



ANKARA

HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖZEL HASTANELERDE
KRİZ YÖNETİMİ FAALİYETLERİ KONUSUNDA
ÇALIŞAN ALGILARI: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

Merve AKÇINAR

Tez Danışmanı

Prof. Dr. SEYHAN ÇİL KOÇYİĞİT

**YÜKSEK LİSANS SAĞLIK YÖNETİMİ
ANABİLİM DALI HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

TEMMUZ - 2022



**PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖZEL HASTANELERDE KRİZ YÖNETİMİ
FAALİYETLERİ KONUSUNDA ÇALIŞAN ALGILARI: ANKARA İLİ
ÖRNEĞİ**

MERVE AKÇINAR

**YÜKSEK LİSANS
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2022

ETİK BEYAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Merve AKÇINAR

01/06/2022

**PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖZEL HASTANELERDE KRİZ YÖNETİMİ
FAALİYETLERİ KONUSUNDA ÇALIŞAN ALGILARI: ANKARA İLİ
ÖRNEĞİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Merve AKÇINAR

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
Temmuz 2022

ÖZET

Çalışma, pandemi döneminde özel hastanelerde kriz yönetimi faaliyetlerine ilişkin çalışan algılarının ölçülmesi ve sonrasında bu algıların demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma Ankara ilinde bulunan özel hastane çalışanlarına uygulanmış ve araştırmaya 271 kişi katılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket kullanılmış ve bu anketler sağlık çalışanları ile yüz yüze görüşerek ve Google anket formu üzerinden paylaşım yapılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22 programı kullanılmış olup, gruplar arası ölçeklerden elde edilen puanların karşılaştırılmasında bağımsız değişken iki kategorili olduğunda bağımsız değişken t testi, üç kategorili olduğunda ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yöntemleri uygulanmıştır. ANOVA için anlamlı fark çıkan değişkenlerde farkın hangi gruplar arasında olduğu ise, ikili olarak grupları karşılaştıran çoklu karşılaştırma yöntemleri incelenmiş ve LSD yöntemi kullanılmıştır. Hastanelerin kriz yönetimi faaliyetleri konusunda sağlık çalışanları algılarına bakıldığında; cinsiyete, medeni duruma, eğitime ve tecrübeye göre anlamlı bir farklılık bulunmadığı, fakat yaşa ve sağlık çalışanın mesleğine göre bu algılarda anlamlı farklılıklar bulunduğu tespit edilmiştir.

Bilim Kodu	: 10106.03
Anahtar Kelimeler	: Bulaşıcı hastalıklar, pandemi, kriz yönetimi
Sayfa Adedi	: 81
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT

**PERCEPTIONS OF EMPLOYEES ON CRISIS MANAGEMENT
ACTIVITIES IN PRIVATE HOSPITALS DURING THE PANDEMIC: THE
CASE OF ANKARA PROVINCE**

(M.Sc)

Merve AKÇINAR

ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY
THE INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

July 2022

ABSTRACT

The study was conducted to measure employee perceptions of crisis management activities in private hospitals during the pandemic period and to determine whether these perceptions differ according to demographic characteristics. The research was applied to private hospital employees in Ankara and 271 people participated in the research. A questionnaire was used as a data collection tool, and these questionnaires were collected by face-to-face interviews with healthcare professionals and sharing via the Google Questionnaire form. SPSS 22 program was used in the analysis of the data, and in the comparison of the scores obtained from the scales between groups, the independent variable t-test was applied when the independent variable was in two categories, and the one-way analysis of variance (ANOVA) methods when it was three-category. For the variables that showed a significant difference for ANOVA, between which groups the difference was, multiple comparison methods comparing the groups in pairs were examined and the LSD method was used. Considering the perceptions of health workers about crisis management activities of hospitals; It has been determined that there is no significant difference according to gender, marital status, education and experience, but there are significant differences in these perceptions according to age and profession of the health worker.

Sciences Code	: 10106.03
Key Words	: Infectious Diseases, Pandemic, Crisis Management
Page Number	: 81
Supervisor	: Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, öncelikle değerli bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşarak, hiçbir zaman üzerimden desteğini eksik etmeyen ve çalışmamı tamamlayabilmem için beni her defasında motive ederek yüreklendiren kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Seyhan Çil Koçyiğit' e, çalışma konumun belirlenmesinde ve hazırlanma sürecinde her daim beni yönlendiren, yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Zekai Öztürk' e, çalışmamın tamamlanabilmesinde bilgileri ile bana katkı sağlayan değerli Dr. Haydar Karaman' a teşekkürlerimi içtenlikle sunuyorum.

Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyerek her anımda yanımda olan anneme ve babama, bana çalışma gayreti veren eşime, çalışmamda yardımcı olan tüm çalışma arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma sonsuz teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. BULAŞICI HASTALIKLAR VE PANDEMİ.....	5
2.1.Bulaşıcı Hastalıklar İle İlgili Genel Bilgiler.....	5
2.1.1.Enfeksiyon, Enfeksiyon Hastalığı.....	6
2.1.1.1.Enfeksiyon ve enfeksiyon hastalığı arasındaki farklar.....	7
2.1.1.2.Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi.....	7
2.1.1.3.Bulaşıcı hastalıkların yol açtığı zararlar.....	10
2.1.2.Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi.....	11
2.1.2.1.Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH).....	12
2.1.2.2.Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirim yöntem ve esasları.....	13
2.2.Salgın Tanımı ve Salgın Türleri.....	15
2.2.1.Sporadi, Endemi ve Epidemii.....	16
2.2.2.Küresel Salgın (Pandemi) ve Ortak Özellikleri.....	17
2.2.2.1.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre pandemi evreleri.....	18
2.2.2.2.Günümüzde meydana gelen pandemi türleri.....	20
2.2.2.2.1.İnfluenza pandemisi.....	20
2.2.2.2.2.Covid-19 (Korona virüs) pandemisi.....	24
2.3.Sağlık Kurumlarında Pandemi Yönetim ve Organizasyonu.....	27

2.3.1.Pandemi Sürecine Hazırlıklı Olma.....	29
2.3.2.Pandemide Hastane Yönetim Süreci.....	31
3.SAĞLIK KURUMLARINDA KRİZ YÖNETİMİ.....	35
3.1.Kriz Kavramı ve Krizin Özellikleri.....	35
3.2.Kriz Yönetimi, Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi.....	38
3.2.1.Kriz Yönetim Süreci.....	40
3.2.1.1.Kriz öncesinde yönetim faaliyetleri.....	41
3.2.1.2.Kriz esnasında yönetim faaliyetleri.....	42
3.2.1.3.Kriz sonrasında yönetim faaliyetleri.....	43
3.3.Kriz Yönetiminin Amaçları.....	44
3.4.Kriz Yönetimi Yaklaşımları.....	44
3.4.1.Krizden Kaçma Yaklaşımı.....	45
3.4.2.Krizi Çözme Yaklaşımı.....	46
3.4.3.Proaktif (Etkici) Yaklaşım.....	46
3.4.4.Reaktif (Tepkici) Yaklaşım.....	46
3.4.5.İnteraktif (Etkileşimli) Yaklaşım.....	47
4.PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖZEL HASTANELERDE KRİZ YÖNETİMİ FAALİYETLERİ KONUSUNDA ÇALIŞAN ALGILARI: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ.....	49
4.1.Araştırmanın Konusu.....	49
4.2.Araştırmanın Amacı.....	49
4.3.Araştırmanın Önemi.....	50
4.4.Araştırmanın Yöntemi.....	50
4.5.Araştırmanın Evreni ve Özellikleri.....	52
4.6.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	53
4.7.Araştırmanın Hipotezleri.....	53

4.8.Araştırmanın Analizleri.....	54
4.8.1.Araştırmanın Bulguları.....	55
4.8.2. Hipotezlerin Testi.....	58
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKLAR.....	71
EKLER.....	77
Ek-1. Anket.....	77
ÖZGEÇMİŞ.....	81



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1.1. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar.....	12
Tablo 1.2. Dünyada İnfluenza A(H1N1) Ölüm Sayılarının DSÖ Bölgelerine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 2.1. Kriz Yönetimi Evreleri ve Görevleri.....	41
Tablo 3.1. Kriz Yönetimi Ölçeği Güvenilirlik Tablosu.....	54
Tablo 3.2. Demografik Değişkenlere Göre Dağılım.....	55
Tablo 3.3. Ölçek Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler.....	56
Tablo 3.4. Maddelere Göre Betimsel İstatistik.....	57
Tablo 3.5. Cinsiyete Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar T Testi Tablosu.....	58
Tablo 3.6. Medeni Duruma Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar T Testi Tablosu.....	59
Tablo 3.7. Eğitim Düzeyine Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında ANOVA Tablosu.....	60
Tablo 3.8. Ölçek ve Yaş Arasında İlişki Tablosu.....	61
Tablo 3.9. Tecrübeye Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında ANOVA Tablosu.....	62
Tablo 3.10. Hastanedeki Görevine Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında ANOVA Tablosu.....	63
Tablo 3.11. Görev Grupları Arasında LSD Çoklu Karşılaştırma Testi Tablosu.....	64
Tablo 3.12. Hipotez Testi Sonuçları.....	65

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1. Enfeksiyon Zinciri.....	8
Şekil 1.2. 2003-2018 Yıllarında Görülen Epidemiler.....	16
Şekil 1.3. DSÖ Pandemi Evreleri.....	19
Şekil 1.4. İnfluenza Pandemileri.....	21
Şekil 1.5. Covid-19 Olgu ve Ölüm Sayılarının Zamana Göre Dağılımı.....	26
Şekil 2.1. Kriz Yönetimi Yaklaşımları.....	45

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASM	Aile Sağlık Merkezi
BZBH	Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi)
CoV	Koronavirüs
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECDC	European Centers for Disease Control and Prevention (Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi)
EUCS	Erken Uyarı ve Cevap Sistemi
HAP	Hastane Afet Planı
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
KKE	Kişisel Koruyucu Ekipman
MERS-CoV	Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu
RNA	Ribonükleik asit
SARS-CoV	Ağır Akut Solunum Yolu Sendromu
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWOT	Strengths, Weaknesses , Opportunities , Threats (Güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar, tehditler)
TDK	Türk Dil Kurumu
UHK	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

1. GİRİŞ

Geçmiş tarihlerden günümüze kadar salgın hastalıklar insanlık için önemli sorunlara neden olmuştur. Salgın hastalıklara karşı ilaç ve aşı yöntemleri geliştirilmiş olsa da bunlar tamamen yok edilmesi için yeterli olmamıştır. Ülke genelinde bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilebilmesi için öncelikle iyi bir sağlık sisteminin bulunması, alanında uzman personel yetiştirilmesi, yeterli bir sağlık altyapısına sahip olunması ve elde bulunan tüm bu kaynakların etkin bir şekilde tahsis edilmesi gerekmektedir. Salgın hastalıklar hastanelerde kitlesel başvuruya yol açmakta; bundan dolayı sağlık hizmetleri talebinde olağan dışı artış yaşanmaktadır. Sağlık talebine olan bu artışlara rağmen hastanelerin kıt kaynaklara sahip olması (personel, ilaç ve sarf malzeme, koruyucu ekipman, dekontaminasyon odaları, hasta yatakları vs.) kurumların yükünü ve sorumluluklarını artırmak ile birlikte; sürdürülebilirliğini de devam ettirebilmesi için kriz yönetimini gerekli kılmaktadır. Pandemi hastalıklar, can kaybına, iyileştikten sonra bile kalıcı olabilecek birtakım farklı rahatsızlıklara neden olan, toplumu ekonomik, sosyal ve psikolojik yönden etkileyen, hem ulusal hem de uluslararası yardıma gerek duyulan, doğal kaynaklı olabileceği gibi insan kaynaklı da ortaya çıkabilecek hastalıklardır. Tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi krizleri, hastane yöneticilerinin daha dinamik olması gerektiğini bizlere göstermiştir.

Pandemi krizlerinin yönetiminde hastane yöneticileri özellikle personel eksikliği yaşanmasına mahal vermemelidir. Senecal vd. (2020) yaptıkları “Diagnosis and Management of First Case of Covid-19 in Canada: Lessons Applied From SARS” isimli çalışmalarında, Covid-19 pandemisi esnasında tanı konulamamış enfeksiyon belirtileri ile hastaneye başvuran hastaların, virüsü 10’ dan fazla sağlık çalışanına bulaştırdığı belirtilmiştir. Huang, Tseng ve Petrick (2008)’ in “Crisis Management Planning to Restore Tourism After Disasters: A Case Study From Taiwan” isimli yaptıkları çalışmaya göre kriz, bir organizasyonun üst düzey stratejik hedef ve amaçlarını, sürdürülebilirliğini tehlikeye sokan önemli ölçüde kararların alınıp uygulanmasını gerekli kılan özel bir durumdur. Benaben (2016) “A Formal Framework for Crisis Management Describing Information Flows and Functional Structure” isimli çalışmasında ise krizi, istikrarsızlığı ortaya çıkaran, istenmeyen sonuçların üstesinden gelmek için özel bir yönetim gerektiren, sistemin bozulması anlamına gelen şekli ile ele almıştır.

Ataman (2001)' a göre kriz yönetimi, kriz durumlarına hazırlıklı olmak ve krizi ortadan kaldırmak için planlı, sistematik ve rasyonel bir şekilde uygulanan faaliyetlerin bütünüdür. Tok (2020) “Kriz Yönetiminin İnsan Kaynaklarının Bireysel ve Örgütsel Analizi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama” isimli çalışmasında Dayton (1986)' ın kriz yönetimi tanımlamasına yer vermiş ve kriz yönetiminin karar vericilerin hazırladıkları kararları ve eylemleri ifade ettiği belirtilmiştir. Atabay (2019) sağlık çalışanları ile idari personelin kriz yönetim beceri düzeylerinin belirlenmesi ve bunların demografik özellikler ile ilişkilendirilmesi amacı ile yaptığı “ Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi ve Örnek Bir Uygulama” isimli çalışmasında, personelin ciddi kaza durumlarında ve bilgi sistemlerinin yetersiz olduğu zamanlarda kriz durumu yaşadıkları ve sağlık çalışanlarının kriz yönetimine karşı olumlu bir tutum sergiledikleri sonucuna varılmıştır. Yüce (2020) yaptığı “ Afet ve Acil Durum Kurumlarında Öğrenen Örgüt Kültürü ve Kriz Yönetimi İlişkisi: Edirne İli Örneği” isimli çalışmasında, afet ve acil durumlarda kurumların öğrenen örgüt yaklaşımları ile kriz yönetim becerileri arasında kısmen bir ilişki olduğu ve liderlerin kriz yönetim becerilerini sürekli öğrenme ile geliştirebileceklerini, böylelikle gelecek afetlere hazırlıklı olunabileceği sonucuna varılmıştır. Vaccaro, Getz, Cohen, Cole ve Donnally (2020) yaptıkları “ Practise Management During The Covid-19 Pandemic” isimli çalışmalarında, pandemilerin tüm sağlık uygulamalarında finansman, personel, ekipman ve kriz yönetimi gibi konularda beklenmedik ihtiyaçları gündeme getirdiği sonucuna varılmıştır. Pandemik hastalıkların meydana geldiği zaman içerisinde rutin sağlık hizmetlerinin de aynı zamanda devam edebiliyor olması, iş süreci akışının kaliteli, verimli, etkin ve kesintisiz sürdürülebilmesi için dinamik, gerçekçi stratejik bir planlamanın ve kriz yönetiminin varlığı önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın, pandemi dönemlerinde hastanelerin kriz yönetimi faaliyetleri konusunda bu faaliyetlere ilişkin algıların demografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği tespit edilerek, en uygun stratejilerin belirlenmesinde yol gösterici olabilmesi adına önem taşıyacağı düşünülmektedir.

Araştırma giriş, sonuç ve öneriler dahil olmak üzere beş bölümden meydana gelmektedir. İlk bölümde giriş yapılarak çalışmanın konusu, amacı, evreni, kapsam ve sınırlılıkları ile araştırmada kullanılan yöntemler hakkında bilgiler sunulmaktadır. İkinci bölümde, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili genel bilgilerden, salgın hastalıklardan ve

salgın türlerinden, sağlık kurumlarında pandemi yönetim ve organizasyonundan bahsedilmektedir. Üçüncü bölümde, kriz kavramı ve özellikleri, kriz yönetimi ile sağlık kurumlarında kriz yönetimi, kriz yönetiminin amaçları ve kriz yönetiminin yaklaşımları ele alınmaktadır. Dördüncü bölümde, araştırma süreci, araştırma yöntemi ve pandemi döneminde özel hastanelerde kriz yönetimi hakkında sağlık çalışanlarının algılarının tespit edildiği anket sonuçları yer almaktadır. Beşinci son bölümde ise, sonuç ve öneriler yer almakta, araştırmanın sonuçları değerlendirilerek öneriler sunulmaktadır.

Araştırma evrenini Ankara ilinde bulunan özel hastanelerin yönetim kadrosu ile hekim, hemşire, hasta danışmanı, yardımcı ve destek personel olmak üzere diğer sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan listeye göre, Ankara'da toplam 37 adet özel hastane bulunmaktadır. Evrende bulunan tüm sağlık çalışanlarına ulaşılması mümkün olmadığından; araştırmaya katılım sağlamak isteyen kurum yöneticileri ve sağlık personeli örneklem olarak alınmıştır. Araştırmanın sonuçları, Covid-19 pandemi süreci, yapıldığı zaman, anket sorularının ifade ve temsil ettiği konular ile sınırlıdır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ve anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Hastane yönetim kadroları ile yüz yüze anket, sağlık çalışanları ile Covid-19 pandemisinden dolayı Google Anket Form tekniği kullanımı planlanmıştır. Araştırmanın anketi 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcının demografik ve kişisel bilgilerini içermekte ve toplam 6 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm Kriz Yönetimi Ölçeğidir. Ölçek, (Çalışkan, A. 2020) tarafından geliştirilmiştir. Kriz öncesi faaliyetler, kriz esnası faaliyetler ve kriz sonrası faaliyetler olmak üzere 3 boyuttan, toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada kriz öncesi ve kriz esnası faaliyetler olmak üzere 2 boyut kullanılmıştır. Toplam 19 maddeden oluşmuştur. Geliştirilen ölçekte yanıtlar 5'li likert tipinde hazırlanmıştır. (1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum). Ölçeğin yapısal geçerliliğe sahip olup olmadığının belirlenmesi için keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. Cronbach Alfa katsayısının 0.70' den büyük olması ölçeğin yüksek seviyede güvenilir olduğu anlamını verir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.97 çıkmıştır ve yüksek seviyede güvenilir olduğunu göstermiştir.

Anketin uygulanması sonucu elde edilen veriler, SPSS 22 programı ile analiz edilmiştir. Öncelikle ölçeklerde ve alt boyutlarda elde edilen puanlara ilişkin betimsel(tanımlayıcı) istatistikler verilmiştir. Puan dağılımının normalliliği çarpıklık ve basıklık katsayılarına göre incelenmiştir. Demografik değişkenlere göre ölçek alt boyutlarından elde edilen puan ortalamalarının karşılaştırılmasında (iki grup) bağımsız gruplar t testi ile (üç ve daha fazla grup) tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA’ da farklılık çıkan durumlarda ise hangi gruplar arasında farklılık olup olmadığı çoklu karşılaştırma testi ile analiz edilmiştir. Son olarak ölçeklere ve alt boyutlara ilişkin güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı ile analiz edilmiştir.

2. BULAŞICI HASTALIKLAR VE PANDEMİ

Bu bölümde enfeksiyon ve enfeksiyon hastalıkları kavramlarına, bu iki kavram arasındaki farklılıklara, bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisine, yol açtığı zararlara, meydana geldiğinde bildiriminin nasıl yapılması gerektiğine ve bildirimi zorunlu kılınan bulaşıcı hastalıkların neler olduğuna, yakın geçmişimizde ve günümüzde meydana gelen salgın türlerine, sağlık yönetimlerinin pandemi yönetim ve organizasyon yapısının nasıl olması gerektiğine değinilerek, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili genel bilgilendirme yapılacaktır.

2.1. Bulaşıcı Hastalıklar ile İlgili Genel Bilgiler

Geçmiş tarihlerde ve günümüzde meydana gelen, tüm dünyayı etkisi altına alan pandemiler, bulaşıcı hastalıkların salgın yapıcı etkisi ile birlikte insanlık için önemli sorunlara yol açabileceğini göstermektedir (Ener, 2020: 7). Bulaşıcı hastalıklar, tüm toplumu tehdit eden bir boyuta ulaşarak ölüm ve sakatlık gibi ciddi kayıplara, ekonomi ve sağlık sistemlerinin bozulmasına, ulusal ve uluslararası yayılım göstererek küresel salgına neden olabilmektedir (Dikmen, 2010: 7; Ener, 2020: 3). Tarihin farklı dönemlerinde ortaya çıkmış salgın hastalıklar, veba, kızıl, kızamık, çiçek gibi enfeksiyonların yol açtığı hastalıklardır. Mahşerin dördüncü atlısı olarak da tanımlanan bu salgın hastalıklar ile kolera, tifüs, tüberküloz gibi diğer salgın hastalıklar, dünya üzerinde kitlesel ölümlere yol açarak toplumların demografik yapısında değişimlere neden olmuştur (Cezaroğlu, 2016: 23; Ener, 2020: 4). Bu enfeksiyon hastalıklarının bir kısmı eradike bir kısmı da elimine edilmiş olsa da, günümüzde İnfluenza ve Covid-19 gibi yeni enfeksiyon hastalıkları görülmeye başlanmıştır (Ener, 2020: 7; HASUDER, 2020: 4). Sağlık alanındaki gelişmelere rağmen, dünya üzerinde ölümlerin en önemli nedenleri arasında bulaşıcı hastalıklar gelmektedir. Geliştirilen aşı ve ilaç gibi bağışıklama yöntemleri bulaşıcı hastalıkların tamamen yok edilmesi için yeterli olmamıştır (Koyuncu, 2008: 1).

Enfeksiyonların, ortaya çıkmasını ve salgın haline dönüşmesini etkileyen bazı özellikleri vardır. Aksakoğlu (2008)' nun "Bulaşıcı Hastalıklar ile Savaşım" isimli çalışmasına göre bu özellikler şunlardır:

1- Toplumsal hareketler, göçler, göçlere bağlı olarak nüfus artışları ve savaşlar, su ekosistemlerinde ve iklimlerde meydana gelen değişimler, kentleşme, cinsel davranışlar,

2- Turistik ve iş amaçlı seyahatler, teknolojinin kullanımına bağlı olarak küreselleşme, ticaret ve endüstride genişleme hareketleri,

3- Mikrobiyolojik değişim ve adaptasyon, enfeksiyonların ortaya çıkmasını ve yayılmasını kolaylaştırmaktadır.

2.1.1. Enfeksiyon, Enfeksiyon Hastalığı

Bulaşıcı hastalıklar, bir mikroorganizmaya bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Mikroorganizmanın, bir enfekte kişiden, hayvandan veya rezervuardan doğrudan veya dolaylı olarak duyarlı bir konağa geçmesiyle oluşmaktadır (Koyuncu, 2008: 2; Cezaroğlu 2016: 26). Bir organizmanın (etkenin) bir konakçıya (insan, hayvan, bitki gibi canlı varlıklar ile toprak gibi cansız varlıklar) girerek yaşamasına enfeksiyon adı verilmektedir. Etken yüzeyel kalmışsa buna kontaminasyon denilmektedir. Enfekte olan tüm canlılar birer enfeksiyon kaynağı olmaktadır. Enfeksiyon kaynağını çoğunlukla insanlar ve hayvanlar oluşturmaktadır. Enfeksiyon esnasında konakçıda klinik bir hastalık belirtisi görülmeyebilir (Dikmen, 2010: 8; Kartal, 2010: 12).

Konakçıya giren organizmanın bir süre sonra klinik belirtiler göstermesi ve sonrasında hastalığın ortaya çıkması durumuna da enfeksiyon hastalığı denilmektedir (Dikmen, 2010: 8; Kartal, 2010: 12). Bir enfeksiyon etkeni konağa girerek çoğaldıktan sonra immünolojik (romatizmal ateş), inflamatuvar (ateş, halsizlik) ve dejeneratif (ölüm) gibi belirtiler ve sonuçlar doğurabilmektedir. Etkenin enfeksiyon oluşturabilmesi için bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler şu şekildedir:

- Etken insanlar için patojen olmalıdır.
- Etken enfeksiyon hastalığı oluşturacak serotipte olmalıdır.
- Etkenin patojenitesi yüksek olmalıdır.
- Etkenin invazyon gücü yüksek olmalıdır.
- Etken sayısı fazla olmalıdır.

(Erişim Adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=627> , Erişim Tarihi: 10.04.2021).

2.1.1.1. Enfeksiyon ve enfeksiyon hastalığı arasındaki farklar

Enfeksiyon ve enfeksiyon hastalığı kavramları birbirlerinden farklıdır. Aksakoğlu (2008)' nun “Bulaşıcı Hastalıklar ile Savaşım” isimli çalışmasına göre bu farklılıklar şu şekildedir:

- Her enfekte konakçı hasta olmayabilir ve tedaviye ihtiyaç duymayabilir. Fakat her enfekte bireyler enfeksiyon kaynağı potansiyelidir. Mikroorganizma ile birey arasındaki dengeyi sağlayan etmenler, etkenin enfektivitesi, enfeksiyon dozu ve enfeksiyon kaynağının (konağın) direncidir.
- Enfekte olan varlıklar, hastalığa kıyasla etkeni daha fazla yaymaktadırlar. Çünkü bulaşıcı hastalığa sahip kişi hastalık semptomları oluşuktan sonra sağlık hizmetine başvuracaktır ve bir tedavi süreci başlayacaktır. Tedavi, hasta kişinin karantinası veya ölümü gibi sebeplerle sonuçlandırılacağından dolayı enfekte olan kişiye nazaran bulaşıcılığı daha az olacaktır.

Herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyip, enfekte olmuş kişilere ise taşıyıcı (portör) denilmektedir (Cezaroğlu, 2016: 26). Bir kişinin yaşamı boyunca taşıyıcı olmasına kronik taşıyıcı denilmektedir ki; bu taşıyıcılar dünyada en önemli enfeksiyon kaynağını oluşturmaktadır (Dikmen, 2010: 10).

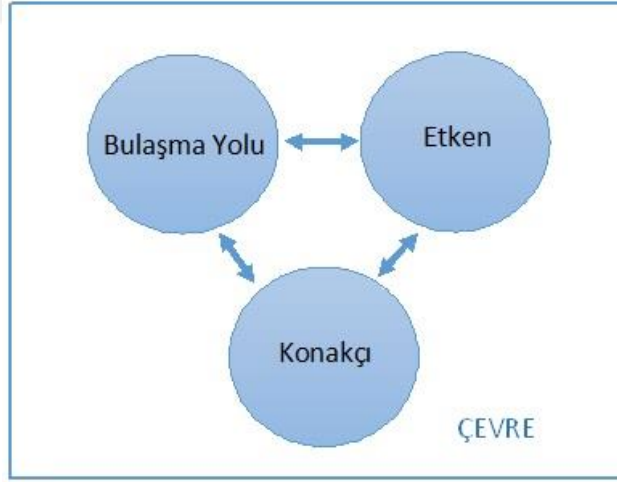
2.1.1.2. Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi

Yunanca **ΕΠΙ** (üstünde) ve **DEMOS** (toplum, halk), **LOGOS** (bilim) köklerinden oluşmaktadır ve sözlük anlamı ise “ toplumların başına problem olan olay ve olguların incelenmesi” şeklindedir (Köksal, 2008: 49). Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi, normal şartlarda hastalıkların nasıl oluştuğunu açıklayan bir halk sağlığı disiplini (Ener, 2010: 27; Kartal, 2010: 13). Başka bir deyişle epidemiyoloji, belirli toplumlarda, sağlık problemlerinin ve olaylarının dağılımını, görülme sıklıklarını, nedenlerini, çözüm ve önleme yollarını araştırmak amacıyla kullanılan bir bilim dalıdır. Epidemiyolojik araştırmalar 2000 yıl kadar önce Hipokrat ve diğerlerinin, çevresel etmenlerin hastalıklara sebep olabileceği görüşü ile başlamaktadır ve ilk araştırmalar bulaşıcı hastalıkların etyolojilerine yönelik yapılmıştır (Beaglehole ve Bonita, 1993/1998: 3-5; Köksal, 2008: 49).

Epidemiyoloji; hastalık ve sağlık problemlerinin saptanmasında, hastalıkların doğal gelişiminin ortaya çıkarılmasında, toplumların sağlık düzeylerinin

saptanmasında ve bu sağlık düzeylerinin diğer toplumlar ile kıyaslanmasında, klinik araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde, sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve etkililiğinin değerlendirilmesinde, kişilerin belirli sağlık sorunları ile karşılaşma risklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Bulaşıcı bir hastalık olan çiçek hastalığının dnya üzerinden eradike edilmesinde epidemiyolojinin önemli boyutlarda katkısı bulunmaktadır (Köksal, 2008: 51). Çiçek hastalığının ortadan tamamen yok edilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), uzun yıllar süren çalışmalar düzenlemiştir. Hastalığın dağılımı, bulaşıcılığın derecesi ve bulaşma yolları konusunda epidemiyoloji, salgınlarda alınan kontrol önlemlerini değerlendirerek önemli bir rol üstlenmiştir (Beaglehole ve Bonita, 1993/1998: 7).

Epidemiyoloji, konakçı, çevre ve etkenin arasında oluşturduğu döngünün özelliklerini inceleyerek, bulaşıcı olan hastalığın kontrolünü sağlamada kullanılacak yöntemleri geliştirmektedir. Konakçı, çevre ve etkenin arasında kurduğu bu döngüye enfeksiyon zinciri denilmektedir. Enfeksiyon zincirinin bileşenlerini oluşturan konakçı, çevre ve etkenden bir veya birkaçında alınacak kontrol ve önlem çalışmalarını ile enfeksiyon oluşumu engellenebilmektedir (Aksakoğlu ve Ellidokuz, 2002: 291).



şekil 1.1. Enfeksiyon Zinciri

Sağlam kişi, etkenin yaratacağu enfeksiyona açık olan konakçıdır. Etken ile önceden teması olmuş ve hastalık geçirmişse bağışıklık kazanabilmektedir; fakat kazandığu bağışıklık başka bir kişiye bulaşmasını önlememektedir. Enfeksiyon zincirinde sağlam kişinin iyileştirilmesi hedef alınır, bu uygulamalar çoğunlukla yeterli ve dengeli beslenme, bağışıklama gibi koruyucu sağlık önlemleri olmaktadır

(Aksakoğlu ve Ellidokuz, 2002: 291; Koyuncu, 2008: 4). Etkenin konakçıya girdiği giriş yerleri bulunmaktadır. Bunlar şöyledir:

- 1- Deri: Sağlam deri, yaralanmış deri
- 2- Mukozalar: Konjektiva, vajinal mukoza
- 3- Solunum sistemi
- 4- Sindirim sistemi
- 5- Transplasental
- 6- Organ nakli (Kartal, 2010: 15)

Enfeksiyon etkeni, enfeksiyon hastalığı oluşturabilen patojen olma özelliği taşıyan mikroorganizmalardır. Bu mikroorganizmalar, virüsler, bakteriler, mantarlar, protozoalar, helmintler ve artropodlardır. Bir etkenin enfeksiyon oluşturabilmesi, mikroorganizma sayısına, virulansına ve bireyin vücut direncine bağlıdır (MEB, 2012: 7). Enfeksiyon kaynağı, enfekte olan yani enfeksiyon etkeninin yaşadığı, ürettiği, yaşamını devam ettirebilmek için bağımlı olduğu insan, hayvan, artropod, bitki, toprak gibi canlı, cansız tüm maddeleri kapsamaktadır. Enfeksiyon zincirinde hastalık etkenini ortadan kaldırmak için yapılacak en etkili yöntem enfeksiyon kaynağını ortadan kaldırmayı hedef almaktır (Aksakoğlu ve Ellidokuz, 2002: 291; Koyuncu, 2008: 5).

Bulaşma yolu, bulaşıcı hastalıklara neden olan enfeksiyon etkeninin sağlam kişiye geçişinde ilerlediği yola denilmektedir. Enfeksiyon etkeninin farklı bir kişiye geçmesine de bulaşma denilmektedir. Hiçbir ara yolu olmadan etkenin kaynaktan sağlam kişiye geçişine, doğrudan bulaşma denilmektedir. Doğrudan bulaşma da verici ile alıcı karşı karşıya gelmektedir ve dokunma, öpme (Herpes Simpleks virüsü), cinsel ilişki (Gonore, sifilis, AIDS), hapsirlik, öksürük veya tükürme ile oluşan damlacık yolu ile bir bulaşma söz konusudur. Grip, kızamık, boğmaca, menenjit, tüberküloz gibi hastalıkların da enfeksiyon etkenleri hapsirme, öksürme gibi damlacık temasıyla doğrudan bulaşmaktadır. Enfeksiyon etkenlerinin bir aracı kullanarak sağlam kişiye girmesi ise dolaylı bulaşmadır. Hava yolu ile, su ve besinler aracılığı ile, vektör aracılığı ile, sağlık hizmetleri aracılığı ile etken, dolaylı olarak sağlam kişiye bulaşabilmektedir. Epidemiyeye ve pandemiye yol açabilen bulaşıcı hastalıklar ise çoğunlukla hava yolu kaynaklı bulaşıcı hastalıklardır (Dikmen, 2010: 11; MEB, 2012: 17; Ener, 2020: 11).

Bulaşma yolu, enfeksiyon zincirinin en önemli bileşenlerinden biridir. Bulaşma yolunun engellenmesi veya kontrol edilmesi, hastalığın büyük ölçüde yayılım göstermesinin önüne geçebilmektedir (Dikmen, 2010: 11; MEB, 2012: 17; Ener, 2020: 11).

2.1.1.3. Bulaşıcı hastalıkların yol açtığı zararlar

Ekonomik kayıplar: Bulaşıcı hastalıklar diğer tüm hastalıklara kıyasla daha fazla işe, okula devamsızlık yapılmasına ve bundan dolayı da toplumun iş gücünün azalmasına neden olmaktadır. Hasta olan bireyin tedavisini gerçekleştirmek için yapılan her ek harcama da ülke ekonomisi için bir kayıp olmaktadır (Kartal, 2010: 18; Cezaroğlu, 2016: 28).

Değerlerin kaybı: Bulaşıcı hastalıklar sonrasında insanın malul kalması veya ölmesi, hem ailesi için hem de tüm toplum için moral bozukluğuna ve gerginliğe yol açmaktadır (Kartal, 2010: 18; Cezaroğlu, 2016: 28).

Toplumsal işleyişin bozulması: Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkardığı salgınlar, toplumsal işleyişi olumsuz yönde etkilemektedir. Son zamanlarda ortaya çıkmış H1N1 virüsü kaynaklı İnfluenza gribi ve günümüzde karşı karşıya olduğumuz SARS-CoV-2 virüsü kaynaklı Covid-19 gribi salgınları, toplumun psikolojisinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu süreçte doğru yönde bilgilendirilmeyen ve yeterli eğitim verilmeyen bireylerin hastanelere ve diğer tüm sağlık hizmetlerine duyduğu güven azalacaktır. Salgın nedeni ile alınan önlemlerin etkili ve faydalı olabilmesi adına sağlık kurumlarının toplum ile iletişimini sekteye uğratmaması, bilgi isteme hakkı olan her hastaya doğru ve net şekilde açıklama yapılması gerekmektedir. Bunun sürekli devam edebilmesi için kesin ve yeterli bilgi verebilecek niteliğe sahip personeli daimi istihdam etmesi, sağlık kurumunun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurması ve böylelikle aradaki güven ilişkisinin sağlamlaştırılması gerekmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: Md: 7; Kartal, 2010: 18; Cezaroğlu, 2016: 28).

Bulaşıcı hastalıkların uluslararası yayılımı: Globalleşmenin de etkisi ile ülkeler arası seyahatlerin ve ticaretin artması, bulaşıcı hastalık kaynaklı salgınların da uluslararası yayılımını artırmış ve tüm dünyayı tehdit eder hale getirmiştir (Kartal, 2010: 19; Cezaroğlu, 2016: 28).

Sağlık kurumlarının yürüttüğü hizmetlerde aksaklık yaşanması: Salgın hastalıklar sağlık kurumlarında kitlesel başvuruya neden olmakta; sağlık hizmetlerine olan talebi olağan dışı şekilde artırmaktadır. Bu durum, sağlık kurumunu sahip olduğu kaynakları bulaşıcı hastalıklara tahsis etmesi için yönlendirmekte ve sağlık çalışanlarını öncelikli olarak bu hastalıkların tedavisine yoğunlaştırmaktadır. Dolayısıyla, sağlık kurumlarının diğer rutin hizmetlerinin yürütülmemesine ve ertelenmesine neden olmaktadır (Koyuncu, 2008: 1; Kartal, 2010: 19).

2.1.2. Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi

Bildirim, merkezi sağlık idaresinin resmi iletişim kanalları aracılığıyla salgınlardan veya salgınlarda görülen vakalardan haberdar edilmesi, bilgilendirilmesidir. İhbar, salgın hastalıklarda tanı koyan sağlık kurumu yetkilileri tarafından merkezi sağlık idaresine görülen vakanın bildirilmesidir. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık (BZBH), tanı koyan sağlık kurumunun merkezi sağlık idaresine yasal bir gereklilik nedeni ile rapor etmesi zorunlu olan hastalıklardır (Cezaroğlu, 2016: 28).

Bildirim sistemleri, ülkelerin hastalıklar hakkında veri toplayarak, bu hastalıkların ortaya çıkış sıklıklarını ve davranışlarını incelemek, elde edilen verilere göre bir plan hazırlamak, kaynak tahsis etmek ve gereken önleme ve kontrol programlarını hazırlamak, geliştirmek amacıyla oluşturulmuş mekanizmalardır. Bildirim sistemlerinin geçerli olacak şekilde kullanılabilmesi, standardize edilmesi, eğitim ve laboratuvar desteğinin sağlanması, iletişim ağının devamlılığının korunması için yönetsel kaynaklar ile desteklenmesi gerekmektedir (Dikmen, 2010: 19). Bildirim mekanizmasının amacı, meydana gelen bulaşıcı hastalık hususunda yetkili kişi ve birimleri bilgilendirmek, uyarmak ve bir an önce önleme çalışmalarının başlamasını sağlamaktır (İbrhim ve Uçku, 2012: 2).

Bulaşıcı hastalıkların bildirimi, “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” (UHK) ile yasal bir zorunluluk haline getirilmiştir. BZBH, Sağlık Bakanlığı (SB)’ na bağlı hastaneler, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), üniversite hastaneleri ve özel hastaneler olmak üzere tüm sağlık kurumlarından toplanmaktadır (Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, 2007: Md 10; İbrhim ve Uçku, 2012: 2). Ülkemizde sağlık kurumları tarafından verilen sağlık hizmetleri sonucunda ortaya çıkan elektronik sağlık kayıtları, kurumların kullandıkları Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS)’ nden ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemleri (AHBS)’ nden belirlenen standartlar

çerçevesinde Sağlık Bakanlığı’ na aktarılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, 2016: 2). Her kurum ve kuruluşta bildirimlerin takibinden sorumlu bir bölüm veya sağlık personeli belirlenmektedir (Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi, 2016: Md 5).

2.1.2.1. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH)

Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi (2016)’ nin 7. Maddesinde belirtildiği üzere, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar dört gruba ayrılmaktadır.

- “A Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıklar”
- “B Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıklar”
- “C Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıklar”
- “D Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıklar”

BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR			
GRUP A	GRUP B	GRUP C	GRUP C
Gastroenterit Hast.	Çiçek	İnfluenza Tip B Enf.	Campylobacter Jejuni
Akut Viral Hepatitler Hepatit (A, B, C, D, E)	Akut Solunum Yetmezliği Sendromu(SARS)	Kırım Kongo Kanamalı Ateş	Chlamydia Trachomatics
Botalismus	Poliomiyelit	Ekinokokkoz	Cryptosporidium
Bruselloz, Boğmaca	İnfluenza	Kala-azar	Entamoeba Histolytica
Difteri	Epidemik Tifüs	Lejyoner Hastalığı	Giardia Intestinalis
Gonore	Veba	Lepra	Salmonella SP.
HIV Enfeksiyonu	Sarı Humma	Trahom	Shigella SP.
Kabakulak, Suçiçeği		Toksoplazmoz	Listeria Monocytogenes
Kızamık, Kızamıkçık		Tularemi	Rotavirüs
Sifiliz, Şarbon		Lyme Hastalığı	
Kolera		Hemorajik Ateş	
Kuduz, Şark Çıbanı		Konjenital Rubella	
Meningokoksik Hast.			
Tetanoz, Tifo, Tüberküloz			

Tablo 1.1. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

Tablo 1.1’ de hastalıkların, A, B, C ve D şeklinde nasıl gruplandırıldığı ve bu gruplarda yer alan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların neler olduğu gösterilmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı, 2016: 8). 30 Mayıs 2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği’ nin bildirim esas bulaşıcı hastalıklar listesine Covid- 19’ da ilave edilmiştir (Erişim Adresi: <https://www.aa.com.tr> , Erişim Tarihi: 22.04.2021).

2.1.2.2. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirim yöntem ve esasları

Bakanlık ulusal düzeyde bulaşıcı hastalıkların mücadelesinde ve bunların kontrolünün sağlanmasında sağlık kurumları tarafından kullanılacak bir erken uyarı ve cevap sistemi (EUCS) oluşturmuştur. EUCS kapsamında yer alan olay ve durumlar, 30 Mayıs 2007 tarihli, 26537 sayılı Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği’ ne göre şunlardır:

1. Yayılma potansiyeli olan, önemli hastalık yüküne ve ölümlere neden olabilen salgın hastalıklar,
2. Yeni ortaya çıkan veya yeniden ortaya çıkma olasılığı bulunan hastalıklar,
3. Kısa zamanda meydana gelerek çok sayıda kişiyi etkileyen ve kitlesel ölümlere neden olan hastalık veya durumlar,
4. Nüfus hareketliliği, doğal afetler ile beklenmedik hava olayları durumları,
5. Uluslararası öneme sahip halk sağlığı acil durumları.

Grup A Hastalıklarda Bildirim: Ülke genelinde birinci basamak sağlık kuruluşlarından itibaren sağlık hizmeti veren tüm kamu kurum ve kuruluşları ile özel kuruluşlar tarafından bildirim zorunlu tutulan hastalıklardır. Bu grup hastalıklarının bildirim çoğunlukla birinci basamakta tespit edilmektedir. Eğer birinci basamakta hastalığın tespiti yapılamıyor ve tanısı konulamıyorsa hasta kişi, bir üst basamağa sevk edilmektedir. Hastanın kendisi de direkt üst basamak sağlık kurumlarına başvurabilmektedir (Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi, 2006: Md. 9). Hastalık, Form 014- Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi ile tanıyı koyan hekim tarafından en kısa zamanda İl Sağlık Müdürlüğü’ ne bildirilmektedir. Form 014’ ün İl Sağlık Müdürlüğü’ ne iletilmesi günlük olarak gerçekleşmektedir. Böylelikle diğer birinci basamak sağlık kurumlarında da, bildirilen hastalığa benzer vakaların yaşanıp yaşanmadığının takibi yapılmaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü ise Form 014 ile

bildirilen bulaşıcı hastalığı aylık olarak Form 017/A' ya işleyerek Sağlık Bakanlığı' na göndermektedir (Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi, 2006: Md. 9).

Grup B Hastalıklarda Bildirim: DSÖ' nün 1969 tarihli uluslararası sağlık düzenlemeleri başta olmak üzere, tüm çalışmalarda alınan kararlar doğrultusunda, bu gruba bağlı hastalıkların bildirimi doğrudan İl Sağlık Müdürlüğü' ne veya Sağlık Bakanlığı' na telefon üzerinden ivedilikle yapılmaktadır (Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi: Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, 2004: 16; Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi, 2006: Md.10). Uluslararası düzeyde bu hastalığın bildirilmesinde, yalnızca bakanlık yetkilendirilmiştir (Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi: Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, 2004: 16).

Grup C Hastalıklarda Bildirim: Bu grup hastalıkların önemli çoğunluğu sisteme yeni dahil olan hastalıklardan oluşmaktadır ve burada yer alan bulaşıcı hastalıkların bildirimi, birinci basamak sağlık kurumları tarafından değil, ikinci basamak veya daha üst basamak sağlık kurumlarınca gönderilmektedir. C grubu bulaşıcı hastalıklar, günlük olarak seçilmiş noktalardan; yani sentinal olarak bildirilmektedir. Form 014 ile İl Sağlık Müdürlüğü' ne, ardından da Form 017/C ile aylık olarak İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Sağlık Bakanlığı' na bildirimi yapılmaktadır. İl Sağlık Müdürlüğü Form 014 ile yapılan bildirimleri değerlendirmekte olup; gerekiyorsa filyasyon ve salgın araştırması çalışmalarını başlatmaktadır (Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi, 2006: Md. 11).

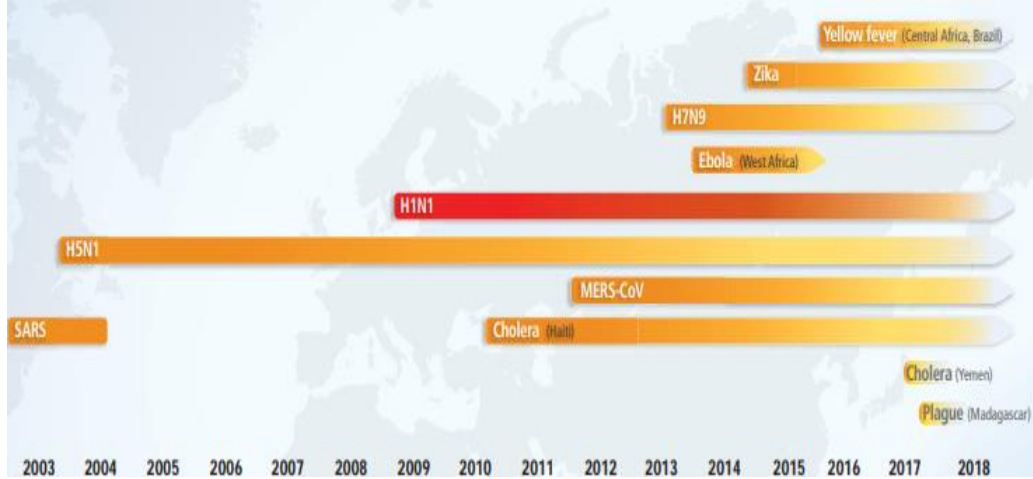
Grup D Hastalıklarda Bildirim: Bu grup, A, B ve C gruplarından farklı olarak; hastalık sınıflandırılması değil, enfeksiyon etkenlerinin sınıflandırılmasıdır. Enfeksiyon etkenlerinin bildirimi ise sentinal olarak laboratuvar birimleri tarafından yapılmaktadır. Diğer gruplarda bildirim birinci, ikinci veya daha üst basamak sağlık kurum ve kuruluşları ile yapılmakta iken, D grubu bildirimlerinde ilk kez ve direkt olarak laboratuvarlar sorumlu tutulmuştur (Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi: Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi, 2004: 16). Laboratuvarlar, Grup D- Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi ile kurum sorumlularına günlük olarak bildirmektedir. Bildirilen fişlerin icmali kurum sorumlusu tarafından haftalık olarak yapılmakta ve Form 017/D- Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Formu ile İl Sağlık

Müdürlüğü' ne her haftanın ikinci günü gönderilmektedir. İl Sağlık Müdürlükleri ise Form 017/D' yi aylık olarak Sağlık Bakanlığı' na bildirmektedir (Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi, 2006: Md. 12).

2.2. Salgın Tanımı ve Salgın Türleri

Salgın, bulaşıcı bir hastalığın belirli bir alanda, belirli bir grup insanlar arasında ve belirli bir sürede beklenenden çok daha fazla görülmesi anlamına gelmektedir. Hastalık yapan bir enfeksiyon etkeninin bir canlıya doğrudan veya dolaylı bir yolla geçmesi ve o canlıda enfeksiyon hastalığını oluşturması, oluşan bu enfeksiyon hastalığının da hızlı bir şekilde insanlar ve toplumlar arasında yayılması salgın olarak tanımlanmaktadır (Parıldar, 2020: 19). Çin ve Asya' nın güneybatısında başlayarak 1347-1351 yıllarında Avrupa' ya kadar gelen veba salgınına, Yersinia Pestis adı verilen bir bakteri yol açmış, büyük farelerin taşıdığı pirelerin insanı ısırması ile bulaşıp, büyük yıkımlara neden olmuştur. Bu salgına kara veba salgını da denilmiştir ve 14. yüzyılda iki yüz milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Avrupa' da 19. yüzyılda, ülkemiz de ise 20. yüzyılda görülen kolera salgınına Vibrio Cholerae bakterisi yol açmış ve hastalık, insanlarda bağırsak enfeksiyonuna bağlı akut ve şiddetli ishal ile kendisini göstermiştir. Birinci Dünya Savaşı' nın son zamanlarında ise tüm dünyayı etkisi altına alan İspanyol Gribi salgınına, H1N1 virüsü yol açmış, dünya nüfusunun %15' inin ölümüne neden olmuştur. 20. yüzyılın ikinci yarısında ilk kez Hong Kong' da ortaya çıkan Hong Kong Gribi, Asya Gribi ve Çin Gribi isimleriyle de bilinmektedir. Hastalığa neden olan A tipi H3N2 virüsü, bir milyon insanı öldürmüştür. 21. yüzyılda ortaya çıkmış insanlar için ölümcül olabilen bir diğer grip salgını ise Kuş Gribi salgınıdır. Bu hastalığın H5N1 virüs türevi insanları etkilemektedir. En son ülkemizde 2005-2008 yılları arasında görülmüştür. Zatürre ve ölümle sonuçlanabilen bu hastalığa “mavi ölüm” de denilmektedir (Baysallar ve Doğanç, 2001: 3-4; Güzelkaralar, 2011: 9; Aslan, 2020: 37).

Şekil 1.2' de, 2003-2018 yılları arasında ortaya çıkan epidemiye ve pandemiye neden olan bulaşıcı hastalıklar gösterilmektedir. Şekilde, salgın hastalıkların her yıl değiştiğini veya farklı varyantlar ile tekrar ortaya çıktığını, günümüze yaklaştıkça da hastalıkların daha fazla arttığını ve yaygınlaştığını gözlemlemekteyiz (Erişim Adresi: <https://who.int> , Erişim Tarihi: 01.05.2021).



Şekil 1.2. 2003-2018 Yıllarında Görülen Epidemiler ve Pandemiler (Erişim Adresi: <https://who.int> , Erişim Tarihi: 01.05.2021).

Tarih boyunca yaşanan tüm salgın hastalıklar savaşlar, göçler, iklim değişiklikleri, kıtlık ve doğal afetler ile harekete geçmiş, birçok imparatorluğun yıkılmasına, hükümdarların değişmesine, büyük orduların telef olmasına, insan sağlığının, psikolojisinin ve hayatının tamamen etkilenmesine sebep olmuştur. Yakın geçmişimize bakılacak olursa, 21. yüzyılın ilk zamanlarında ortaya çıkan salgınlar, insanoğlunun bu mikroorganizmalara karşı ne kadar savunmasız olduğunu göstermiş, bağışıklık sağlayacak aşı ve ilaç yöntemleri zamanla etkisini kaybetmiştir. Çünkü salgın hastalıklar mutant geçirmiş ve günümüzde de olduğu gibi farklı varyantları ile karşımıza çıkmıştır (Aslan, 2020: 36; Budak ve Korkmaz, 2020: 63). Geçmişten günümüze kadar salgın hastalıklar, dünya üzerinde sporadi, endemi, epidemik ve pandemi türleri ile görülmüştür.

2.2.1. Sporadi, Endemi ve Epidemik

Sporadi, bir hastalığın belli bir yerde ara sıra, seyrek olarak görülmesidir. Kuduz gibi hastalıklar sporadi salgınına örnek ile gösterilebilmektedir (Erişim Adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=627> , Erişim Tarihi: 10.04.2021).

Endemi, bir enfeksiyon etkeninin veya hastalığının belirli bir coğrafyada; bir bölgede, bir ülkede veya bir ilde, belirli bir insan grubu arasında sürekli görülmesine denilmektedir. Diğer bir tanım ile bulaşıcı hastalığa yakalanan bireyler bir ülkede veya bir bölgede her yıl belli sayılarda görülüyorsa bu duruma endemi denilmektedir (Öztek, 2020: 6). Yerleşim bölgesi hastalık yapan enfeksiyonun yaşaması için elverişli koşullara sahip ise salgın, o bölge için sürekli hale gelmekte ve hastalık olguları ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Adana Çukurova bölgesinde pirinç yetiştiriciliği dolayısı

ile sulak alanların sivrisinek oluşumuna sebep olması ve bu yöre insanların sıklıkla sıtma hastalığı ile mücadele etmesi endemik bir olgudur. Karadeniz bölgesinde ise yetişen karalahana sebzelerinin fazla tüketiminden kaynaklı o yöre insanlarında sıklıkla iyot yetersizliği sonucu guatr hastalığı görülmektedir. Bu bölge için guatr hastalığı endemiktir (Aksakoğlu, 2008).

Epidemi, bir bölgede veya toplumda hastalığın beklenenden daha yüksek seviyede görülmesine denilmektedir (Aslan, 2020: 36). Ayrıca endemik vakalar, yıllar boyunca birbirlerine yakın sayılarda görülürken, bu sayının bir yıl içerisinde olağan dışı artması durumu da epidemi şeklinde tanımlanmaktadır (Öztek, 2020: 6). Hastalığa yakalanan topluluk ve zaman aralığı epidemilerde kesinlikle belirlenmiş olmalıdır. Epidemiler ise kolera epidemisi gibi patlayıcı özellikte veya kızamık epidemisi gibi bulaşıcı özellikte olabilmektedir (Aksakoğlu, 2008).

2.2.2. Küresel Salgın (Pandemi) ve Ortak Özellikleri

Pandemi, bir enfeksiyon etkeninin endemik olduğu veya epidemiyeye yol açtığı coğrafyadan, beklenmedik bir şekilde kıtalar arası yayılım göstererek çok sayıda insanın etkilenmesine denilmektedir. DSÖ' nün tanımına göre ise pandemi, yeni var olmuş bir hastalığın tüm dünyaya yayılması ve küresel salgına neden olmasıdır (Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, 2019: 10). Farklı bir tanımlama ise, salgın durumunun bir ülke sınırlarını geçerek farklı ülkelere ve kıtalara yayılmasına pandemi demidir (Öztek, 2020: 6). Pandemiler, yüksek hastalık yapıcı ve ölüme neden olabilecek bir etkiye sahip, tüm dünya ülkelerini ilgilendiren epidemilerdir (Gülgün, 2011: 60; Yurt, 2011: 26). Pandeminin toplum üzerindeki etkisi hastalık yapan mikroorganizmanın bulaştırıcılığına, virülansına, bireylerin bağışıklığına, ülkeler arası ulaşım özelliklerine, sunulan sağlık hizmetlerine ve iklime göre değişiklik gösterebilmektedir. Pandemiler can kaybına, iyileştikten sonra bile kalıcı olabilecek birtakım rahatsızlıklara neden olduğundan, toplumu ekonomik, sosyal ve psikolojik yönden etkilemekte, hem iş hem de eğitim kurumlarının işleyişini sekteye uğratmaktadır (Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Bölüm 1, 2019: 2).

Her pandemi birbirinden farklı olsa da, bazı özellikleri benzerlik taşımaktadır. Pandemilerin taşıdıkları özellikler şunlardır (Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Bölüm 1, 2019: 2):

1. Pandemiler normal mevsimsel hastalık sezonu dışında da görülebilmekte ve hastalık birden fazla dalgaya sahip olabilmektedir.
2. Mevsimsel enfeksiyon ve hastalıklarda ölümlerin ve hastane yatışlarının geneli yaşlılarda veya sağlık problemi yaşamış insanlarda görülürken, pandemilerde hastalık, gençlerde ve sağlıklı kişilerde de görülebilmektedir.
3. Bir pandemi esnasında, yeni pandemik virüs diğer suşların da yerini almakta ve baskın gelmektedir.
4. Bir pandeminin süresi en az 3-4 ay olabilmektedir.

Ülkemizde pandemi için yapılan çalışmalar ilk olarak 2004 yılında başlatılmış ve 2006 yılında ise Pandemi Hazırlık Planı tamamlanarak bir Başbakanlık Genelgesi yayımlanmıştır. Bu plana göre İl Pandemi Planları oluşturulmuş ve aynı yılda tüm illerin de katılımının sağlandığı bir tatbikat ile bu planlar değerlendirilmiştir. 2009 yılında ortaya çıkan İnfluenza Gribi pandemisinden sonra Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC)' nin ve DSÖ' nün de yaptığı düzenlemeler ve öneriler dikkate alınarak 2019 yılında Pandemi Ulusal Hazırlık Planı güncellenmiştir (Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Bölüm 1, 2019: 5).

2.2.2.1. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre pandemi evreleri

Dünya Sağlık Örgütü “pandemi” uyarısını altı evreye ayırarak yapmaktadır. Bu evreler şu şekilde açıklanmaktadır (Erişim Adresi: <https://euro.who.int> , Erişim Tarihi: 01.05.2021):

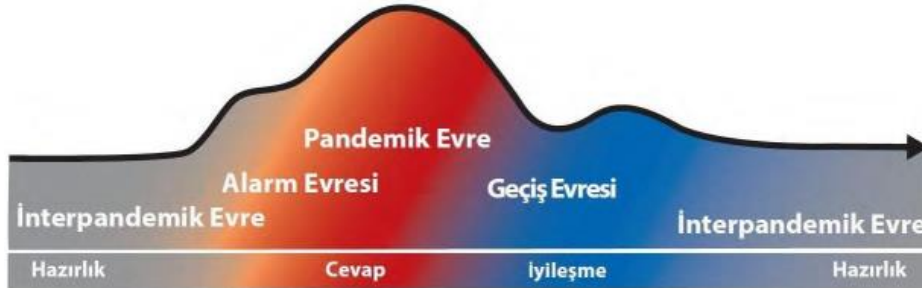
- a) İlk evrede insanlara doğrudan bulaşma riski taşımayan; fakat hayvanlar arasında görülen virüsler için uyarı yapılmaktadır. Hayvanlarda görülen bu virüsler insanların hastalanmasına yol açmamaktadır.
- b) İkinci evre ise vahşi ya da evcil hayvanlar arasında dolaşan bir virüsün insanlara da bulaşabilme riskine işaret eden evredir. Bu evrede insana bulaş vakası görülmemektedir; ancak dikkat edilmesi de gerekmektedir. Potansiyel bir pandemi tehdidi olarak kabul edilmektedir.
- c) Üçüncü evrede ise virüsün hayvandan insana ya da insandan insana bulaştığına dair vakalar tespit edilmektedir. Bulaşma toplumsal düzeyde bir salgın durumundan uzaktır; fakat enfekte olan kişi temas halinde olduğu diğer bir kişiyi enfekte edebilmektedir. Bu aşamada virüsün pandemiye yol açacak bir bulaştırıcılığı söz konusu değildir.

d) Dördüncü evre virüsün bir ülke bütününde yayılmasıdır. Toplum düzeyinde bir salgın söz konusudur, henüz virüs ülke sınırlarının ötesinde görülmemiştir. Bu evrede ise, virüsten etkilenen ülkenin ivedilikle DSÖ' ye bildirimde bulunması ve salgını kontrol altında tutabilmek için acil ulusal bir pandemi planını devreye sokması gerekmektedir.

e) Beşinci evre ise, virüsün bir ülkeden başka bir ülkeye yayılmasıdır. Virüsten en az iki ülkenin etkilenmesi durumudur. Çoğu ülke bu evrede etkilenmeyecek olsa da pandeminin yaklaşmakta olduğunun sinyali gelmektedir. Bu evrede ise DSÖ, devletlerarası işbirliğini de sağlayarak, koordinasyonu ve kararı verilen önleyici tedbirleri acil olarak uygulamaya koymaktadır.

f) Altıncı evre ise, “pandemik evre” olarak nitelendirilmektedir. Bu evre virüsün ikinci bir ülke dışında başka ülkelere de yayılmaya başlamasıdır. Kitlese niteliktedir.

DSÖ' nün pandemik evrelerine göre Türkiye' de de olası durumlara karşın Ulusal Alarm Düzeyleri hazırlanmıştır. Alarm seviyesi 4 ve 4' ün üzerine çıktığında pandemi riski yüksek olduğundan devreye kriz yönetimi girmektedir (Koyuncu, 2008: 11).



Şekil 1.3. DSÖ Pandemi Evreleri (Sağlık Bakanlığı HSGM, 2019).

Şekil 1.3' te gösterilen interpandemik evre, DSÖ' nün pandemi evrelerinin ayrımında yer alan 1, 2 ve 3. evrelerdir. Bu evrede herhangi bir pandemi hali söz konusu değildir. Kitlesellik yoktur. İnsanların sağlığı için bir tehdit oluşturmamaktadır. İnterpandemik evreden sonra alarm evresi gelmektedir. Bu evre ise 4. evredir. Bu evrede küresel bir salgın yoktur; fakat meydana gelme olasılığı yüksektir. Hastalık, etkilenen ülke tarafından kontrol altında tutulmalıdır. Pandemi evre ise 5 ve 6. evrelerdir. İnsanlar arasında yaygın görülen bir enfeksiyon vardır. Hastalık birden fazla ülkede yayılım göstermiştir. Geçiş evresi, pandemi sonrası pik evresidir. Sonrasında da iyileşme; yani azalış süreci başlamıştır (Erişim Adresi: <https://euro.who.int> , Erişim Tarihi: 01.05.2021). Azalış dönemi sonrası ikinci dalga

da meydana gelebilmektedir. Hatta salgın, mevsimsel hale gelene dek üçüncü dalga da yaşanabilmektedir (Sezen, 2009: 21).

2.2.2.2. Günümüzde meydana gelen pandemi türleri

Tarihte birçok salgın görülmüş ve bu salgınlardan dolayı çoğu insan hayatını kaybetmiştir. Bunlardan dünya üzerinde en çok yıkıma yol açanları ise, veba, çiçek, kolera, grip, SARS ve MERS olmuştur. Günümüzde de bütün ülkelerin mücadelesini sürdürdüğü salgın hastalıklardan biri olan grip, tarihte de birçok defa ortaya çıkmış ve hem ulusal hem de uluslararası halk sağlığı problemi olmuştur (Öztek, 2020: 6). Dünya üzerinde son on yıla bakılacak olduğunda ise iki önemli pandeminin meydana geldiğini görmekteyiz. Yakın geçmişimizde meydana gelen İnfluenza Gribi, ülkemizde de ciddi bir tehdit olarak dikkate alınmış; salgın esnasında etkili olabilecek en uygun pandemi planları hazırlanmış ve günümüze değin bu planlar üzerinde revizyonlar yapılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' nde küresel sürveyans çalışmaları, Atlanta, Georgia' daki Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinde (CDC), DSÖ Sürveyans, Epidemiyoloji ve İnfluenza Kontrolü İşbirliği Merkezi tarafından koordine edilmektedir. Sürveyans çalışmaları sonucu ABD' de son on İnfluenza mevsiminin en az yedisinde kitlesel ölümle sonuçlanan İnfluenza epidemilerinin meydana geldiği ve en şiddetli epidemiyeye İnfluenza A(H3N2) varyantının neden olduğu tespit edilmiştir (Cox, Brammer ve Regnery, 1994: 467).

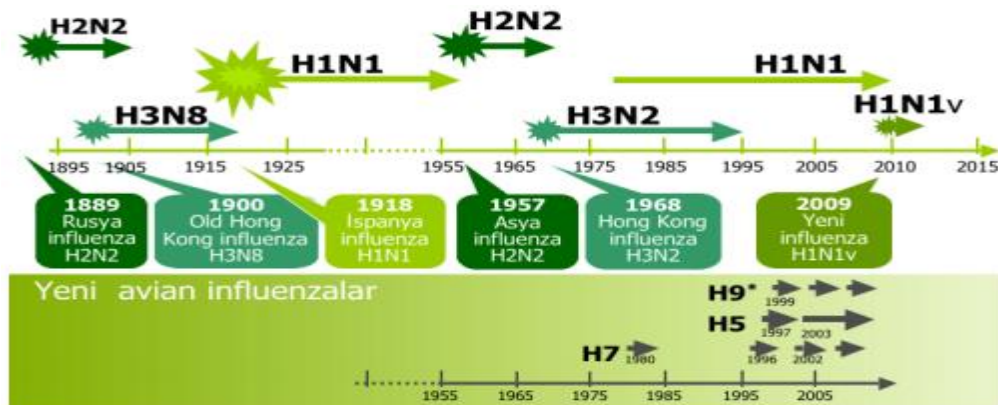
2019- nCoV, son yirmi yılda insan popülasyonlarını enfekte etmek için muhtemelen yarasalardan veya başka bir konakçıdan bulaşan üçüncü korona virüstür. Önceki iki korona virüs salgınları ise ciddi Akut Solunum Sendromu (SARS-CoV) ve Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS- CoV) korona virüs salgınlarıdır (Chen 2020: 69). 2020 yılında Covid-19 Grip salgını ile birlikte tüm dünyada pandemi ilan edilmiş ve ülkemiz de bu salgından etkilenerek olağanüstü bir döneme geçiş yapmıştır. 2022 yılına gelindiğinde Covid-19 salgını ülkemizde, 82.361 kişinin ölümüne sebep olmuştur (Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>, Erişim Tarihi: 05.06.2022).

2.2.2.2.1. İnfluenza pandemisi

İnfluenza pandemisinin ve varyant virüslerinin, tarihsel süreçte yapılan çalışmalar sonucunda sıklıkla Çin' de ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Cox vd., 1994: 469). İnfluenza gribine, Orthomyxoviridae familyasına ait virüs neden olmaktadır.

Orthomyxoviridae ailesinde yer alan bu virüsler, zarflı, sferik ve filamentöz pleomorfik yapılı, negatif polariteli, tek sarmallı, parçalı ribonükleik asit (RNA) virüsleridir (Şandır, 2014: 3; Şimşek ve Akdoğan, 2019: 299; Aslan, 2020: 38). RNA virüsleri, öncelikle vahşi hayvanlarda ortaya çıkan sonrasında hayvanlardan insanlara geçen, hızlı bir şekilde mutasyona uğrama kabiliyetleri ve yayılım gösterebilmeleri ile bilinen patojenler olarak tanımlanmaktadır (Carrasco-Hernandez, Jacome, Vidal ve Leon, 2017: 343).

İnfluenza virüslerinin nükleoprotein ve matriks proteinlerindeki farklılıklara göre dört antijenik tipi bulunmaktadır. Bunlar İnfluenza A, B, C ve D tipleridir. İnfluenza A virüsleri insan, domuz, at ve kanatlı hayvanlar gibi canlıları enfekte ederek hastalığa neden olmaktadır. İnfluenza A virüsleri on altı hemaglütinin (H1-H16) ve dokuz nörominidaz (N1-N9) grubunu içeren alt tiplere sahiptir. İnsanlarda yalnızca H1, H2 ve H3 olmak üzere üç hemaglütinin ve N1, N2 olmak üzere 2 nörominidaz alt tipleri görülmektedir (Kitler, Gavinio ve Lavanchy, 2002: 6). İnfluenza B virüsleri sadece insanlarda, İnfluenza C virüsleri domuzlarda ve insanlarda, İnfluenza D virüsleri ise yalnızca sığırlarda hastalığa neden olmaktadır. İnfluenza A ve B virüsleri mevsimsel salgınlara neden olmakta iken, sadece İnfluenza tip A virüslerindeki antijenik değişimlerden dolayı ortaya çıkan yeni alt tipler, pandemiye yol açmaktadır (Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Bölüm 1, 2019: 1). İnfluenza virüsü her yaşta insanı etkisi altına alabilen ve yüksek mortalite ve morbidite hızına sahip enfeksiyon hastalıklarına yol açabilmektedir. Yapısında genetik değişimlerin olduğu ve birçok varyantları ile karşımıza çıkan virüslerden birisidir. Solunum yolu ve az da olsa temas ile bulaşmaktadır. Solunum yolu ile bulaşabilen bir enfeksiyon hastalığına neden olduğu için epidemilere ve pandemilere yol açmaktadır (Şandır, 2014: 5).



Şekil 1.4. İnfluenza Pandemileri (Sezen, 2020: 22).

20. yüzyılda üç İnfluenza pandemisi yaşanmıştır ve bu pandemiler epidemiyolojik açıdan birbirlerinden farklılıklar taşımaktadır. Yaşanan bu pandemilerden en önemlisi ise, Birinci Dünya Savaşı' nın sonlandırılmasına neden olan, H1N1 İnfluenza A virüsünün yol açtığı, 1918 grip salgını olarak da bilinen 'İspanyol Gribi' dir. Birinci Dünya Savaşı' na katılan ülkelerin grip salgınında çok kayıp vermesine rağmen, insanların demoralize olmasını önlemek amacı ile ölüm oranları kamuoyuna gerçeğin dışında, az sayıda yansıtılmıştır. İspanya ise bu savaşta yer almadığından ölüm oranlarını serbestçe kamuoyu ile paylaşmıştır. Bu nedenle salgının adı 'İspanyol Gribi' olarak nitelendirilmiştir. Bu grip salgını, çok ölümcül olması ile beraber o yıllarda özellikle de genç ve erişkin olan 25-35 yaş grubunu etkilemiştir (Sezen, 2009: 21; Erdal, 2020: 183). Amerika Birleşik Devletleri' nde yarım milyon, tüm dünya üzerinde ise 20 milyona yakın kişinin hayatını kaybetmesine yol açmıştır (Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Bölüm 1, 2019: 1).

21. yüzyılın ilk pandemisine, daha önce insanlarda görülmemiş farklı bir genetik yapıya sahip yeni İnfluenza A (H1N1v) virüsü neden olmuştur. İlk olarak 2009 yılının Nisan- Haziran aylarında Meksika' da, ardından da Kuzey Amerika' da ortaya çıkmış ve Avrupa' ya hızla yayılmaya başlamıştır. DSÖ, Haziran ayında alarm seviyesini 4. seviyeden birden 6. seviyeye çıkarmış ve İnfluenza Gribi pandemisini ilan etmiştir. İnfluenza A (H1N1v)' nin dünya çapında tahmini fatalite hızı %0.02, tahmini mortalitesi 100-400 bin olmuştur. En çok çocuklar ve genç erişkinler bu salgından etkilenmişlerdir (Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Bölüm 1, 2019: 2; Sezen, 2020: 23; Yurt, 2020: 33).

Tablo 1.2' de 2009 yılında DSÖ bölgelerinden alınan veriler doğrultusunda İnfluenza Gribi pandemisi nedeniyle ölü sayılarının dağılımı ve toplam ölü sayısı verilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri' nde Avrupa' da pnömoni ve influenzaya bağlı ölüm oranları art arda yükselmiş durumdadır.

DSÖ BÖLGESİ	ÖLÜM SAYILARI
AFRİKA	109
AMERİKA	EN AZ 6670
DOĞU AKDENİZ	663
AVRUPA	EN AZ 2045
GÜNEYDOĞU ASYA	990
BATI PASİFİK	1039
TOPLAM	EN AZ 11516

Tablo 1.2. Dünyada İnfluenza A(H1N1) Ölüm Sayılarının DSÖ Bölgelerine Göre Dağılımı, 2009 (Erişim Adresi: https://www.who.int/csr/don/2009_12_23/en/ , Erişim Tarihi: 13.05.2021).

Ülkemizde 18 Mayıs 2019’ da ilk vaka, 18 Haziran 2019’ da da ilk yerli vaka ile karşılaşmıştır. İlk olarak da bir sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir. Salgın diğer ülkelere oranla daha geç başlamasına rağmen daha fazla ölüm ile sonuçlanmıştır. Bu salgında 25-45 yaş arası genç erişkinlerde olduğu gibi, 65 yaş üstü ve 0-4 yaş arası çocuklarda da mortalite oranının yüksek olduğu görülmüştür. İnfluenza A virüsü pandemisine bağlı olarak ülkemizde 2009- 2010 yıllarında toplam 13.591 vaka ve 656 ölüm gerçekleşmiştir (Şandır, 2014: 20; Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Bölüm 1, 2019: 2).

Risk Grupları: İnfluenza Gribi pandemi için belirlenen risk grupları şu şekilde paylaşılmıştır (Yurt, 2020: 35).

- 0-4 yaş grubu çocuklar,
- 65 yaş üstü bireyler,
- Hamile olanlar veya yeni doğum yapmış kadınlar,
- Bağışıklığı ve solunumu etkileyecek kronik rahatsızlıklara sahip olan bireyler,
- Sağlık çalışanları

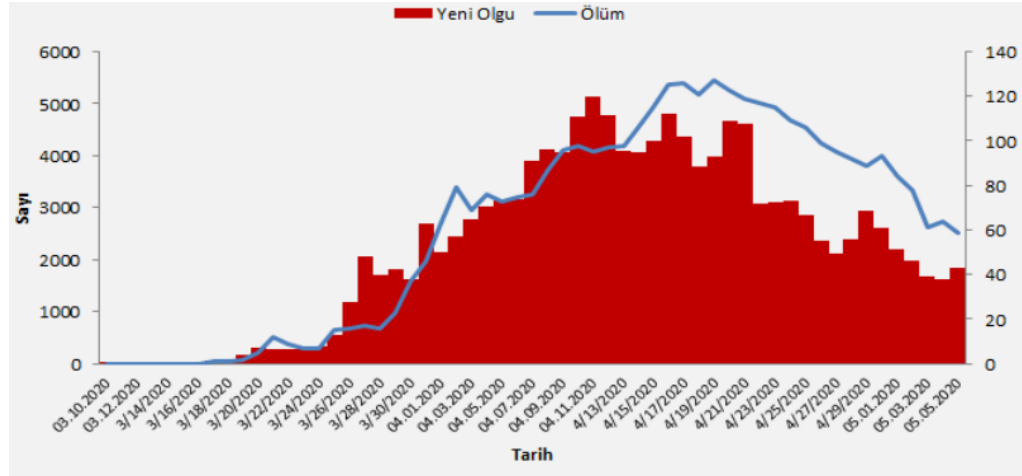
2.2.2.2.2. Covid-19 (Korona virüs) pandemisi

Korona virüsler yarasa, domuz, kedi, köpek, kanatlı ve kemirgen hayvanlarda bulunan, hayvanlardan insanlara doğru bir bulaşma yoluyla hareket eden, solunum yolları rahatsızlıklarına, gastrointestinal sistem enfeksiyonlarına, hepatik, nörolojik ve nefrotik tutulumla seyreden hastalık tablolarının ortaya çıkmasına neden olan zoonotik virüslerdir (Alp ve Ünal, 2020: 2). 229E, OC43, NL63 ve HKU1 gibi alt tipleri en yaygın görülen insan korona virüsleridir ve tipik olarak immun yeterliliği olmayan kişilerde şiddetli soğuk algınlığı belirtilerine neden olmaktadır (Chen, 2020: 69). Korona virüsler (CoV), soğuk algınlığı gibi görülen enfeksiyon hastalıklarından, Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS-CoV) ve Ağır Akut Solunum Yolu Sendromu (SARS-CoV) gibi daha ölümcül ve riskli hastalıklara neden olabilecek bir RNA virüs ailesidir (Budak ve Korkmaz, 2020: 65; Covid-19: Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 2020: 5). CoV, Nidovirales sınıfının, Coronaviridae ailesinin, Coronavirinae alt ailesinde yer alan tek zincirli, pozitif polariteli bir virüstür. Yüzeyinde bulunan çubuk görünümlü uzantılar taç şekline benzetildiğinden, virüs Latince taç anlamına gelen “**korona**” kelimesi ile nitelendirilmiştir (Alp ve Ünal, 2020: 2; Budak ve Korkmaz, 2020: 65). Korona virüsler, alfa, beta, gama ve delta olmak üzere 4 şekilde gruplandırılmaktadır. Alfa ve beta korona virüsler memelileri, gama ve delta korona virüsler ise kuşları ve balıkları enfekte etmektedir (Alp ve Ünal, 2020: 2).

Yüzyılın üçüncü zoonotik insan korona virüsü, Çin’ in Hubei Eyaleti, Wuhan’ daki Huanan Güney Çin Deniz Ürünleri Pazarı ile ilişkisi olan bir grup insanın Aralık 2019’ da hastalıklarını bildirmesi ile ortaya çıkmıştır. SARS-CoV ve MERS-CoV gibi enfeksiyon hastalıklarına benzer biçimde, bu grup hastalarda da yüksek ateş, solunum sıkıntısı ve akciğerlerde pnömoni semptomları görülmüştür. 9 Ocak 2020 tarihinde ise Çin, Hastalık Kontrol Önleme Merkezi (CDC) ve Wall Street Journal tarafından hazırlanan raporu doğrulayarak yeni bir korona virüsü (SARS-CoV-2) açıklamıştır. Huanan Güney Çin Deniz Ürünleri Pazarı’ nda canlı deniz mahsullerine ilaveten yılanların, kuşların, sıçanların, yarasaların ve diğer küçük memeli hayvanlarında satıldığı bildirilmiştir. Etkenin tam olarak nereden kaynaklandığı tanımlanamamıştır; fakat ileri sürveyans çalışmaları sonucunda bu CoV’ lerin yarasa türlerinden kaynaklı olduğu tahmini ileri sürülmüştür (Gralinski ve Menachery, 2020: 2). Daha önce dünya

üzerinde görülmüş korona virüslerden farklı, yeni ortaya çıkan bu korona virüs SARS-CoV-2 olarak, bu virüsün sebep olduğu hastalık ise en başta 2019- nCoV, sonrasında ise Covid-19 hastalığı olarak isimlendirilmiştir (Budak ve Korkmaz, 2020: 65; Chen, 2020: 69). Yeni korona virüs (Covid-19), beta korona virüs sınıfına dahil edilmiştir (Chen, 2020: 69; Erişim Adresi: <https://www.idsociety.org> , Erişim Tarihi: 20.01.2021).

Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC)' nin verdiği bilgiye göre, Covid-19 hastalığı öncelikle hayvanlardan insanlara, sonrasında insanlardan insanlara çok yakın temas ile, kontamine yüzeye temas ile, havadan iletim yolu ile bulaşabilmektedir. Covid-19 enfeksiyonuna sahip kişiye fiziksel olarak yakın veya bu kişiyle doğrudan teması olan kişiler büyük risk altında olmaktadır. Hastalık esasen, Covid-19 olan biriyle yakın temas halinde olduğunda solunuma maruz kalınması ile ortaya çıkmaktadır. Solunum damlacıkları bir başkası tarafından solunduğunda ve burun ile ağız içi mukozalarında biriktiklerinde enfeksiyona neden olmaktadır. Solunum damlacıkları ekshalasyon sırasında (Örn. Nefes alma, konuşma, öksürme, hapşırma) üretilmektedir. Bazı damlacıklar saniyeler içinde hızla havadan düşen büyük damlacıklar iken, bazıları ise dakikalar hatta saatler boyunca havada askılı kalabilecek küçük damlacıklardır. Ayrıca solunum damlacıkları yüzeylerin üzerine de düşebilmektedir. Kişi üzerinde virüs bulunan bu yüzeylere dokunup elini ağzına, burnuna, yüzüne getirmişse Covid-19 hastalığına yakalanma olasılığı artmaktadır (Erişim Adresi: <https://cdc.gov/> , Erişim Tarihi: 20.01.2021). Yapılan çalışmalar, SARS-CoV' in yüzeylerde 96 saate kadar hayatta kalabileceği ve virüsün bulaşıcılığının da 6 güne kadar korunduğunu göstermektedir (Boasenberg, Dellanno ve Vega, 2009: 649). Covid-19 hastalığı bazı kişilerde asemptomatik ilerlediğinde bile bulaşabildiği için toplum ve özellikle sağlık hizmeti sağlayıcıları için yüksek risk taşımaktadır. Enfeksiyonun ana kaynağını, enfekte olan kişiler oluşturmaktadır. Enfektivitenin semptomlardan önce başladığına ve semptomların başlamasından 7 gün sonra önemli ölçüde azaldığına inanılmaktadır. Enfektivite süresinin hastanın enfeksiyon şiddetine ve evresine bağlı olduğu bilinmektedir (Ağalar ve Engin, 2020: 578). Güncel verilere göre, korona virüsünün vücuda alınmasından sonra kuluçka süresinin 2 ile 14 gün arasında olduğu ve yapılan araştırmalara göre 11,5 günde enfekte bireylerin %97,5' inde belirtilerin ortaya çıktığı öngörülmektedir (Sönmezer, 2021: 34).



Şekil 1.5. Covid-19 Olgu ve Ölüm Sayılarının Zamana Göre Dağılımı (HASUDER, 2020: 3)

Covid-19, son yirmi yılda, 2002’ deki SARS-CoV, 2012’ deki MERS-CoV salgınlarından sonra gelen ve tüm insan nüfusunu etkileyen üçüncü korona virüstr. 27 Ocak 2020 tarihi itibari ile Çin’ de yaklaşık 3000 vaka doğrulanmış ve bu vakalar ardından Japonya, Güney Kore, Tayland, Singapur, ABD ve Avustralya’ da görülmeye başlanmıştır (Chen, 2020: 69). Birkaç ay içerisinde Covid-19, bulaşıcılığı nedeniyle pandemik hale gelmiş ve her gün artan vaka ve ölüm sayıları ile beraber kıtalara yayılmıştır (Erişim Adresi: <https://www.idsociety.org> , Erişim Tarihi: 20.01.2021). 11 Mart 2020 tarihinde de salgın “pandemi” olarak ilan edilmiştir (Aslan, 2020: 39). Ülkemizde Covid-19 çalışmaları 10 Ocak 2020 tarihi itibariyle başlamıştır. İlk Covid-19 vakası 11 Mart’ ta görülmüştür ve hızla bu vaka sayılarında artış olduğu gözlemlenmiştir (Covid-19: Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 2020: 9). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 20 Mart 2020 tarihinde bazı hastaneleri “Pandemi Hastanesi” ilan etmiştir. Her kamu ve özel sektör sağlık kurumlarının pandemide üstlenecekleri rolleri belirlenmiştir. Bu rollere göre, bünyesinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, iç hastalıkları ve göğüs hastalıkları doktorlarından en az ikisinin bulunduğu ve 3. basamak yoğun bakımı bulunan hastaneler Pandemi Hastanesi olarak kabul edilmiştir (Telatar ve Üner, 2020: 52).

Şekil 1.5’ te verilen grafik ilk iki ay içerisinde ülkemizde Covid-19 nedenli toplam olgu ve ölüm sayılarının zamana göre dağılımını göstermektedir. Covid-19 hastalığı nedeni ile olguların ve ilişkili olarak da ölüm sayılarının katlanarak arttığını ve hastalığın hızla yayılmaya başladığını gözlemlemekteyiz. Grafik dikkatle

incelendiğinde 11 Mart 2020 tarihinden tam bir ay sonra, 11 Nisan 2020 tarihinde olgu sayısının pik yaptığını, hem olguların hem de ölümlerin en fazla sayıya Nisan ayında ulaştığını söyleyebilmekteyiz. Bu göstermektedir ki, Covid-19 hastalığı ön görülemez biçimde insanlar arasında dolaşımdadır ve çok hızlı biçimde yayılım göstermektedir. Grafiğe göre, Nisan ayından sonraki dönemde ise hastalık ve ölüm sayıları azalma eğilimine geçmektedir. Eser (2020) yaptığı “Covid-19 Sürerken Türkiye’deki Halli Hazırdaki Fatalite Hızının Tahmini” isimli çalışmasında 5 Mayıs 2020 tarihinde fatalite hızını % 4,6 olarak hesaplamıştır.

2020 yılının sonuna gelindiğinde ise ülkemizde bu hastalıktan etkilenen kişi sayısı toplamda 2.205.652 ve vefat eden kişi sayısı ise 20.881 olmuştur (Erişim Adresi: <https://www.covid19.saglik.gov.tr> , Erişim Tarihi: 02.01.2021). 2021 yılında vaka sayısı 7.273.898 ve vefat eden kişi sayısı 61.480, 2022 yılında ise en son paylaşılan 31 Mayıs 2022 tarihli veriye göre, Covid-19 salgınından etkilenen 55.901.97, vefat eden kişi sayısı 16.604 olmuştur. Ülkemizde koronavirüs hastalığı eldeki verilere göre, toplam 98.965 kişinin ölümüne sebep olmuştur (Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>, Erişim Tarihi: 05.06.2022).

2.3. Sağlık Kurumlarında Pandemi Yönetim ve Organizasyonu

Salgın hastalıklar hastanelerde kitlesel başvuruya yol açmakta ve bundan dolayı sağlık hizmetleri talebinde olağan dışı artış yaşanmaktadır. Pandemi dönemlerinde yaşanan sağlık talebi artışlarına rağmen, hastanelerin kıt kaynaklara sahip olması, sağlık personelinde, kullanılan ilaç ve sarf malzemelerde, koruyucu ekipmanlarda, dekontaminasyon odalarında ve hasta yataklarında yetersiz kalması, halihazırda büyük sorumluluklar taşıyan sağlık kurumlarının yükünü daha da artırmakla birlikte; sürdürülebilirliklerini de riske atmaktadır. Tüm dünyayı etkisi altına alan bu pandemi krizleri, hastane yöneticilerinin dinamik ve doğru bir kriz yönetimi ile organize olması gerektiğini bizlere göstermektedir (Akkaya, 2020: 953).

Vaccaro vd. (2020) yaptıkları “ Practise Management during the Covid-19 Pandemic” isimli çalışmalarında, pandemilerin tüm sağlık uygulamalarında finansman, personel, ekipman ve kriz yönetimi gibi konularda beklenmedik ihtiyaçları gündeme getirdiği sonucuna varılmaktadır. Yapılan bu çalışmada, pandeminin meydana geldiği zaman içerisinde rutin sağlık hizmetlerinin de aynı şekilde devam

edebiliyor olması, iş süreci akışının etkili, verimli, kaliteli ve kesintisiz sürdürülebilir olması için gerçekçi bir stratejik planlama ile krizin yönetilmesi gerekliliği ortaya konulmaktadır.

Juckett (2006) “ Avian Influenza: Preparing for a Pandemic” isimli çalışması, H5N1 virüsünün neden olduğu Kuş Gribi salgınının kaynağını kontrol altına almak için pratik stratejilerin geliştirilmesini içermektedir. Yapılan çalışmada, vakaların teşhisinde hızlı olunabilmesi ve hastalığın kontrolünün sağlanabilmesi adına izolasyon ve tedavinin önemli olduğu sonucuna varılmaktadır.

Walton, Murray ve Christian (2020) yaptıkları “ Mental Healthcare for Medical Staff and Affiliated Healthcare Workers during the Covid-19 Pandemic” isimli çalışmada, pandemide uygulanacak kriz yönetimi sırasında liderlik yapmanın her zamankinden daha zor olduğu, kendilerinin de en az liderlik ettikleri kişiler kadar bu krizden etkilendikleri sonucuna varılmıştır. Mevcut durumun trajedisine rağmen krizlerde aynı zamanda yeni ve başarılı liderlerinde doğduğu kabul edilmelidir. Pek çok olumsuz sonuçları olsa da kriz sonucunda, ekipler güçlenebilmekte, bireyler gelişmekte ve ilişkiler derinleşebilmektedir. Bu pandeminin etkisi ile liderlerin sergileyeceği davranışların, kurum kültürünü gelecek yıllarda şekillendireceği düşünülmektedir. Çalışmada üç önemli husus vurgulanmaktadır. Bu hususlar şöyledir:

İletişim: Hemen hemen her durumda olduğu gibi liderlerin çok fazla iletişim kurması neredeyse imkansızdır. Pandemi ortamında ise bahsi geçen zorluk, neyin iletileceğidir. İletişimin arkasındaki temel ilke, açıklık ve dürüstlüktür. Lider, sakinliğini koruyarak ekibini motive etmek ve krizin ötesine geçip ilerideki olumlu günlere bakabilmelerini sağlamak hususlarında yardımcı olmalıdır. Son olarak iletişim iki yönlü ilerlemelidir.

Yetkilendirme: Liderlerin bireyleri, kendi liderleri olmaya teşvik etmeleri için günümüzden daha önemli bir zamanın olmadığı üzerine durulmuştur. Takımların her zaman liderlere ihtiyacı vardır; fakat ne kadar süreceği belli olmayan bu pandemide, hastalık ve karantina nedeni ile devamsızlıklar olacağı ve bu kriz ortamında insanları kendilerine liderlik etmeye teşvik ederek hazırlanmalarına olanak verilmesi yönünde bir sonuç çıkarılmaktadır.

İnsanlık ve tevazu: Pandemi sırasında ekibi desteklemenin en önemli anahtarı, insancıl yaklaşımdır. Liderler, hem takımlarının hem de kendilerinin güçlerini ve sınırlılıklarını bilmelidir.

Ağalar ve Engin (2020) yaptıkları “ Protective Measures for Covid-19 for Healthcare Providers and Laboratory Personnel” isimli çalışmada, sağlık personelinin çok sayıda hasta ve ciddi personel sıkıntısı nedeni ile günde 10 saatten daha uzun bir süre çalıştıkları üzerine durulmuştur. Çalışma sonucu, personelde oluşan aşırı yorgunluk ve stresin bağışıklık sistemini zayıflattığı ve sağlık çalışanlarının Covid-19’ a duyarlılığını artırdığı yönünde olmuştur. Enfeksiyonun katlanarak artması, kişisel koruyucu ekipmanların bulunabilirliğini azaltmakta ve sağlık çalışanlarının enfeksiyona yakalanmasında hızla artış yaşanmasına neden olmaktadır. Bu durumun, ziyaretçiler, personel ve hastalar arasında yüksek bir bulaşma oranına yol açtığı bildirilmektedir. Çalışmada, hastadan sağlık çalışanlarına geçişi önlemek için hastanın hastaneye ilk gelişinden hastane çıkışına kadar tüm süreci kapsayan hazırlıklar yapılarak önlemler alınması, rutin kontrollerin ertelenmesi ve triyaj protokollerinin oluşturulması, sağlık personelinin kişisel koruyucu ekipmanları ile tam donanımlı ve hazır olması, Covid-19 şüphesi ile gelen hastaların güvenli ve hızlı şekilde izole edilmesi gerektiği belirtilmektedir.

2.3.1. Pandemi Sürecine Hazırlıklı Olma

Pandemi dönemlerinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara olan talebin artması beklenmektedir. Pandemi sürecine hazırlıklı olunmaması, tedavi edici ve bağışıklık sağlayıcı ilaç ve aşı dağılımının düzensiz hale gelmesi, sağlık kurumlarında kitlesel başvurular sebebi ile hastayla yakın temas halinde olan sağlık personelinin sayısında azalma yaşanması, sürdürülmesi gereken zorunlu hizmetlerin aksaması gibi sonuçlar doğurabilmektedir (Miç, 2014: 2).

Pandemi öncesinde, temel hizmetlerin devam edebilmesi için pandemi planlarının hazırlanması, işin sürekliliğinin sağlanması ve bu planların da uzun vadeli kriz yönetimine yeterli olacak düzeyde hazırlanması gerekmektedir. Sağlık personelinin normal vazifesini sürdürürken, sağlık kuruluşlarınca enfeksiyonu azaltıcı tedbirlerin de alınması zaruri olmaktadır. Pandemi hastanenin altyapısı ve hastane personelinin çalışma düzeni, öncelikli sunulacak sağlık hizmetine göre yeniden organize edilmektedir. Ayakta, yatan ve yoğun bakım sağlık hizmetlerinin pandemik

hastalara yetecek şekilde planlanması gerekmektedir. Pandemiye yönelik enfeksiyon kontrol komitesi tarafından enfeksiyonu önleme ve kontrol çalışmalarının başlatılması ve gerektiğinde ek tedbirlerin de alınması gerekmektedir. Pandemielerde vaka ve ölüm sayılarının yüksek olması beklenildiğinden, sunulan tüm sağlık hizmetlerinin koordineli hareket etmesi gerekmektedir. Bu koordinasyon, Sağlık Bakanlığı tarafınca sağlanmaktadır (Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, 2019: 79).

Pandemi ile mücadele, hazırlık aşaması ve müdahale aşaması olarak iki aşamadan oluşmaktadır. Hazırlık aşaması, salgın hastalıkla ilgili bilgi toplayarak, gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak amacı ile yapılacak eylemleri bir araya getirmektedir. Hazırlık aşamaları şu şekilde verilmektedir (Koyuncu, 2008:7):

- 1- Gözden geçirme aşaması
- 2- Koruyucu ve önleyici yöntemlerin gözden geçirilmesi
- 3- Tedavi yöntemlerinin oluşturulması
- 4- Sağlık servislerinin planlanması
- 5- Halk sağlığını koruyacak önlemler alınması

Pandemi döneminde bütün yataklı tedavi kurumlarının yapacağı hazırlıklar şu şekilde verilmektedir (Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, 2019: 79-80; Covid-19 Pandemisinde Sağlık Kurumları Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri, 2020: 12).

1. Her yataklı tedavi kurumunda kurum içi ve kurum dışı koordinasyonun sağlanması maksadı ile koordinatör belirlenmeli ve sağlık müdürlüğü ile koordinasyon içinde olunmalıdır.

2. Her yataklı tedavi kurumu için çok disiplinli pandemi planı hazırlama komisyonu oluşturulmalı ve bu komisyon üyeleri hastanede görev yapan personelden seçilmelidir. Bu komisyonda yer alacak personel, hastane başhekimi, hastane başhekim yardımcısı, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları/çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, laboratuvar sorumlusu, yoğun bakım sorumlusu, acil servis sorumlu doktor ve hemşiresi, idari ve mali hizmetler müdürü, hemşirelik hizmetleri müdürü, sivil savunma personeli, iş sağlığı ve güvenliği hekimidir.

2.3.2. Pandemide Hastane Yönetim Süreci

Yönetim, örgütün faaliyetlerini başarıya ulaştırmak, örgüte verimlilik sağlamak ve örgütün iç ve dış çevresine katma değer kazandırıp varlığını sürdürebilmesi için planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim işlevlerini kullanması sürecidir (Öztürk, 2019: 43). Yönetim sürecinin ilk aşaması geleceğe hazırlık aşamasıdır. Bu aşamada yönetimin planlama ve örgütleme işlevleri yerine getirilmektedir. Bugünden gelecekte gerçekleştirilmesinin istenildiği hedeflere, varılmak istenen noktaya, alınan kararlara plan denilmektedir. Planlama ise, yönetimin ilk ve en önemli aşaması olmakla birlikte, planların hayata geçirilmesi sürecini ifade etmektedir. Yönetim sürecinin ikinci aşaması ise, alınan kararların uygulanması aşamasıdır. Bu aşamada da yönetimin yürütme işlevi yerine getirilmektedir. Son aşama ise, işletmenin ilk aşamada belirlediği amaçlara ne derece ulaşabildiğinin tespit edildiği aşamadır. Bu aşamada yönetimin denetim işlevi yerine getirilmektedir. Ayrıca yönetimin her aşamasında bir uyumun ve işbirliğinin sağlanabilmesi için koordineli çalışılması gerekmektedir. Böylelikle yönetimin koordinasyon işlevi de yerine getirilmiş olmaktadır (Kurtulan, 2010: 36).

Pandemi döneminde en çok başvurulacak ve ihtiyaç duyulan hizmeti karşılayacak işletmeler hastaneler olmaktadır. Hastanelerin özel ve kamu fark etmeksizin ayakta kalması, sunulan sağlık hizmetinin kesintisiz sürdürülebilmesi, farklı stratejilere ihtiyaç duyulması ve krizin daha iyi yönetilebilmesi için öncelikle yaşam güvenliği, yatırımın korunması ve fonksiyonların korunması hususlarında hedeflerini belirleyerek pandemi hazırlıklarını tamamlamaları gerekmektedir. Pandemi sürecinde hazırlanacak planlar, sadece müdahale aşaması ile sınırlı kalmamalı, hastanede hem pandemi öncesi hem de pandemi sırasında yapılacak faaliyetleri kapsayan bir plan olmalı ve hastane afet planına (HAP) uygun şekilde düzenlenmelidir (Kurtulan, 2010: 46; Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, 2019: 80). Pandemi döneminde oldukça hızlı bir şekilde yayılan ve insan sağlığı için ciddi risk teşkil eden virüslerden en çok etkilenenler arasında işverenler ve çalışan personel yer almaktadır. Dolayısı ile bu süreç her iki tarafa bazı hakları ve yükümlükleri getirmektedir. 4857 Sayılı İş Kanunu'nun 77. Maddesi ve 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun 4. Maddesi uyarınca işverenler, çalışanlarının işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamak için gerekli her türlü önlemi almak, önlemler hakkında eğitim

vermek, alınan bu önlemlere uyulup uyulmadığını denetlemek, çalışanlara yaşayacakları mesleki riskler, alması gereken tedbirler, yasal hak ve yükümlülükleri hakkında bilgi vermek, risk değerlendirmesi yapmak ile yükümlüdürler.

Hastanelerin pandemi planlarında yer vermesi gereken konular şunlardır (Covid-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri, 2020: 11; Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, 2019: 80-84; Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov> , Erişim Tarihi: 20.01.2021):

- Mevcut durum: Hastanenin mevcut durumu planda belirtilmelidir. Hastanenin personel sayısı, özellikleri ve dağılımı, hizmet sunulan branşlar, poliklinik sayısı, günlük hasta muayene sırası, hasta yatağı kapasitesi, yatak doluluk oranı, yoğun bakım kapasitesi, yoğun bakım yatağı doluluk oranı, laboratuvar kapasitesi.
- Pandemi döneminde hizmet sunumuna yönelik birimlerin oluşturulması: Pandemi döneminde sağlık hizmetlerinin devamlılığı için yönetim, eğitim, iletişim ve sürveyans birimleri oluşturulmalıdır.

Yönetim birimi, pandemi planlarının uygulanmaya konulmasını, sağlık personelinin çalışma düzeninin pandemiye göre planlanmasını, sağlık hizmetlerinin pandemiye göre düzenlenmesini, triyaj planlamasının yapılmasını, enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerinin alınıp uygulanmasını, vaka yönetim algoritmasına uygun vaka tiplerinin uygulanmasını sağlamalıdır. Vaka yönetim algoritması ise, SB tarafından hazırlanmış olan meydana gelen vaka tiplerine uyan hastalar için, tanı ve tedavi protokollerini kapsayan bir şemadır.

Eğitim birimi, sağlık personeline yönelik eğitimlerin planlanarak yürütülmesini sağlamalıdır. Enfeksiyondan korunma ve kontrol, vaka tanımları, vaka yönetim algoritmaları ve tedavi protokolleri hakkında verilecek eğitimlerle sağlık personeli desteklenmelidir.

İletişim birimi, hem hastane içinde hem de hastane dışında kurumlarla iletişim sağlanmalıdır.

Sürveyans birimi, sağlık müdürlüğü tarafından istenilen poliklinik hasta başvuru sayısı, yatan hasta sayısı, yoğun bakımda yatan hasta sayısı, ölen hasta sayısı vb. verilerin toplanarak bildirimleri yapılmalıdır.

- İletişim planının sağlanması: Hastane personelinin iletişim bilgileri kaydedilerek bir liste oluşturulmalı ve liste düzenli sıklıklarla güncellenmelidir. Tüm

Çalışanlar bu iletişime dahil edilmelidir. Hastane dışında irtibatta kalınması gerekecek başta il veya ile sağlık müdürlükleri olmak üzere, kurumların iletişim bilgileri kaydedilmeli ve düzenli sıklıklarla güncellenmelidir. Hastane, hem hastane içi hem de hastane dışı iletişimi sağlayabilmelidir.

- Pandemi ncesi ve esnasında eğitimlerin planlanması: Pandemi öncesinde tüm sağlık personeline hastanenin mevcut pandemi planı ve genel enfeksiyondan korunma ve kontrol yöntemleri hakkında eğitimler verilmelidir. Pandemi esnasında, verilen eğitimler güncellenerek sürdürülmeli, eğitimler evrimii video konferans yöntemleriyle yapılarak kayıt altına alınmalıdır. Bu eğitimlerde pandemiye neden olan hastalığın etkeni, vaka tanımı, vaka yönetim algoritması, tanı ve tedavi protokolleri, hastanelerde enfeksiyon kontrolü gibi konular yer almaktadır.

- Pandemi dönemi için personel ihtiyaının belirlenmesi: Pandeminin şiddetine göre hastanede ne kadar personele ihtiyaç olunacağı ve bu personelin yoğunluğa göre nasıl dağılımının yapılacağı hesaplanmalı ve ihtiyaı karşılayacak yönde personel temin edilmelidir. Sağlık personelinin de hastalanabileceği ve devamsızlık yapabileceği personel planlamalarında göz önünde bulundurulmalıdır. Pandemi krizlerinin yönetiminde hastane, özellikle personel eksikliği yaşanmasına mahal vermemelidir (Yücesan ve zkan, 2020: 138). Senecal vd. (2020) yaptıkları “Diagnosis and Management of First Case of Covid-19 in Canada: Lessons Applied From SARS” isimli çalışmalarında, Covid-19 pandemisi esnasında tanı konulamamış enfeksiyon belirtileri ile hastaneye başvuran hastaların, virüsü 10’ dan fazla sağlık personeline bulaştırdığı belirtilmiştir.

- Pandemi dönemi için hasta kapasitesinin hesaplanması: Hastane başvuru sayısının ve yatan hasta sayısının tahmini yapılarak hesaplama yapılmalı, gerekli olduğunda kapasite artırımına yönelik planlama yapılmalıdır.

- Hastane kapasitesinin artırımına yönelik planlama: Hasta sayısındaki artışa bağlı olarak ihtiyaın karşılanabilmesi amacıyla ek hastane olarak kullanılabilecek binalar seçilmeli ve planlanmalıdır.

- Pandemi döneminde ihtiyaç duyulacak tıbbi ve diğer malzeme ihtiyaının teminine yönelik planlama: Tıbbi malzemeler ve destek amaçlı kullanılabilecek ilaç ve diğer malzemelerin kullanımı ve yönetimine yönelik planlama yapılmalı, sağlık müdürlükleri ile koordinasyon sağlanarak ilacın teminine ve lojistiğine yönelik planlama yapılmalı, hastalardan sağlık personeline bulaşın engellenmesi için ihtiyaç

duyulacak KKE (kişisel koruyucu ekipman), el hijyeni sağlamada kullanılacak dezenfektan miktarı belirlenmeli ve tedariki yapılmalıdır.

- Enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemlerinin belirlenmesi: Hastane, pandemi dönemlerinde rutin önlemlerine ek olarak uygulanacak enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri almalıdır. Bir misafirin veya hastanın hastaneye maskesiz gelmesi durumunda, temin edilecek maskenin dağıtılması planlanmalı ve kişiye ateş kontrolü yapılmalıdır. Merkezi hava filtreleme sisteminin iyileştirilmesi için planlamalar yapılmalıdır. Sosyal mesafeyi koruyacak önlemler belirlenmelidir. El hijyeni ve solunum hijyeni sağlanabilmesi adına hastanenin stratejik yerlerine uygun dillerde ve talimatlarda görsel uyarıları olan posterler, bilgilendirmeye yönelik afişler yerleştirilmelidir.

- Hayatını kaybeden hastalara yönelik uygulamalar: Pandemide salgın hastalık nedeni ile hayatını kaybetmesi beklenen hasta sayısı hesaplanmalı, buna göre morg kapasitesi belirlenmeli ve planlamalar yapılmalıdır.

3. SAĞLIK KURUMLARINDA KRİZ YÖNETİMİ

Bu bölümde kriz ve krizin özelliklerine, kriz yönetimi ve amaçlarına, sağlık kurumlarında kriz öncesinde, kriz esnasında ve kriz sonrasında yönetim süreci ile kriz yönetim yaklaşımlarına değinilmektedir.

3.1. Kriz Kavramı ve Krizin Özellikleri

Kriz kelimesi Yunanca’ da yargılamak, ayırmak ve karar vermek anlamlarında kullanılan “krinein” sözcüğünden gelmektedir. Günümüzdeki son halini ise İngilizce diline yerleşen “crisis” sözcüğünden almaktadır. Kriz kelimesi Oxford Sözlüğü’ ne göre, daha iyi ya da daha kötüye gitmek için dönüm noktası, Cambridge Sözlüğü’ ne göre ise, büyük bir zorluk veya tehlike noktasına ulaşan durum, anlaşmazlık, sıkıntı ve belirsizlik durumu olarak tanımlanmaktadır (Gülgün, 2020: 7-8; Tok, 2020: 3). Çince’ de kriz, fırsat ve tehdit anlamlarında kullanılmaktadır (Tok, 2020: 2).

Kriz kelimesini ülkemizde ilk olarak Ahmet Cevdet Paşa, Fransızca “crise” kelimesinden alarak “ Tezakir-i Cevdet” isimli eserinde devlet harcamalarının gelirlerden daha fazla olmasını, vadesi gelmiş borç ödemeleri ile birlikte paranın aşırı oranda değer kaybederek devletin borcunu ödeyemeyecek duruma gelmesini, bundan dolayı da hazineye ekonomik sıkıntıların yaşanmasını ifade edebilmek amacı ile kullanmıştır (Bardakçı, 2001: 1). Türk Dil Kurumu (TDK) için ise kriz (Erişim Adresi: www.sozluk.gov.tr , Erişim Tarihi: 13.06.2021) :

- Bir organda birdenbire ortaya çıkan fizyolojik bozukluk,
- Bir kimsenin yaşamında görülen ruhsal bunalım,
- Bir şeyin çok kıt bulunması durumu,
- Bir şeye duyulan ani ve aşırı istek,
- Çöküntü,
- Bir ülkede veya ülkeler arasında, bir toplumun veya kuruluşun yaşamında görülen güç dönem, buhran gibi anlamlara gelmektedir.

Bu tanımlamalardan da görüldüğü üzere kriz kavramı tıp, psikoloji, iktisat ve politika gibi farklı disiplinler tarafından ele alınmaktadır. Tıpta, birdenbire ortaya çıkan bir hastalık ya da bir hastalığın çok ileri seviyeye ulaşması, psikolojide gelişim süreci, iktisatta çöken bir ekonomi, politikada ise bir karar birimi anlamlarına gelmektedir (Aktan, 2006: 1; Aydın, 2019: 54). Kriz, önceden bilinmeyen

gelişmelerin makro seviyede devlet; mikro seviyede ise işletmeleri ciddi derecede etkileyen sonuçları yaratmasıdır (Aktan, 2006: 1).

Kriz durumları her yerde, her zaman, herkesin başına gelebilmektedir. Günlük hayatın bir parçası olmasına rağmen insanlar hiçbir zaman kriz ile karşılaşmayacakları düşüncesindedirler. Aynı durum insanlarda olduğu kadar kurumlar için de geçerlidir (Bakos, 2018: 527). Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi Yönetmeliği' nin 4. Maddesi' ne göre kriz, devletin ve milletin bölünmez bütünlüğü ile milli hedef ve menfaatlerine yönelik hasmane tutum ve davranışların, Anayasa ile kurulan hür demokrasi düzenini veya hak ve hürriyetlerini ortadan kaldırmaya yönelik şiddet hareketlerinin, tabi afetlerin, tehlikeli ve salgın hastalıkların, büyük yangınların, radyasyon ve hava kirliliği gibi önemli nitelikteki kimyasal ve teknolojik olayların, ağır ekonomik bunalımların ve iltica ve büyük nüfus hareketlerinin ayrı ayrı veya birlikte vuku bulduğu halleri ifade etmektedir.

Kriz, işletmelerin rutin iş faaliyetlerindeki dengelerini bozan, uzun ve kısa vadede hedeflerini tehdit eden ve bu tehditlere karşı mücadelede yetersiz bırakan, ivedilikle harekete geçilerek kısa zamanda karar alınmasını gerektiren durumlardır (Erdinç, 2018: 4). Kurumsal krizler insanların, organizasyonlu yapıların, ekonominin ve teknolojinin neden olduğu insan yaşamına, doğal ve sosyal çevrelere büyük zararlar veren afetlerdir. Büyük işletmelerin hem mali yapısını hem de itibarını zayıflatmaktadırlar. 1979 yılında Three Mile Island Nükleer Santrali, santralin reaktör çekirdeğinin neredeyse erimesine yol açan bir kaza geçirmiş ve tesis sahibini milyarlarca dolar zarara uğratmıştır. Ayrıca, yaşanan bu kaza Amerika Birleşik Devletleri' nde (ABD) nükleer enerji endüstrisinin kaderini değiştirmiştir. 1982 yılında da Johnson&Johnson şirketinde bilinmeyen kişiler tarafından düzinelerce Tylenol kapsülü siyanürle kontamine edilerek piyasaya sunulmuş ve sekiz kişinin ölümüne sebep olunmuştur. J&J, o sene iade edilen kapsüller için 100 milyon dolarlık kayıp yaşamıştır. Aynı kapsüllerden dolayı 1986 yılında yaşanan ikinci zehirlenme vakaları ile J&J, Tylenol kapsüllerini piyasadan çekmiştir. Şirket, ilacın kapsül formülünü bırakarak yeni bir üretim tesisi tasarlamak zorunda kalmıştır (Mitroff, Shrivastava ve Udwadia, 1987: 283). Örneklerden de anlaşılacağı üzere kriz, kurumların mevcut durumlarını ve geleceklerini etkileyen, önlem almakta geç kalınan durumlardır (Aksu, 2008: 55).

Literatürde yer alan farklı çalışmalarda ise kriz, bir organizasyonun üst düzey stratejik hedef ve amaçlarını tehdit eden, kurumsal varlığı tehlikeye sokan, kurumun hızlıca tepki göstermesini zorunlu kılan özel durumlar şeklinde tanımlanmaktadır (Huang vd., 2008: 203). Kriz kavramı tüm tanımlamalardan farklı olarak kobra krizi ve piton krizi şeklinde de yorumlanmaktadır. Kobra krizi ani ve beklenmedik şekilde kuruma gelerek getirdiği negatif dalgaların içeriye yayılmasını sağlayan bir kriz türü, piton krizi ise yavaş yavaş kuruma yaklaşan bir kriz türü şeklinde açıklanmaktadır (Seymour ve Simon, 2000: 10). Benaben (2016), “ A Formal Framework for Crisis Management Describing Information Flows and Functional Structure” isimli çalışmasında krizi, istikrarsızlığı ortaya çıkaran, istenmeyen sonuçların üstesinden gelmek için özel bir yönetim gerektiren, sistemin bozulması anlamına gelen şekli ile ele almaktadır.

İşletmelerde yaşanan bir olayın kriz olarak nitelendirilebilmesi için birtakım özellikleri taşıması gerekmektedir. İşletme, yaptığı faaliyetlerde aksaklık yaşıyorsa, personelin moral, motivasyon ve iş yapma becerilerinde azalmalar varsa, maddi açıdan sıkıntı çekiyorsa kriz ile karşı karşıya gelmiş demektir (Koyuncu, 2019: 12). Krizler, aniden, beklenmedik bir anda meydana gelmekte ve yönetici tarafından acil ve doğru stratejik kararlar alınarak müdahale gerektirmektedir. Acil müdahale edilmeyen ve kontrol altında tutulamayan krizler, işletmeler için birer tehdide dönüşerek varlığını tehlikeye sokabilmekte, belirsiz ve güvensiz bir çalışma ortamının oluşmasına neden olabilmektedir (Tüz, 2004: 56). Tutar (2011) tarafından, örgütsel krizin özellikleri, tahmin edilemeyecek bir durum olması, önlemlerin yetersiz kalması, işletmenin varlığını ve itibarını tehlikeye atması, kısıtlı bir zaman diliminde hızlı müdahale gerektirmesi ve çalışanlarda stres yaratması şeklinde açıklanmaktadır. Demirtaş (2009), “ Kriz Yönetimi” isimli çalışmasında krizin özelliklerini, kriz durumunun öngörülememesi, örgütün tahmin ve önleme mekanizmasının yetersiz kalması, örgütün amaç ve varlığını tehdit etmesi, yeterli bilgi ve zamanın bulunmaması, acil müdahale gerektirmesi, çalışanlarda gerilim, moral ve motivasyon düşüklüğü yaratması şeklinde belirtmiştir. Aktan (2009)’ a göre krizin en önemli özellikleri, önceden tahmin edilemeyen bir zamanda meydana gelmesi, kişiler ve organizasyonlar için hem bir tehdit oluşturması, hem de yeni fırsatlar yaratması ve bir bulaşıcı hastalık gibi yayılma etkisine sahip olmasıdır. Günümüzdeki krizlerin genel özellikleri şu şekilde verilmektedir (Erdinç, 2018: 5):

- Ciddi boyutta maddi zararlara neden olur.
- Alınan önlemler yetersiz kalır.
- Daha önce karşılaşılmamış, geniş bir alana yayılan sorunlara neden olur.
- Hayati öneme sahip kaynakları sarsar.
- Belirsizlik çok fazladır.
- Endişe, kaygı, stres oluşturur.
- İşletmenin faaliyetlerini sekteye uğratar, varlığını tehdit eder.
- İşletmenin üst düzey hedeflerini, itibarını tehdit eder.
- Kontrol mekanizmasında zorluk yaşanır.

3.2. Kriz Yönetimi, Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi

Hiç kimse tüm afetleri nasıl, ne zaman ve nerede meydana geleceğini tahmin etmeyi bir yana önleyemezken, kuruluşlar sistematik ve kapsamlı bir bakış açısı benimseyerek kriz planı oluşturmayı, bu planla da krizi daha etkin bir şekilde yönetip krizlerden kurtulmayı garanti etmektedir. Planlama her krizi önleyemese de, planlama süreci bir kuruluştaki meydana gelen her şeyle nasıl daha etkili bir şekilde başa çıkabileceğini öğretmektedir. Bazı büyük krizleri önlemek için kriz öncesinde, kuruluşların erken uyarı sinyallerini okumayı öğrenmesi ve etkin bir şekilde yanıt vermesi gerekmektedir (Mitroff vd., 1987: 285). Yönetim, işletmelerin kuruluşundan itibaren hedef ve amaçlarına ulaşabilmesi adına üretim faktörleri ile yönetim fonksiyonlarını (planlama, örgütlenme, yürütme, koordinasyon ve denetim) bir arada kullanarak faaliyetlerini gerçekleştirebilmesidir (Yenisu, Şahin ve Öztekkeli, 2019: 515). İşletmeler faaliyetlerini gerçekleştirmeye çalışırken çeşitli sıkıntılar ile karşılaşabilmektedir. Kriz yönetimi ise, bu sıkıntılı durumlarda olağan yönetim süreçlerine ek olarak olağandışı tedbirler, hızlı cevap verebilme gibi öncelikli planlamalar içeren özel bir yönetim çeşididir (Gülgün, 2011: 19). Kriz yönetimi, olağanüstü zamanlarda uygulanan bir süreç ve yönetim modelidir. Kriz yönetiminin amacı, yöneticilere krizi tanımlamaları ve değerlendirmeleri için zaman vermek, krizden kaçış planlarını geliştirmek adına yöntemler sunmak, olası krizlere karşı her daim hazır olmak ve kriz yönetimi yeteneklerini oluşturmaktır (Şahin, Ulubeyli ve Kazaza, 2015: 2299). Ataman (2001)'a göre kriz yönetimi, kriz durumlarına hazırlıklı olarak krizi ortadan kaldırmak için planlı, sistematik ve rasyonel bir şekilde uygulanan faaliyetlerin bütünüdür.

Kriz yönetimi, kriz dönemi öncesi, anı ve sonrası süreçlerini de kapsayan, özel oluşturulan bir ekip tarafından alınan kararlar doğrultusunda sistemli bir şekilde ilerletilen planlı ve bir o kadar da karmaşık faaliyetlerin bütünüdür (Aydın, 2019: 66). Burada önemli olan husus ise, kriz meydana gelmeden gereken önleyici tedbirlerin alınarak hazır olunmasıdır. Yöneticiler, kriz anlarında kullandıkları krize cevap stratejilerini, algıladıkları krizin türüne göre seçerek planlamalıdır. Kriz yönetiminin başarısı, yöneticinin erken uyarı sinyallerini ne kadar ve ne şekilde algıladığı ile bağlantılıdır (Sayın, 2008: 35; Penpece ve Madran, 2015: 36; Erdinç, 2018: 15). Günümüzün küreselleşen dünyasında ortaya çıkan tehditler krizlere yol açmaktadır. Bazı krizler ise oluşmadan önce erken uyarı sinyalleri verebilmektedir. Bu sinyalleri yakalayabilen işletmeler, krizlere önceden hazırlık yapabilmektedir. Bundan dolayı, erken uyarı sistemi kriz yönetiminin en önemli aşamasıdır. Kriz yönetiminde başarı sağlayabilen işletmeler, erken uyarı sinyallerini algıladıktan sonra oluşacak kriz için çalışanlarını eğitir, bilgilendirir, kriz ekiplerini oluşturur kriz esnasında da etkili bir mücadele yürütür (Şahin vd., 2015: 2299). Coombs (2007)' ye göre kriz, uygun şekilde yönetilmezse olumsuz sonuçlar doğurabilecek önemli bir tehdit olarak tanımlanmaktadır. Kriz yönetimi, kritik bir organizasyonel fonksiyondur ve kriz yönetiminde tehdit, bir krizin bir kuruluşa, hissedarlarına ve kuruluşun sektörüne verebileceği potansiyel bir zarardır. Bir kriz, kamu güvenliği, mali kayıp ve itibar kaybı gibi birbiriyle ilişkili üç tehdit oluşturmaktadır. Etkili kriz yönetimi, tehditleri sırasına göre ele almaktadır. En önemli tehdit ilk sırada yer alan kamu güvenliğidir. Kamu güvenliğine odaklanılmaması krizin neden olduğu olumsuzlukların şiddetini de artırmaktadır. Kamu güvenliği giderildikten sonra ise mali ve itibar kayıpları da dikkate alınmaktadır (Coombs, 2007: 2).

Tutar (2000) kriz yönetimini, kriz olarak algılanan durumu ortadan kaldırmak amacıyla, planlı, sistematik ve rasyonel bir şekilde gerçekleştirilen faaliyetler şeklinde tanımlamaktadır. Tok (2020)' un "Kriz Yönetiminin İnsan Kaynaklarının Bireysel ve Örgütsel Analizi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama" isimli çalışmasında, Dayton (1986)' nın kriz yönetimi tanımlamasına yer vermekte ve kriz yönetimini karar vericilerin hazırladıkları kararları ve eylemleri ifade ettiğini belirtmektedir. Mitroff vd. (1987) yaptıkları çalışmada, kriz yönetiminin temel aşamalarının tespit, önleme/hazırlanma ve iyileşme/toparlanma olduğu belirtilmektedir. Tespit, örgütün erken uyarı sinyallerini algılayabildiği aşamadır. Önleme/hazırlanma, krizlerin

tespitinden sonra planlı ve hazırlıklı olarak daha etkili bir şekilde kontrol altına alınması, engellenmesi aşamasıdır. İyileşme/toparlanma, işletmenin geçmiş krizden ne tür bilgiler edindiğini ve nasıl dersler çıkardığını, bu bilgiyi ileride nasıl kullanacağını planlandığı aşamadır. Kriz yönetimi, bir krizin teşhisinden başlayarak, gerekli kararların alınmasına, uygulanmasına ve kontrolüne kadar uzanan bir süreçtir. Başarılı bir kriz yönetimi için krizin doğru zamanda algılanması, teşhisinin yapılması ve önlemlerin geç kalınmadan uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir (Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi Yönetmeliği, Md. 6).

Önceliklerinin her zaman hastaların, misafirlerin ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak olan hastanelerde, iyi yönetilen bir veri raporlama sistemleriyle birlikte tüm yönetim süreçlerinin bir sistem yaklaşımı ile ele alınarak krizlerin belirlenmesi, değerlendirilmesi ve kontrol altında tutulması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında kriz yönetimi, sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlamak ve işletmenin varlığını devam ettirebilmek amacıyla, sağlık kurumunun büyüklüğüne, organizasyon yapısına ve sunduğu hizmetlerin çeşitliliğine göre üst yönetimin de yer aldığı ekip tarafından, mevcut krizlerin belirlenmesi, fırsatların değerlendirilmesi ve olumsuz sonuçlar doğurabilecek risklerin, belirsizliklerin, tehditlerin kontrol altında tutulması süreçleridir. Kriz süreçlerinde de hastane yönetimlerinin öncelikli amacı, sağlık çalışanlarının sağlığının geliştirilmesini ve hastalıklarının önlenmesini sağlamaktır (Korkmaz vd., 2014; Özcan, 2018: 16).

3.2.1. Kriz Yönetim Süreci

Timothy Coombs, kriz yönetiminin üç aşamasını tanımlamaktadır. Bu aşamalar kriz öncesi, kriz ve kriz sonrasıdır. İlk aşama, kriz öncesi hazırlıkları kapsamaktadır. Bu aşamada krizin türüne göre işletmeler, hangi risk ve kriz yönetimi tekniklerini kullanacağını belirlemekte, kriz meydana gelmeden krize hazır olmaktadır. İkinci aşama ise, meydana gelen krize bir cevap oluşturmak, tepki vermektir. Bu aşamada gerçek bir kriz yönetimi gerçekleşmektedir. Üçüncü son aşama ise kriz bittikten sonra yönetimin durumu nasıl ele aldığına değerlendirmesini yaptığı aşamadır (akt. Bakos, 2018: 528). Temel olarak kriz yönetimi, kriz öncesi, kriz tepkisi ve kriz sonrası olmak üzere üç aşamada değerlendirilmektedir.

Kriz öncesi aşamada işletmelerin bir kriz yönetim planına sahip olması ve her yıl bu planı güncellemesi, görevlendirilecek kişinin ve ekibin işletmeler tarafından

önceden belirlenmiş olması, hazırlanan planlar ve ekipler için her yıl en az bir defa tatbikat yapılması ve krize cevap olarak verilecek mesajların önceden hazırlanmış olması gerekmektedir. Kriz yanıt aşaması, işletmenin krize fiilen yanıt vermesi gereken aşamadır. Bu aşamada işletmelerin, hızlı karar alması, biran önce harekete geçmesi, çalışanlara karşı doğru ve tutarlı olması, gerektiği anda çalışanları da bu sürece dahil edip; onlarında özveride bulunmalarını sağlaması, ekibin moral ve motivasyonuna dikkat etmesi gerekmektedir. Kriz sonrası aşama ise, işletme için artık bilinen riskleri krize yol açamayacak şekilde kontrol altında tutma, önleme faaliyetlerini oluşturmaktadır. Bu aşama işletmeler için öğrenme aşamasıdır (Coombs, 2007: 2).

EVRELER	GÖREVLER
KRİZ ÖNCESİ	Kriz yönetimi planı oluşturun Kriz yönetimi ekibi seçin ve eğitin Kriz tatbikatları yapın Bazı kriz mesajlarının ön taslağını hazırlayın
KRİZ ANI	Hızlı olun ve bir saat içinde ilk yanıtı verin Doğru olun ve tüm konuları kontrol edin Tutarlı olun ve sözcükleri bilgilendirin Kamu güvenliğini bir numaralı öncelik haline getirin İlk müdahaleye çalışanları dahil edin Duygulara dikkat edin
KRİZ SONRASI	Bilgilendirme vaatlerini yerine getirin İyileşme süreci ile ilgili güncellemeleri yayınlayın Krizi bir öğrenme deneyimi haline getirin Organizasyonun rolü hakkında kriz mağdurlarına danışın

Tablo 2.1. Kriz Yönetimi Evreleri ve Görevleri (Bakos, 2018: 529)

3.2.1.1. Kriz öncesinde yönetim faaliyetleri

Kriz öncesi yönetim, krizin yaklaştığını belirten erken uyarı sinyallerinin alınarak krize hazırlanma eylemlerini içermektedir. Uyarı sinyalleri, oluşacak kriz hakkında bilgiler içerir. Dikkate alınmaması durumunda ise kriz kaçınılmaz ve şiddetli olacaktır. Krizi önlemek veya etkilerini azaltmak için her işletmenin mutlaka hazırlık planlarına sahip olması gerekmektedir. Kriz planlarında başarılı olabilmek adına yöneticiler, amaç ve hedefler doğrultusunda, SWOT (Strenghts-Güçlü Yönler,

Weaknesses-Zayıf Yönler, Opportunities-Fırsatlar, Threats-Tehditler) analizini kullanarak, işletmenin bulunduğu pazardaki konumunun değerlendirmesini yapar; böylece zayıf ve güçsüz kaldığı alanları tespit eder ve krize hazırlık aşamasında daha doğru stratejileri kullanarak adım atmasına olanak sağlar. Kriz öncesinde işletmeler için önemli olan hususlar, sinyalleri dikkate alarak krizin yaklaştığını hissetmek, krizi fırsatlara çevirebilen dinamik bir yönetim yapısı oluşturmak ve yönetici ekip tarafından çalışanlara krizin ne olduğu, nelere yol açabileceği ve krizin önüne nasıl geçilebileceği yönünde bilgiler vermektir (Atabay, 2019: 21; Aydın, 2019: 69; Tok, 2020: 27).

Coombs' a göre risk ve kriz yönetimi tekniklerini kullanan işletmeler, herhangi bir krizin oluşmasını önlemeye veya kriz kaçınılmaz ise, hazırlanmaya çalışmalıdır. Kriz öncesinde, bir kriz yönetim planı oluşturulmalı, kriz yönetim ekibi seçilmeli, ekip üyeleri kriz için eğitilmeli, kriz senaryoları oluşturulmalı, kriz tatbikatları yapılmalı ve kriz mesajlarının ön taslağı hazırlanmalıdır (akt. Bakos, 2018: 529).

3.2.1.2. Kriz esnasında yönetim faaliyetleri

Gerçek bir krizin varlığı ve bu krizin de yönetilmesi söz konusudur. Kriz bu dönemde işletme tarafından tam anlamıyla algılanmaya başlanmıştır. Karışıklık, belirsizlik, yöneticilerde ve çalışanlarda panik durumu üst seviyede olmaktadır. Kriz anında yönetim, artık meydana gelmiş bir krizin etkilerini azaltma ve hızlı bir şekilde tepki göstererek krizi uzaklaştırma çabalarını oluşturmaktadır. Bu dönemde kararlar daha hızlı bir şekilde alınmalı ve ivedilikle faaliyete geçirilmelidir (Çalışkan, 2020: 109). Kriz tepkisi, yönetimin kriz vurduktan sonra gösterdiği eylemleri içermektedir. Bu tepkilerden ilki, krize verilecek yanıt, ikincisi ise itibar onarımı ve davranışsal niyetlerdir. Çalışanlar kriz hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilmeli ve sürece katılım göstermeleri sağlanmalıdır. Ekip motivasyonunun yüksek tutularak, endişe veya paniğe mahal verilmeden soğukkanlı olunması için personelin duygu durumları takip edilmelidir (Coombs, 2007: 4).

Tüz (2004)' e göre, kriz şartlarında karar vermenin en önemli özelliklerinden bazıları, belirsizliğin yüksek olması ve karar verilecek zamanın da kısa olmasıdır (akt. Atabay, 2019: 33). Bu dönemlerde işletmeler için karar almayı kolaylaştıracak veya hızlandıracak stratejik tahmin yöntemi, olasılık hesaplama yöntemi, beyin fırtınası yöntemi, DELPHI yöntemi, karar konferansı yöntemi, SWOT analizi yöntemi ve karar

ağacı yöntemi gibi bazı karar verme tekniklerinin kullanılması, bireysel ya da ekip ile bir karara varılması mümkündür (Atabay, 2019: 33-36). Augustine (2000) için bir işletme yöneticisinin etkisinin ölçülebileceği tek alan, kriz yönetimidir. İşletmenin bir krizi başarı ile tamamlaması, çoğunlukla yöneticinin krize karşı nasıl bir yol izlediği ile ilişkilidir (akt. Sayın, 2008: 54).

3.2.1.3. Kriz sonrasında yönetim faaliyetleri

Kriz sonrası aşamada, krizin etkileri yok olmaya veya azalmaya başlamakta, işletmeler de olağan süreçlerine geri dönmektedir. Fakat şiddeti ne kadar azalırsa azalsın yine de krizin sonuçlarına karşı dikkatli olunmalıdır. Çünkü Mazzei (2020)'ye göre, işletmelerde istikrarın sağlanması, yönetim yapısında ihtiyaçlara karşılık verebilecek gerekli değişikliklere gidilmesi ve çalışanlara yeni sorumluluklar verilmesi zorunlu hale gelmektedir (akt. Çalışkan, 2020: 109). Bunu sağlayamayan işletmeler ise amaçlarına ve hedeflerine ulaşmadan içinde bulundukları sektörden çekilmek zorunda kalmaktadırlar.

Kriz sonrası işletmeler için gündem konusu çoğunlukla öğrenme ve süreci değerlendirme faaliyetleri olmaktadır. Bu aşamada işletme, itibar onarımına başlamalı ya da başladıysa bunu devam ettirmelidir. Kriz yöneticileri, çalışanları ve paydaşları arasında güven kaybı yaşamamak için önceden söz verdiği tüm ek bilgileri öğrenir öğrenmez paylaşmalıdır. Kriz bu evrede yöneticiler için bir öğrenme deneyimi olmalıdır. Bu süreçte neyin işe yaradığı ve hangi konularda iyileştirme yapılması gerektiği değerlendirilmelidir (Coombs, 2007: 10). Yüce (2020) yaptığı “ Afet ve Acil Durum Kurumlarında Öğrenen Örgüt Kültürü ve Kriz Yönetimi İlişkisi: Edirne İli Örneği” isimli çalışmasında, afet ve acil durumlarda kurumların öğrenen örgüt yaklaşımları ile kriz yönetim becerileri arasında kısmen bir ilişki olduğu ve liderlerin kriz yönetim becerilerini sürekli öğrenme ile geliştirebileceklerini, böylelikle gelecek afetlere hazırlıklı olunabileceği sonucuna varılmıştır.

Tutar (2007)'a göre, kriz sonrası, krizin etkilerini azaltmak için yapılabilecek yönetim faaliyetleri şu şekilde sıralanmıştır (akt. Atabay, 2019: 23):

- Tüm personeli kapsayacak şekilde bir eğitim planı hazırlanmalı ve personel eğitim konusunda desteklenmelidir.
- Kriz yöneticilerini geliştirici programlar oluşturulmalıdır.

- Personel başarısı doğrultusunda ödüllendirilmeli veya takdir edilmelidir.
- Çalışanların yeni beceriler geliştirerek, bu becerilerini kullanabilme imkanı sunulmalıdır.
- İşletmenin uzun dönemli misyon ve vizyonları belirlenmelidir.
- Kriz süreci ile alakalı kriz yönetim ekibi tarafından genel bir değerlendirme yapılmalıdır.

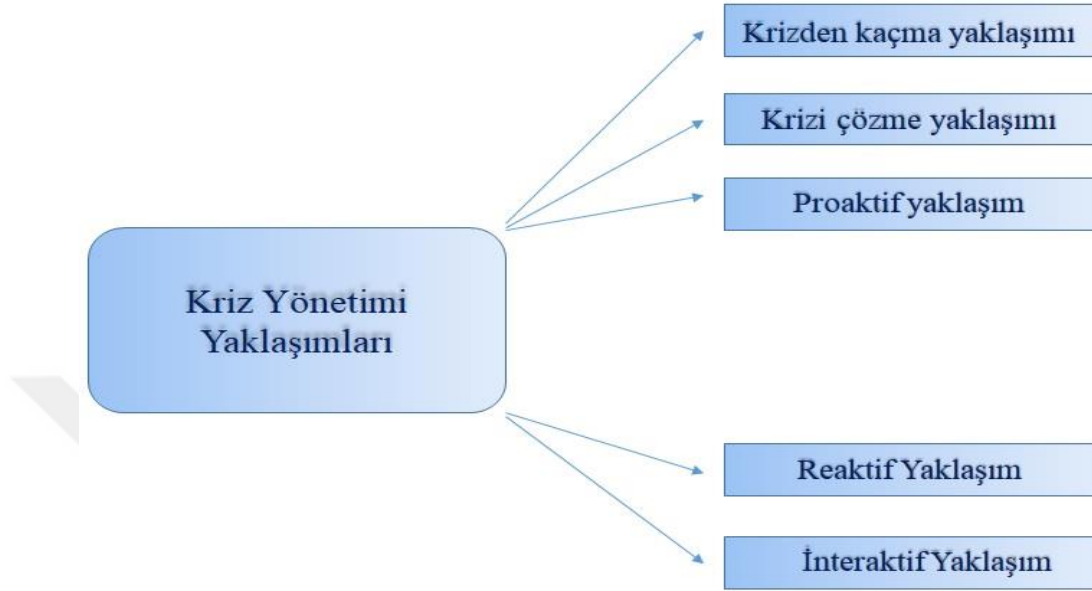
3.3. Kriz Yönetiminin Amaçları

İşletmelerin öncelikli amacı faaliyetlerinde başarı sağlayarak ayakta kalabilmek ve varlığını sürdürebilmektir. Bu amaca ulaşabilmek için tüm işletmeler her duruma karşın farklı yönetim mekanizmalarını kullanmaktadır. Fakat faaliyete geçildiğinde işletmelerin problemlerle karşılaşması, faaliyetlerinde aksaklık yaşaması, ilerleyişin rutininden çıkarak olağanüstü bir hal alması gibi durumlar olasılıklar arasında yer almaktadır. Bu tarz durumlar ise belirsizliklere sebebiyet vermekte, krizlere neden olmakta ve işletmeler için olağan yönetim süreçlerine ek olarak olağandışı tedbirler aldrabilen ve hızlı cevap verebilme gibi öncelikli planlamalar içeren kriz yönetimi devreye girmektedir (Gülgün, 2011: 19-20). Kriz yönetiminin amacı, yöneticilere krizi tanımlamaları ve değerlendirmeleri için zaman vermek, krizden kaçış planlarını geliştirmek adına yöntemler sunmak, olası krizlere karşı her daim hazır olmak ve kriz yönetiminde gerekli olan yetenekleri yöneticilere kazandırmaktır (Şahin vd., 2015: 2299). Kriz yönetiminin diğer amaçları arasında, işletmeyi kriz meydana gelmeden krize hazır hale getirmek, yöneticilerin kriz öncesinde uyarı sinyallerini algılayabilmesini, tanımlayabilmesini ve yönetebilmesini sağlamak, krizden kaçma becerisini kazandırmak gibi krizi fırsata çevirebilme becerisini de kazandırmak vardır (Atabay, 2019: 18-19). Tutar (2004)' a göre, kriz yönetiminin amacı işletmenin temel amaçlarına başarıyla ulaşabilmesi için en olumsuz durumlarda bile kendisini hızlı şekilde toparlayabilen ve az hasarla bu ortamdan kurtulabilen işletmeler meydana getirmektir (akt. Koyuncu, 2019: 3).

3.4. Kriz Yönetimi Yaklaşımları

Krizin önlenbilmesi için işletmeler, krizin oluşumuna, şiddetine göre farklı yaklaşımlardan ilerleyerek bir kriz yönetimi sergileyebilmektedir. Bu yaklaşımlar ise literatürde krizden kaçma, krizi çözme, proaktif (etkici), reaktif (tepkici) ve interaktif

(etkileşimli) yaklaşım olarak sıralanmaktadır (Şahin vd., 2015: 2300; Erdinç, 2018: 20). Şekil 2.1, kriz yönetiminde uygulanabilecek bu beş yaklaşımı göstermektedir.



Şekil 2.1. Kriz Yönetimi Yaklaşımları (Şahin vd., 2015: 2300)

3.4.1. Krizden Kaçma Yaklaşımları

Yönetimde krizden kaçma yaklaşımı, meydana gelebilecek olumsuz durumlardan kaçınma veya bu olumsuzlukların etkisini hafifletmeye yönelik alınan önlemleri oluşturmaktadır. Krizler işletmeler için birer fırsat veya tehlike olabilmektedir. Tehlike açığa çıkaracak krizlerin önlenmesinde kaçış yaklaşımı etkili olabilmekte, işletmenin varlığını, statüsünü koruyabilmektedir. Fakat, bir kriz işletme için fırsat yaratacaksa bu krizden kaçmak fırsatların değerlendirilememesine, dolayısı ile işletmenin büyümesine engel teşkil edebilmektedir. Krizden kaçma, fırsat yaratacak krizler için yönetimde etkili bir yaklaşım değildir (Atabay, 2019: 19).

Bu yaklaşımda, kriz öncesi iç ve dış çevreyi daima takip etmek, geleceğe dair öngörü ve karar mekanizmalarını geliştirmek yüksek derecede önem taşımaktadır. Çünkü, krizden kaçma yaklaşımı oluşabilecek krizlerin tahmin edilmesiyle bağlantılıdır. Milburn (1983), çalışmasında sorunları tespit etmek, etkili çözümler üretilebilmek, kolay, esnek ve dinamik bir şirket yapısının oluşturulmasını sağlamak, özellikle de erken uyarı sinyallerini yakalamak bu yaklaşım için gerekli ön koşullar olduğunu söylemiştir (akt. Şahin vd., 2015: 2301).

3.4.2. Krizi Çözme Yaklaşımı

Krizi çözme yaklaşımı, kriz öncesinde erken uyarı sinyallerinin fark edilmesine ve kriz meydana geldiğinde de ivedi şekilde çözümlenmesi adına harekete geçilmesine bağlıdır. Bu yaklaşımda, krizin doğru algılanması, doğru tanımlanması ve yönetimin soğukkanlılığını koruyarak kontrollü hareket etmesi önem taşımaktadır (Erdinç, 2018: 21; Atabay, 2019: 19). Ayrıca krize dair kaynakların da ayrıntılı tespitinin yapılması gerekmektedir. Milburn (1983)' e göre, işletmeler kriz anlarında başarı sağlamak için aşağıdaki kriterleri dikkate almalıdır (akt. Şahin vd., 2015: 2301):

- ✓ Krizin, fırsatları da beraberinde getirebileceği dikkate alınmalıdır.
- ✓ Rekabet ve krizden korunma stratejileri belirlenmelidir.
- ✓ İşletmenin güçlü olduğu yönleri analiz edilmeli ve bu yönde stratejiler geliştirilmelidir.
- ✓ Çalışanlar krize karşı motive edilmelidir.
- ✓ Uzun vadeli yatırımlardan kaçınılmalıdır. Kısa vadede yüksek getiri sağlayabilecek yatırımlara öncelik verilmelidir.
- ✓ Liyakat anlayışına uygun personel alımı yapılmalı ve personelin kendini gösterebilmesine olanak sağlayacak görevler verilmelidir.
- ✓ İç ve dış müşterilerin memnuniyetleri esas alınmalıdır.
- ✓ Maliyetler düşürülmeli, iç tasarruflara dikkat edilmelidir.

3.4.3. Proaktif (Etkici) Yaklaşım

Proaktif yaklaşım etkili yaklaşım, koruyucu yaklaşım olarak da bilinmektedir. Bu koruyucu yaklaşım, kriz henüz meydana gelmeden uygulanmaya başlamakta ve karşılaşılabilecek her krize karşı alternatif çözümler getirmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca krizin kaynağına odaklanan ve bu kaynağı yok etmeye çalışan bir yaklaşım olmaktadır. Proaktif yaklaşımın işletmelere uyarlanabilmesi için, oluşabilecek krizler hakkında doğru ve yeterli bilgi verilmesi, risklerin belirlenmesi, erken uyarı sistemlerinin kurulması, önleyici planların oluşturulması ve kriz ekibinin oluşturulması gerekmektedir (Şahin vd.; 2015: 2301; Erdinç, 2018: 20).

3.4.4. Reaktif (Tepkici) Yaklaşım

Beklenmedik, küçük çaplı ve kısa vadeli krizlerin üstesinden gelmek amacı ile kullanıldığında başarılı olsa da, büyük çaplı ve orta/uzun vadeli krizlerle baş etmede başarısız olan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda işletmeler, krizlere hazırlıklı değildir ve

krizle mücadelede sınırlı olanaklara sahiptir. Krize hazırlıklı olmayan işletmeler, acil ve agresif kararlar alarak harekete geçmektedirler. Alınan bu kararların çoğunluğunu ise küçülmeler, maaş kesintileri, bazı bölümlerin kapatılması, ücretsiz izinler, ek hizmetlerde kısıtlamalar ve işten çıkarmalar oluşturmaktadır. Bu yaklaşım, diğerlerinin arasında uygulanan en riskli kriz yönetimi yaklaşımıdır. Çünkü, iç ve dış müşterilerin alınan kararlar doğrultusunda işletmeye karşı güven ve bağlılık duygularında azalma yaşanabilmekte, tasfiyeyi krizden kaçınma olarak kullanabilmektedir.

3.4.5. İnteraktif (Etkileşimli) Yaklaşım

İnteraktif yaklaşım etkileşimli, bütünleşik yaklaşım olarak da bilinmektedir. Kriz sürecini, öncesinde, kriz anında ve kriz sonrasında değerlendirebilen bir yaklaşımdır. Bu yaklaşımda işletmenin varlığını koruyacak kalıcı bir iletişim ve bilgi akışı sağlanmakta ve krize karşı ortak bir politika belirlenmektedir (Şahin vd., 2015: 2302).



4. PANDEMİ DÖNEMİNDE ÖZEL HASTANELERDE KRİZ YÖNETİMİ FAALİYETLERİ KONUSUNDA ÇALIŞAN ALGILARI: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

Bu bölümde ilgili araştırmanın konusu, amacı, araştırmada kullanılan yöntemler, evren ve özellikleri ile araştırmanın sınırlılıkları, hipotezleri ve verilerin analizi ile birlikte elde edilen bulgular açıklanmıştır.

4.1. Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu pandemik hastalıkların meydana geldiği bir süreçte hastane yöneticileri tarafından uygulanan kriz yönetimi faaliyetleri hakkında çalışan algılarının incelenmesidir.

4.2. Araştırmanın Amacı

Geçmiş tarihlerden günümüze kadar salgın hastalıklar insanlık için önemli sorunlara neden olmuştur. Salgın hastalıklara karşı ilaç ve aşı yöntemleri geliştirilmiş olsa da bunlar tamamen yok edilmesi için yeterli olmamıştır. Ülke genelinde bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilebilmesi için öncelikle iyi bir sağlık sisteminin bulunması, alanında uzman personel yetiştirilmesi, yeterli bir sağlık altyapısına sahip olunması ve elde bulunan tüm bu kaynakların etkin bir şekilde tahsis edilmesi gerekmektedir. Salgın hastalıklar hastanelerde kitlesel başvuruya yol açmakta; bundan dolayı sağlık hizmetleri talebinde olağan dışı artış yaşanmaktadır.

Sağlık talebine olan bu artışlara rağmen hastanelerin kıt kaynaklara sahip olması(personel, ilaç ve sarf malzeme, koruyucu ekipman, dekontaminasyon odaları, hasta yatakları vs.) kurumların yükünü ve sorumluluklarını artırmak ile birlikte; sürdürülebilirliğini de devam ettirebilmesi için kriz yönetimini gerekli kılmaktadır. Tüm dünyayı etkisi altına alan pandemi krizleri, hastane yöneticilerinin daha dinamik olması gerektiğini, hastane yönetimlerinin pandemi sürecine hazırlıklı olması gerektiğini ve bu süreçte tüm departmanların ve personelin daha koordineli ve motivevi çalıştırılması gerektiğini bizlere göstermektedir.

Araştırmanın amacı, pandemi döneminde Ankara’ da bulunan özel hastanelerde kriz yönetimi faaliyetlerine ilişkin çalışan algılarının, cinsiyete, yaşa, medeni duruma, eğitime, tecrübeye ve sahip olduğu mesleğe göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlık çalışanı

algılarında en fazla farklılığın hangi gruplarda görüldüğü ve hangi gruplarda anlamlı ilişki bulunduğu yönünde bilgilendirme yapılacaktır.

4.3. Araştırmanın Önemi

Pandemi dönemleri ile ilgili araştırmada, elde edilen verilerin değerlendirilmesi ile ortaya çıkan sonuçların, gelecek pandemi krizleri için yapılacak çalışmalara ilham ve kaynak oluşturması, bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı olması; ayrıca sağlık kurumlarının kriz yönetiminde en uygun stratejileri belirlemesinde yol gösterici olması adına önem arz etmektedir. Bu çalışmanın, sağlık sektöründe pandemi döneminde kriz yönetimine ilişkin ilk çalışma örneği olduğu söylenebilir.

4.4. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma kapsamında yapılan araştırmaların yöntemini araştırmada elde edilen teorik bilgiler ile sahadan anket aracılığı ile toplanılan verilerin analiz sonuçları oluşturmuştur. Araştırmada, bilimsel tez ve makalelerden, kitaplardan ve yayınlanmış diğer dokümanlardan faydalanmak ile beraber; uygulamalı olarak da anket yöntemi kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ve anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Hastane yönetim kadroları ile yüz yüze, sağlık çalışanları ile Covid-19 pandemisinden dolayı Google Anket Form paylaşılarak araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın anketi 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcının demografik ve kişisel bilgilerini içermekte ve toplam 6 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm Kriz Yönetimi Ölçeğidir. Ölçek, (Çalışkan, A. 2020) tarafından geliştirilmiştir. Kriz öncesi faaliyetler, kriz esnası faaliyetler ve kriz sonrası faaliyetler olmak üzere 3 boyuttan, toplam 23 maddeden oluşmaktadır. Bu araştırmada ise, kriz öncesi ve kriz esnası faaliyetler olmak üzere 2 boyut kullanılmıştır. Toplam 19 maddeden oluşmuştur. İlgili maddeler şu şekildedir:

M1: Kurumumuz yöneticileri kriz yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahiptir.

M2: Kurumumuzda krizler, kriz yönetim ekibiyle yönetilir.

M3: Kurumumuzda krizi başarı ile yönetebilecek tecrübeli personel mevcuttur.

M4: Kriz yönetim ekibinin rol, sorumluluk ve hedefleri açık bir şekilde belirlidir.

M5: Kriz yönetimini kolaylaştırabilmek için kriz senaryolarımız mevcuttur.

M6: Kriz senaryoları hazırlanırken tüm bireylerin katkısı sağlanır.

- M7: Kriz öncesinde olası senaryolar için tatbikatlar yapılmaktadır.
- M8: Kriz planı, hangi krize karşı ne tür tedbir almamız gerektiğini ortaya koyar.
- M9: Kriz planımızın olması, kriz anında yaşanacak belirsizliği azaltmaktadır.
- M10: Kriz esnasında, tüm paydaşların görüş/şikayetleri dikkate alınır.
- M11: Kriz esnasında, tüm karar verme süreçlerinde kullanılan sistematik bir yöntem vardır.
- M12: Kriz esnasında, iyi organize olan fonksiyonel ekiplerimiz vardır.
- M13: Kriz esnasında, olay/vaka raporlama mekanizması vardır.
- M14: Kriz esnasında, karşılaşılabileceğimiz vakalar için hızlı bir müdahale süreci vardır.
- M15: Kriz esnasında, çalışanlarımızı iyileştirme/koruma planları geliştirilmiş ve etkin bir şekilde uygulanmaktadır.
- M16: Kriz esnasında, etkin bir kurum içi/dışı haberleşme sistemimiz vardır.
- M17: Kriz esnasında, işin yapılması için her türlü donanım/teçhizat temin edilmektedir.
- M18: Kriz esnasında, bilgi ve becerilerimizi kullanma fırsatı sağlanmaktadır.
- M19: Kriz esnasında, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik her türlü tedbir alınmaktadır.

Geliştirilen ölçekte yanıtlar 5'li likert tipinde hazırlanmıştır. (1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum). Ölçeğin yapısal geçerliliğe sahip olup olmadığının belirlenmesi için keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanılmıştır. Cronbach Alfa katsayısının 0.70' den büyük olması ölçeğin yüksek seviyede güvenilir olduğu anlamını verir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.97 çıkmıştır ve yüksek seviyede güvenilir olduğunu göstermiştir. Bu araştırmada betimsel, ilişkisel (korelasyonel) tarama modelleri kullanılmıştır. Betimsel araştırma modeli, ilgilenilen ve araştırılmak istenilen problemin mevcut durumunu ortaya koymaya yöneliktir. Bu modelin en önemli özelliği, mevcut durumu var olan koşullar içerisinde ve olduğu gibi çalışmaktır (Erişim Adresi: <https://acikders.ankara.edu.tr> , Erişim Tarihi: 27.07.2022). Betimsel tarama modeli toplumları, kurum yapılarını, olayların işleyişini tanımlamak

için kullanılmaktadır (Aybek ve Aslan, 2017: 460). Bu araştırmada da Ankara ilinde bulunan özel hastane çalışan algıları çeşitli değişkenler açısından incelenmiştir. İlişkisel (korelasyonel) araştırma modeli, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin herhangi bir şekilde bu değişkenlere müdahale edilmeden incelendiği araştırmalardır. Bu modelde değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişme varsa nasıl olduğu saptanmaya çalışılır (Bahtiyar ve Can, 2016: 50). Bu araştırmada da Ankara ilinde bulunan özel hastane çalışan algılarında değişkenlere göre anlamlı farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

4.5. Araştırmanın Evreni ve Özellikleri

Araştırma evrenini Ankara ilinde bulunan özel hastanelerin başhekim/başhekim yardımcısı, hastane müdürü/hastane müdür yardımcısı olmak üzere yönetim kadroları ile uzman/uzman yardımcısı, hekim, hemşire, hasta danışmanı, sağlık hizmetinin yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında odyolog, ebe, laboratuvar teknisyeni, radyoloji teknisyeni olarak destek sağlayan yardımcı personel ve temizlik, güvenlik, vale, kurye ve teknik servisten sorumlu destek personel olmak üzere diğer sağlık çalışanlarını oluşturmaktadır. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan listeye göre, Ankara'da toplam 37 adet özel hastane bulunmaktadır. Araştırmanın, Covid-19 pandemi süreci zamanında gerçekleşmesi ile hastane yönetimlerinin gizliliğe önem vermesi ve personel sayılarını paylaşmaması dolayısı ile evren sayısı bulunamamıştır. Araştırma örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısı bilinemediğinden $n = ((t_{1-\alpha})^2(pq))/d^2$ formülü ile hesaplanmıştır (MEB, 2011: 8).

n = Saptanacak optimum örneklem büyüklüğünü ifade eder.

$(t_{1-\alpha})^2$ = t-tablosundan, belirli güven düzeyinde (genellikle %95) sonsuzluk serbestlik derecesindeki değer. (%95 için t-tablo değeri 1,96)

p = Olayın görülme boyutu

q = $(1-p)$ incelen olayın görülme boyutu

Bu evren için, %90 güven aralığındaki sonsuzluk serbestlik derecesi 1,645 değeri için 0,05 örnekleme hatası için bir olayın görülme olasılığı 0.5 (p) olarak alındığında örneklem büyüklüğü (n) 270 olarak elde edilmiştir. Araştırma için yönlendirilen anketlere, 271 kişi katılım sağlamıştır.

4.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı, araştırmanın özel-kamu tüm sağlık hastanelerini kapsamaması, yalnızca Ankara ilinde bulunan özel hastaneleri kapsamasıdır. Evrende bulunan tüm sağlık çalışanlarına ulaşılması mümkün olmadığından ve ulaşılabilen hastanelerden gerekli izinler alınamadığından; araştırmanın sınırlılıkları, araştırmaya katılım sağlamak isteyen kurum yöneticileri ve sağlık personeli örneklem olarak alınmıştır. Araştırmanın sonuçları, Covid-19 pandemi süreci, yapıldığı zaman, anket sorularının ifade ve temsil ettiği konular ile sınırlıdır.

4.7. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmanın ana problemi aşağıdaki gibi geliştirilmiştir:

“Pandemi döneminde özel hastanelerde kriz yönetimi faaliyetlerine ilişkin çalışan algılarında demografik özelliklere göre anlamlı farklılık vardır”

Alt hipotezler;

H1: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H2: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında medeni duruma göre anlamlı farklılık vardır.

H3: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır.

H4: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H5: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında mesleki tecrübe süresine göre anlamlı farklılık vardır.

H6: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında hastanedeki görevine göre anlamlı farklılık vardır.

H7: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.

H8: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında medeni duruma göre anlamlı farklılık vardır.

H9: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır.

H10: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında yaşa göre anlamlı farklılık vardır.

H11: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında mesleki tecrübe süresine göre anlamlı farklılık vardır.

H12: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında hastanedeki görevine göre anlamlı farklılık vardır.

4.8. Araştırmanın Analizleri

Veri analizi için SPSS 22 programı kullanılmıştır. Demografik değişkenlere ilişkin frekans ve yüzde dağılımı ile ölçek puanlarına ilişkin betimsel istatistikler veri analizinden önce gösterilmektedir. İstatiksel analizlerde ise gruplar arasında ölçekten elde edilen puanların karşılaştırılmasında eğer bağımsız değişken iki kategorili ise bağımsız gruplar t testi, üç veya daha fazla kategoriye sahipse tek yönlü varyans analiz (ANOVA) yöntemleri kullanılmıştır. Bu yöntemler parametrik yöntemlerdir. Bu yöntemler için temel varsayımlar puanlar normal dağılması gerekmektedir, bunun yanı sıra veri sayısının bağımsız değişkenin her kategorisinde yeterli büyüklükte ($N > 30$) olmalıdır. Normal dağılım için çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılmıştır. Çarpıklık ve basıklık değerleri ± 1 arasında ise sürekli olan puanlar (ölçek puanları) normal dağılmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2013). ANOVA için anlamlı farklılık çıkan değişkenlerde farklılığın hangi gruplar arasında olduğu ise, ikili olarak grupları karşılaştıran çoklu karşılaştırma yöntemleri ile incelenmiş ve LSD yöntemi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki için ise, Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. İstatiksel analizler 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında test edilmiştir.

	Cronbach Alfa	Madde Sayısı
Kriz Ölçeği	0,971	19
Kriz Öncesi	0,935	9
Kriz Esnası	0,959	10

Tablo 3.1. Kriz Yönetimi Ölçeği Güvenilirlik Tablosu

Kriz yönetimi ölçeğine ilişkin güvenilirlikte Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Kriz yönetimi ölçeği için güvenilirlik katsayısı 0.971, kriz öncesi alt

boyutu için güvenilirlik katsayısı 0.935, kriz esnası alt boyutu için güvenilirlik katsayısı ise 0.959 olarak elde edilmiştir. Görüldüğü üzere kriz yönetimi ölçeği ve alt boyutları yüksek güvenilirliğe sahiptir.

4.8.1. Araştırmanın Bulguları

Araştırmaya toplamda 271 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin demografik değişkenlere göre frekans ve yüzde dağılımları Tablo 3.2’ de gösterilmiştir.

Değişkenler	Grup	Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	171	63,1
	Erkek	100	36,9
Medeni Durum	Bekâr	130	48
	Evli	126	46,5
	Dul	3	1,1
	Boşanmış	12	4,4
Eğitim	İlköğretim	9	3,3
	Lise	43	15,9
	Ön lisans	61	22,5
	Lisans	114	42,1
	Lisansüstü	44	16,2
Tecrübe	5 yıla kadar	90	33,2
	5-10 yıl	91	33,6
	10 yıl üstü	90	33,2
Görev	Destek personel	27	10
	Hasta danışmanı	58	21,4
	Hastane yöneticisi	24	8,9
	Hekim	19	7
	Hemşire	48	17,7
	Uzman	31	11,4
	Yardımcı Personel	26	9,6
	Diğer	38	14
Toplam		271	100

Tablo 3.2. Demografik Değişkenlere Göre Dağılım

Araştırmada katılan kişilerin %63,1’i kadın, %36,9’u erkektir. Bu katılımcılardan %48’i evli, %46,5’i bekar, %4,4’ü boşanmış ve %1,1’i ise duldur. Eğitim durumuna göre dağılım sırasıyla; lisans (%42,1), ön lisans (%22,5), lisansüstü (%16,2), lise (%15,9) ve ilköğretim (%3,3) olarak elde edilmiştir. Tecrübeye göre incelendiğinde ise katılımcıların %33,6’sı 5-10 yıl, %33,2’si 5 yıla kadar ve %33,2’si 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip olduğu görülmüştür. Son olarak görevlerine göre dağılım sırasıyla; hasta danışmanı (%21,4), hemşire (%17,7), uzman (%11,4), destek personel

(%10), yardımcı personel (%9,6), hastane yöneticileri (%8,9) ve hekim (%7) olarak elde edilmiş olup, %14 ise diğer görevlerde çalıştığını belirtmiştir.

Ölçek Puanları	En Küçük	En Büyük	Ort	ss	Çarpıklık	Basıklık
Kriz Öncesi	1	5	4,04	0,85	-0,819	0,393
Kriz Esnası	1	5	4,02	0,90	-0,942	0,618
Toplam	1	5	4,03	0,85	-0,84	0,403

Tablo 3.3. Ölçek Puanlarına İlişkin Betimsel İstatistikler

Kriz yönetimi ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin betimleyici istatistikler ise Tablo 3.3’ te gösterilmektedir. Bu tabloda her bir ifade için en küçük ve en büyük puan, ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerlerine yer verilmiştir. Kriz yönetimi ölçeği iki boyuttan oluşmakta ve maddelerin toplanarak ortalamasının alınmasıyla ölçek puanları elde edilmektedir. Kriz yönetimi ölçeği ve alt boyutları 1-5 arasında değişmektedir. 1 verilen en küçük puan, 5 ise verilen en büyük puandır. Ajiwibawani, Harti ve Subroto (2017) ölçek ifadelerine yönelik ortalama değer aralıklarını şu şekilde sınıflandırarak yorumlamıştır (akt. Tombak, 2020: 88):

- 1,00-1,179 aralığında çok düşük;
- 1,80-2,59 aralığında düşük;
- 2,60-3,39 aralığında orta;
- 3,40-4,19 aralığında yüksek;
- 4,20-5,00 aralığında çok yüksek düzeyli

Kriz ölçeği toplam puanlar için ortalama 4.03, kriz öncesi için ortalama 4.04 ve kriz esnası için ortalama 4.02 olarak elde edilmiştir. Katılımcılar ortalama değerlerine göre kriz öncesi ve kriz esnası faaliyetlere ilişkin cevaplarda yüksek oranda katılıyorum eğiliminde olmuşlardır. Kriz yönetimi ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin veri normalliği göstergesi olan basıklık ve çarpıklık değerleri ise ± 1 arasındadır ve ölçek puanları normal dağılmaktadır.

Maddeler (Açıklama)	Ortalama	Ss
M1 (Kurumumuz yöneticileri kriz yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahiptir.)	4,04	1,00
M2 (Kurumumuzda krizler, kriz yönetim ekibiyle yönetilir.)	4,05	1,06
M3 (Kurumumuzda krizi başarı ile yönetebilecek tecrübeli personel mevcuttur.)	4,03	1,03
M4 (Kriz yönetim ekibinin rol, sorumluluk ve hedefleri açık bir şekilde belirlidir.)	4,10	0,98
M5 (Kriz yönetimini kolaylaştırabilmek için kriz senaryolarımız mevcuttur.)	3,96	1,10
M6 (Kriz senaryoları hazırlanırken tüm bireylerin katkısı sağlanır.)	3,69	1,21
M7 (Kriz öncesinde olası senaryolar için tatbikatlar yapılmaktadır.)	3,84	1,14
M8 (Kriz planı, hangi krize karşı ne tür tedbir almamız gerektiğini ortaya koyar.)	4,29	0,95
M9 (Kriz planımızın olması, kriz anında yaşanacak belirsizliği azaltmaktadır.)	4,36	0,89
M10 (Kriz esnasında, tüm paydaşların görüş/şikayetleri dikkate alınır.)	3,86	1,16
M11 (Kriz esnasında, tüm karar verme süreçlerinde kullanılan sistematik bir yöntem vardır.)	3,92	1,08
M12 (Kriz esnasında, iyi organize olan fonksiyonel ekiplerimiz vardır.)	3,97	1,10
M13 (Kriz esnasında, olay/vaka raporlama mekanizması vardır.)	4,03	1,02
M14 (Kriz esnasında, karşılaşılabileceğimiz vakalar için hızlı bir müdahale süreci vardır.)	4,03	1,02
M15 (Kriz esnasında, çalışanlarımızı iyileştirme/koruma planları geliştirilmiş ve etkin bir şekilde uygulanmaktadır.)	3,93	1,10
M16 (Kriz esnasında, etkin bir kurum içi/dışı haberleşme sistemimiz vardır.)	4,15	0,99
M17 (Kriz esnasında, işin yapılması için her türlü donanım/teçhizat temin edilmektedir.)	4,09	1,01
M18 (Kriz esnasında, bilgi ve becerilerimizi kullanma fırsatı sağlanmaktadır.)	4,04	1,06
M19 (Kriz esnasında, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik her türlü tedbir alınmaktadır.)	4,18	0,99

Tablo 3.4. Maddelere Göre Betimsel İstatistik

Her bir maddeye ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3.4’ te gösterilmiştir. Buna göre katılma ortalamasının çok yüksek düzeyde olduğu madde, kriz öncesi faaliyetler alt boyutunda yer alan 4,36 ortalamaya sahip “ Kriz planı, hangi krize karşı ne tür tedbir almamız gerektiğini ortaya koyar” ile 4,29 ortalamaya sahip “ Kriz planımızın olması, kriz anında yaşanacak belirsizliği azaltmaktadır” maddeleri olmuştur. Katılımcılar en yüksek düzeyde 8 ve 9. maddeye katılıyorum cevabını vermişlerdir. Tabloda ortalaması en düşük olan madde ise 3,69 ortalama puanı ile 6. maddedir. Katılımcıların kendilerine yöneltilen “ Kriz senaryoları hazırlanırken tüm

bireylerin katkısı sağlanır” maddesi katılma ortalamasının yüksek olduğu maddedir; fakat diğer maddelere nazaran en düşük ortalamaya sahip olmuştur. Buna göre katılımcıların 6. maddeye daha kararsız yaklaşmış oldukları anlaşılmıştır. Verilen cevapların ortalamasına genel olarak bakıldığında ise, katılımcıların yöneltilen maddelere katılma eğiliminde olduğu görülmektedir.

4.8.2. Hipotezlerin Testi

H1: “Cinsiyete göre kriz öncesi ve kriz anı alt boyutlarına ilişkin puanlar arasında anlamlı farklılık vardır” hipotezi ile H7: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi birlikte incelendiğinde, cinsiyete göre kriz ölçeği toplam puanı ile kriz öncesi ve kriz esnası alt boyutlarına ilişkin puanların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi parametrik testi kullanılmıştır. Bu yöntem için temel varsayımlar puanların normal dağılması ile bağımsız değişkenin iki kategori olmasıdır. Ayrıca her bir kategoride örneklem büyüklüğünün yeterli ($N > 30$) büyüklükte olması gerekmektedir.

Ölçek Puanları	Cinsiyet	N	Ortalama	ss	t	Sd	P
Kriz Önce	Kadın	171	4,03	0,88	-0,335	269	0,738
	Erkek	100	4,06	0,80			
Kriz Esnası	Kadın	171	3,98	0,94	-0,995	269	0,321
	Erkek	100	4,09	0,83			
Toplam	Kadın	171	4,00	0,89	-0,712	269	0,477
	Erkek	100	4,08	0,79			

Tablo 3.5. Cinsiyete Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar T Testi Tablosu

Cinsiyete göre katılımcıların kriz ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t_{(269)} = -0.712$, $p > .05$). Kadın ve erkeklerin kriz ölçeği toplam puanları benzerdir. Katılımcılar kriz öncesi ve kriz esnası faaliyetlere ilişkin ifadelerinde yüksek oranda katılıyorum eğiliminde olmuşlardır. Cinsiyet farklılığı algılarda bir değişiklik yaratmamıştır. Cinsiyete göre katılımcıların kriz öncesi alt boyutuna ilişkin puanları arasında anlamlı farklılık yoktur ($t_{(269)} = -0.335$, $p > .05$). Kadın ve erkeklerin kriz öncesi alt boyutuna ilişkin puanları benzerdir. Cinsiyete göre katılımcıların kriz esnası alt boyutuna ilişkin puanlar arasında anlamlı farklılık yoktur ($t_{(269)} = -0.995$, $p > .05$). Kadın ve erkeklerin kriz esnası puanları benzerdir. Bu bulgulara göre,

H1: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H7: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H2: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında medeni duruma göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi ile H8: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında medeni duruma göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi birlikte incelendiğinde, medeni duruma göre kriz ölçeği toplam puanı ile kriz öncesi ve kriz esnası alt boyutlarına ilişkin puanların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Medeni durum değişkeni için dul ve boşanmış kategorilerinde veri sayısı az ($N < 15$) olduğu için bu karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Ölçek Puanları	Medeni Durum	N	Ortalama	ss	T	Sd	P
Kriz Önce	Bekar	130	3,97	0,83	-0,935	254	0,351
	Evli	126	4,07	0,89			
Kriz Esnası	Bekar	130	3,94	0,95	-1,258	254	0,209
	Evli	126	4,08	0,88			
Toplam	Bekar	130	3,95	0,87	-1,142	254	0,254
	Evli	126	4,08	0,86			

Tablo 3.6. Medeni Duruma Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında Bağımsız Gruplar T Testi Tablosu

Medeni duruma göre katılımcıların kriz toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t_{(269)} = -1.142$, $p > .05$). Evli ve bekarların kriz ölçeği toplam puanları benzerdir. Katılımcılar kriz öncesi ve kriz esnası faaliyetlere ilişkin ifadelerinde yüksek oranda katılıyorum eğiliminde olmuşlardır. Bekar veya evli olma durumu algılarda herhangi bir anlamlı farklılığa neden olmamıştır. Medeni duruma göre katılımcıların kriz öncesi alt boyutuna ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t_{(254)} = -0.935$, $p > .05$). Kadın ve erkeklerin kriz öncesi alt boyutuna ilişkin puanları benzerdir. Medeni duruma göre katılımcıların kriz esnası alt boyutuna ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($t_{(254)} = -1.238$, $p > .05$). Evli ve bekar katılımcıların kriz anı alt boyutuna ilişkin puanları benzerdir. Bu bulgulara göre,

H2: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında medeni duruma göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H8: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında medeni duruma göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H3: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi ile H9: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi birlikte incelendiğinde, eğitim düzeyine göre katılımcıların kriz yönetimi ölçeği kriz öncesi ve kriz anı alt boyutlarına ilişkin puanların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analiz (ANOVA) parametrik yöntemi kullanılmıştır. İlköğretim eğitim seviyesinde veri az (N=8) olduğu için bu analize dahil edilmemiştir.

Ölçek Puanları	Eğitim	N	Ortalama	Ss	F	P
Kriz Öncesi	Lise	43	4,07	0,85	2,144	0,095
	Önlisans	61	3,89	0,88		
	Lisans	114	3,97	0,82		
	Lisansüstü	44	4,29	0,86		
Kriz Esnası	Lise	43	3,96	1,03	1,889	0,132
	Önlisans	61	3,84	0,95		
	Lisans	114	4,00	0,85		
	Lisansüstü	44	4,26	0,82		
Kriz Toplam	Lise	43	4,01	0,91	2,043	0,108
	Önlisans	61	3,86	0,90		
	Lisans	114	3,99	0,82		
	Lisansüstü	44	4,28	0,80		

Tablo 3.7. Eğitim Düzeyine Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında ANOVA Tablosu

Eğitim durumuna göre katılımcıların kriz toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($F_{(3,258)}=2.043$, $p>.05$). Eğitim durumuna göre kriz ölçeği toplam puanları benzerdir. Katılımcılar genel olarak kriz öncesi ve kriz esnası faaliyetlere ilişkin ifadelerinde yüksek oranda katılıyorum eğiliminde olmuşlardır. Katılımcıların kriz öncesi alt boyutuna ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($F_{(3,258)}=2.144$, $p>.05$). Özellikle lisansüstü eğitime sahip bireylerin ifadelerinin diğer eğitim gruplarına göre 4,29 ortalama ile daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumuna göre kriz öncesi alt boyutuna ilişkin puanları benzerdir. Katılımcıların kriz esnası alt boyutuna ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($F_{(3,258)}=1.889$, $p>.05$). Lisansüstü eğitime sahip bireylerin ifadeleri diğer eğitim gruplarına göre 4,26 ortalama ile daha yüksek düzey olduğu tespit edilmiştir. Eğitim seviyesinin yüksek olması kriz öncesi ve kriz

esnası faaliyetlere ilişkin algıları daha yüksek düzeye çıkardığı görülmüştür. Eğitim durumuna göre kriz esnası alt boyutuna ilişkin puanları benzerdir. Bu bulgulara göre,

H3: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H9: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H4: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında yaşa göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi ile H10: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında yaşa göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi birlikte incelendiğinde, katılımcıların yaşları ile kriz ölçeği ve alt boyutları arasında ilişki pearson korelasyon ile incelenmiştir. Korelasyon katsayısı 0.40’dan küçük ise zayıf ilişki, 0.40-0.70 ise orta düzey ve 0.70’den fazla ise yüksek düzeyde ilişki olduğunu göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Boyutlar	Yaş
Kriz Öncesi	0,147*
Kriz Esnası	0,168**
Toplam,	0,163**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tablo 3.8. Ölçek ve Yaş Arasında İlişki Tablosu

Yaş ile kriz öncesi arasında ilişki katsayısı 0.147, kriz esnası ile 0.168 ve kriz ölçeği toplam puan ile 0.163 elde edilmiştir. Buna göre yaş ile kriz ölçeği ve alt boyutları arasında zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı ilişki elde edilmiştir ($p < .05$). Kişilerin yaşları arttıkça kriz ölçeği toplam puanları ile kriz öncesi ve kriz esnası alt boyutlarına ilişkin puanları da artmaktadır. Bu bulgulara göre,

H4: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında yaşa göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi kabul edilmiştir. Katılımcıların yaşları arttıkça kriz öncesi boyuta ilişkin verdikleri puan da artmıştır.

H10: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında yaşa göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi kabul edilmiştir. Katılımcıların yaşları arttıkça kriz esnası boyuta ilişkin verdikleri puan da artmıştır.

H5: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında mesleki tecrübe süresine göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi ile H11: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında mesleki tecrübe süresine göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi birlikte

incelendiğinde, tecrübeye göre katılımcıların kriz yönetimi ölçeği, kriz öncesi ve kriz esnası alt boyutlarına ilişkin puanların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analiz (ANOVA) parametrik yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem için gerekli varsayımlar puanların normal dağılması ile bağımsız değişkenin en az üç kategoriye sahip olup her bir kategoride veri sayısının yeterli ($N>30$) olması gerekmektedir.

Ölçek Puanları	Tecrübe	N	Ortalama	ss	F	P
Kriz Öncesi	5 yıla kadar	90	3,97	0,94	1,772	0,172
	5-10 yıl	91	3,97	0,73		
	10 yıl üstü	90	4,18	0,85		
Kriz Esnası	5 yıla kadar	90	3,96	0,99	0,916	0,401
	5-10 yıl	91	3,98	0,82		
	10 yıl üstü	90	4,13	0,89		
Toplam	5 yıla kadar	90	3,96	0,94	1,345	0,262
	5-10 yıl	91	3,98	0,75		
	10 yıl üstü	90	4,15	0,85		

Tablo 3.9. Tecrübeye Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında ANOVA Tablosu

Tecrübeye göre katılımcıların kriz toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($F_{(2,268)}=1.345$, $p>.05$). Tecrübeye göre kriz ölçeği toplam puanları benzerdir. Katılımcılar genel olarak kriz öncesi ve kriz esnası faaliyetlere ilişkin ifadelerinde yüksek oranda katılıyorum eğiliminde olmuşlardır. Tecrübe, kriz öncesi ve esnası uygulanan faaliyetlere ilişkin algılarda anlamlı bir farklılığa neden olmamıştır. Tecrübeye göre katılımcıların kriz öncesi alt boyutuna ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($F_{(2,268)}=1.772$, $p>.05$). Tecrübeye göre kriz öncesi alt boyutuna ilişkin puanları benzerdir. Tecrübeye göre katılımcıların kriz esnası alt boyutuna ilişkin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($F_{(2,268)}=0.916$, $p>.05$). Tecrübeye göre kriz esnası alt boyutuna ilişkin puanları benzerdir. Bu bulgulara göre,

H5: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında mesleki tecrübe süresine göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H11: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında mesleki tecrübe süresine göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H6: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında hastanedeki görevine göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi ile H12: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında hastanedeki görevine göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi birlikte

incelendiğinde, hastanedeki görevine göre katılımcıların kriz yönetimi ölçeği, kriz öncesi ve kriz esnası alt boyutlarına ilişkin puanların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analiz (ANOVA) parametrik yöntemi kullanılmıştır.

Ölçek Puanları	Görev	N	Ortalama	ss	F	P
Kriz Öncesi	Destek Personel	27	4,25	0,53	1,811	0,085
	Hasta Danışmanı	58	3,96	1,00		
	Hastane Yöneticisi	24	4,46	0,79		
	Hekim	19	4,22	0,94		
	Hemşire	48	3,93	0,83		
	Uzman	31	3,91	0,75		
	Yardımcı Personel	26	3,82	0,82		
	Diğer	38	4,05	0,82		
Kriz Esnası	Destek Personel	27	4,29	0,55	2,36	0,024*
	Hasta Danışmanı	58	3,97	0,94		
	Hastane Yöneticisi	24	4,48	0,77		
	Hekim	19	4,31	0,71		
	Hemşire	48	3,94	1,03		
	Uzman	31	3,75	0,75		
	Yardımcı Personel	26	3,78	0,96		
	Diğer	38	3,96	1,00		
Toplam	Destek Personel	27	4,27	0,52	2,183	0,036*
	Hasta Danışmanı	58	3,96	0,95		
	Hastane Yöneticisi	24	4,47	0,77		
	Hekim	19	4,27	0,77		
	Hemşire	48	3,93	0,90		
	Uzman	31	3,83	0,72		
	Yardımcı Personel	26	3,80	0,86		
	Diğer	38	4,00	0,90		

* $p < .05$

Tablo 3.10. Hastanedeki Görevine Göre Kriz Ölçeği Toplam, Kriz Öncesi ve Kriz Esnası Ölçek Puanları Arasında ANOVA Tablosu

Hastanedeki görevine göre katılımcıların kriz öncesi alt boyutundan elde edilen puanlar arasında anlamlı farklılık yoktur ($F_{(7,263)}=1.811$, $p>.05$). Katılımcıların görev gruplarına göre, genel olarak kriz öncesi faaliyetlere ilişkin ifadelerinde yüksek oranda ve pozitif olduğu tespit edilmiştir. 4,46 ortalama ile hastane yöneticilerinin, 4,22 ortalama ile hekimlerin ve 4,25 ortalama ile destek personelinin kriz öncesi faaliyetlere ilişkin ifadelerinde çok yüksek düzeyde katılma eğiliminde oldukları bulunmuştur. Hastane yöneticilerinin, hekimlerin ve destek personelinin kriz öncesi faaliyetlere

ilişkin ifadelerinin diğer görev gruplarına nazaran daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak görev türüne göre katılımcıların kriz ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($F_{(7,263)}=2.183$, $p<.05$). Benzer şekilde görev türüne katılımcıların kriz esnası alt boyutuna ilişkin puanlar arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir ($F_{(7,263)}=2.36$, $p<.05$). Bu bulgulara göre,

H6: “ Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında hastanedeki görevine göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

H12: “ Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında hastanedeki görevine göre anlamlı farklılık vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Anlamlı farklılığın hangi görev grupları arasında olduğu ise LSD çoklu karşılaştırma yöntemi ile incelenmiştir.

Grup (i)	Grup (ii)	Kriz Anı	Kriz Toplam
		p	P
Destek Personel	Hasta Danışmanı	0,117	0,116
	Hastane Yöneticisi	0,454	0,4
	Hekim	0,946	0,978
	Hemşire	0,097	0,092
	Uzman	0,022	0,045
	Yardımcı Personel	0,035	0,039
	Diğer	0,141	0,202
Hasta Danışmanı	Hastane Yöneticisi	0,018	0,013
	Hekim	0,144	0,175
	Hemşire	0,864	0,842
	Uzman	0,283	0,467
	Yardımcı Personel	0,364	0,394
	Diğer	0,982	0,828
Hastane Yöneticisi	Hekim	0,536	0,426
	Hemşire	0,015	0,011
	Uzman	0,003	0,005
	Yardımcı Personel	0,006	0,005
	Diğer	0,027	0,033
Hekim	Hemşire	0,122	0,143
	Uzman	0,032	0,075
	Yardımcı Personel	0,047	0,064
	Diğer	0,165	0,265
Hemşire	Uzman	0,372	0,593
	Yardımcı Personel	0,458	0,505
	Diğer	0,894	0,698
Uzman	Yardımcı Personel	0,925	0,883
	Diğer	0,333	0,392
Yardımcı Personel	Diğer	0,41	0,333

Tablo 3.11. Görev Grupları Arasında LSD Çoklu Karşılaştırma Testi Tablosu

Kriz esnası alt boyutu için destek personel ile uzman ve yardımcı personelin puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<.05$) ve destek personelinin kriz esnası puan ortalaması daha yüksektir. Hastane yöneticileri ile hemşire, uzman, yardımcı personel ve diğer görevdeki kişilerin kriz esnası puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<.05$) ve hastane yöneticilerinin kriz esnası boyutuna ilişkin ortalaması daha yüksektir. Hekim ile uzman ve yardımcı personelin kriz esnası puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<.05$) ve hekimlerin kriz esnası puan ortalaması daha yüksektir.

Kriz ölçeği toplam puanı için destek personel ile uzman ve yardımcı personelin puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<.05$) ve destek personelinin kriz ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksektir. Hastane yöneticisi ile hemşire, uzman, yardımcı personel ve diğer görevdeki kişilerin kriz ölçeği toplam puanları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<.05$) ve hastane yöneticilerinin kriz anı boyutuna ilişkin ortalaması daha yüksektir.

HİPOTEZLER	KABUL	RED
H1: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H2: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında medeni duruma göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H3: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H4: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında yaşa göre anlamlı farklılık vardır.	Kabul	
H5: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında mesleki tecrübe süresine göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H6: Kriz öncesi faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında hastanedeki görevine göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H7: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında cinsiyete göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H8: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında medeni duruma göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H9: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H10: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında yaşa göre anlamlı farklılık vardır.	Kabul	
H11: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında mesleki tecrübe süresine göre anlamlı farklılık vardır.		Red
H12: Kriz esnası faaliyetlere ilişkin çalışan algılarında hastanedeki görevine göre anlamlı farklılık vardır.	Kabul	

Tablo 3.12. Hipotez Testi Sonuçları



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, pandemi döneminde özel hastanelerde kriz yönetimi faaliyetlerine ilişkin çalışan algılarının ölçülmesi ve sonrasında bu algıların demografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre,

- Katılımcıların %63,1'inin kadın, %36,9'unun erkek olduğu,
- Katılımcıların %48'inin evli, %46,5'inin bekar, %4,4'ünün boşanmış ve %1,1'inin dul olduğu,
- Katılımcıların %42,1'nin lisans, %22,5'nin ön lisans, %16,2'sinin lisansüstü, %15,9'nun lise ve %3,3'nün ilköğretim mezunu olduğu,
- Katılımcıların %33,6'sının 5-10 yıl, %33,2'sinin 5 yıla kadar ve %33,2'sinin 10 yıl ve üzeri kıdeme sahip olduğu,
- Katılımcıların %21,4' nün hasta danışmanı, %17,7'sinin hemşire, %11,4'nün uzman, %10'nun destek personel, %9,6'sının yardımcı personel, %8,9'nun hastane yöneticilerinin, %7'sinin hekim olduğu tespit edilmiştir.

Bu tez çalışması ile kriz yönetimi faaliyetlerine ilişkin çalışan algıları “Kriz Yönetimi Ölçeği” aracılığı ile tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen veriler sonucunda;

- Katılımcıların kriz öncesi faaliyetler alt boyutunun ortalamasının 4,04 olduğu tespit edilmiştir. Bu ortalamaya göre çalışanların kriz öncesi faaliyetlerine ilişkin algıların yüksek ve katılma eğiliminde olduğu sonucuna varılmıştır. Kriz öncesi faaliyetler alt boyutunda ise 4,36 ile çok yüksek ortalamaya sahip “ Kriz planı, hangi krize karşı ne tür tedbir almamız gerektiğini ortaya koyar” maddesi ile 4,29 ile çok yüksek ortalamaya sahip “ Kriz planımızın olması, kriz anında yaşanacak belirsizliği azaltmaktadır” maddesi katılımcıların en fazla katılıyorum eğilimi gösterdikleri maddeler olmuştur. Katılımcılar, kriz yönetimi için öncelikle bir kriz planının olması gerektiğini ve kriz planının meydana gelecek olan kriz için bir tedbir olduğunu düşünerek ilgili maddeleri cevaplandırmış oldukları sonucuna varılmıştır.
- Katılımcıların kriz esnası faaliyetler alt boyutunun ortalamasının 4,02 olduğu tespit edilmiştir. Bu ortalamaya göre çalışanların kriz esnası faaliyetlerine ilişkin algıların yüksek ve katılma eğiliminde olduğu sonucuna varılmıştır.

Kriz esnası faaliyetler alt boyutunda katılımcıların her bir maddeye ilişkin algıları yüksek düzeyde ve katılma eğiliminde olduğu görülmüştür. 4,18 ile yüksek ortalamaya sahip “Kriz esnasında, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik her türlü tedbir alınmaktadır” maddesi ile 4,15 ile yüksek ortalamaya sahip “Kriz esnasında, etkin bir kurum içi/dışı haberleşme sistemimiz vardır” maddesi katılımcıların bu boyutta en fazla katılım sağladıkları maddelerden olmuştur. Böylelikle hastanelerde kurum içinde ve dışında haberleşme sisteminin etkin olduğu, iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin de alındığı sonucuna varılmaktadır.

- Katılımcıların 3,69 ile yüksek düzeyde; fakat diğer maddelere göre en düşük ortalamaya sahip “Kriz senaryoları hazırlanırken tüm bireylerin katkısı sağlanır” maddesinde daha kararsız yaklaşıldığı sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmada çalışan algılarının demografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığı test edilmiştir. Analiz sonucunda;

- Katılımcıların kriz öncesi faaliyetlerine ilişkin algılarda cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumlarına, tecrübeye ve hastanedeki görevlerine göre anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların kriz öncesi faaliyetlere ilişkin algıları cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumlarına, tecrübeye ve hastanedeki görevlerine göre farklılık göstermemektedir.
- Katılımcıların kriz esnası faaliyetlerine ilişkin algılarda cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumlarına ve tecrübeye göre anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların kriz esnası faaliyetlere ilişkin algıları cinsiyete, medeni duruma, eğitim durumlarına ve tecrübeye göre farklılık göstermemektedir.
- Katılımcıların yaşları ile kriz öncesi faaliyetler alt boyutunda zayıf yönde, pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların kriz öncesi faaliyetlere ilişkin algıları yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanlarının yaşları arttıkça kriz öncesi yönetim faaliyetlerine olan algıları da pozitif yönde artmaktadır.
- Katılımcıların yaşları ile kriz esnası faaliyetler alt boyutunda zayıf yönde, pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların kriz esnası

faaliyetlere ilişkin algıları yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanlarının yaşları arttıkça kriz esnası yönetim faaliyetlerine olan algıları da pozitif yönde artmaktadır. Yaş etkeninin, kriz yönetimi alt boyutlarına ilişkin algılarda farkındalığı ortaya çıkardığı görülmüştür.

- Katılımcıların hastane görevlerine göre kriz esnası faaliyetlerine ilişkin algılarda anlamlı bir farklılık olduğu ($F(7,263)=2.183, p<.05$) tespit edilmiştir. Çalışanların kriz esnası faaliyetlere ilişkin algıları hastanedeki görevlerine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın hangi gruplarda olduğunu tespit etmek amacıyla LSD çoklu karşılaştırma yöntemi kullanılmıştır. Buna göre kriz esnası alt boyutu için destek personel ile uzman ve yardımcı personelin algıları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<.05$). Destek personelinin kriz esnası faaliyetlerine ilişkin görüşleri daha yüksek bulunmuştur. Hastane yöneticileri ile hemşire, uzman, yardımcı personel ve diğer görevdeki kişilerin algıları arasında anlamlı farklılık vardır ($p<.05$) ve hekimlerin kriz esnası faaliyetlere dair görüşleri daha yüksek ve pozitif yönde olduğu bulunmuştur.
- Kriz öncesi ve kriz esnası toplam yönetim faaliyetlerine ilişkin algılarda ise, hastane görevlerine göre anlamlı farklılık olduğu, krizden en çok etkilenecek grupların başta hekimlerin, ardından destek personelin ve sonrasında hastane yöneticilerinin olduğu ve krizin seyrini özellikle bu üç grubun daha fazla değiştirebileceğini görmekteyiz.

Çalışmadan ulaşılan sonuçlara göre daha sonra yapılacak araştırmalara yardımcı olması amacıyla geliştirilen öneriler şu şekildedir:

- Krizin meydana getirdiği istikrarsızlıkları, çalışanlara göre kriz planının olması aza indirmekte ve tedbirli olunabilmesi için yönetimlerin kriz planlarına ve senaryolarına sahip olması, kriz anında yaşanacak belirsizliği azaltmakta ve kaosu önlemektedir. Bundan dolayı hastanelerin mutlaka kriz öncesinde kriz planlarını ve senaryolarını oluşturması önerilmektedir.
- Kriz yönetiminde, araştırmaya göre krizden daha çok etkilenen ve kriz meydana geldiğinde en çok katkı sağlayacak grupların arasında ne kadar hekimler, hastane yöneticileri ve destek personeli olsa da, tüm çalışanların görüş ve şikayetleri alınmalı, çalışanlara bilgi ve becerilerini kullanma fırsatı

tanınmalıdır. Hastanelerin tam bir sistem yaklaşımı ile hareket etmesi önerilmektedir.

- Cinsiyetin ve medeni durumun kriz yönetiminde çok da etkili olmadığı ve yaş ile tecrübenin krizi ortadan kaldırmaya yeterli olmadığı görülmüş, kriz yönetiminde hastaneler için en önemli unsurun eğitim ve bilgi olduğu sonucuna varılmıştır. Bundan dolayı hastanelerde liyakat ilkesine uygun nitelikte kalifiye personelin çalıştırılması ve yetiştirilmesi; ayrıca pandemi öncesi ve esnasında eğitim planlarının oluşturulması önerilmektedir.
- Bu çalışma, Covid-19 pandemi krizi ülkemizde halen devam ediyorken gerçekleştirildiği için kriz sonrası faaliyetlere yer verilememiştir. Ülkemizde Covid-19 pandemi krizi tamamıyla sona erdiğinde araştırmaya kriz sonrası faaliyetler de eklenerek yeni bir çalışma yapılabilir.
- Araştırmamız Ankara ilinde bulunan özel hastane çalışanları üzerinde yapılmıştır. Kamu ve üniversite hastaneleri üzerinde de araştırma yapılarak; hem özel hem de kamu hastanelerinde sağlık çalışanları algılarında demografik özelliklere göre karşılaştırma yapılabilir.

KAYNAKLAR

- AĞALAR, C. ÖZTÜRK, ENGİN D.(2020). “ Protective Measures For COVID-19 For Healthcare Providers And Laboratory Personnel.” *Turkish Journal of Medical Sciences* (2020) 50: 578-584.
- AKKAYA, B.(2020). “ Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Kurumu Yöneticilerinin Dinamik Yetenekleri ve Sürdürülebilirlik Algıları”. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, Cilt:18, Sayı: 38, 943-960.
- AKSU, M.(2008). “ *Kriz Yönetimi- Krizleri Fırsatlara Çevirmenin Yolları*” Kum Saati Yayınları, İstanbul.
- AKSAKOĞLU, G. ELLİDOKUZ, H.(2002). “ Enfeksiyon Hastalıklarına Epidemiyolojik Bakış”. *Sted* 2002, Cilt: 11, Sayı: 4, 291-294.
- AKSAKOĞU, G. (2008). “ *Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşım*” , İzmir.
- AKTAN, C (2006). “ Genel Olarak Kriz Kavramı ve Özellikleri”. Erişim Adresi: www.canaktan.org , Erişim Tarihi: 16.08.2021.
- ALP, Ş. ÜNAL, S. (2020). “ Yeni Koronavirüs (SARS-CoV-2) Kaynaklı Pandemi: Gelişmeler ve Güncel Durum”. *Flora Dergisi* 2020;25.
- AMINIZADEH M, FARROKHI M, MASOUMI GR, KOLIVAND P, KHANKEH HR. (2019). “ Hospital Management Preparedness Tools in Biological Events: A Scoping Review.” *J Educ Health Promot.* 8:234.
- ASLAN, R. (2020). “ Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid 19”. *Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 85, 36-41.
- ATABAY, B.(2019). “ *Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi ve Örnek Bir Uygulama*”. T.C. Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli.
- ATAMAN, G.(2001). “*İşletme Yönetimi*”. Türkmen Kitapevi, İstanbul.
- AYBEK, B. ASLAN, S. (2017). “ An Analysis Of The Self-Regulation Levels Of Prospective Teachers In Terms Of Certain Variables” . *Journal of Theory and Practise In Education*, 13(3), 455-470.
- AYDIN, M.A.(2019). “ *Üst Düzey Yöneticilerin Kurumsallaşma ve Kriz Yönetimi İlişkisini Algılamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma: Otomatik Sektörü Örneği*.” T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.
- BAHTİYAR, A. CAN, B. (2016). “ Fen Öğretmen Adaylarının Bilimsel Süreç Becerileri İle Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutumlarının İncelenmesi”. *Buca Eğitim fakültesi Dergisi*, 47-58.
- BAKOS, L.(2018). “ Crisis Management Between Public Relations and Holonic Multi-Agent Approach”. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 527-534.
- BARDAKÇI, M. (2001). “ Sezer’ in Fırçası Padişahın Fırçasının Yanında İltifatı” , Erişim Adresi: www.hurriyet.com.tr , Erişim Tarihi: 13.06.2021.
- Başbakanlık Kriz Yönetim Merkezi Yönetmeliği (1997, 9 Ocak). Resmi Gazete (Sayı: 22872). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr>
- BAYSALLAR, M. DOĞANCI, L.(2001). “ Biyoterörizm ve Biyolojik Savunma”. *Flora Dergisi*, 2001;6(4):209-224.
- BEAGLEHOLE, Rç BONİTA, R.(1993). Basic Epidemiology (N. BİLGEL, Çev.). İstanbul: Hünkar Ofset Matbaacılık Tesisleri.(Orijinal Basım Tarihi: 1998).
- BENABEN, F.(2016). “ A Formal Framework for Crisis Management Describing Information Flows and Functional Structure”. *Procedia Engineering* 159, 353-356.

- BOESENBERG, D. DELLANNO, C. VEGA, Q.(2009). “ The Antiviral Action Of Common Household Disinfectants And Antiseptics Against murine Hepatitis Virus, A Potential Surrogate For SARS Coronavirus.” *American Journal of Infection Control*, 2009 Oct;37(8):649-52.
- BUDAK, F. KORKMAZ, Ş. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği.” *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 62-79.
- Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı İle Bildirim Sistemi Yönergesi (2016, 19 Şubat). Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11238/bulasici-hastaliklari-ihbari-ve-bildirim-sistemi-yonergesi.html> , Erişim Tarihi: 27.12.2020.
- Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği (2007, 30 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 26537). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat/>
- CARRASCO-HERNANDEZ, R. JACOME, R. VİDAL, L. LEON, P. (2017). “ Are RNA Viruses Candidate Agents for the Next Global Pandemic?”. *ILAR Journal*. 58(3), 343- 358.
- CEZAROĞLU, Y.M.(2016). “ Ankara İli Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları”. T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Ankara.
- CHEN, J. (2020). “ Pathogenicity and Transmissibility of 2019- nCoV- A Quick Overview and Comparison With Other Emerging Viruses”. *Microbes and Infection*, 22(2020): 69-71.
- COOMBS, W.T.(2007). “ Crisis Management and Communications”.
- COX, N.J. BRAMMER L. REGNER H.L.(1994). “ Influenza: Global Surveillance For Epidemic And Pandemic Variants”. *European Journal of Epidemiology* 10: 467-470, 1994.
- ÇALIŞKAN, A.(2020). “ Kriz Yönetimi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”. *Türk Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, Cilt:5, Sayı:2, 106-120.
- DEMİRTAŞ, H.(2000). “ Kriz Yönetimi” *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 6(3), 355.
- ENER, D.(2020). “ Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği Geliştirme”. T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kayseri.
- ERDAL, R. (2020). “ İlk Pandemi Korona Değil”. *Sağlık ve Toplum Özel Sayı*, 182-185.
- ERDİNÇ, F.(2018). “ Kriz Yönetiminde Etkin Liderlik”. T.C. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- ESER, S.(2020). “ Covid-19 Salgını Sürerken Türkiye’ deki Halli Hazırdaki Fatalite Hızının Tahmini”. *Sağlık ve Toplum Özel Sayı*, 70-76.
- GÜLGÜN, B.S.(2011). “ Halk Sağlığı Krizlerinde Kriz İletişimi ve Kriz Haberciliği: Örnek Olay A/H1N1 (Domuz Gribi) Pandemisi”. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- GÜRBÜZ, S. ŞAHİN, F.(2018). “ Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (5.Baskı)” Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- GÜZELKARALAR, A. (2011). “ Biyoteröre Karşı Hazırlıkta Karar Modelleri: Pandemik A(H1N1) Gribi Aşı Politikaları.” T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998, 1 Ağustos). Resmi Gazete (Sayı:23420). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?>
- HASUDER Halk Sağlığı Uzmanlığı Derneği (2020). Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemisinde Türkiye’ de Hazırlılık ve Yanıtı: 56. Gün Değerlendirmesi. Erişim Adresi:<https://korona.hasuder.org.tr/turkiyede-hazirlilik-ve-yanit-56-gun-degerlendirmesi/> , Erişim Tarihi: 06.01.2021.
- HASUDER Halk Sağlığı Uzmanlığı Derneği (2020). Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Kavramlar ve Tanımlar Rehberi. Erişim Adresi: <https://korona.hasuder.org.tr> , Erişim Tarihi: 09.04.2021.
- HUANG, Y.C. TSENG, Y.P. PETRICK, J.(2008). “ Crisis Management Planning to Restore Tourism After Disasters: A Case Study From Taiwan”. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 23(2-4), 203-221.
- İBRHİM, İ.B. UÇKU, R.(2012). “ Bir Üniversite Hastanesi Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerinin Değerlendirilmesi”. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*. Cilt: 26, Sayı: 1,1-7.
- İş Kanunu (2003, 6 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 25134). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012, 30 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 28339). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?>
- JUCKETT, G. (2009). “ Avian Influenza: Preparing for a Pandemic”. *American Family Physician*, Vol. 74(5), S: 783-790.
- KARTAL, N.(2010). “ *Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’ nde 2007 Yılı Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumu, Bildirim ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri*”. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne.
- KITLER, M.E. GAVINIO, P. LAVANCHY, D. (2002). “ Influenza and the Work of the World Health Organization”. *Vaccine*, Vol. 20, S: 6.
- KORKMAZ, M. AYTAÇ, A. KILIÇ, B. YÜCEL, A. TOKER, F. GÜMÜŞ, S. (2014). “ Sağlık Çalışanlarında Risk Yönetimi ve Uygulamaları: Özel Kamu Sağlık Kurumları Örneği”. *Akademik başarı Dergisi*, Sayı: 44.
- KOYUNCU, M.(2008). “ *Salgın Hastalıkların Önlenmesinde Kaynak Atama Probleminin İncelenmesi*”. T.C. Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Adana.
- KOYUNCU, S.(2019). “ Sağlık Personellerinin Kriz ve Kriz Yönetimine İlişkin Tutumları: Çanakkale Örneği”. T.C. Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.
- KÖKSAL, S.(2008). “ *İkinci Bölüm Epidemiyoloji*”. İstanbul Üniversitesi Yayınları: 4747, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları: 261, S: 49-144.
- KURTULAN, G. (2010). “ *İstanbul Hastanelerinde Stratejik Afet Planlaması ve Uygulama Model Önerisi*”. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul.
- Maintaining Surveillance of Influenza and Monitoring SARS-CoV-2 (2020, 8 November). Erişim Adresi: [https://www.who.int/publications/i/item/maintaining-surveillance-of-influenza-and-monitoring-sars-cov-2-adapting-global-influenza-surveillance-and-response-system-\(gisrs\)-and-sentinel-systems-during-the-covid-19-pandemic](https://www.who.int/publications/i/item/maintaining-surveillance-of-influenza-and-monitoring-sars-cov-2-adapting-global-influenza-surveillance-and-response-system-(gisrs)-and-sentinel-systems-during-the-covid-19-pandemic) , Erişim Tarihi: 06.01.2021.

- MARCHAND-SENECAL, X. KOZAK, R. MUBAREKA, S. SALT, N. GUBBAY, JB. ESHAGHI, A. et al.(2020). “ Diagnosis and Management of First Case of Covid-19 in Canada: Lessons Applied From SARS.” *Clin Infect Dis*. 227.
- MEB, (2011). Örnekleme, Sağlık Hizmetleri Sekreterliği, Ankara.
- MİÇ, P.(2014). “ *Salgın Hastalıklarda Vaka Sayısının Temel Çoğalma Sayısı İle Tahmini ve Hastane Kaynaklarının Yeterliliğinin İncelenmesi.*” T.C. Çukurova Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- MITROFF, I. SHRIVASTAVA, P. UDWADIA, F.(1987). “ Effective Crisis Management”. *The Academy of Management EXECUTIVE*, 1(3), 283-292.
- Özel Yataklı Sağlık Tesisleri. Erişim Adresi: <https://ankaraism.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 09.02.2021.
- ÖZCAN, N.(2018). “ Sağlık Kurumlarında Risk Yönetimi”. *Journal of Health Services and Education*, 2:15-24.
- ÖZKAN, E.T.(2020). “ Pandemi Nedeni Olan SARS-CoV-2.” *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi* Aralık 2020 • 1(2) • S.: 95-105.
- ÖZTEK, Z. (2020). “ Pandemi Mücadelesi ve Yan Kazanımlar”. *Sağlık ve Toplum Özel Sayı*, 6-14.
- PARILDAR, H. (2020). “ Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları”. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30;19-26.
- PENPECE, D. MADRAN, C.(2015). “Üniversitelerde Kriz İletişimi”. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, Cilt:11, Sayı: 44, 33-60.
- SEYMOUR, M. SIMON, M.(2000). “ *Effective Crisis Management: Worldwide Principles and Practise*” British Library Cataloguing In Publication Data, s:10.
- SÖNMEZER, M.Ç. (2021). “ Covid-19 Pandemi Raporu”. Hacettepe İç Hastalıkları Derneği, 34-45.
- ŞAHİN, S. ULUBEYLİ, S. KAZAZA, A. (2015). “ Inovative Crisis Management in Construction: Approaches and The Process”. *Procedia- Social and Behavioral*, 2298- 2305.
- ŞANDIR, N.(2014). “ *Edirne’ nin İki Farklı Sosyoekonomik Bölgesindeki Okullarda Pandemik İnfluenza Aşılama Durumunun Değerlendirilmesi.*” T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- ŞİMSEK, A.Ç. AKDOĞAN, D.(2019). “ Ankara İli 2017 Yılı 40. Hafta İle 2018 Yılı 20. Hafta Arasında Yapılan Sentinel İnfluenza Benzeri Hastalık Sürveyansının Değerlendirilmesi.” *Ankara Med J*, 2019;(1):298-306.
- TABANHICK, B.G., FIDELL, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics. Boston: Pearson.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Sekreterliği (2012). Enfeksiyon Zinciri ve Bağışıklık. Erişim Adresi: <http://www.megep.meb.gov.tr> , Erişim Tarihi: 10.04.2021.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması (2020). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri. Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/> , Erişim Tarihi: 10.01.2020.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı (2016). Hastanelerde Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Mekanizması. Erişim Adresi: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr> , Erişim Tarihi: 18.04.2021.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2017). Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/> , Erişim Tarihi: 07.02.2021.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar-haberler/ulusal-pandemi-hazirlik-plani.html> , Erişim Tarihi: 06.02.2021.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020). Covid- 19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html> , Erişim Tarihi: 12.01.2021.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2004). “ Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi: Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi”. Erişim Adresi: <https://saglik.gov.tr> , Erişim Tarihi: 24.04.2021.
- TELATAR, T.G. ÜNER, S.(2020). “ Covid 19 Pandemisi Mücadelesinin Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı Açısından Değerlendirilmesi”. *Sağlık ve Toplum Özel Sayı Temmuz-2020*, 51-56.
- TOK, B.(2020). “ Kriz Yönetiminde İnsan Kaynaklarının Bireysel ve Örgütsel Analizi: Sağlık Sektöründen Bir Uygulama”. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- TUTAR, H. (2000). “ *Kriz ve Stres Ortamında Yönetim*” Hayat Yayıncılık İletişim Eğitim Hizmetleri, İstanbul.
- TÜZ, M. (2004). *Kriz Yönetimi*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- UĞRAŞ DİKMEN, A.(2010). “ *Ankara’ da Sağlık Personelinin Mevsimsel ve/veya Pandemi A(H1N1) Grip Aşısı Yaptırmayı Düşünme ve Uygulama Sonrasında Görülebilecek Bazı İstenmeyen Etkilerin Görülme Sıklığı*”. T.C. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
- VACCARO, AR.GETZ CL.COHEN, BE. COLE, BJ. DONNALLY, CJ 3rd (2020). “ Practise Management During The Covid-19 Pandemic”. *Pubmed*.
- Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği (2005, 11 Ağustos). Resmi Gazete (Sayı: 25903). Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/mevzuat/>
- YENİSU, E. ŞAHİN, F. ÖZTEKKELİ, H. (2019). “ Yönetim Düşüncesinin Evriminde Sistem Kuramının Etkileri: Kavramsal Bir Çözümleme”. *Darülfünun Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt: 6, Sayı: 18, 514- 527.
- YURT, İ.D.(2011). “ *Epidemiyolojide Matematiksel Karar Önerisi: Pandemi A(H1N1) Gribi Örneği*.” T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- YÜCE, M.R.(2020). “ *Afet ve Acil Durumlarında Öğrenen Örgüt Kültürü ve Kriz Yönetimi İlişkisi: Edirne İli Örneği*”. T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.
- YÜCESAN, B. ÖZKAN, Ö.(2020). “ Evaluation of The Covid-19 Pandemic Process In Terms of Health Management”. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 134-139.
- WALTON, M., MURRAY, E., CHRISTIAN, M.D.(2020). “ Mental Health Care For Medical Staff And Affiliated Healthcare Workers During The COVID 19 Pandemi.” *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care* 2020, Vol. 9(3) 241–247.

WHO, (2018). “ Managing Epidemics: Key Facts About Major Deadly Diseases.”
Erişim Adresi: <https://who.int> , Erişim Tarihi: 01.05.2021.

WHO, (2020). “ About Pandemics Phases.” Erişim Adresi: <https://euro.who.int> ,
Erişim Tarihi: 01.05.2021.

ÖZTÜRK, ZEKAİ (ed.), *Sağlık Kurumlarında Yönetim*, Ankara: Siyasal Kitabevi,
2019.

İnternet: <https://www.covid19.saglik.gov.tr> , Erişim Tarihi: 02.01.2021.

İnternet: <https://www.cdc.gov/> , Erişim Tarihi: 20.01.2021.

İnternet: <https://www.idsociety.org/> , Erişim Tarihi: 20.01.2021.

İnternet: <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=627> , Erişim Tarihi:
10.04.2021.

İnternet : <https://www.aa.com.tr> , Erişim Tarihi: 22.04.2021.

İnternet: https://www.who.int/csr/don/2009_12_23/en/ , Erişim Tarihi: 13.05.2021.

İnternet: <https://www.sozluk.gov.tr> , Erişim Tarihi: 13.06.2021.

İnternet: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html> ,
Erişim Tarihi: 05.06.2022.

İnternet: <https://acikders.ankara.edu.tr> , Erişim Tarihi: 27.07.2022

EKLER

Ek-1. Anket

Bu anket formu, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında yapılan “Pandemi Döneminde Özel Hastanelerde Kriz Yönetimi Faaliyetleri Konusunda Çalışan Algıları: Ankara İli Örneği” konulu tez için hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı hastane yöneticilerinin pandemi sürecinde özel hastanelerde kriz yönetimi faaliyetlerine ilişkin çalışan algılarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmektir.

Bu ankette yer alan soruları cevaplandırmanız, yapılacak bilimsel çalışmaya önemli katkı sağlayacaktır. Araştırma verileri sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak, birey ve kuruma özel bilgiler, ilgili kişi ya da kuruma atfen isim belirtilmek için kesinlikle kullanılmayacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması ve doğru sonuçlar elde edilebilmesi, soruları içtenlikle cevaplandırmanıza bağlıdır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Seyhan Çil Koçyiğit

Merve Akçınar

Tez Danışmanı

Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Öğrencisi

İletişim: 0312 222 22 22

A. DEMOGRAFİK VE KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz:
☐ Kadın
☐ Erkek
2. Medeni Durumunuz:
☐ Evli
☐ Bekar
☐ Boşanmış
☐ Dul
3. Eğitim Durumunuz:
☐ Doktora
☐ Tıpta Uzmanlık
☐ Yüksek Lisans
☐ Lisans
☐ Önlisans
☐ Lise
☐ İlköğretim
4. Yaşınız:
5. Meslekteki tecrübe süreniz:
☐ 10 yıl üstü
☐ 5-10 yıl
☐ 5 yıla kadar

6. Hastanedeki

Görevi Başhekim/Başhekim Yardımcısı

() Hastane Müdürü/Müdür Yardımcısı

() Hekim

() Uzman/Uzman Yardımcısı

() Hemşire

() Hasta Danışmanı

() Yardımcı Personel (Laboratuvar teknisyeni, radyoloji teknisyeni, ebe, sağlık memuru)

() Destek Personeli (Güvenlik, temizlik görevlisi, teknik personel)

()

Diğer.....

B. KRİZ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kriz yönetimi sürecine ilişkin olarak “Kriz öncesi faaliyetler” ve “Kriz esnasında faaliyetler” boyutları yer almaktadır. Ölçek maddelerinde söz konusu birey, tüm sağlık çalışanları ve hastane yöneticileridir.

KRİZ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Karasızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Boyut: Kriz Öncesi						
7	Kurumumuz yöneticileri kriz yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahiptir.					
8	Kurumumuzda krizler, kriz yönetim ekibiyle yönetilir.					
9	Kurumumuzda krizi başarı ile yönetebilecek tecrübeli personel mevcuttur.					
10	Kriz yönetim ekibinin rol, sorumluluk ve hedefleri açık bir şekilde belirlidir.					
11	Kriz yönetimini kolaylaştırabilmek için kriz senaryolarımız mevcuttur.					
12	Kriz senaryoları hazırlanırken tüm bireylerin katkısı sağlanır.					
13	Kriz öncesinde olası senaryolar için tatbikatlar yapılmaktadır.					

14	Kriz planı, hangi krize karşı ne tür tedbir almamız gerektiğini ortaya					
15	Kriz planımızın olması, kriz anında yaşanacak belirsizliği					
2. Boyut: Kriz Esnası						
Faaliyetleri						
16	Kriz esnasında, tüm paydaşların görüş/şikayetleri					
17	Kriz esnasında, tüm karar verme süreçlerinde kullanılan sistematik bir yöntem vardır.					
18	Kriz esnasında, iyi organize olan fonksiyonel ekiplerimiz					
19	vardır. Kriz esnasında, olay/vaka raporlama mekanizması vardır.					
20	Kriz esnasında, karşılaşılabileceğimiz vakalar için hızlı bir müdahale süreci vardır.					
21	Kriz esnasında, çalışanlarımızı iyileştirme/koruma planları geliştirilmiş ve etkin bir şekilde					
22	uygulanmaktadır. Kriz esnasında, etkin bir kurumiçi/dışı haberleşme sistemimiz vardır.					
23	Kriz esnasında, işin yapılması için her türlü donanım/teçhizat temin edilmektedir.					
24	Kriz esnasında, bilgi ve becerilerimizi kullanma fırsatı					
25	sağlanmaktadır. Kriz esnasında, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik her türlü tedbir alınmaktadır.					



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : AKÇINAR, Merve
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi	Devam Ediyor
Lisans	Ankara Üniversitesi	06.2017
Lise	Kastamonu Anadolu Kız Teknik Ve Meslek Lisesi	06.2012

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2015-Devam Uzmanı	Acıbadem Ankara Hastanesi	Medikal Muhasebe

Yabancı Dil

İngilizce



