırmak için alınan önlemler olduğunu belirtmektedir. Araştırma çalışmasında elde edilen veriler sonucu çalışanların Covid-19 virüsü hastalarının bulunduğu alanlarda görevlendirilmeden önce eğitildikleri daha sonra bu alanlarda çalışmaya başladıkları sonucuna varılmıştır. Ayrıca özellikle enfekte riskinin yüksek olduğu bir alanda görevli oldukları için Covid-19 pandemisinin çalışanlar üzerinde psikolojik etkisi üzerinde durulması gerektiği, takip ve taramaların yapılması gerekliliği belirtilmiştir. Bu sonuç çalışma sonucuyla ayrılmıştır. Yapılan araştırmada katılımcılardan sadece birinin psikolojik destek aldığı ve pandemi süresince rutin olarak tarama yapılmadığı sonucuna varılmıştır.

Yang ve arkadaşlarına (2020) göre sağlık çalışanlarının toplu taşıma kullanmadıklarını kendi özel araçları ile seyahat ettiklerini, kısa mesafe için bisiklet ve taksi kullandıkları

alınan önlemler arasındadır. Araştırma çalışmasında bu tür önlemlerin olmadığı görülmüştür.

Chughtai ve arkadaşları (2020), Covid-19 pandemisinin hastanelerdeki sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik tedbirleri araştırmıştır. Hastaneler ve sağlık sistemleri, acil eylem planı oluşturma, doğru bilgi sağlama, personel güvenliği ve ruh sağlığına özen göstermelidir. Önleyici ve koruyucu önlemler kapsamında Covid-19 semptomlarının taranması, el dezenfektanlarının düzenli kullanımı, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, nesnelerin dezenfekte edilmesi, biyo-tıbbi atık yönetimi, çevre temizliği, sosyal mesafe, kişisel hijyen ve standart protokolleri yer almaktadır.

Katılımcılara alınan önlemlerin yeterliliği hakkındaki görüşleri alındığında iki farklı görüş bildirilmiştir. Alınan önlemlerin yeterli olduğunu söyleyenler bu durumun onlarda motivasyon ve performans artışına neden olduğunu önlemleri yeterli bulmayanların ise bu durumun onlarda kaygı ve stres yarattığını ifade etmişlerdir. İlgili yazınlar incelendiğinde Lancet (2020), çalışanların enfeksiyonu gerek kişisel güvenlik endişelerine gerekse aile bireylerine bulaştırma konusunda endişeli ve stresli olduklarını ifade etmektedir. Bu sonuç araştırma çalışması ile paralellik göstermektedir. Ayrıca salgın süresince sağlık çalışanlarına psikolojik destek, aile desteği, yeme içme ve dinlenmelerine özen gösterilmesi gerekliliğini ifade etmektedir. Araştırma çalışmasında önlemler kapsamında sağlık idarecilerinin aile desteği, yakın çevre desteği ve az sayıda psikolojik destek aldıkları sonucu benzerlik göstermektedir.

Deng ve arkadaşları, (2020), Covid-19 pandemisinin psikolojik etkilerini incelemişlerdir. Çalışmaların verilerine göre hastalar depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi psikolojik etkileri yaşamışlardır. Başka bir çalışmada, Rajabimajd ve arkadaşlarına (2021) göre, Covid-19 ile ilgili olarak sağlık çalışanlarının korku ve kaygılarının uzun vadeli olarak iş tatmini ve performanslarını olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Bu çalışmalar, Covid-19 pandemi sürecinin insanların sağlık ve iş hayatları üzerinde ciddi etkileri olduğunu göstermektedir.

Gross ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, Covid-19 pandemisini, sağlık çalışanları üzerinde risk değerlendirmeleri ve koruyucu önlemler kapsamında

değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda pandeminin sadece fiziksel sağlığı etkilemediği, aynı zamanda ruh sağlığını önemli ölçüde etkilediği ortaya çıkmıştır. Risk değerlendirmeleri sonucunda enfeksiyon, ruh sağlığı, cilt yaralanmaları ve baş ağrıları gibi riskler çıkmıştır. Enfekte kişilerle aynı ortamda olmaları nedeniyle enfeksiyon riski, kişisel koruyucu ekipman kullanımından kaynaklı cilt lezyonları, akrabalarına bulaştırma endişesi ve uzun saat çalışma süreleri nedeniyle depresyon, stres ve anksiyeteye bağlı olarak ruhsal zararlara neden olmuştur. Risk değerlendirmeleri yapılarak güvenli çalışma ortamı oluşturulmasının önemi vurgulanmıştır. Koronavirüs enfeksiyonunun bulaşmasını azaltmak ve sağlık çalışanlarını korumak için hastanelerde ve diğer sağlık alanlarında önleyici ve koruyucu önlemlerin uygulanması gerekmektedir. Araştırma çalışması sonucu çalışanların kaygı ve stres yaşadıkları sonucu paralellik göstermektedir.

Thomas ve Suresh (2022) alınan önlemler kapsamında tıbbi ve tıbbi olmayan personele hijyen kuralları hakkında eğitim verilmesi, yönetim tarafından denetimlerin yapılması, sağlık personellerin düzenli aralıklarla takip ve taramalarının yapılması, dezenfeksiyon ünitelerinin kurulması, hastane girişlerinde pandemiden korunmak için açıklamaların olması, vardiya öncesi ve sonrasında günlük Covid-19 taramasının yapılması, sosyal mesafe ve oturma düzenlerine özen gösterilmesi, aktif gözetime önem vermiştir. Araştırma çalışmasında sosyal mesafe ve oturma düzenleri, hijyen kuralları, sağlık personeline eğitim verilmesi konularında benzer sonuçlara varılmıştır.

Karakuş ve Avşar (2022) tarafından yapılan bir çalışma incelendiğinde, sağlık çalışanlarının herhangi bir sağlık kontrolü veya Covid-19 bulguları yönünden rutin takip edilmediği sonucuna varılmıştır. Çalışma verilerine göre, sağlık çalışanları test sonucu pozitif çıkana kadar temaslı olsalar bile çalışmaya devam etmişlerdir. Pandeminin başlangıcında, sağlık personeline kişisel koruyucu ekipmana erişim sağlamakta problem yaşandığı belirlenmiştir. Ayrıca, sağlık personeline fiziksel ve psikolojik destek sağlanmadığı sonucuna varılmıştır. Böylece araştırma çalışmasıyla benzer sonuçlar elde edilmiştir.

ÖNERİLER

Covid-19 pandemisi, sağlık kurumları yönetimi açısından ciddi riskler oluşturmaktadır. Araştırma çalışmasında Covid-19 pandemisi için alınan önlemler ve pandeminin etkileri incelenerek aşağıdaki konuların dikkate alınması önerilir:

Sağlık personeli, pandemi sürecinde en çok etkilenen ve risk altında olan kişilerdir. Araştırmaya katılan sağlık kurumlarında çalışan idari personelin görüşleri dikkate alındığında, personele sadece pandeminin başında eğitim verilmiştir. Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık personeli güncel eğitim verilmesi önemli bir konudur. Bu nedenle, pandemi sürecinde sağlık personeline uygun eğitim vermek önem arz etmektedir. Covid-19 virüsünün epidimiyolojisi hakkında bilgiler ve eğitimlerin verilmesi virüsün yayılmasını engelleyeceği gibi sağlık personellerinin kendilerini hastalığa karşı korumalarını sağlayacaktır. Eğitim, pandemi sürecinde sağlık personelinin güncel bilgiye erişebilmelerini, kişisel korunma önlemlerini almalarını ve hastaları daha iyi tedavi edebilmelerini sağlar. Eğitim, ayrıca sağlık personelinin pandemi sürecinde psikolojik olarak desteklenmelerini de sağlar. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip sağlık personelleri pandemi ile mücadelede çalışanların işini kolaylaştıracaktır. Pandemi süresince teması en aza indirmek için online eğitimlere de yer verilmelidir. Sağlık personeli için online ve yüz yüze eğitim programları düzenlenmeli ve sağlık personelinin erişimine açılmalıdır. Böylelikle personelin hastanede olmadıkları zamanlarda dahi eğitim verilebilmelidir.

Covid-19, sağlık personelinin enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Özellikle, sağlık personeli Covid-19 hastalarının bakımını yaparken, virüsün bulaşma riski oldukça yüksektir. Bu nedenle, sağlık personeli, virüsün bulaşmasını önlemek için gerekli tüm tedbirleri almalıdır. Bu tedbirler arasında, maske, eldiven, gözlük gibi koruyucu ekipmanların kullanımı, sosyal mesafenin korunması, sık sık ellerin yıkanması gibi temel tedbirler yer almaktadır. Araştırma sonucu sosyal mesafe önlemlerinin daha fazla arttırılabileceği önerilmektedir. Özellikle hastanelerdeki yemekhane, ibadethane veya tuvalet gibi umumi alanlarda sosyal mesafe uyarıları dışında içeriye belli sayı kişilerin veya gruplar halinde alınması gerektiği önerilmektedir.

Hastalık ile mücadelede sağlık personellerinin sağlıklarının yerinde olması vaka sayılarının kontrolünde etkili olmaktadır. Sağlık personelinin Covid-19 virüsüne yakalanmasından dolayı işe gelememesi ciddi sorunlara yol açabilir. Bu nedenle sağlık personelinin sağlıklarının korunması çok önemlidir.

Pandemi sürecinde sağlık personeli ön cephede mücadele etmektedir ve bu süreçte fiziksel ve psikolojik yorgunluk, stres ve yalnızlık gibi olumsuzluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle, sağlık personelinin psikolojik sağlıklarının korunması için önlemler alınması gerekmektedir. Düzenli aralıklarla gerek idari sağlık personelleri gerekse diğer sağlık çalışanlarının psikolojik destek verilmesi gerekmektedir. Önlemler arasında, sağlık personelinin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının sürekli olarak takip edilmesi, stres yönetimi eğitimleri, destek grupları, idari izin verilmesi ve sağlık personelinin duygusal ihtiyaçlarının karşılanması gibi önlemler yer almaktadır. Ayrıca, sağlık personelinin moralini yükseltmek için ödül ve takdir programları düzenlenmelidir.

KAYNAKÇA

Acavut, G. ve S. Korkmaz (2022). COVID-19 Pandemisinin Doktor, Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumlarına Etkisinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(1), 121-130.

Akar, F. (2021). Kriz Yönetiminde Proaktif ve Reaktif Yaklaşım: Covid-19 Krizi Üzerine Bir Değerlendirme. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (45), 244-259.

Ağırbaş, İ. (2019). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Akbıyık, A. ve Ö. S. Avşar (2020). Coronavirüs Enfeksiyonu Hastalığının (COVID-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 109-116.

Akpınar, E. E. (2020). Covid-19 ve Akciğer: Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Bilmesi Gerekenler. *Eurasian Journal Of Pulmonology*. s.17.

Aktan, C. C. ve A. K. Işık (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, 10-21.

Aktaş, A. (2002). Hastanelerde Çatışma ve Çatışma Yönetimi. *Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Altunışık, R., R. Coşkun, S. Bayraktaroğlu ve E. Yıldırım (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı* (6. Baskı). Sakarya: Sakarya Yayıncılık

Alu, A. (2017). Sağlıkın Temel Kavramları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 32-41.

Arpacıoğlu, M. S., Z. Baltacı ve B. Ünübol (2021). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Covid-19 Korkusu, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 88-100.

Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.

Budak, F. ve Ş. Korkmaz (2020). Covid-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 62-79.

Burau, V. ve R.H. Blank (2006). Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies Of Health Systems. *Journal of Comparative Policy Analysis*, 8(01), 63-76

Can, A. ve H. İbicioğlu (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 13(3), 253-275.

Casella, M., M. Rajnik, A. Aleem, S. Dulebohn ve R. Napoli (2020). *Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19)*, 20 Ocak 2020 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/> adresinden alındı

Cesari, M. ve M. Proietti (2020). COVID-19 in Italy: Ageism and Decision-Making In A Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 576

Chughtai, A. A., H. Seale, M.S. Islam, M. Owais, ve C.R. Macintyre (2020). Policies On The Use Of Respiratory Protection For Hospital Health Workers To Protect From Coronavirus Disease (COVID-19). *International Journal of Nursing Studies*, 105.

Cui, J., F. Li, ve Z. Shi (2019). Origin and Evolution of Pathogenic Coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology*, 17(3):181-192. <https://doi.org/10.1038/s41579-018-0118-9>

Çavuşoğlu, B. C. ve Y. Kaya (2022). Koronavirüs (Covid-19) Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Kaygı Düzeyleri, Baş Etme Becerileri, Psikolojik Sağlamlıkları Arasındaki İlişki. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 160-176.

Çelebi, K. ve S. Cura (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.

Çimen, M. (2010). Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 136-139.

Çiftçi Aytekin, A. (2022). Üniversite Hastanelerinin Covid-19 Dönemi Öncesi ve Sonrası Etkinliklerinin Pabon Lasso Modeli ile Değerlendirilmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(20), 155-174.

Demirağ, H. ve S. Hintistan (2020). COVID-19'un Klinik Yönetimi ve Hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 222-231.

Deng, J., F. Zhou ve W. Hou (2021). The Prevalence Of Depression, Anxiety, And Sleep Disturbances in COVID-19 Patients: A Meta-Analysis. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 1486, 90–111.

Demirbilek, S. ve M. Çolak (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği. *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi*, (2), 91-111.

Dikmen, A. U., H. M. Kına, S. Özkan ve M. N. İlhan (2020). Covid-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 20-36.

Duygulu, S., S. B. Açıl, E. K. Özdemir ve Y. Erdat (2020). COVID-19 Salgını: Yönetici Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(Özel Sayı), 34-46.

Doğan, S. ve Ö. Demirtaş (2020). Sağlık Kurumlarında Örgütsel Adalet Algısının Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(1), 79-93.

Emir, N. (2021). Covid-19'a Karşı Aşılamada Uluslararası İş Birliği: Dünya Sağlık Örgütü ve Covax. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2861-2880.

Eraslan, E. (2022). Omicron'un Tanımı, Yazımı ve Okunuşuna Dair Düşünceler. *Asya Studies-Academic Social Studies / Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(19), 95-100

Eren, E. (2003). *Yönetim ve Organizasyon*. İstanbul: Beta Basım Dağıtım.

Ergün, E., Ş. Ergün ve İ. Çelebi (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Personellerinin Covid-19 Hakkında Bilgi, Korunma Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16-27.

Euronews, (2022). *Dünyada Covid-19: İlk 4 Ayında Neler Yaşandı? Salgının Seyri Ne Durumda.* <https://tr.euronews.com/2020/05/04/dunyada-covid-19-salg-n-n-ilk-100-gununde-yasananlar-ilk-nerede-ortaya-c-kt-nas-l-yay-ld> adresinden erişildi. (22 Şubat 2022)

Genç, U. (2020). *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ameliyathanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Covid-19 ile İlgili Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı.

Gross, J.V., J. Mohren ve T.C. Erren (2021). COVID-19 And Healthcare Workers: A Rapid Systematic Review Into Risks And Preventive Measures. *BMJ Open*,11(1) doi: 10.1136/bmjopen-2020-042270.

Hayran, O. (2018). Sağlık Hizmetlerinin Kamusal ve Özel Yönü, Şeker, M. ve Y. Bulduklu içinde, *Sağlık Kurumları Yönetimi 1*, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.

Isık, M., F. Isık ve M. Kıyak (2015). Analyzing Financial Structure of Turkish Healthcare Systemin Comparison with Us, German, British, French and Cuban Healthcare Systems. *Journal of Economics Finance and Accounting*, 2(4), 501-518.

İlhan, M. N., H. Tüzün, S. Aycan, F. Aksakal ve S. Özkan (2006). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 33-41.

İşlek, E., Y. Özakan, M. K. B. Uslu, H. O. Arı, H. Çelik ve H. H. Yıldırım (2021). Türkiye’de COVID-19 Pandemisi Yönetimi ve Sağlık Politikası Stratejileri. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(2), 54-65.

Kahramanoğlu, A. (2020). *Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Bölümleri Standardı Uygulaması*. Ankara: İktisadyayınevi.

Karakuş, D. ve E. Avşar. (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinde Ülkemizde Hastanelerde Alınan Önlemlerin ve Uygulamamaların İncelenmesi ve Değerlendirilmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (35), 564-572.

Karataş, Z. (2020). Covid-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 3-17.

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırma Dergisi*, 2(19), 131-174.

Kavuncubaşı, Ş., S. Yıldırım (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kavuncubaşı, Ş. ve A. Kısa (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. N. Uzkesici içinde, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları

Keyik, H., (2014), *Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi ve Eğitim-Geliştirme Faaliyetleri*. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kırılmaz, S. K. (2021). Covid-19 Pandemisinin İnsan Kaynakları Yönetimi Üzerine Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Sosyoekonomi Dergisi*, 29(50), 255-276.

Kiyat, İ., S. Karaman, G. İ. Ataşen ve Z. E. Kiyat (2020). Yeni Koronavirüs (COVID-19) İle Mücadelede Hemşirelik. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 1(1), 81-90.

Koçel, T. (2003). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım A.Ş.

Kömürcüoğlu, B. (2020). Covid-19 ve Akciğer: Göğüs Hastalıkları Uzmanlarının Bilmesi Gerekenler. *Eurasian Journal Of Pulmonology*.

Kutlu, R. (2020). Yeni Koronavirüs Pandemisi İle İlgili Öğrendiklerimiz, Tanı Ve Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar ve Türkiye'deki Durum. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 329-344.

Lancet T, (2020). *Covid-19: Protecting Health Careworkers*. London, England, 395 (10228): 922 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9) adresinden alındı

Last, J. M. (2001). *A Dictionary of Epidemiology, 4th Edition*. New York: Oxford University Press.

Liang T. (2020). *Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment*. 29 Aralık 2022 tarihinde

https://globalce.org/downloads/Handbook_of_COVID_19_Prevention_en_Mobile.pdf adresinden alındı.

Macar, O. D. ve U. Y. Asal (2020). Covid-19 ile Uluslararası İlişkileri Yeniden Düşünmek: Tarih, Ekonomi ve Siyaset Ekseninde Bir Değerlendirme. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 222-239.

Maslach, C. ve J. Goldberg (1998). Prevention of Burnout: New Perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7(1): 63-74.

Menderes, M. ve K. Ersoy (1995). *Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hastane Alt Birim Sistemi. H. Seçim içinde, Hastane İşletmeciliği:Seçme Yazılar*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi.

Murray, C. J. ve J. Frenk (2000). A Framework for Assessing The Performance of Health Systems. *Bulletin Of The World Health Organization*, 78(6), 717-731.

Neuman, W. L. (2012). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar*. İstanbul: Yayın Odası.

Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.

Oyibocha E.O., O. Irinoye, E.O. Sagua, O.T. Ogungide – Essien, J.E. Edeki ve O.L Okome (2014). Sustainable Healthcare System in Nigeria: Vision, Strategies and Challenges. *IOSR Journal of Economics and Finance*, 5(2), 28-39.

Our World Data (2020). *Covid-19 Data Explorer*.
<https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer> (16.01.2023)

Özalp, İ., C. Koparal ve G. Berberoğlu (1996). *Yönetim ve Organizasyon*. Ankara: TC Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi.

Patrizi A., F. Bardazzi, F. Filippi, D. Abbenante ve B.M. Piraccini (2020). The Covid-19 Outbreak in Italy: Preventive and Protective Measures Adopted by the Dermatology Unit Of Bologna University Hospital. *Dermatol. Ther.* doi: 10.1111/dth.13469.

Rahmatollah G. ve K. Rouzbehani (2016). Social, Economic, And Political Perspectives On Public Health Policy-Making. *IGI Global*.

Rajabimajid, N., Z. Alimoradi ve M.D. Griffiths (2021). Impact Of COVID-19-Related Fear and Anxiety on Job Attributes: A Systematic Review. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 4(2), 51.

Sağlık Bakanlığı (2022). *Covid-19 Bilgilendirme Formu*.
<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html> (20.12.2022).

Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü (2020). *Covid-19 Bilendirme Platformu*.
<https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid19rehberigenelbilgilerapidemiyoloji-vetanipdf.pdf> (15.12.2020).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*.
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0>
(03.04.2022)

Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*.
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikadonusum-programi.html> (20.12.2020).

Sahu, A., V. Amrithanand, R. Mathew, P. Aggarwal, J. Nayer ve S. Bhoi (2020). Covid-19 in Health Careworkers—A Systematic Review And Meta-Analysis. *The American Journal of Emergency Medicine* 38: 1727-1731.
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.05.113>

Sargutan, E. A. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemleri Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428. Rajabimajid, N., Z. Alimoradi ve M.D. Griffiths (2021). Impact Of COVID-19-Related Fear and Anxiety on Job Attributes: A Systematic Review. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 4(2), 51.

Sungur, C. (2021). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması ve Performans Analizi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18 (3), 2174-2201. DOI: 10.33437/ksusbd.956240.

Sağlık Bakanlığı (2020). *Covid-19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı*.
<https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyojivetanipdf.pdf> (20.12.2020).

Tavukcu, M. ve E. Eke (2021). Covid-19 Pandemi Yönetim Süreci: Türkiye Perspektifi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(2), 116-133.

Tengilimoğlu, D., O. Işık ve M. Akbolat (2021). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.

Temür, Y., ve F. Bakırcı (2008). Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir Vza Uygulaması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(14), 262-281.

Thomas A. ve M. Suresh (2022). Factors Impacting Humanitarian Operations in Healthcare During Life-Threatening Pandemics. *International Journal of Healthcare Management*, <https://doi.org/10.1080/20479700.2022.2115249>

Tuncay, F., E. Koyuncu ve Ş. Özel (2020). Pandemilerde Sağlık Çalışanlarının Psikososyal Sağlığını Etkileyen Koruyucu ve Risk Faktörlerine İlişkin Bir Derleme. *Ankara Medical Journal*, (2):488-501.

Türkçe Bilimler Akademisi (2020). *Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*. <https://www.tuba.gov.tr/files/yayinlar/raporlar/TUBA-978-605-2249-43-7.pdf>

Ültay, E., H. Akyurt ve N. Ültay (2021). Sosyal Bilimlerde Betimsel İçerik Analizi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (10), 188-201.

WHO (2022). *World Health Organization*, <https://covid19.who.int/> (20.04.2021).

WHO (2007). *World Health Organization*. <https://www.who.int/data> (20.10.2020).

Worldometer (2022). *Covid-19 Coronavirus Pandemic* <https://www.worldometers.info/coronavirus/> (1.04.2022)

Wu, D., T. Wu, Q. Liu ve Y. Zhicong (2020). The SARS-CoV-2 Outbreak: What We Know. *International Journal of Infectious Diseases*, 44-48.

Yang M, H. Wang, L. Zhi, Z. Qiang, L. Xin, H. Maxi. ve G. Shan (2020). Prevention and Control of Covid-19 Infection in a Chinese Mental Health Center. *Frontiers in Medicine*, 7: 356. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00356>

Yataklı Tedavi Kurumları Kurumları İşletme Yönetmeliği (1993). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.85319.pdf> yayımlandığı resmi gazetenin tarih ve sayısı: 13.1.1983/17927 mükerrer adresinden alındı

Yıldırım, A. ve H. Şimşek (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yücesan, B. ve Ö. Özkan (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinin Sağlık Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 134-139.

Yüncü, V. ve Y. Yılan (2020). COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkilerinin İncelenmesi: Bir Durum Analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 373-402.

Zhou, Y., Y. Yang, J. Huang, S. Jiang ve L. Du (2019). Advances in MERS-CoV Vaccines and Therapeutics Based on the Receptor-Binding Domain. *Viruses*, 60(11).

