

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

**PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
ÖRGÜTSEL BAĞLILIK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA
(TEKİRDAĞ İLİ BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevci ÇAKIRCALI

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Bülent DEMİR

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
ÖRGÜTSEL BAĞLILIK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA
(TEKİRDAĞ İLİ BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sevci ÇAKIRCALI

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez/....../2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

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

Sevci ÇAKIRCALI

03.11.2021



ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanım Doç. Dr. Bülent Demir'e değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Yüksek lisans eğitimim esnasında bilgileri ve tecrübeleri ile katkı sağlayan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ahmet İlkey Ceyhan'a, Dr. Öğr. Üyesi Sonat Bayram'a, Dr. Öğr. Üyesi Ali Özcan'a, Dr. Öğr. Üyesi İlknur Sayan'a ve Dr. Öğr. Üyesi Reyhan Başaran'a, tez savunmam esnasında katkılarından ve hoşgörülü tavrından ötürü değerli jüri üyeleri Doç. Dr. Bülent Demir'e, Dr. Öğr. Üyesi Ali Özcan'a, Dr. Öğr. Üyesi İlknur Sayan'a ve araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Son olarak tezimin son okunmasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen kızlarım Zeynep, Neslihan, Yağmur Ece ve eşim Şükrü'ye şükranlarımı sunarım.

Sevci ÇAKIRCALI

03.11.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	iii
GRAFİK LİSTESİ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: PANDEMİ, COVID-19 VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	6
1.1. Pandemi ve Epidemiyoloji	6
1.1.1. Pandeminin Tanımı	7
1.1.2. Epidemiyolojinin tanımı	7
1.1.3. Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi	8
1.1.4. Epidemiyolojinin Çalışma Alanı	9
1.2. COVID-19.....	10
1.2.1. COVID-19 Semptomları	11
1.2.2. COVID-19 İletim Yolları	11
1.2.3. COVID-19 Risk Grubu.....	12
1.2.4. COVID-19’den Korunma	13
1.2.5. COVID-19 Tedavi	15
1.3. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)	15
1.3.1. Dünya Sağlık Örgütü’nün Kuruluşu.....	16
1.3.2. Dünya Sağlık Örgütü Organları.....	17
1.3.2.1. Dünya Sağlık Asamblesi (World Health Assembly- WHA)	18
1.3.2.2. DSÖ Yönetim Kurulu	18
1.3.2.3. DSÖ Sekreteryası, Bölge Büroları ve Ülke Temsilcilikleri	18
1.3.3. DSÖ Anayasası.....	19
1.3.4. DSÖ’nün Çalışma Yöntemi.....	20
1.3.5. DSÖ’nün Görevleri	22
1.3.6. DSÖ’nün Çalışmaları	23

BÖLÜM 2: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE

SINIFLANDIRILMASI	25
2.1. Sağlık.....	25
2.2. Sağlığın Belirleyicileri	26
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	27
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırması.....	27
2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	28
2.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	29
2.4.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	29
2.4.2. Tedavi edici Sağlık Hizmetleri.....	30
2.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	31
2.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	31
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Etkinliğinin Artırılması.....	31
2.5.1. Sağlık İnsan Kaynakları	32
2.5.1.1. Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Planlaması.....	33
2.5.1.2. İnsan Kaynağı Seçimi	35
2.5.1.3. İşe Alma.....	35
2.5.1.4. İş Değerleme	36
2.5.1.5. Sağlık Çalışanlarının Eğitimi.....	36
2.5.1.6. Sağlık Çalışanlarının Kariyer Planlaması	36
2.5.1.7. Sağlık Çalışanlarının Performans Değerlendirmesi.....	37
2.5.1.8. Ücret Yönetimi	38
2.5.1.9. İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı	38
2.5.2. Hastane Kavramı ve Amaçları.....	38
2.5.3. Hastanelere Ait Özellikler	39
2.5.4. Hastanelerin işlevleri	39
2.5.4.1. Hastanelerin Tıbbi Fonksiyonları	40
2.5.4.2. Hastanelerin Eğitim Fonksiyonu	40
2.5.4.3. Hastanelerin Ar-Ge Fonksiyonları.....	40
2.5.4.4. Hastanelerin İdari ve Mali Fonksiyonları	41
2.6. Sağlık Politikaları.....	42
2.6.1. Cumhuriyetin Kuruluşundan Günümüze Sağlık Politikaları.....	42
2.6.1.1. 1920-1923 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları	42

2.6.1.2. 1923-1946 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları	43
2.6.1.3. 1946-1960 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları	43
2.6.1.4. 1960-1980 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları	44
2.6.1.5. 1980-2002 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları	44
2.6.1.6. 2003-2020 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları ve Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı	45
2.6.2. Pandemi Sürecinde İzlenen Sağlık Politikaları	46

BÖLÜM 3: ÖRGÜTSEL BAĞLILIK..... 49

3.1. Örgütsel Bağlılık Kavramı, Tanımı ve Önemi	49
3.1.1. Örgütsel Bağlılık Kavramı	49
3.1.2. Örgütsel Bağlılık Tanımı	50
3.1.3. Örgütsel Bağlılığın Önemi	51
3.2. Örgütsel Bağlılık Sınıflandırması	53
3.2.1. Duygusal Bağlılık ve Sağlık Çalışanları.....	54
3.2.1.1. Duygusal Bağlılık	54
3.2.1.2. Sağlık Çalışanlarında Duygusal Bağlılık.....	55
3.2.2. Devam Bağlılığı ve Sağlık Çalışanları	55
3.2.2.1. Devam Bağlılığı.....	55
3.2.2.2. Sağlık Çalışanlarında Devam Bağlılığı.....	56
3.2.3. Normatif Bağlılık ve Sağlık Çalışanları	57
3.2.3.1 Normatif Bağlılık.....	57
3.2.3.2. Sağlık Çalışanlarında Normatif bağlılık	58
3.3. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler	58
3.3.1. Kişisel Faktörler	59
3.3.1.1. Yaş	59
3.3.1.2. Cinsiyet	60
3.3.1.3. Medeni Durum.....	61
3.3.1.4. Eğitim.....	61
3.3.1.5. Çalışma Süresi	62
3.3.2. Örgütsel Faktörler.....	62
3.3.2.1. İşin Niteliği	62
3.3.2.2. Rol Belirsizliği ve Rol Çatışması.....	63

3.3.2.3. Ücret Düzeyi ve Örgütsel Kazanımlar	64
3.3.2.4. Yönetim Tarzı	64
3.3.2.5. Örgütün Yapısal Özellikleri	66
3.3.3. Örgüt Dışı Faktörler	66
3.3.3.1. Alternatif İş Olanakları	66
3.3.3.2. Profesyonellik	67
3.3.3.3. Sektördeki İstihdam Durumu	67
3.3.3.4. Ülkenin Sosyo-Ekonomik Durumu	67
3.3.3.5. İşsizlik	68
3.4. Örgütsel Bağlılığın Sonuçları	69
3.4.1. Örgütsel Bağlılık ve İşe Devamsızlık	69
3.4.2. Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma	69
3.4.3. Örgütsel Bağlılık ve Performans	69
3.4.4. Örgütsel Bağlılık ve Stres	70
3.4.5. Örgütsel Bağlılık ve İş gücü Devri	70
3.4.6. Örgütsel Bağlılık ve Motivasyon	70
3.5. Sağlık Çalışanları Açısından Örgütsel Bağlılık	71
BÖLÜM 4: ARAŞTIRMA, AMACI, YÖNTEMİ VE BULGULARI	72
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	72
4.2. Araştırma Yöntemi ve Verilerin Toplanması	72
4.3. Araştırmanın Kısıtları	73
4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	73
4.5. Verilerin Analizi ve Bulgular	74
4.5.1. Demografik Bilgiler ve Frekans Dağılımları	74
4.5.2. Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Madde Bazlı Dağılım Grafikleri	79
4.5.3. Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	91
SONUÇ ve ÖNERİLER	95
KAYNAKÇA	99
EKLER	119
ÖZGEÇMİŞ	127

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (Acquired Immun Deficiency Syndrome)
ARDS	: Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (Acute Respiratory Distress Syndrome)
BCG	: Verem (Tüberküloz) aşısı (Basillus Calmette-Guerin)
BM	: Birleşmiş Milletler
COVID-19	: Koronavirüs-19 hastalığı-Coronavirus Disease-19
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ELİZA	: Enzim İlintili Enzim Testi- Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
ERAGEM	: Erciyes Üniversitesi Aşı Geliştirme Uygulama ve Araştırma Merkezi
FAO	: Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
HES	: Hayat Eve Sığar
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü- Human Immunodeficiency Virus
H1N1	: Pandemik İnfluenza A Virüsü
H2N2	: Asya İnfluenza A Virüsü
ICTV	: Uluslararası Virüs Taksonomisi
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF	: Uluslararası Para Fonu- International Money Found
M.Ö.	: Milattan Önce
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome
MERS-CoV	: Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu Hastalık Etkeni-Middle East Respiratory Syndrome
mRNA	: Mesajcı RNA-Messenger RNA
PAHO	: Tüm Amerika Sağlık Örgütü- Pan American Health Organization
PCR	: Polimeraz Zincir Reaksiyonu- Polymerase Chain Reaction
RNA	: Ribonükleik asit
OECD	: İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
OIHP	: Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu Paris
OSHA	: İş Sağlığı ve İş Güvenliği İdaresi- Occupational Safety and Health Administration
SARS-CoV-2	: Şiddetli Akut Solunum Yolu Koronavirüsü- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu

TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı- United Nations Development Programme
UNESCO	: Birleşmiş Milletler Eğitim ve Kültür Örgütü
UST	: Uluslararası Sağlık Tüzüğü
WFTU	: Dünya İşçi Sendikaları Federasyonu- World Federation of Trade Unions
WHA	: Dünya Sağlık Asamblesi- World Health Assemble
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü- World Health Organization
VLP	: Virüs Benzeri Partiküller- Virus Like Particle
YYLT	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Görev Ünvanı Frekans Dağılımı.....	75
Tablo 2. Çalışma Statüsüne Göre Frekans Dağılımı.....	75
Tablo 3. Cinsiyete Göre Frekans Dağılımı	76
Tablo 4. Yaşa Göre Frekans Dağılımı.....	76
Tablo 5. Medeni Duruma Göre Frekans Dağılımı	76
Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Frekans Dağılımı.....	77
Tablo 7. Mesleki Deneyim Süresi Frekans Dağılımı	77
Tablo 8. Hastane Kıdemine Göre Frekans Dağılımı.....	78
Tablo 9. Çalışma Şekline Göre Frekans Dağılımı	78
Tablo 10. Çalışılan Birime Göre Frekans Dağılımı	79
Tablo 11.1. Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 1. Bölüm.....	92
Tablo 11.2. Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 2. Bölüm.....	93
Tablo 11.3. Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 3. Bölüm.....	94

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 1. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	79
Grafik 2. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 2. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	80
Grafik 3. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 3. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	80
Grafik 4. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 4. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	81
Grafik 5. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 5. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	82
Grafik 6. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 6. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	82
Grafik 7. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 7. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	83
Grafik 8. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 8. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	84
Grafik 9. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 9. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	84
Grafik 10. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 10. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	85
Grafik 11. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 11. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	86
Grafik 12. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 12. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	86
Grafik 13. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 13. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	87
Grafik 14. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 14. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	88
Grafik 15. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 15. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	88
Grafik 16. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 16. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	89
Grafik 17. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 17. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	90
Grafik 18. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 18. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği.....	90

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma (Tekirdağ İli Bir Kamu Hastanesi Örneği)

Tezin Yazarı: Sevcı ÇAKIRCALI

Danışman: Doç. Dr. Bülent DEMİR

Kabul Tarihi: 03.11.2021

Sayfa Sayısı: vi (ön kısım)+ 1118 (tez)+7(ekler)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Modern yönetim anlayışına göre örgütler, günümüz koşullarına uyum sağlayabilmek, belirledikleri hedeflere ulaşabilmek ve sonuçta başarılı olabilmek için çalışanlarına önem vermektedir. Örgütlerin yönetim anlayışı ile çalışanların tutum ve davranışlarının etkileyen etmenlerin araştırılması, bireysel ve örgütsel sonuçları beraberinde getirmektedir. Bu konuda örgütsel bağlılığın incelenmesi, örgütsel bağlılığı etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bağlılığın güçlendirilmesi ve örgüt içinde koşullara uyumun sağlanması ile birlikte başarılı olmak mümkün olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün küresel çaptaki salgındaki rolü ve devletlerin salgınla mücadelelerini yönlendirmesi, sağlıkla ilgili grupların pandemiden etkilenmeleri konusunda sosyal belirleyici konumu önem arz etmektedir. Günümüz koşullarında pandemi ile değişen yönetim anlayışı ve çalışma koşulları, birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de değişimleri getirmiş ve sağlık çalışanlarının çalışmalarını etkilemiştir. Sağlık sektöründe pandemi süreci ile birlikte sağlık çalışanlarının işyükü artarak, olağanüstü koşullarda sağlık hizmeti sunmaya çalışmışlar, hastalanan veya kaybedilen sağlık personelinin yerini alarak çalışmalarını sürdürmüşlerdir. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının performansı, motivasyonu ve örgütsel bağlılıkları çok önem arz eden konular olmuştur.

Sağlık insan kaynaklarının kurumlarındaki çalışmaları, işlerin aksatılmadan yürütülmesi, çalışan personelin etkili ve verimli olarak çalıştırılmaları örgütün devamlılığı için önemli olmaktadır. Örgütsel bağlılıkla birlikte çalışanların hizmet sunumunda hedeflere ulaşmada oluşturulacak politikaların başarılı olması bakımından önemlidir. Özellikle salgın nedeniyle, sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki çalışmalarına etki eden fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak olumsuz yöndeki etkileri, sağlık yönetimi ve organizasyonun sonuçlarının değerlendirilmesi, yapılandırılması konusunda ele alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Örgütsel Bağlılık, Sağlık Çalışanları

ABSTRACT

İstanbul Kent University -Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis A Study Aimed at Evaluating the Organizational Commitment Levels of Health Workers During the Pandemic Process (An Example of a Public Hospital in Tekirdağ Province)

Author: Sevcı ÇAKIRCALI

Supervisor: Assoc. Prof. Bülent DEMİR

Date: 03.11.2021

Nu. of pages: vi (pre text) +118 main body)+ 7

Department: Health Management

Subfield: Health Management

According to the modern conception of management, organizations have regarded their employees to accommodate to contemporary conditions, achieve designated ends and succeed. The investigation of the factors affecting organizations' management conception and employees' stance and behaviors brings about individual and organizational outcomes. In this context, it is possible to succeed with the investigation of organizational commitment, identification of the factors determining organizational commitment, consolidation of commitment and accommodation to conditions within the organization.

Due to their socially determining positions, the role of World Health Organization in the global epidemic and the governance of states in the strife against the epidemic are of importance with regards to the affection of groups related to health. The conception of management and working conditions that have transformed with the pandemic in the contemporary circumstances have brought about changes as in many sectors and affected the works of health workers. Health workers have strived to provide health services in extraordinary conditions and continued their work by replacing sick or dead health personnel with the increase of workload in the health sector during pandemic. The performance, motivation, and organizational commitment of health workers in the course of the pandemic have become topics of utmost importance.

The works of health human resources in their institutions, conduction of duties without failure, employment of personnel in working effectively and productively are important for the continuation of organization. With organizational commitment, the policies to be constituted in achieving objectives in the service of employees are important for their success. Particularly due to the epidemic, the physical, psychological, and social factors negatively affecting the works of health workers in the pandemic require consideration with respect to the assessment and configuration of the ends of health management and organization.

Keywords: Pandemic, Organizational Commitment, Health Workers

GİRİŞ

31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde o tarihte henüz hakkında pek bilgi olmayan bir hastalık başlamış ve çok kısa zamanda tüm dünyaya yayılarak pandemiye sebep olmuştur. 13 Ocak 2020'de COVID-19 olarak tanımlanan bu hastalık Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu Koronavirüs-2, Yeni Koronavirüs hastalığı olarak da adlandırılmaktadır. Koronavirüs'ün yayılım hızı ve insan sağlığını olumsuz olarak etkilemesi nedeniyle hastalığa karşı genel çapta koruyucu yönde önlemlerin artırılmasına yönelik 11 Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilan edilmiştir (WHO:2020). COVID-19 sadece Çin'le sınırlı kalmayıp birçok ülkede ve deniz aşırı bölgelere de yayılmış, hastalık bölgelerdeki topluluklarda da görülmeye başlanmıştır. Globalleşen dünyada ulaşım olanaklarının fazlalığı hastalığın kısa zamanda tüm dünyada etkisini göstermesine imkân tanımıştır. Günümüzde iletişimin üst düzeyde olması, internet ağı ve sosyal medya kullanımının yaygın olarak kullanımı, uzmanların hastalık hakkındaki bilgilendirmeleri dünya kamuoyu ile paylaşılmasına olanak sağlamıştır. COVID-19 hakkında uzmanların dahi yetersiz bilgi sahibi oldukları bir süreçte hastalık hakkında objektif bilgilendirmelerin yanında, kafa karıştırıcı, korkuya ve paniğe neden olan asılsız haberler de hızla yayılmıştır. Bu tür haberler insanların sağlık hizmeti almaya ihtiyaç duyduklarında hastaneye gitmeme, hastalık hakkında abartılı haberlerin verildiğinin inancı gibi, önerilen tedbirlere doğru olarak uyulmasında sorun yaşanmasına sebep olmuştur.

Geçmişten günümüze kadar insanlık tarihinde pek çok pandemiler yaşanmış ve çok ciddi halk sağlığı tehdidi oluşmuştur. Enfeksiyon hastalıkları epidemilerinde, diğer alanlardaki epidemilerden farklılıklar göstermektedir. Enfeksiyon hastalıkları alanındaki olgular risk faktörü olma potansiyeline sahip, hasta, kaynak veya taşıyıcı durumunda olabilmektedirler. Birçok enfeksiyon semptomsuz ya da hafif şekilde seyredebilmektedir. Enfeksiyon hastalıkları epidemiyolojileri ise halk sağlığını önemli derecede etkileyen ve acil önlem alınması gereken durumlardır. Enfeksiyon hastalıkları epidemilerinde diğer alanlardaki epidemiyolojilerden farklılık gösterebilmektedir. Enfeksiyon hastalıkları birçok farklı disiplinlerle birlikte çalışılması gereken ve beraber hareket edilmesi önem arz eden bir durumdur. Yapılan araştırmaların sonucunda pek çok alanda politikalar üretilmesi için çıkarımlar oluşması bakımından önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, bu salgındaki süreçte Covid-19 enfeksiyonu ile kısıtlı bilgi ve belirsiz verilerle yönetmeye çalışmış, ülkelerin sağlık sistemleri ile hizmet sunumlarında rehberlik etmeye çalışmıştır.

İnsanlık tarihinde yaşanan pandemilerde sağlık çalışanları görevleri nedeniyle birçok bulaşıcı hastalıktan etkilenmiş ve gelecekte de etkilenme potansiyeline sahip en yüksek gruplar arasında sayılmaktadır. Bu salgınlarda en önde görev yapan sağlık çalışanları hastalıklarla karşılaşarak hastalanmış ve bazen hayatlarını kaybetmişlerdir. Bu salgında da dünyada ve ülkemizde hastalanan ve yaşamını kaybeden sağlık çalışanlarının sayısı artarak devam etmektedir. Hastalığın riskleri altında çalışmaya devam eden sağlık profesyonelleri, fedakârca yerine getirdikleri görevleri nedeniyle, daha önce hiçbir meslek vurgulanmamasına karşın tüm sağlık mesleklerini de kapsayarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 yılı Uluslararası Hemşireler yılı olarak ilan etmiştir. Sağlık çalışanlarını özel bir biçimde konumlandırarak sağlık hizmetlerindeki rolü ve sorunlara başa çıkmada ön planda olmasına dikkat çekmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilanı ile COVID-19 salgınında en büyük görev sağlık çalışanlarına düşmüştür. Pandemi sürecinde çalışanlar arasında en ön safta yer alan sağlık profesyonelleri mevcut sağlık sistemlerinin işlevselliğini sürdürmesini sağlayan yapı taşları olmuştur. Tüm dünyada olduğu üzere ülkemizde de sağlık çalışanları canla başla mücadele etmeye çalışmışlar ve bu mücadeleleri hala da devam etmektedir. Bu yöndeki faaliyetlerin sürekliliği, sağlık çalışanlarının güvenliği, toplum ile sağlık çalışanlarına bilgilendirmelerin bilim temelinde ve doğru olarak yapılması, her bir bölgede verilen sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve nitelikli bakım verilmesi hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda tüm fertlerin eşit, etkin, ulaşılabilir ve sürdürülebilir şekilde faydalanmaları sağlanmaya çalışılmıştır. Etkin şekilde faydalanma ise ancak yetkin ve yeterli sayıdaki sağlık çalışanı ile mümkün olmuştur.

Sağlık çalışanları, sağlık sektörü gibi emek yoğun sektörler için önemli insan kaynağıdır. Sağlık insan kaynakları, sağlık kurumlarında işlerin aksatılmadan yürütülebilmesi, kurumdaki personelin etkili ve verimli biçimde çalıştırılmaları ilgili faaliyetler bütünü olarak tanımlanan sağlık insan kaynakları yönetimi örgütlerinin devamlılığı için hayati önem taşımaktadır. Sağlık politikalarının başarılı olmasını ve amaçlanan sağlık hizmetlerinin sunumunda hedeflere ulaşmada en önemli faktör sağlık insan kaynaklarıdır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, güvenliliği, sağlık insan gücünün etkili ve

verimli kullanılmasına bağlıdır. Pandemi nedeniyle neredeyse tüm yaşam düzeninin değişime uğradığı gibi, sağlık örgütlerinde de köklü değişimler yaşanarak pandemi ile mücadele edilmeye çalışılmıştır. Değişime uğrayan sağlık örgüt yapıları içinde sağlık çalışan faktörü daha önemli hale gelmiştir.

Pandemi sürecinde ise sağlık sektörünün iş yükü artmış, hastalanan sağlık personelinin yerini doldurmuş ve sağlık hizmetlerini sunmaya devam etmişlerdir. Bu süreçte sağlık personelinin sergilediği performans, işinden tatmin olması, motivasyon ve örgütsel bağlılıkları çok önemli noktalar olmuştur. Ancak iş yükü artan, olağanüstü şartlarda görev yapan sağlık çalışanları, ülkelerinin pandemi nedeniyle aldıkları bazı mücbir sebepler nedeniyle oluşan yeni şartlarda görev yapmışlardır. Motivasyonları, performansları, moral durumları ve fiziki olarak değişimlere uğramışlardır. Tüm bu sebepler örgütsel bağlılıklarını olumlu veya olumsuz etkilemiş olabilir.

Araştırmanın Konusu:

Araştırmanın konusu pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir çalışma yapmaktır.

Araştırmanın Önemi:

Araştırmanın önemi, sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının örgütlerine bağlılık düzeylerini değerlendirilmesi, çalışmanın sonucunda ise örgütsel bağlılıklarının artırılmasına yönelik çalışmaların hayata geçirilmesidir. Pandemi nedeniyle neredeyse tüm yaşam düzeninin değişime uğradığı gibi sağlık sektöründe de köklü değişimler yaşanarak pandemi ile mücadele edilmeye çalışılmıştır. Değişime uğrayan sağlık örgüt yapıları içinde sağlık çalışan faktörü daha önemli hale gelmiştir. Sağlık örgütleri düzeyinde pandemi nedeniyle yapılan çalışmalar, insancıl ve sağlıklı çalışma koşullarının sağlanmaya çalışılması, örgütlerin uzun dönemli etkinliklerinin ve verimliliğinin sağlanmaya çalışılması, daha iyi çalışma ortamlarının oluşturulması çalışanların işine ve örgütlerine bağlılıklarının artmasını sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarının kurumlarında sunmuş oldukları sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliksel olarak öneminin ortaya konması, kurumların tecrübeli ve donanımlı çalışanların kurumlarında kalmalarının sağlanması, çalışanlarına çeşitli alanlarda yetki, sorumluluk gibi personel güçlendirici uygulamaları gerçekleştirilmesi, personelin kuruma bağlılığını etkilemesi açısından çok önem arz etmektedir. Kurumlar da verdikleri hizmette her türlü donanıma sahip profesyonel ve görevlerine adanmış personelle

üstün sağlık hizmeti verebilecektir. Bu şekilde kendilerini daha güçlendirilmiş hisseden sağlık çalışanları örgütlerine bağlılıkları artırılmış olacaktır.

Araştırmanın Amacı:

Örgütler, rekabet ortamında günümüz koşullarına uyum sağlayabilmek, belirlenen hedeflere ulaşabilmek için çalışanlarına önem vermektedirler. Küreselleşme ile birlikte birçok sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de değişim olmaktadır. Fakat bu değişim pandemi süreci ile birlikte olağanüstü şartlar altında gerçekleşmiş, sağlık çalışanları da olağanüstü performans sergilemişlerdir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki emek yoğun çalışmalarının sonucunun örgütsel bağlılıklarına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının, örgütsel bağlılık alt boyutlarından olan duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılıklarının değerlendirilmeleri hedeflenmiştir.

Araştırmanın Yöntemi:

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir çalışma amacıyla sağlık çalışanlarına demografik ve örgütsel bağlılık ölçek soruları sorulmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında kişisel bilgiler içeren demografik form ve Örgütsel bağlılık ölçeği kullanılmıştır. Çalışanların örgütsel bağlılıklarını ölçmek için Meyer ve Allen tarafından (1991) geliştirilen ve Gül (2018)'ün "Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Değişime Açıklığın Örgüt Sağlığı Üzerindeki Etkisi: Afyonkarahisar İl Merkezi Hastanelerinde Bir Araştırma" tezinden yararlanılmıştır. Örgütsel bağlılık ölçeği 18 madde ve üç boyut halindedir. Araştırma modelinin oluşturulmasında katılımcıların demografik bilgileri ile örgütsel bağlılık davranışları incelenmiştir. Etik kurul izni ve Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü'nce verilen izin sonucunda çalışma 01.08.2021-15.09.2021 tarihleri arasında Tekirdağ ilinde bir kamu hastanesinde yürütülmüştür. Veri toplama yöntemi olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anket çalışması pandemi süreci olması dolayısıyla katılımcılara elektronik ortamda ulaştırılmıştır. Katılımcılara anket sorularına geçmeden önce çalışma ile kısa bilgi verilerek çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onamları alınarak anket sorularına geçebilecekleri ifade edilmiştir. 10 adet demografik bilgi ve 18 adet örgütsel bağlılık ölçeği sorularına 1- kesinlikle katılmıyorum,2-katılmıyorum,3-kararsızım,4-katılıyorum,5- kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li likert olarak sunulan anketi kendi düşünceleri yönünde cevaplandırmaları

istenmiştir. Gönüllü katılım esasına dayanan anket çalışmasını reddetme hakları olduğu konusunda bilgilendirdikten sonra yanıtlamaya karar verdiklerinde tüm anket sorularını eksiksiz olarak kendilerine uygun gelen şıkki işaretlemeleri, çalışmaya katılmaya devam etme isteğini veya reddetme hakkına sahip oldukları konusu ifade edilmiştir. Anket çalışması Tekirdağ ilindeki bir kamu hastanesi sağlık çalışanlarına yapılmıştır. Araştırmanın evreni Tekirdağ ilinde bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları, örnekleme ise 107 kadın ve 30 erkek birey olmak üzere toplam 137 katılımcı oluşturmaktadır. Elde edilen veriler gizli tutulmuştur.



BÖLÜM 1: PANDEMİ, COVID-19 VE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1.1. Pandemi ve Epidemiyoloji

Aralık 2019'dan itibaren dünya çok ciddi bir salgın tehdidi ile yüz yüze gelmiştir. İlk kez Çin'in Hubei eyaleti Wuhan kentinde ortaya çıkan kaynağı bilinmeyen gizemli bir hastalık görülmeye başlanmıştır. İnsandan insana bulaşabilen virüs, sosyal yaşamdaki temas yoluyla çok hızlı bir yayılım göstererek, çok sayıda insanın hastalanmasına ve birçok insanın hayatını kaybetmesine yol açmıştır. Bu hastalıkla mücadele etmek zorunda kalan ülkeler acil durum veya olağanüstü hâl ilan etmiştir. Enfekte olanları tespit etmek için filyasyon ekipleri oluşturması, zorunlu karantina uygulamaları, bazı iş yerleri kapatılması veya çalışma düzenlerinde değişiklikler yapılması, birçok ülkenin sınırlarını kapatarak geçişe izin vermemesi, uluslararası ve ulusal seyahat yasakları gibi tedbirler uygulamak durumunda kalmıştır. Mal tedarikinde aksamalar, üretimin neredeyse durma noktasına gelmesi hem ticareti hem de ekonomiyi oldukça kötü şekilde etkilemiştir. Bu durumda devletler mücbir sebep gerekçesiyle tedbirler almış ve bu tedbirler sadece ulusal alanda etkili değil uluslararası alanı da ekonomik, sosyal ve hukuki olarak sorunların yaşanmasına neden olmuştur. Küresel sağlık problemi olarak başlayan pandemi bir çığ gibi büyüyerek birçok alanda mücadele etmek zorunda bırakmıştır.

Salgın bir insan topluluğunda belli bir zamanda yeni ancak beklenilenden daha fazla etki gösteren hastalıklardır ve bu durum küresel bir tehlike olması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün gündemine gelmektedir. Bir hastalık salgınının pandemi kararını DSÖ vermektedir. Pandemi durumu oluşması için DSÖ'ye göre üç şart gereklidir. Bu şartların ilki daha önce olmayan bir enfeksiyon hastalığının salgın halinde hastalık olarak ortaya çıkması, ikincisi, enfeksiyon hastalığının etkenlerinin insandan insana bulaşıp tehlike arz eden bir hastalığa yol açıyor olması, üçüncüsü, enfeksiyon etkeninin kolay ve hızlı yayılım göstermesidir (Sakaoğlu ve diğerleri,2020: 2).

Ülkemizde sağlığın korunmasına dair 1930 tarihli 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (Genel Sağlığın korunması Kanunu)en temel kanundur. Kanunun 1. Maddesinde “Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve

halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindendir.” hükmü yer almaktadır (Mevzuat:1930).

Yaşadığımız pandemi sürecinde İçişleri Bakanlığı’nın Covid-19 (Coronavirus Disease-19) salgını ile ilgili yayınladığı genelgelerin temelini 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu oluşturmaktadır. İçişleri Bakanlığı’nın Yayınladığı genelgeler ve bakanlığın talimatları ile yerel yönetimler faaliyete geçmiştir. Faaliyete geçen kurumlardan birisi de İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisi olmuştur. İl Umumi Hıfzıssıhha Meclisi İçişleri Bakanlığı’nın talimatlarını uygulamak ve Kanun’da genel sağlığı ilgilendiren hususlarda yetkisi dahilinde Covid-19 sorunu ile ilgili toplanarak kararlar almışlardır. Bu kararlar ve Kanun’un 282. Maddesi ve devamında yazan kanun uyarınca yasaklara uymayanlar hakkında cezai işlemler ve idari para cezalarının hukuki dayanağını oluşturmuştur (Şahin,2020: 4).

1.1.1. Pandeminin Tanımı

Pandemi kelimesi, Eski Yunanca ‘pan’ (tüm, bütün) ve ‘demos’ (insanlar) kelimelerinin birleşmesinden türemiş bir kelimedir. Pandemik hastalıklar, bir kıta gibi geniş bir bölgeye hatta tüm dünyaya yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalık(epidemi) anlamına gelmektedir (Wikipedia).

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde pandemi kelimesinin tanımı yerine, salgın kelimesinin tanımı yer almaktadır. TDK sözlüğündeki salgın kavramının tanımı ise “Kısa zamanda çevrede var olan insanların, hayvanların ve bitkilerin büyük bölümüne bulaşan hastalık” ve “Bir hastalığın veya başka bir durumun yaygınlaşması ve birçok kimseye birden bulaşması” şeklinde yapılmıştır (TDK Sözlüğü).

1.1.2. Epidemiyolojinin Tanımı

Epidemi kelimesi, Eski Yunanca ‘epi’ (üstünde) ve insanlar, toplum, halk anlamlarına gelen ‘demos’ kelimelerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. Epidemiyoloji kelimesinin orijini yaklaşık 2400 yıl öncesinde Hipokrat’ın (M.Ö. 460-370) ve diğerlerinin, çevresel faktörlerin hastalıkların oluşumunda etkili olduğu fikrine dayanmaktadır. Hastalıkların oluşmasının nedenlerinin değerlendirilmesi konusunda çevresel faktörlerin araştırılması gerektiğini belirtmiştir. O dönemlerde genellikle toplumu tehdit eden bulaşıcı hastalıkların var olması nedeniyle, Epidemiyoloji daha çok bulaşıcı hastalıkları,

epidemileri(salgınları) inceleyen tıp bilimi veya salgınlar bilim olarak tanımlanmıştır (Köksal ve Yurtseven:48-58).

Epidemiyoloji, bulaşıcı olan ve olmayan tüm hastalıklar ve toplumların tüm sağlık sorunları ile uğraştığı için, özellikle günümüzde daha geçerli olduğunu kabul edebileceğimiz tanım, Last'ın tanımıdır. Last'a göre epidemiyoloji; "Belli toplumlarda sağlıkla ilişkili durumların, olayların saptanması, dağılımının ve nedenlerinin incelenmesi ile bu incelemelerin sağlık problemlerinin önlenmesi ve kontrolü için uygulanmasını sağlayan bilim dalıdır" (Last, 1988: 47).

1.1.3. Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi

Enfeksiyon hastalıkları, yüzyıllardır insanlar için zaman zaman büyük tehditler oluşturmakta, bazen medeniyetlerin yok olmasına sebep olmaktadır. Özellikle pandemi şeklindeki salgınlar milyonlarca insanın ölümüne yol açmaktadır. Salgınlar aralıklı olarak devam etmektedirler. Yaklaşık yüz yıl önce 1918 yılındaki H1N1 pandemisinde, dünyanın üçte biri enfekte olmuş ve 50 milyon kişinin bu pandemide hayatını kaybetmiştir. Aynı virüsün başka bir formu olan H2N2 formu ise 1957-1958 yılları arasında 1,1 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur (Saydam,2020:2).

Bilinen en ölümcül pandemi "kara veba" olarak kayıtlara geçmiş ve yaklaşık 200 milyon insanın ölümüne sebep olmuştur. Bunu dışında Çiçek hastalığı, Kolera, İspanyol gribi, Hong Kong gribi, Domuz gribi gibi gribal hastalıklar, Tifo, Tüberküloz gibi hastalıklarda da salgınlar yaşanarak çok sayıda insan yaşamına mal olmuştur. Günümüzde de devam eden HIV/AIDS ve COVID-19 olarak adlandırılmış olan SARS-CoV-2 pandemileri güncel pandemi olarak kabul edilmektedir (Wikipedia).

Salgınlar bilimi olan epidemiyoloji, bilim olarak ancak belirli insan topluluklarının hastalık dağılımlarının ölçülmesi şeklinde 19. Yüzyılda başlamıştır. Bu çalışma formal epidemiyolojinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Örnek olarak, Londra'da kolera salgını tehlikesi baş gösterdiğinde, John Snow'un epidemiyolojik çalışmaları, kolera tehlikesi ve şehirde belirli bir bölgedeki su dağıtım şebekesi arasındaki ilişki olduğunu göstermiştir. Snow' un yaptığı bu epidemiyolojik çalışmalar, çok boyutlu çalışmaların ilk örneği olup, fiziksel, biyolojik, kimyasal, politik ve sosyolojik kavramları da içerisinde barındırmıştır. Snow Londra'da, 1848-1849 ve 1853-1854 yıllarında koleradan ölen kişilerin

evlerini belirleyerek, içme suyunun sağlandığı kaynak ve ölümler arasındaki bağlantıyı göstermiştir. Farklı su kaynaklarını kullanan diğer bölgelerdeki kolera ölümlerini istatistiksel olarak karşılaştırmış, ölüm sayılarının ve özellikle ölüm hızının Southwark isimli su dağıtım şirketinin görevli olduğu bölgede yaşayanlarda daha fazla düzeyde olduğunu göstermiştir. Snow'un araştırmalarının neticesinde, enfeksiyon hastalıklarının bulaşıcılığı konusunda oluşan genel bir teori ile kolera hastalığının, suyla kontaminasyonu sonucu olduğunu açıklamıştır. Sonuç olarak, henüz kolera etkeni bulunmamış olmasına rağmen, su şebekesinin iyileştirilmesi yönündeki ve sanitasyon gibi çalışmalarla halk sağlığına etki etmiştir.19. yüzyılın sonları ve 20.yüzyılın başlarında, artarak kullanılmaya başlanan bu hastalık hızlarının karşılaştırılması yöntemi, en çok enfeksiyon hastalıklarında kullanılmaya başlanmıştır. Çevresel etkenler ve/veya çevresel ajanlarla hastalıklar arasındaki ilişkiyi göstermesi açısından çok değer verilen bir ölçüt olmuştur (WHO,1993: 3-4).

1.1.4. Epidemiyolojinin Çalışma Alanı

Halk sağlığının oldukça geniş bir alanını oluşturan epidemiyolojide ilk yapılan çalışmalar daha çok bulaşıcı hastalıkların etiyolojisine (nedenine) yönelik yapılmıştır. Bu tür çalışmalar toplumların sağlıklarını iyileştirmeyi hedeflediği için koruyucu yöntemlerin belirlenmesi konusunda oldukça önemli olan çalışmalardır. İnsan davranışlarının ve yaşam tarzlarının önemi, epidemiyolojide hastalık nedenlerine etkisi sebebiyle gittikçe artan bir ölçüde, koruyucu girişimler konusunda yer almaya başlamıştır. Epidemiyoloji, sadece enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklarla değil, insanlarda ve insan topluluklarındaki hastalıkların, doğal olarak seyreden durumları ile de ilgilenmektedir. Tıbbi uygulamalarda karşılaşılan hasta sorunlarına, epidemiyolojik yöntem ve kuralların uygulanmasıyla klinik epidemiyoloji doğmuştur. Toplumlardaki insan gruplarının sağlık durumlarını tanımlamakta da sık kullanılan epidemiyoloji, toplumlardaki ana hastalıkların belirlenmesi, kısıtlı kaynakların en etkili şekilde kullanmayı isteyen sağlık otoritelerince koruma ve bakım verme konularındaki sağlık uygulamalarının önceliklerini belirlemenin önemini farkında olarak çalışmaktadır (WHO,1993:5-6).

Ergönül (2016:1), enfeksiyon hastalıkları epidemiyolojilerinin, diğer bölümlerdeki epidemiyolojilerden farklılık gösterdiğini, olguların risk faktörü olabileceğini, bazı hasta insanların kaynak olabileceğini belirtmektedir. Enfeksiyon hastalıklarının epidemiyolojilerinde genellikle halk sağlığını ilgilendiren, acil önlemler alınmasını

gerektiren durumlar olduğunu, insanların hasta olup olmama durumlarına, cinsiyet, yaş, meslek, yerleşim, eğitim gibi bazı özelliklerine göre gruplandırılarak analiz edildiğini söylemektedir.

Epidemiyolojik çalışmalarda hedef, coğrafik veya başka biçimlerde saptanan insan topluluklarıdır. Epidemiyolojide belli bir zamanda veya belli bir bölgedeki, ülkedeki topluluklar, en sık olarak kullanılan topluluklardır. Epidemiyolojik analizlerde yaş, cins gibi özelliklerin yanında etnik özellikler gibi birçok niteliklere göre oluşturulan alt gruplar yer almakta ve değerlendirilmeye katılmaktadır (WHO,1993:5).

1.2. COVID-19

Koronavirüsler, zarflı RNA virüsleri olup (Ergün, E.ve diğerleri, 2020:18), insanlarda ve hayvanlarda patojen olma özelliği ile respiratuar, enterik, hepatik ve nörolojik hastalıklara neden olabilen, adlarını da hücre yüzeylerindeki taç (Corona) şeklindeki dikensi çıkıntılardan alan virüslerdir. Genellikle insanlarda görülen Alfa ve Beta türleridir. İlk defa 1960'larda tanımlanmıştır insan Koronavirüsleri (HCoV) (Yeşil,2020:125).

Koronavirüsler genellikle insanlarda hafif/orta düzeyde solunum yolları hastalıklarına yol açar ve bunlar HKU1-CoV, HCoV-OC43, HCoV-229E ve HCoV-NL63 adlandırılan alt tipleridir. Bunlar dışında 2003 yılında SARS-CoV ve 2012 yılında MERS-CoV alt tipleri ortaya çıkmıştır. Bu yeni tespit edilen alt tipler, mortalitesi yüksek olan Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome-SARS) ve Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome-MERS)' na sebep olmuşlardır. Zaman zaman salgınlar yapan SARS-CoV 'un misk kedilerinden ve MERS-CoV' un ise develerden insanlara geçtiği tespit edilmiştir (Saydam,2020:1). Bu yeni virüs, Uluslararası Virüs Taksonomisi (ICTV) tarafından SARS-CoV-2 olarak ve sebep olduğu hastalık COVID-19 olarak adlandırılmıştır (Shereen ve ark., 2020:8).

Hastalık etkeni SARS-CoV-2, Betacoronavirüs 2b soyunda yer alan ve koronavirüs ailesinin tipik özelliklerini taşıyan tek zincirli, pozitif polariteli bir zarflı RNA virüsüdür. Hastalığın ortaya çıkışı ile ilgili net bilgi olarak Çin'de canlı hayvan pazarında yasadışı olarak satılan vahşi hayvan ürünlerinin sergilenmesi ve satışının yapıldığı bölge düşünülmektedir. Burada alışveriş ve ziyaret için bulunan kişilerin hastalanması sonucu

meydana geldiği ve bu bölgenin hastalığın çıkış noktası olması ile ilgili verilerin bulunması nedeniyle ile bu bölgede başladığı vurgulanmaktadır (Metintaş,2020:4).

MERS-CoV ve SARS-CoV ile mukayese edilirse COVID-19, yayılım hızı ve vaka sayıları açısından oldukça kötü sonuçlara sebep olmuştur (Demirkol ve diğerleri, 2021:49).

1.2.1. COVID-19 Semptomları

COVID-19 semptomları hafif veya şiddetli olarak, çocuk ve erişkinlerde değişiklik göstererek genellikle 1 hafta sürebilen solunum güçlüğü bulguları ile karakterizedir (İslamoğlu,2021:8). DSÖ'ye göre yaygın olarak görülen semptomlar ateş, yorgunluk, kırınglık ve kuru öksürük olarak tanımlanmıştır. Hastalığın başlangıç zamanlarında tespit edilen ilk olgularda en sık görülen semptomlardan ateş (%8), hemoptizi (%5) ve ishal (%3) oranlarında görülmekle birlikte olguların yaklaşık olarak yarısında nefes darlığı şikâyeti bulunmaktadır (Dikmen ve diğerleri,2020:32).

Klasik üst solunum yollarının enfeksiyon bulgularının (Rinore, nazal konjesyon, boğazda ağrı vb.) nadiren olduğu, fakat birçok olguda da koku kaybı (Anozmi ve Hipozmi) şikayetlerinin olduğu erken hastalık semptomları bildirilmiştir. Sayılan semptomlara ilave olarak hastalarda kusma, şiddetli baş ağrısı ve baş dönmesi gibi daha az görülen belirtiler de bildirilmektedir. Özellikle yaşlı, komorbiditeleri mevcut daha ağır olgularda ve sonrasında pnömoniye bağlı solunum yetmezliği ve ARDS (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu-Acute Respiratory Distress Syndrome ve Adult Respiratory Distress Syndrome)'ye giden klinik tabloya neden olabilir. ARDS gelişen vakalarda mortalitesi yüksek seyrederken, çocuklarda bu durum çoğunlukla subklinik tablolarla seyrettiği bildirilmiştir. Tüm bu semptomlara ek olarak nörolojik bulgular (konfüzyon, bilinç değişikliği vb.) da COVID-19 enfeksiyonunda tanımlanmıştır (Kömürcüoğlu,2020:28-29).

1.2.2. COVID-19 İletim Yolları

Virüsün en kolay ve sık bulaşma nedeni, yakın mesafeden (1-1,5 m) enfekte olan kişilerin, konuşma, öksürme veya hapsirmaları sırsındaki damlacıklar yoluyla ve bu damlacıkların solunması ile olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020a). COVID-19 ile enfekte kişiler, genellikle belirti gösterebilir de belirti olmadan hasta olan kişilerin olduğu bilinmektedir. Bulaştırıcılık, belirtilerin olduğu dönemde belirtisiz döneme göre daha yüksek oranda olduğu vurgulanmaktadır. Bir diğer bulaşma yolu ise yine damlacıkların olduğu

yüzeylere dokunmak suretiyle olmaktadır. Bu yüzeyler günlük yaşamda en çok temas ettiğimiz masa, kapı kolları, asansör düğmeleri, paketler vb. olabilmektedir. Virüsün farklı özellikteki eşyalarda kalma süresi de 2-72 saat arasında değiştiği ve yüzeylerinin dezenfeksiyonuyla virüslerin kolayca yok edildiği belirtilmektedir (Ataç ve diğerleri,2020:4-59).

Kapalı, kalabalık ve iyi havalandırılmayan (otobüs, ofis, restoran vb.) ortamlarda da virüs bulaşıcı olabilmektedir (Çoktaş,2020:5). Japonya'nın Yokohama Limanı'ndan yolculuğa çıkan 3700 yolcu ve mürettebatın olduğu gemide yapılan araştırma sonuçlarında enfeksiyonun kapalı alanlarda kolayca bulaştığını tespit etmişlerdir. Ev içi, kapalı yerlerdeki sosyal ortamlarda ve sağlık çalışanlarında da sekonder enfeksiyonlar olmuştur (Metintaş,2020:6)

1.2.3. COVID-19 Risk Grubu

OSHA (Occupational Safe and Health Administration)'nın açıklamasına göre COVID-19 enfeksiyon riski yönünden çalışan gruplarda, öncelikle sağlık çalışanı grubunu çok yüksek ve yüksek risk olarak değerlendirilmiştir (Sakaoğlu ve diğerleri,2020:2)

Sağlık çalışanları, pandemi mücadelesinde en önde yer alan meslek grubudur. Muhtemel ve kesin vakalardan örnek alınması, yakın temasta bulunup tedavi ve bakımlarının yapılması, virüsün yakın temasla damlacık (aerosol)yoluyla bulaşması gibi durumlar sağlık çalışanlarının riskini artırmaktadır (Ataç ve diğerleri,2020:6).

COVID-19'un en çok etkilediği yaş gruplarından olan 65 yaşın üzerindeki kişilerin geldiği, bu grubundaki kronik akciğer hastalığı ve astımı olanlar “ciddi hastalık riski yüksek grup” ‘ta yer aldığı belirtilmektedir. Bunun dışında çeşitli nedenlerle (kemoterapi, sigara, bağışıklık sistemini olumsuz etkileyen ilaç kullanımı) bağışıklığı zayıflamış kişiler, beden-kilo indeksi 30 ve üzerinde olanlar, kalp hastaları, şeker hastaları, diyalize giren hastalar ve karaciğer hastaları risk grubunda sayılmışlardır. Bu hastaların hastalığa yakalanma, hastalık sırasında çeşitli komplikasyonların oluşması ve ölümlerde artış oranlarının fazla olduğu belirtilmektedir. Yaşlı kişilerin izole edilmesi, yüksek riskli gruplara yayılmasını en aza indirerek bulaşmanın önüne geçilebilecektir (Tanrıverdi,2020:129-132).

Gebelik durumu, bağışıklık sisteminin kısmen baskılandığı bir dönem olması sebebiyle kadınları enfeksiyonlara karşı açık hale getirmektedir. Bu yüzden gebelerde

solunum sistemi rahatsızlıkları sık olarak görülmektedir. Gebelik nedeniyle tanı ve tedavi yöntemlerinde kısıtların olması, izole edilmeleri ve gebelere yönelik politikalar oluşturulması, holistik yaklaşımlar önemli görülmektedir (Kınık ve Özcan,2021:2).

DSÖ, COVID-19 pandemi döneminde, diğer SARS ve MERS enfeksiyonlarındaki gibi enfekte annenin emzirmeye devamlılığı konusunda olumsuz uyarılarda bulunmamış, bu konudaki düşüncesini, bebeğin gelişimine katkısından dolayı yakın temas ve erken emzirmenin katkısı nedeniyle desteklenmesini savunmuştur. Emzirme sırasında maske kullanımı ile el hijyeni sağlanması yönünde bilgilendirme sağlanmasını tavsiye etmektedir (Haykır,2020:74-76).

COVID-19 çocuklarda da yetişkin hastalar gibi enfekte olmakla birlikte semptomlar daha hafif hatta hiç belirti göstermeden gerçekleşmiştir. COVID-19'u asemptomatik veya hafif şekilde geçiren çocukların aile içi temas öyküleri bulunduğu belirtilmektedir (Ataç ve ark.,2020:6). Ancak bir yaşın altındaki ve ciddi rahatsızlıkları bulunan çocukların büyük risk altında oldukları ifade edilmiştir. Okul çağındaki çocukların ise bulaş yönünden arkadaşları ile oyun oynamamaları, el hijyeni ve maske takmaları konusunda bilgilendirilmeleri çok önem arz etmektedir. Çocuklara hastalık hakkında doğru bilgilendirmelerin yapılması, şeffaf olunması, sağlıklı yaşam tarzı davranışların devam ettirme, ebeveynlerin çocuklara rol model olmaları, duygusal ve ruhsal açıdan gözlenmesi ve var olan sorunlarına karşı çözüm arayışı konularında öneriler getirilmiştir (Tanrıverdi ve diğerleri,2020:132).

1.2.4. COVID-19'dan Korunma

COVID-19 hasta kişilerin öksürük ve hapşırmaları yolu ile belli bir süre havada kalan ve yüzeylere saçılan damlacıklar sonucu oluşmaktadır. Bu damlacıklara temas veya damlacıkların solunum yolu ile vücuda girmesiyle enfeksiyon yerleşerek hastalık oluşturmaktadır. Bu nedenle koruyucu önlem olarak maske takılması, yüzeylerin temizliği ve dezenfeksiyonu, korunma yöntemlerinin başında gelmektedir. Hastalığın yayılımında temas faktörü açısından hastane, ambulans ve ev içerisinde bulaş düşünülen tüm yüzeylerin uygun temizleyicilerle sürekli temizlenmesi önerilmektedir. Çalışan sağlık personelinin de bu önlemlere ilave olarak standart enfeksiyondan korunma ve kontrol önlemleri almaları gerekmektedir. COVID-19 olası veya kesin kişilerle yakın teması gerektirecek işlemlerinde kişisel koruyucu ekipmanları (önlük, maske, gözlük, yüz koruyucu, eldiven) sırasıyla giymeye ve giyiliş sırasının tersi takip edilerek çıkarmaya (eldiven, gözlük, yüz koruyucu,

önlük, maske şeklinde) dikkat edilmesi gerekmektedir. Hastanın vücut sekresyonları ve sıvıları ile temas edilmesi gerektiğinde, gerekirse ek ekipmanları (tulum, bone ve ayak koruyucu) kullanımının kararının verileceği uygun olmaktadır (Dikmen ve ark.,2020:34).

Bir diğer COVID-19'dan korunma yöntemi ise COVID-19 aşısı uygulamalarıdır. Aşı ile immünoterapi, yapay olarak bağışıklık sisteminin tetiklenmesi ve immün yanıt uyarmak için çeşitli hastalıklara ve kanserlerin profilaksisinde ve tedavilerinde etkili yöntem olarak kullanılan yöntemdir. Temel olarak canlı zayıflatılmış, inaktif, alt birim ve toksoid aşılar olarak dört tür aşı bulunmaktadır. Canlı zayıflatılmış aşılar, hastalıklara sebep olan mikroorganizmalara karşı bir veya iki doz yapılarak ömür boyu bağışıklama sağlayabilirler. İnaktif aşılar, patojenlerin kimyasal veya fiziksel yollarla etkisiz hale getirilerek oluşturulan aşılardır. Alt birim aşıları, hastalığa sebep olan mikroorganizmaların protein kısmını bulunduran ve genetik kısmını içermeyen aşılardır. Bu aşılar güçlü bağışıklık oluştururlar ve inaktif aşılarla benzerlikleri bulunmaktadır. Toksoid aşılar, mikroorganizmaların salgıladıkları toksinleri kullanılarak ve bu toksinler inaktive edilerek oluşturulan aşılardır. Ömür boyu bağışıklama sağlamadıkları için tekrar doz gerekebilmektedir. Viral Vektör aşıları, gen teknolojileri kullanılarak, virüslerin taşıdığı genetik maddenin bir bölümünün başka bir virüsün içerisine eklenmesi suretiyle elde edilen virüsün vücuda enjeksiyonu ile oluşturulan, bağışıklama sağlanan aşılardır. Bu aşılara Oxford ve SputnikV (Rusya) örnek olarak verilebilir. Bir başka aşı olan mRNA aşıları ise hastalık tekeni mikroorganizmaların antijenik özelliğini üretebilecek olan messenger RNA'ların lipid nanopartiküller ile kaplanarak oluşturulan ve kişilere kas içi enjekte edilerek yapılmaktadır. mRNA aşıları sentetik biyolojik olarak çok hızlı ve çok fazla miktarda hazırlanabilmektedir. Biontech-Pfizer (Almanya) ve Moderna (ABD) aşıları bu türe örnek olarak verilebilir. Bir diğer aşı ise VLP (Virüs Benzeri Partiküller) aşılardır. VLP aşılar en güvenli aşılardan biri olarak görülmektedir. Bu kategoride COVID-19 yerli aşı çalışmalarımız yapılmaktadır (Kahraman ve Altındış,2020:242-243).

COVID-19 hastalığının başladığı dönemle birlikte dünyada ve ülkemizde de çeşitli kurumların başlayan aşı çalışmaların bazıları sonuçlanmış ve aşılamalara başlanmıştır. Ülkemizdeki üniversitelerin aşı çalışmaları ise halen devam etmektedir. Erciyes Üniversitesi Aşı Geliştirme Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde (ERAGEM) COVID-19'a karşı geliştirilen ve Sağlık Bakanlığı ile Türkiye Sağlık Enstitüleri (TÜSEB) tarafından desteklenen inaktif aşı adayının Faz-2 çalışmaları Nisan ayında tamamlanmış ve Faz-3

aşamasına geçilerek gönüllüler üzerinde uygulanmaya başlanmıştır (Erciyes Üniversitesi,2021). Turcovac adı verilen aşının faz-3 çalışmaları gönüllüler üzerinde uygulanmaya devam etmektedir (TRT Haber,2021).

Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19 Bilgilendirme Platformunda günlük olarak paylaşılan bilgilere göre 12.10.2021 tarihi itibarı ile toplam yapılan aşı sayısı 112.666.626'dır. 1. Doz aşı uygulanan kişi sayısı 54.565.515, 2. doz aşı uygulanan kişi sayısı 46.435.265 ve 3.doz uygulanan kişi sayısı ise 10.775.920'dir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

1.2.5. COVID-19 Tedavi

Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu tarafından hazırlanan COVID-19 rehberleri ve tedavi algoritmaları doğrultusunda COVID-19 teşhisi konulan ve hastalardaki endikasyonlara göre optimal fayda sağlayacak ilaç tedavileri uygulanmakta ve gerekli müdahaleler yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2020b).

COVID-19 birçok solunum yolu hastalıkları ile ortak (ateş, öksürük, halsizlik, kas ağrısı vb.) belirtilere sahiptir. COVID-19 etkeninin diğer pnömoni etkenlerinden ayırt edilmesi gerekmektedir. Hastaların üst solunum yollarından (orofaringeal ve nazofaringeal) ve/veya alt solunum yollarından (endotrakeal aspirat, balgam veya bronkoalveoler lavaj) örneklerinin alınması ile PCR testi ayırıcı tanı için kullanılmaktadır. PCR testlerinin negatif geldiği fakat kuvvetli COVID-19 şüphesi bulunan hastalarda tanıyı destekleyici ELİSA ya da IgM/ IgG antikor testleri serolojik testler de kullanılmaktadır. Test sonucu pozitif vakalarda izolasyon kurallarına uymak şartı ile hastanın genel durumuna göre tedavi düzenlenerek evde veya ağır pnömoni bulguları olan hastalarda ise hastaneye yatırılarak tedavileri yapılmaktadır. Yapılan fizik muayenede vital bulguları anormal tespit edilen 50 yaş üstü hastalarda ve ek hastalığı olanlarda servislere direkt yatışları yapılarak tedaviye başlanmakta ve durumları izlenmektedir (Dikmen ve diğerleri,2020:33-34).

1.3. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

Uluslararası örgüt ifadesinin kavramsal olarak geniş bir anlamı, faaliyetlerini uluslararası düzeyde gösteren, hiçbir ticari amaç taşımayan ve birçok devleti ilgilendiren ancak devlet niteliği taşımayan her türlü birleşmelerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler (BM) sistemi içerisinde uluslararası düzeyde faaliyet gösteren, ticari olarak niteleyebileceğimiz bir amacı taşımayan, sağlık alanındaki koordinasyonu ve

yönlendirmeyi sağlayan otoritesidir. Günümüzde uluslararası örgütler, uluslararası faaliyetleri nedeniyle devletlerden sonra ikinci sırayı almaktadır. Uluslararası örgüt geniş yetkilerle donatılmış olsa da bir devletin sahip olduğu bazı ögelere sahip değildir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz:

- Uluslararası örgütlerin geniş normatif yetkilerine rağmen üzerinde tam yetkilerinin olduğu bir ülkesi ve toplumu yoktur.
- Uluslararası örgütler, devletlerin oluşturduğu bir birim olarak, buyruk verme ve uymayanları zorlama yetkileri yoktur. En gelişmiş uluslararası örgütlerin dahi amaçlarının dışında davrananlara öngörülen yaptırımların uygulanmasını üye ülkeler vasıtasıyla gerçekleştirmek durumundadır.
- Devletlerin oluşumundan farklı olarak üye devletlerin bu yöndeki kesin iradelerini açıklamaları ile gerçekleşmektedir. Çoğunlukla üye ülkeler bu iradelerini bir antlaşma ile bildirmektedir.
- Uluslararası örgütlerin hukuksal kişilikleri amaçları ile sınırlı olduğu için devletlerin birçoğunun sahip olduğu, tam ve münhasır yetkileri bağlamındaki hukuki kişiliklerinde farklı olarak örgüte göre değişkenlik gösteren fonksiyonel kişilikleri vardır.

Uluslararası örgütler, gerçekleştirdikleri faaliyetler sebebiyle uluslararası ilişkiler bilim dalı içerisinde ele alınarak yapısı ve yetkileri büyük ölçüde uluslararası hukukun konusunu oluşturmaktadır. (Pazarcı,1989:102-105).

Devletler mücbir sebeplerle, sadece kendi egemenlik alanlarında sınırlı kalmayan, özellikle de sağlık, sosyal, ekonomik ve hukuki nedenlerle bazı ilişkileri yürüttükleri uluslararası alanlarda ortak faaliyetlerde bulunmak durumunda kalmaktadırlar. Devletler açısından bu ilişkileri düzenleyerek, gerekli iş birliklerini sağlayarak sorunlarını gidermeye çalışan uluslararası örgütlerin başında da küresel boyutta sağlık konularına eğilen Dünya Sağlık Örgütü gelmektedir (Kaya ve Şimşek,2020:986).

1.3.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün Kuruluşu

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin San Fransisco kentinde 1945 yılında BM konferansı ile o dönemde dünyada barış ve güvenliğin sağlanması, bütün halkların sağlığının

temini gibi konuların önemi vurgulanarak “Uluslararası Sağlık Örgütü” kurulması amaçlanmış, oy birliği ile toplantı düzenlenmesi kabul edilmiştir (???).

DSÖ’nün kuruluşundan önce var olan birçok sağlıkla ilgili örgütler, DSÖ’nün kuruluşu ile birlikte ya aynı çatı altına girmişler ya da varlıklarına son verilmiştir. Böylece sağlık alanında yetkili tek bir uluslararası örgüt olmuştur (Kaya ve Şimşek,2020:992).

BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi, toplantının hazırlığı için 15 kişilik teknik komite oluşturmuş, başkanlığına Belçikalı Prof. Dr. Rene Sard’ı getirmiştir. Bu komite kısa süre içerisinde, yapılacak olan toplantının gündemini belirlemiş, kurulacak olan uluslar arası sağlık örgütü için anayasa taslağını hazırlayıp alınacak kararlar belirlenmiştir New York’ta 19-22 Temmuz 1946 tarihlerinde Uluslar arası Sağlık Konferansında BM’ye üye 51 ülke temsilcilerinin katılımı ile Uluslar arası Çalışma Örgütü (ILO), Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), BM Eğitim ve Kültür Örgütü (UNESCO), Kızılhaç, Dünya İşçi Sendikaları Federasyonu (WFTU), OİHP (Paris’te merkezi bulunan Uluslar arası Halk Sağlığı Bürosu, PAHO (Pan American Health Organization-Tüm Amerika Sağlık Örgütü) ve Rockefeller Vakfı temsilcileri birlikte DSÖ Anayasası’nı oluşturmuşlardır. Üye ülkelerin resmi olarak kabul etmeleriyle birlikte DSÖ Anayasası 7 Nisan 1948’de yürürlüğe girmiştir ve bu tarih her yıl “Dünya Sağlık Örgütü Günü” olarak kutlanmaktadır. İsviçre’nin Cenevre kentinde BM Sarayı’nda Genel Kurul (Asamble) sırasında üye sayısı 55’e ulaşmış, DSÖ Genel Koordinatörlüğü’ne Kanadalı Dr. Brock Chisholm’ ün seçilmesi ile, yönetim Kurulunu oluşturan 18 üye belirlenip örgütün yıllık programı, personeli ve bütçesi onaylanmıştır.

Günümüzde DSÖ’YE 194 üye ülke ve 2 ülke de ortak üye durumundadır (Wikipedia).

1.3.2. Dünya Sağlık Örgütü Organları

DSÖ başlıca üç ana organdan oluşmaktadır. Bunlar:

1. Dünya Sağlık Asamblesi (Genel Kurul)
2. Yönetim Kurulu
3. Sekretery (Genel Merkez-Cenevre, Bölge Büroları ve Ülke Temsilcilikleri)’dir (T.C. Sağlık Bakanlığı,1997: 11).

1.3.2.1. Dünya Sağlık Asamblesi (World Health Assembly- WHA)

Asamble, örgüte üye ülkelerin temsilcileri olan delegelerden oluşmaktadır. Her yıl mayıs ayında İsviçre'nin Cenevre kentinde olağan olarak gerçekleştirilen toplantılarda, katılan delegelerin tercihen ülkelerinin ulusal sağlık yönetiminde görev alan ve sağlık alanında teknik bilgiye sahip kişiler olması gerekmektedir. Geleneksel olarak her ülkenin Sağlık Bakanları toplantılara katılmanın yanı sıra diğer ülkelerin Sağlık Bakanları ile de görüşme imkanına sahip olmaktadır. Genel Kurul'un görevleri içerisinde örgütün Genel Direktörü' nün seçimi, bütçe görüşmeleri ve mali politikaları denetlemektir. Asamble, yönetim kurulunun ve Genel Direktör' ün çalışan raporlarını gözden geçirir ve bazı önemli sağlık konuları için Yönetim Kurulu'nun dikkatini çeker. Asamble uluslararası standartlar ve kurallar belirleyerek Örgüt adına, sağlık alanında olmak üzere sözleşmeler ve anlaşmalar yapabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997: 11).

1.3.2.2. DSÖ Yönetim Kurulu

Asamble'nin yürütme organıdır. Alınan kararların yerine getirilmesini sağlamakla sorumludur. Gündemi saptamak, yıllık çalışmaların planlarını sunmak ve Genel Kurul'a bazı önerilerde bulunmak, salgın ve afet durumlarında gereken önlemlerin alınması konusunda da yetkisi olduğu gibi bu yetkiyi Genel Direktör' e devredebilir. Belli konularda alt komiteler oluşturabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997: 11-12).

1.3.2.3. DSÖ Sekreteryası, Bölge Büroları ve Ülke Temsilcilikleri

Sekreteryası, Cenevre'deki Genel Merkez, altı Bölge Bürosu ve üye ülkelerdeki temsilcilikler ve irtibat ofislerindeki DSÖ'nün tüm personelini içermektedir. Genel Direktör Yönetim Kurulu'nun sorumluluğunda, Örgüt'ün yönetsel ve teknik başkanı olduğu gibi, tüm komisyon ve komitelerin, Örgüt tarafından hazırlanmış olan konferansların da sekreterliğini yapmaktadır veya bu görevini vekaleten başkalarına devredebilir. Genel Direktör ve DSÖ'nün personeli, örgüt dışındaki hiçbir makam ve kuruluştan talimat almamaktadır. Örgüt'e üye ülkeler, Genel Direktör ve DSÖ personeline tesir etmemeyi taahhüt ederek onların uluslararası sıfatlarına riayet etmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997:12-13).

DSÖ'nün Genel Merkez dışında farklı coğrafi konumlarda 6 tane Bölge Bürosu bulunmaktadır. Bunlar:

- Avrupa Bölge Bürosu (EURO); Kopenhag-Danimarka
- Doğu Akdeniz Bölge Bürosu (EMRO); İskenderiye-Mısır
- Afrika Bölge Bürosu (AFRO); Brazzaville- Kongo
- Amerika Bölge Bürosu (PAHO); Washington-ABD
- Güney Doğu Asya Bölge Bürosu (SEARO); Yeni Delhi-Hindistan
- Batı Pasifik Bölge Bürosu (WPRO); Manila- Filipinler ‘dedir (WHO,1990:24-25; T.C. Sağlık Bakanlığı,1997:13).

Her bölgenin Bölge Direktörü ve personelden oluşan Bürosu ve bu büroya bağlı DSÖ üyesi ülke temsilcilerinden oluşan ve yılda bir kez toplanan Bölge Komitesi olmak üzere iki organı vardır. Komiteler, bölgesel olarak oluşan sağlık sorunlarını tartışmak, Genel Kurul’da alınan kararları uygulamaya koymak, bölgelerindeki faaliyetlerin raporunu hazırlamak ve iş programını düzenlemek üzere sonbaharda yılda bir kez toplanır. Düzenlenen kesin iş programını bir sonraki yılın ilk yarısından önce Yönetim Kurulu’na sonra Genel Kurul’a gönderilir (T.C.S Sağlık Bakanlığı,1997:14).

1.3.3. DSÖ Anayasası

DSÖ anayasası 82 maddeden oluşmaktadır. Kuruluşun hukuki durumunu, önemli konulardaki ayrıcalıklarını ve diğer örgütlerle olan ilişkilerini ele alan maddeler yer almaktadır. DSÖ Anayasa’sının temel ilkelerini içeren bölümde “Tüm insanları mümkün olan en üst sağlık düzeyine ulaşması” şeklindeki amacını gerçekleştirmek üzere Örgüt’ün işlevleri yer almaktadır. Kısaca bu işlevleri şöyle sayabiliriz; uluslararası sağlık çalışmalarının yönetimi ve eşgüdümü, BM, İhtisas kuruluşlar, üye ülkelere bağlı olan sağlık yönetimleri, meslek grupları ile etkili ilişkiler kurmak ve sürdürmek, hükümetlerin isteği üzerine sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi konularında yardımcı olmak ve kabul edilmesi durumunda, hükümetlerin ihtiyaç duydukları teknik desteğin verilmesi şeklindedir (WHO,2020:1-19).

Anayasa’nın diğer maddeleri Örgüt’e üyelik, Örgüt’ün organları ile görev ve yetkileri, üye ülkelerin vatandaşlarının sağlık durumları, sağlıkla ilgili yeni çıkarılan yasalar ve alınan kararlar, istatistiki bilgilerin raporlandırılması ve bu raporların sunulması şeklindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,1997:10).

Örgüt'e üyelik Anayasa'nın üçüncü bölümünde yer almaktadır ve ilk madde olan "Örgüt'e üyelik tüm ülkelere açıktır" ifadesi şeklindedir. Anayasa'da Örgüt'ten çekilme veya Örgüt'ten atılma ile ilgili bir madde mevcut değildir. Bu nedenle daha sonra yapılan toplantılarda, Anayasa'ya bir madde eklendiğinde, bunu kabul etmeyen bir ülkenin üyelikten çekilebileceği şeklinde karara bağlanmıştır. Ancak Genel Kurul, bir ülkenin katkı payını ödememesi durumunda, üye ülkenin oy kullanma hakkını ve bu ülkeye götürülen hizmetleri askıya alma kararını uygulayabilir. Anayasa'ya göre her ülkenin bir oy hakkı vardır, büyük veya küçük devletler olarak bahsedilmemektedir. Yönetim kurulunda hiçbir ülkenin daimî bir temsilci bulundurma hakkı ve hiçbir ülkenin veto kullanma hakkı yoktur. (T.C. Sağlık Bakanlığı,1997: 10).

DSÖ Anayasası madde 21 ile hastalıkların kontrolü ve uluslararası yayılımının önlenmesi amacıyla anlaşma/sözleşme ve tüzük kabul etme yetkilerini, DSÖ Asamblesi'ne verilmiştir. DSÖ Anayasası madde 22 gereğince Asamble tarafından kabul edile tüzükler üye devletler için bağlayıcı olmakta, her üye ülkenin anayasal usulleri kapsamında kabulü ile yürürlüğe girmektedir. DSÖ Asamblesi, kendisine tanınan yetki ile 1951'de Uluslararası Sağlık Tüzüğünü Kabul (UST) etmiştir. 1969 yılında kabul edilen tüzük, 1951 yılındaki tüzüğün yerini almıştır. En son 2005 yılında tekrar tüzük değişikliği için görüşülmüştür (Şahin,2020:2).

DSÖ, salgın hastalıklarla daha etkin mücadele edebilmek için Asamble'nin 58. toplantısında uzman görüşleri ve sahadan kazanılan deneyimler yönünden en iyi uygulama örnekleri izlenerek 2005 yılında günümüzde yürürlükte olan Uluslararası Sağlık Tüzüğü kabul edilmiştir (Kaya ve Şimşek,2020:993). Türkiye, önceki tarihli tüzüğü kanunla kabul etmiş, ancak 2005 yılındaki Uluslararası Sağlık Tüzüğü Resmî Gazete'de yayınlanmamıştır. 2006 yılında Türkiye, DSÖ Genel Direktörlüğü'ne yaptığı beyanı ile UST hükümlerini daha önceki sözleşmeler ve Türk Boğazları ile ilgili Tüzüğe (1998 tarihli Türk Boğazları Deniz Trafik Düzeni Tüzüğü) uygun olarak uygulayacağını belirtmiştir. Ülkemizde Tüzük fiilen uygulanmaktadır (Şahin,2020:2)

1.3.4. DSÖ'nün Çalışma Yöntemi

Bazı uluslararası örgütlerin kendi varlığı ve uluslararası kişilikleri olsa da birbirleriyle alakalı ortak amaçlara sahip olmalarından dolayı BM ile özel iş birlikleri vardır. Sözü edilen iş birliği ilişkileri her iki taraf arasında yapılan anlaşmalarla düzenlenen ve BM

ile birlikte gerçekleştirilen ortak faaliyetlerin eşgüdümü, ekonomik ve Sosyal Konsey tarafınca sağlanan bu uluslararası örgütler BM İhtisas Kuruluşları olarak isimlendirilirler (Pazarcı,1987:127). DSÖ söz konusu bu İhtisas Kuruluşlarından birisidir ve BM sistemi içerisinde mali ve yönetim olarak özerkliğe sahiptir. DSÖ'nün anayasası ve imzaladığı sözleşmelerle BM ve diğer kuruluşlarla olan ilişkileri belirlenmiştir. Sayıları 15 olan bu ihtisas kuruluşları ILO, FAO, UNESCO, IMF, Dünya Bankası, Uluslararası Telekomünikasyon Birliği, uluslararası Sivil Havacılık Örgütü, Uluslararası Meteoroloji Örgütü vb. kuruluşlardır. Yapılan sözleşmelerle aralarında iş birliği, bilgi ve veri alışverişinde bulunup ihtiyaç halinde birbirlerine teknik olarak yardımlarda bulunurlar. DSÖ, BM'nin isteği ile bazı özel gruplara (göçmenler vb.) sağlık hizmeti sağlamak ve BM Genel Kurulu, BM Ekonomik ve Sosyal konsey veya BM Güvenlik Konsey'inin sağlıkla ilgili konularda yapılan önerilerini göz önünde bulundurmak durumundadır. İlişkilerinin yürütülmesi ve eşgüdümlü olarak yürütülebilmesi için her iki örgütte de irtibatlarını sağlayan büroları vardır. DSÖ'nün en çok ilişkide bulunduğu kuruluşlar UNESCO, FAO, ILO, UNDP'dir. UNESCO ile sağlık eğitim projelerini, ILO ile iş projelerini, FAO ile de yaşamsal önemdeki gıda projelerini yürütürler. DSÖ, farklı alanlarda hizmet veren uzman personele sahiptir. Merkez teşkilatı, bölge Direktörlükleri ve dünyanın pek çok ülkesindeki temsilciliklerinde binlerce personeli çalışmaktadır. Bunun yanı sıra danışman olarak adlandırılan uzmanlar, ihtiyaç durumunda geçici süreyle DSÖ personeli olarak görevlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,1997: 14-15; Kaya ve Şimşek,2020:989-990).

DSÖ Genel Direktörü'ne, kanser, sıtma gibi farklı hastalıklarda ve konularda danışmanlık yapan Uzman Komiteleri vardır. Ayrıca daha resmi olan uzman komitelerine destek olan Çalışma Grupları oluşturulur. Bu gruplardan farklı olarak Bilimsel Gruplar vardır. Grup ve Komitelerin toplantılarının sonuçlarını rapor olarak yönetim kuruluna sunulur ve bu raporları "Technical Report Series" adı altında yayımlanır. DSÖ, İşbirliği Merkezleri (Collaborating Centers) olarak adlandırılan, dünyada yüzlerce laboratuvar, enstitü veya kurumlarla belli konularda işbirliği yapar. Bu kurumlar DSÖ için araştırmalar yürütür, veriler toplar, biyolojik ve kimyasal bazı maddelerin depolanıp, dağıtımını üstlenirler (T.C. Sağlık Bakanlığı,1997:16).

DSÖ çıkardığı sağlık tüzükleri ile salgınlar mücadelesinde önemli görevler başarmıştır. 1974 yılında gelişmekte olan ülkelere temel aşılı tedarik etmiş, 1977'de herkese sağlık stratejilerini kabul ederek sağlık hizmetlerini temel öncelik haline getirmiş,

sıtma çiçek hastalıklarının ortadan kaldırılması, bazı kampanyalarla da verem, çocuk felci, AIDS ve bazı Afrika ülkelerinde görülen nehir körlüğü hastalıklarının kaldırılması ve kontrol altına alınmasını sağlamıştır. 2011 yılında Küresel Grip İzleme ve müdahale Sistemi oluşturulmuştur. Yakın geçmişte ortaya çıkan Ebola, SARS, Kuş Gribi gibi yeni salgınlarda mücadele eden devletlere uygun desteğin sağlanması ve acilen ulaşması için 2000 yılında Küresel Salgın Alarm ve Müdahale Ağı kurmuştur (Kaya ve Şimşek,2020:993-994).

1.3.5. DSÖ'nün Görevleri

- Yönetici ve koordinatör sıfatıyla uluslararası nitelikteki sağlık alanındaki çalışmalarda hareket etmek,
- BM, Uzman Kuruluşlar, sağlık idareleri, meslek grupları ve uygun görülen diğer örgütlerle iş birliği sağlamak ve bu iş birliğini sürdürmek,
- Hükümetlerin isteği üzerine sağlık hizmetlerini güçlendirecek yardımları yapmak,
- İhtiyaca uygun teknik destekte bulunmak ve hükümetlerin acil durumlarda istekleri ve kabulleri ile yardım yapmak,
- BM'nin isteği ile manda altındaki ülkelerde yaşayan halkın veya toplulukların ihtiyacı olan sağlık hizmeti ve acil yardımları yapmak, bunların sağlanmasına yardım etmek,
- Epidemiyoloji ve istatistik hizmetleri gibi gerekli teknik ve idari hizmetleri sunmak ve sürdürmek,
- Epidemik, pandemik vb. özellikler gösteren hastalıkların ortadan kaldırılması amacıyla yapılan çalışmaları teşvik etmek ve geliştirmek,
- Gereğinde diğer uzman kuruluşlarla iş birliği yaparak, kazalardan oluşan zararları önleyebilecek önlemlerin alınmasını sağlamak,
- Beslenme, mesken, ekonomik, çalışma şartları, çevre sağlığı ile ilgili diğer tüm unsurların iyileştirilmesi konusunda gerektiğinde diğer uzman kuruluşlarla iş birliği yapmak,
- Sağlığın geliştirilmesinde katkıları olan bilim ve meslek grupları arasında iş birliğini kolaylaştırmak,
- Uluslararası sağlıkla ilgili konulara dair sözleşme, anlaşma ve tüzükler teklifinde bulunmak ve bunlarla ilgili Örgüt'e düşen görevleri amacına uygun yerine getirmek,

- Ana-çocuk sağlığı ve refahları lehindeki konularda hareketleri geliştirmek, tam bir değişme halinde bulunan bir çevreyle uyumlu halde yaşamalarına olan kabiliyetlerini artırmak,
- Ruh sağlığı ile ilgili alanda özellikle insanlar arasında uyumlu ilişkiler kurulmasına dair her türlü faaliyetleri kolaylaştırmak,
- Sağlık alanında yapılan araştırmaları desteklemek ve araştırmalara rehberlik etmek,
- Sağlık, tıp ve bu alanlardaki personelin öğretim ve yetiştirilme normlarının iyileştirilmesi ve kolaylaştırılmasını sağlamak,
- Kamu sağlığı, hastane hizmetleri, sosyal güvenlik de dahil, koruyucu ve tedavi edici bakıma dair idari ve sosyal teknikleri incelemek ve tanıtmak konularında gerekirse diğer uzman kuruluşlarla iş birliğinde bulunmak,
- Sağlıkla ilgili konularda her türlü bilgiyi sağlamak, tavsiyede bulunmak ve yardımlar yapmak,
- Sağlık açısından aydınlatılmış bir kamuoyu oluşturulmasına yardım etmek
- Hastalıkların ile ölüm nedenlerinin ve kamu sağlığı uygulama yöntemlerinin uluslararası terminolojilerini belirlemek ve ihtiyaca göre gözden geçirmek,
- Teşhis yöntemlerini standartlaştırmak,
- Gıda maddelerine, biyolojik, farmasötik ve benzeri ürünlerle ilgili uluslararası normlar geliştirip, kurmak ve bu normların kabulü yönünde teşvik etmek,
- Genel olarak Örgüt'ün amaçlarına ulaşmak için gerekli her önlemini almak.

1.3.6. DSÖ'nün Çalışmaları

İki temel anayasal işlevlerinde birisi uluslararası sağlık çalışmalarını koordine etmek ve gerekli eşgüdümü sağlamak olan DSÖ, bu görevi için toplantılar düzenler, uzman komitelerinin oluşumunu sağlar, laboratuvar araştırmaları ve sahada çalışmalar yapar. Sağlık konularındaki bilgi ve verileri toplayarak, istatistikleri ve standartlar oluşturur, çeşitli yayınlar çıkarır ve danışmanlık yapar. Diğer işlevi ise üye ülkelerle teknik iş birliklerini teşvik etmektir. DSÖ'ye üye ülkelerin, mevcut sağlık olaylarını, sağlanan hizmetleri ve personel durumlarını yıllık raporlar halinde bildirmek zorunluluğu vardır. Uluslararası sağlık tüzüğüne göre kolera, sarı humma ve vebanın ivedilikle DSÖ'ne ve komşu ülkelere bildirme zorunluluğu vardır. Ayrıca paralitik polio, sıtma, grip, tifüs ve AIDS vakalarının bildirimi zorunludur. 1926 yılından itibaren aralıksız yayınlanan Haftalık Epidemiyolojik Kayıtlar ile

DSÖ aldığı verileri duyurur. 3 ayda bir yayınlanan Dünya Sağlık Raporu (World Health Statistics Quarterly) ve yılda bir kez ülkelerden ve kaynaklardan gelen istatistikleri yayınladıkları Dünya Sağlık istatistikleri (World Health Statistic Annual) dir. DSÖ, ulusal sağlık istatistikleri konusunda, planlanmasında, değerlendirme ve hizmetlerin yürütülmesinde ülkelere destek olup, ülkelerdeki elemanlarına eğitim katkısında bulunur. DSÖ, ülkelerin sağlık hastalık ve ölüm verilerini istatistiksel sınıflandırmayla, standart sağlayarak karşılaştırma yapılabilmesini sağladığı, her 10 yılda bir “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması” kitabının yeni baskısını yayınlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997:20-21).



BÖLÜM 2: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

Sağlık insan hayatının en değerli hatta en önemli kaynağıdır. İnsanların sağlıklı olarak mutlu bir yaşam sürmesi, sağlık kaybına sebep olan etkenlerin yok edilmesi, hastalanma durumunda gerekli müdahale ve tedavi imkanlarından faydalanması en temel haklarından (Kavuncubaşı veYıldırım,2018:17).

2.1. Sağlık

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) sağlığın tanımını 1948’deki DSÖ Tüzüğü’nde şu şekilde yapmıştır: “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” (T.C. Sağlık Bakanlığı,2011:1).

Sağlık, günlük yaşamı sürdürebilmek için önemli bir kaynaktır. Aynı zamanda sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyle birlikte öne çıkmış pozitif bir kavramdır. Sağlık, soyut bir durumdan daha çok fonksiyonel olarak değerlendirmeye, bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir şekilde yaşam sürmesine imkân sağlayan kaynak olarak düşünülmektedir. Bu nedenle klasik anlayışın ötesinde daha genelleyici ve kapsamlı bir sağlık anlayışa gerek duyularak sağlığın teşvik edildiği ve geliştirme çabalarının her yaştan kişilere hastalıklarla mücadele konusunda bilgilerin iletildiği projeler desteklenmektedir. İlk uluslararası konferans olarak 1986 yılında Kanada’nın Ottawa kentinde kabul görerek yapılan sözleşmeyle, 1980’lerde başlayan sağlıklı yaşam ve sağlığın teşvik edilmesi konuları, kamu politikaları geliştirilmiştir (Aydın,2019:22).

Ottawa Sözleşmesi, sağlığı temel insan haklarından biri olarak ele alarak, huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı eko-sistem ve sürdürülebilir kaynakların kullanımı açısından bazı ön şartların gerekliliğini vurgulamaktadır. Sağlıkla ilgili olarak bu ön şartların kabul edilmesinin, sosyal ve ekonomik koşullarının, fiziksel çevreyi yöneten tüm sistem ve yapıların faaliyetlerinin birey ve toplumun refah düzeyi ve sağlığı üzerindeki etkisinin dikkate alınmasının önemine işaret etmiştir (Sağlık bakanlığı,2011:1).

Türk Dil Kurumu (TDK)’nın sözlüğünde sağlığın tanımı, “Bireyin, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak yer almaktadır (TDK Sözlüğü).

Sağlık kavramı geleneksel görüşe göre, sağlık ve hastalık durumunun nesnel ve objektif olarak gözlemlenebilen, hastalığın bulguları veya hastalıktan kaynaklanan problemler gibi olgular olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu görüşün en temel sorununun, bireyi bir bütün olarak ele alamamış olması, sadece bazı hastalıkları ve vücut parçalarını vurgulaması olduğu görülmüştür. DSÖ, 1940'ların sonlarındaki sağlık tanımıyla daha net, kapsayıcı tanımlı geliştirmiştir (Boruchovitch ve Mednick, 2002: 175).

Bir başka geleneksel tanımlamada sağlık, hastalık olmaması ya da beklene iyilik olarak tarif edilmiştir. Fiziki ve sosyal çevrenin sağlığa etkisini ele alarak hem vücudun hem de zihinsel açıdan ahenk içinde fonksiyonlarını yerine getirip çalışması olarak sağlığı detaylandırmakta, kişinin yaşamdan keyif almasını, doğru kararlar verip verimli olmasını sağladığını belirtmektedir (Orhaner,2000:8).

2.2. Sağlığın Belirleyicileri

Yukarıda değinilen sağlıkla ilgili tanımlardan anlaşılacağı üzere insan sağlığına etki eden biyolojik (bitkiler, hayvanlar ve mikroorganizmalar) faktörlere ilave olarak sosyokültürel (kültürel olarak yakın ilişki içinde bulunduğu sosyal çevresi, ruhsal sebepler vb.) faktörler gibi ekonomik faktörler de etki etmektedir. Bunlar;

Biyolojik Çevre: Hastalık etkeni olan mikroorganizmaların sebep olduğu çeşitli hastalıklar bu bölümde sayılmaktadır. Tüberküloz, çocuk felci, menenjit, tifo, dizanteri vb. hastalıklar örnek verilebilir. Bu hastalıklar oldukça ağır seyreden ve ölüme sebebiyet veren hastalıklardır.

Fiziksel Çevre: İklim şartları, sanayi atıkları, hava kirliliği gibi daha çoğaltabileceğimiz insanların ve diğer canlıların sağlığına olumsuz etkileri olan çevresel faktörlerdir.

Sosyal Çevre: İnsanların karşılıklı ilişkilerini kapsayan ve oldukça etkileyen faktördür. Bu bileşenlerden olan davranış, iyi veya kötü olarak etkilemektedir. Açlık duymadan sürekli ve sağlıksız beslenme, dikkatsizce başkalarının yaşamını tehdit edecek şekilde araç kullanma, alkol, tütün ve uyuşturucu madde kullanımı gibi sağlığa olumsuz etkileri olan alışkanlıklar, çevredeki güvenlik zaafları, barınma yetersizlikleri vb. etkenler örnek verilebilir (Döşkaya, 2019:7).

Bu konuda 1982 Anayasası'nda Madde 56 ile, sağlık ve çevrenin korunmasına dair hükümler yer almaktadır. 56. maddede “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.” ve “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” hükmü yer almaktadır (T.C. Anayasası,1982: Madde 56).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık konusu tüketim olarak görülse de sağlık hizmetleri yaşam seviyesini yükseltmek için katkıda bulunan önemli bir yatırım alanı olarak, ülkelerin ekonomilerinin en önemli parçası ve hizmet sektörüdür (Kılıç,2006: 57). Yakın tarihe kadar ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren, sosyoekonomik ve kültürel göstergeler baz alınırken, günümüzde bu değerlendirmede ülkedeki sağlık ve eğitim durumları belirlemeye başlamıştır. Ülkelerin sanayileşme ve nitelikli insan kaynaklarının, istihdamının yüksek olma durumu kalkınma göstergesi olarak değerlendirilmesi, yerini sağlık alanında sorunlarını gidermiş ülkelerin gelişmişlik düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2004: 10).

DSÖ, sağlık hizmetlerini” belirli sağlık kuruluşlarında değerlik tip sağlık personelerinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değerlen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır (Akar ve zalp,2002:190).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin ile birlikte, bu hastalıkların önlenerek toplum ve bireylerin sağlık düzeylerinin geliştirilmesi konularındaki faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı,2010: 34).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırması

DSÖ, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve daha kolay anlaşılması amacıyla sınıflamış ve Sağlık Bakanlığı tarafından bu sınıflandırma kabul edilerek tatbik edilmiştir.

Günümüzdeki anlayışa göre sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetleri kapsamaktadır (Kavuncubaşı,2010: 34).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için gereken çabaların sürdürülmesinde katılım önemlidir. Bunun için kapsamlı bir sosyal ve politik süreç hazırlanması ve uygulanması, birey ve çevre ile ilgili mücadeleleri kapsayacak şekilde olması önem arz etmektedir. Sağlığın geliştirilmesi konusu ilk olarak 1986 Ottawa Sözleşmesi ile dünya kamuoyuna duyurulmuştur. Sözleşmede sağlık, temel insan haklarında biri olarak ele alınarak, huzur, gıda ve barınma, yeterli ekonomik kaynak, istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynakların kullanımına dair bazı ön şartlar vurgulanmıştır. Tüm bu kapsamlı sağlık anlayışı ile fiziki çevre ve sosyo-ekonomik koşulları yöneten yapı ve sistemlerin faaliyetleriyle birey, toplum sağlığı ve refahına etkisi ile ilgili sonuçların dikkatle ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı,2012: 1).

Bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan, etkili, maliyeti karşılanabilir, yüksek kalitede ve toplumun kabul edebileceği tarzda, kendi özgün sağlık sistemlerinin geliştirilmesi önerilmektedir (Akdağ,2012: 20).

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumdaki kişilerin hastalanmalarını önlemek ve/veya hastalıklarını erken dönemde teşhisi için yapılan çalışmalardır. Diğer bir deyişle kısa ve uzun vadede kişilerin ve toplumun hastalık risklerini minimum düzeye indirgeyebilmeyi, böylelikle sağlıklı yaşam potansiyellerini koruyarak yaşam düzeylerini geliştirebilmeyi amaçlamaktadır. Koruyucu önleyici özelliğinden dolayı devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleridir. Bunun için bireylerin ödeme gücüne bakılmamaktadır. Bu hizmetlerin amacı, toplumdaki hastalık risklerini azaltarak yüksek düzeyde sağlıklı toplum oluşturmak gayesiyle bütün topluma sunulması gereğidir (Çelikyay ve Gümüş,2010:184).

Koruyucu sağlık hizmetleri, insanların çevresini olumlu hale getiren ve sağlıklarını geliştiren sağlık hizmetleri olarak iki ayrı kısımda incelenir (Öcel, 2016: 340).

2.4.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Yaşamın sürekliliğini etkileyen çeşitli fiziksel unsurların yanında kimyasal ve biyolojik unsurların etkinliklerinin giderilmesi yoluyla doğaya uyumlu hale getirilmesini içeren çalışmalardır (Akdur,2006: 12).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak, çevre kirliliğinin engellenmesine yönelik önlemler, besinsel artıkların kontrolden geçirilmesi, bataklık alanlarının kurutulması, çeşitli katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi vb. faaliyetlerin yanında toplumu bilinçlendirme çalışmaları ile kıt kaynakların daha verimli ve etkin şekilde kullanımı verilebilir (Sargutan,2005: 401).

2.4.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bağışıklama, kişisel hijyen, ilaçla koruma, hastalıklara erken dönemde tanı koyma, hastalık kayıtlarının tutulması, okullarda yürütülen sağlık hizmetleri, çeşitli alanlarda yürütülen işçi sağlığı ve iş güvenliği, sağlık eğitimleri, sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirme vb. hizmetleri kapsayan ve genellikle kamu kurumlarında sağlık personeline verilen hizmetlerdir (Fişek, 1997).

Koruyucu hizmetlere, tedavi hizmetlerine göre kolay, etkili ve ekonomik hizmetler olması dolayısıyla önem ve öncelik verilmesi önerilmektedir. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetlerin ana başlıklarından bazıları aşağıda gösterilmiştir;

1. Erken tanı ve tedavi: Erken dönemde hastalıklara tanı konulması, tedavileri kolaylaştırarak başarı oranını yükseltmesi ve az maliyetle olumlu sonuç almayı sağlamaktadır. Özellikle risk taşıyan kişilere düzenli kontrol ve tarama testleri yapılmaktadır.
2. Bağışıklama: Daha çok bulaşıcı hastalıklara karşı koruma sağlayan etkili yöntemdir. Bu sayede birçok yaşamı tehdit eden hastalık kontrolü sağlanmıştır.
3. İlaçla koruma: Tehlike altında olan kişilere sağlanan koruma yöntemidir. Seyahat edeceği bölgenin sıtma hastalığı yaygın olması sebebi ile kişilere antimalaryal ilaç verilmesi örnek olarak gösterilebilir.
4. Beslenmenin İyileştirilmesi: Beslenme sebebi ile birçok hastalık meydana gelmektedir. Az veya çok beslenme, kötü beslenme alışkanlıklarının sebep olduğu

sistemik hastalıklarda dengeli ve sağlıklı beslenmenin önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Dengeli beslenme bu durumları engelleyip istikrar sağlayacaktır.

5. Sağlık eğitimlerinin verilmesi: Sağlığın öneminin ve kendilerinde gerçekleşebilecek değişimlerde farkındalığın artırılmasına yönelik yapılan eğitimlerdir.
6. Aile planlaması: Kişilere, gebeliklerin planlanmasına ve korunma yollarına dair verilen hizmetlerdir. Bu hizmetler annenin ve bebeğin sağlığı yönünden önemli hizmetlerdir. Aile hekimliği, toplum Sağlığı Merkezine bağlı anne ve Çocuk Sağlığı aile Planlaması Merkezlerince verilen hizmetlerdir (Erdoğan,2017: 21-23).

2.4.2. Tedavi edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleriyle ilgili bazı tanımlar şöyledir: Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu bozularak hastalanan kişilerin iyileştirilmesi ve eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir (Kavuncubaşı, 2000: 39).

Hastalanan veya kendini hasta hisseden kişilerin sağlık kontrollerinin yapıldığı, muayene edildiği ve muayene sonuçlarına göre teşhis ve tedavi ile ilgili olarak sunulan sağlık hizmetleridir (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002:4).

Tedavi edici sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır:

İlk aşamada, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri gibi sağlık hizmetlerinin beraber sunulduğu ve kişilerin kolay ulaşabildiği, maliyetlerinin az olması özelliği ile etkin ve yaygın olarak sunulan hizmetlerdir. Çağdaş düzeyde uygulaması ile aile hekimliği hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri olup, kişilerin doğumundan ölümüne kadar biyo-psiko-sosyal yönlerden birlikte ele alan ve kişilere de hekimlerini seçme hakkı tanıyan bir uygulamadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012:106).

İkinci basamak tedavi hizmetleri, hastalanan kişilerin hastaneye yatırılarak teşhis ve tedavilerinin yürütüldüğü yataklı kuruluşlardaki sağlık hizmetleridir. Bu kuruluşlar, devlet hastaneleri, özel hastaneler ve sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlardır (Bankaoğlu, 2013: 8).

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, sağlık bakım hizmetleri, teşhis ve tedavi yöntemlerinin daha geniş olanaklara sahip olan yataklı kuruluşlarca verilen sağlık

hizmetleridir. Bu hizmetlerin verildiği kuruluşlar, üniversite hastaneleri, özel dal hastaneleri ve eğitim araştırma hastaneleridir (Mevzuat,2016, sayı: 1316; Madde 5, d ve e bendi).

2.4.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, hastalık veya kazalar sonucu, geçici veya kalıcı bozukluk ve sakatlık gelişen veya iş gücü kayıpları bulunan kişilerin sosyal ve tıbbi açıdan günlük yaşama tekrar kazandırılmalarını hedefleyen hizmetlerdir (Özlü,2007: 49).

Bir diğer tanım da doğuştan veya daha sonrasında hastalık, kaza veya yaralanma sebebi ile bazı yetenek kayıplarını yaşayan kişilerin tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden kayıplarının iyileştirilmesi, kalıcı sakatlıkların en az düzeye indirilmesi çalışmalarını kapsayan hizmetlerdir (Akdemir ve Akkuş, 2006: 85).

2.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konusu yalnızca bireylerin yetenek ve niteliklerini artırıcı eylemlerini ele almamakta, sosyo-ekonomik ve çevre konularında da değişiklik yapmaya yönelik eylemleri de kapsamından dolayı geniş bir sosyal ve politik süreç olmaktadır. Bireylerin sağlığının belirleyicileri konusunda farkındalık oluşturup kendi sağlık durumlarını iyileştirmeye ve korumaya yönelik çabaları için yön vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2011:1).

Sağlık Bakanlığı, sağlığın geliştirilmesi hizmetlerine büyük önem vermektedir. Bu nedenle bünyesinde Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tesis edilmiştir. Müdürlüğün kapsamında yazılı yayın, el kitapları hazırlanmakta olup, sempozyumlar düzenlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2015: Yayın no:1054).

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Etkinliğinin Artırılması

Kişilerin mevcut sağlık durumlarını koruma, hastalık durumunda yeniden sağlıklarına kavuşmalarını hedefleyen sağlık hizmetleri, çeşitli sağlık kurumlarında farklı görevleri yerine getiren sağlık personellerince sunulmaktadır (Tengilimoğlu,2001: 27). Bu doğrultuda muayenehaneler, rehabilitasyon merkezleri, poliklinikler gibi pek çok farklı özellik arz eden sağlık kuruluşları arasında en çok hastaneler tedavi hizmetlerinin uygulanıp sunulduğu kurumlardır (Kavuncubaşı,2010: 5).

2.5.1. Sağlık İnsan Kaynakları

2000 yılı Dünya Sağlık Raporu'na göre sağlık sisteminin en temel girdisi insan kaynakları olduğu belirtilmektedir. Diğer taraftan sağlık sektörünün en büyük işveren olması nedeniyle, ülkelerin sağlık için tahsis ettikleri bütçelerin büyük bir kısmının insan kaynakları ödemeleri olduğu belirtilmektedir. Birçok ülkede, sağlık sisteminin harcamalarının %65-%80'inin çalışanların maaşları, primleri ve diğer başka ödemeleri olduğu raporda bahsedilmektedir. İnsan kaynakları planlamasının, eğitimi, düzenlenmesi ve uygun duruma getirilmesi, sağlık hizmetlerinde en önemli mali unsur olmaktadır. Planlamanın kapsamına bakılacak olursa, tüm toplumu kapsayan makro düzeyde planlama, kurum temelinde planlama ise mikro planlama olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin hedeflerine ulaşması için demografik ve epidemiyolojik verilere ve gereksinimlere göre insan kaynakları planlaması, iki tarz planlamada önem kazanmaktadır (Avcı ve Ağaoğlu,2014: 85-86).

Sağlık insan kaynakları planlamada işgücü-nüfus oranı, sağlık ihtiyaçları belirlenmesi yöntemi, kullanıma göre yaklaşım, amaçlanan hizmet tabanlı yöntem ve iş yükü analizi gibi birçok yöntem kullanılmaktadır (Çavmak,2017: 16).

Örgütlerde mevcut insan kaynaklarının en etkili şekilde kullanılması ve değerlendirilmesi, doğru insan kaynağının doğru yerde ve doğru zamanda bulunmasıyla mümkün olabilmektedir. Çalışanlardan en azami verimlilik, onlara bilgi ve becerilerini kullanabilme fırsatı vererek, işini zevkle yapmasını sağlayarak, hijyenik ve emniyetli çalışma alanı hazırlamakla olmaktadır. Emniyetsiz ve sağlıksız şartlarda çalışanlardan verim almak oldukça güç olacaktır (Sünter,2018: 149). Sağlık hizmeti verilen kurumlarda, sağlık insan kaynaklarının yapısal özellikleri, hastaya yönelik yapılan işlemlerin etkin ve kaliteli olması vb. faktörler hem toplumun sağlık statüsünü hem de sağlık göstergelerine yönelik ilişkilerin olumlu durumunu göstermektedir. Ülkeler bu sebeple sağlık göstergelerini yükseltebilmek amacıyla doğru insan kaynaklarını ve yeteneklerini sağlamak zorundadırlar (Avcı ve Ağaoğlu, 2014:86).

Yoğun rekabet ortamında kompleks yapıdaki kurumlarda ehliyetli ve profesyonel insan kaynakları bulmak güç olmaktadır. Kurum ihtiyaç duyduğu çalışanı, başarılı bir planlama ile gereken niteliklerdeki personeli yeterli sayıda istihdamı sağlamakla başarılı olabilmektedir (Sünter,2018: 151). Sağlık insan kaynakları planlamasında başarılı, etkili ve

verimli olasında sağlık insan gúcünün sayısı, özellikleri, çalışma şartlarını belirleyen stratejik planlama gerekmektedir (Özkan ve Uydacı,2015: 222).

Hastanelerde çalışan sağlık personelinin işlemleri mevzuata uygun şekilde yürütölmektedir. İşe alımla başlayan ve farklı nedenlerle ilişığının kesilmesine kadar personelin tüm özlük işleri ile alakalı kayıtlar tutulmakta, ayrıca bir dosya içerisinde atama, terfi, disiplin, yapılan rotasyonlar, kullanılan izinler, nöbet çizelgeleri, emeklilik işlemleri ile ilgili kayıtlar vb. işlemler yer almaktadır (Tengilimoğlu, 2019:114).

2.5.1.1. Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Planlaması

Sağlık sistemi önemli bir değişim ve gelişim sürecinden geçerek, sağlık alanında radikal reformlar uygulanmaktadır. Buna göre reformların amaçlarından biri, bilgi, beceri ile donanıma sahip yüksek seviyede motivasyonlu insan kaynaklarının sağlanması ve bu hedefe ulaşabilmek için kısa ve uzun süreli insan kaynaklarının planlama çalışmaları oluşturmaktadır. Bakanlık ve politika yapıcılar, sağlık kaynakları ile ilgili çerçeve ile kısa, orta ve uzun vadeli hedefler için eğitim, istihdam ve yönetime dair çalışmalarını sürdürmektedirler. Bu çalışmalarda ölkemizin hekim, hemşire ve diğer öngörölen ihtiyaçları saptanarak, yeni tıp fakölteleri, sağlık lisans programları açılmış, öğrenci kontenjanları ve faköltelerde ders verecek öğretim kadroları artırılmıştır (Avcı ve Ağaoğlu,2014: 89-90).

Sağlık insan kaynaklarının özet olarak aşamaları şu şekilde verilebilir (Özkan ve Uydacı,2014:240);

1. İnceleme: Sağlık hizmetleri ile ilgili insan gúcünün incelenmesidir. Kurumlarda insan gücü ile bilgi, nitelik, çalışma süresi vb. özelliklerin dökümü envanter olarak çıkarılır.
2. Tahmin etme: Gelecek dönemdeki insan gúcüne dair öngörülerde bulunulur. Sağlık hizmeti ve sağlık insan gücü ihtiyacı kıyaslanarak uyum tespiti yapılır.
3. Taslak plan: Örgüt ve yönetsel sorunlar ele alınarak hedefler yönünde taslak plan hazırlanır.
4. Planlama: Sağlık insan gücü ayrıntıları ile incelenir. Sağlık personelinin alanı, sayısı ve finansmanı konusu göröşölüp karara varılır.
5. Uygulama: Plan sürecindeki hedeflere ulaşılması için kaynak kullanımı.
6. İzleme: Planın ilerleyişı kaydedilerek yöneticilere bildirimi.

7. Değerlendirme: Planın başarı oranının ölçümüdür.

Sağlık insan kaynaklarında planlama, arz ve dengeyi sağlayacak biçimde stratejilerin geliştirilmesine bağlı olmaktadır. Kötü planlama ve kurumsal sorunlarla sağlık çalışanlarının yetersizliğinin büyük sorun olduğu düşünülmektedir. Sağlık insan gücü planlamasında, stratejik planlama, taktiksel planlama ve operasyonel karar yöntem veya yaklaşımları kullanılmaktadır. Bunlar;

- Stratejik planlama, sistemin hedeflerine yönelik kararları ve uzun süreli sağlık insan gücünü bir bütün halinde kapsamaktadır.
- Taktiksel planlama, sistemde belirlenmiş olan genel amaçları en iyi şekilde gerçekleştirilmesine yönelik planlamalardır.
- Operasyonel planlama ise sistemdeki hedeflerin gerçekleştirilmesinde ne şekilde hareket edileceği yönündeki planlamalardır.

Sağlık insan gücünün eğitimi belli bir zaman almaktadır. Türkiye’de bu yöndeki sağlık insan gücünde de değişimler yaşanmıştır. Mevcut sağlık işgücünün sayısal yetersizliği ve dağılımındaki dengesizlikler nedeniyle tıp, diş hekimliği, eczacılık ve hemşirelik fakülteleri açılarak öğrenci kontenjanları artırılarak bu sorunlar giderilmeye çalışılmıştır (Özkan ve Uydacı,2015: 221-222).

Fonksiyonel olarak, sağlık hizmetlerindeki insan kaynaklarını beş grupta inceleyebiliriz. Bunlar;

- Bireye yönelik sağlık hizmet sunucuları: Doktor, hemşire, ebe, diyetisyen, fizyoterapist ve psikoterapist.
- Çevreye yönelik sağlık hizmet sunucuları: Veteriner, sağlık memuru, çevre sağlık teknisyeni vd.
- Laboratuvar hekimleri ile diğer bilim uzmanları: Biyokimya uzmanı, mikrobiyoloji uzmanı, hematoloji uzmanı, patoloji uzmanı, radyoloji uzmanı, sağlık fizikçisi, istatistik uzmanı vb.
- Sağlık alanındaki destek personel: Hastane idarecileri, tıbbi sekreter vd.
- Genel hizmetler: araç şoförleri, temizlik personeli (Sünter,2019: 151-152).

2.5.1.2. İnsan Kaynağı Seçimi

İnsan kaynağı seçiminde kurumların kullanabileceği, kurum dahilindeki iç kaynak veya dışarıdan personel arayışında kullanabileceği dış kaynak yoluyla olmaktadır. Mevcut personel içinden, göreve uygun kişiler seçilerek, nakledilerek ve/veya terfi ettirmek ya da terfi düşürmek suretiyle iç kaynak değerlendirilmiş olmaktadır. İç kaynaklardan personel seçimi, informal araştırma, beceri envanteri ve açık işler bildirim yöntemleri kullanarak sağlanabilmektedir. Informal araştırma, kurumdaki mevcut ideal kişilerin değerlendirilmesidir. Bir diğer yöntem olan beceri envanteri çalışanların eğitimi, tecrübesi, performansı ve başarılı insan ilişkileri değerlendirmelerinin yer aldığı dosyalardır. Açık işler bildirim ise kurumun ilan yolu ile iş ve aranan personel özelliklerini içeren duyuruları yoluyla olmaktadır. Dış kaynaklardan personel arama, birçok seçeneğin değerlendirilerek işe en uygun kişinin seçilmesini ve kuruma yeni fikirlerin dahil edilmesidir. Personelin işe ve kuruma uyum sağlama problemlerinin olması ise dışarıdan aramanın olumsuz yönü olmaktadır (Sünter,2019: 152).

Örgütlerin amaçlarına ulaşmak için yararlandıkları kaynaklar içinde en önemlisi insan kaynağı olmaktadır. Teknolojik gelişmelerle birlikte teknolojiyi kullanacak nitelikli çalışanlara ihtiyaç duyulması ile insan kaynağının önemi daha da artırmaktadır. İnsan kaynakları yönetimi olmaksızın yönetilen örgütler işe uygun kişinin seçiminde yanlışlıklar, verimsiz ve düşük performanslar vb. birçok sorunlarla karşılaşabilmektedir (Tunçer, 2012: 209).

2.5.1.3. İşe Alma

Kurum için aranan özelliklerdeki adayların işe kabulü ve alınması amaçlanmaktadır. İşe en uygun kişinin seçimi alternatifler değerlendirilmek suretiyle karar vermeyi gerektirmektedir. İşe alma kararında, bölüm sorumlusuna danışılması, gelecekteki iş ilişkilerine olumlu olarak etki temektir. İşe alımlarda yedek adayların da belirlenmesi, işin kabul edilmemesi durumuna karşılık önlem olmaktadır. Başvurusu kabul olmayan adaylara uygun bir dille açıklanması ve adayların bilgilerinin saklanması, gelecekte işe değerlendirebilmek üzere gerekmektedir (Sünter, 2019: 153).

Örgütlerin başarısında belirleyici unsur, örgütlerin sahip oldukları iş gücünün yanında daha da önemli olarak görülen yetenekli iş gücü olmaktadır. Günümüz rekabet şartlarında örgütler yeteneklerin yönetimi konusunda bütünsel bir bakış açısı geliştirmek

durumunda olmaktadır. Örgütler sahip oldukları ve sahip olmak istedikleri yetenekleri optimal düzeyde değerlendirmek ve en iyi verimi alabilmek için özgün yetenek yönetimi modeli geliştirmeleri gerekmektedir (Alayoğlu,2010:68-94).

2.5.1.4. İş Değerleme

İş değerlendirme, mevcut işler arasındaki değer farklılıklarını karşılaştırmak yoluyla gösteren bir yöntemdir. Yapılan işlerin önem sırası belirlenmesi suretiyle iş yapısının meydana getirilmesidir. Sonuç olarak kuruma katkıyı en fazla sağlayan iş, diğer işlere göre önemli olmakta ve ödüllendirme suretiyle personelin motivasyonu güçlenmektedir (Sünter,2019: 153).

İş değerlendirme dengeli ve adaletli ücretlendirme sisteminin temelini oluşturmaktadır. Çalışan ücretleri belirlenmesinde nesnellik ve tutarlılık sağlamaktadır. Örgütteki en önemli gider kalemlerinden olan personel giderlerinin planlanması ve bu giderlerin denetimini kolaylaştırmaktadır. Örgüt içinde tatminsizliğe, memnuniyetsizliğe ve verimde azalmaya yol açan şartların sebeplerini saptamada ve bu sorunların giderilmesinde gerekli önlemleri alabilecek verileri sağlamaktadır (Erigüç, 2012: 212).

2.5.1.5. Sağlık Çalışanlarının Eğitimi

Sağlık profesyonellerinin eğitimi, kompleks yapıdadır ve eğitimler uzun süre almaktadır (Avcı ve Ağaoğlu,2014: 86).

Kurumlar işe yeni başlayanlar için oryantasyon eğitimi vererek kuruma ve işe uyumlarını sağlamaktadır. Bu eğitim faaliyetleri ile kurumun misyonu ve stratejileri konularında kişinin bilgisi artırılarak, becerisini geliştirmek çalışanın katkısını sağlamak mümkündür. Eğitimler, bireysel ve kurumsal amaçlarının uyumunu, kurumun etkinliğini, kalitesi, tutum ve davranışları olumlu yönde etkilemektedir. Eğitimlerle işçi sağlığı ve güvenliği konularında farkındalık yaratarak katkı sağlamaktadır (Sünter,2019: 153-154).

2.5.1.6. Sağlık Çalışanlarının Kariyer Planlaması

Çalışan hayatında önemli yere sahip olan kariyer kavramı, ileriye dönük planların daha çok erken sürelerde oluşturulmaya başlanmasıdır. Çalışanların çoğu meslek yaşamlarında takdir görmek, alanlarında uzmanlaşmak ve başarılı olmak istemektedir. Sağlıkta kariyer planlaması, yeteneklerin kullanılması, iş tatmini ve örgütsel bağlılık

düzeyinin yükseltilmesi suretiyle kurumun verimliliğinin artırılması gibi yararlar sağlamaktadır. Kariyer planlama, sağlık kurumlarında gereken destekle kurum kültürünün sürekliliğini sağlamaktadır. Kariyer yönetiminin, kariyer geliştirme ve planlama gibi unsurları mevcuttur. Terfi etme, deneyim kazanma, bazı hallerde iş değiştirme ve farklı işlere yönelmeler kariyer planlamasının konusunu oluşturan bazı unsurları olmaktadır (Erigüç ve diğerleri.,2018: 53).

Kariyer planlaması ve kariyer geliştirme bireysel amaçları gerçekleştirilerek, çalışanların yeterlilik ve özsaygı gereksinimlerini tatmin eden bilinçli etkinlikler olmaktadır. Kariyer planlama ve geliştirme, kurumdaki tüm pozisyonları ve gerekli niteliklerin tanımlanarak, kariyer haritası oluşturularak gerekli değişikliklerin yapılmasıdır. Kariyer planlama ve geliştirmeye olanak tanınması, kurumlar açısından çalışanlarının bağlılıklarını, yeteneklerinin zenginleştirilmesini ve iş tatminlerini sağlamaktadır (Yıldız ve Yanık, 2019: 302-303).

Sağlıkta kariyer planlaması, yeteneklerin kullanılması, iş tatmini ve örgütsel bağlılık düzeyinin yükseltilmesi sureti ile verimliliği artırmaktadır. Kariyer planlama, sağlık kurumlarında gereken destekle kurum kültürünün sürekliliğini sağlayacaktır (Tunçer,2016: 135-256).

2.5.1.7. Sağlık Çalışanlarının Performans Değerlendirmesi

Performans kavramı, bir işin belirlenen standartlara uygunluğu ve hedeflenen amaçlar yaklaşma düzeyi olarak tanımlanabilir. Buna göre personelin performans değerlendirilmesi, kişinin sorumluluğu dahilinde yaptığı işin incelenerek değerlendirilmesi ve performansının ölçülmesidir (Sünter,2019: 155).

Performans değerlendirme ile kurumlar ileride karşılaşacakları problemler konusunda önlem alabilecek ve çalışan iş gücünün işle ilgili konulardaki davranışlarını ve başarı durumunu tespit edeceklerdir. Sağlıkta performans değerlendirme, sağlık çalışanlarının vermiş oldukları sağlık hizmetlerinin etkinliğinin, hizmeti alan kişiler tarafından arzu edilen seviyede olup olmadığının belirlenmesi olmaktadır (Erigüç ve diğerleri,2018: 52).

2.5.1.8. Ücret Yönetimi

Ücret, kısaca tanımlamak gerekirse yaptıkları iş ve hizmetin karşılığının çalışanlara para olarak ödenmesidir. Daha geniş anlamda tanımı ise, çalışanlara yapılan ve hizmetlerin karşılığının para veya maddi karşılıklar olarak verilmesidir. Çalışanlara ödenen ücret, temel ücret ve değişken ücret olarak meydana getirilmektedir. Temel ücret, kurum tarafından garanti edilen, belirlenen işe ve belli zaman boyunca çalışanın karşılığı olarak ödenen ücret olmaktadır. Değişken ücret ise, temel ücretin haricinde, çalışanın performansına ve ekstra katkılarına göre ilave edilen ücrettir (Erigüç ve diğerleri,2018: 53).

2.5.1.9. İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı

İş güvenliği kavramı, çalışanların işlerini yaptıkları sırada gelişen tehlikeli ve çalışanlara zarar gelebilecek şartlardan korumak ve daha iyileştirilmiş ortamlarda çalışmalarını sağlayan sistemli çalışmalar anlamına gelmektedir. İş güvenliği ile hem çalışanlar hem de hizmet verilen kişiler korunmuş olmaktadır. Anacak asıl hedef ve ana hedefin çalışanları koruması olduğu belirtilmektedir. İş yerinin olumsuz koşullarından çalışanları koruyarak, güvenli, rahat ve temiz alanlarda çalışmalarını sürdürmelerini sağlamak, iş kazalarına ve mesleki hastalıklara karşı gereken önlemlerin alınması amaçlanmaktadır. Çalışanlar, çalışma ortamlarında birçok tehlike, kaza, hastalık riski, işyükü fazlalığı vb. nedenlerle karşı karşıya kalmakta ve gerekli güvenlik şartlarının sağlanmaması nedeniyle mekanik, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik olarak etkilenmekte ve yaralanmaktadır. Sağlık kurumlarında bu tür iş kazası ve hastalık maliyetlerinin hastanelerde, diğer sağlık hizmet alanlarına göre daha sık olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve diğerleri,2012: 254-255).

2.5.2. Hastane Kavramı ve Amaçları

Hastane kavramı, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak izleme (müşahede), muayene, tanı (teşhis), tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, madde:4, s.1315)

2005 yılında Üniversite Hastaneleri hariç, SSK hastaneleri, diğer bakanlıklara ait hastaneler ve tüm kamu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanması gerçekleşmiş, sağlık hizmetlerinin sunumundaki çok başlılık giderilmiştir. Son yıllarda Türkiye'de izlenen sağlık politikaları ile de özel hastanelerin sayısında kayda değer artışlar olmuştur (T.C. Kalkınma Bakanlığı,2014: 88).

Devlet, sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu üstlenmiş olsa da özel hastanelerin sektöre girmesiyle ekonomik kurumlar haline gelmiş ve kamu hastaneleri ile birlikte rekabetçi bir bakış açısı ile düşünmeyi zorunlu hale getirmiş olmaktadır (Kısa ve Tokgöz,2007:18).

2.5.3. Hastanelere Ait Özellikler

Hastanelerin sağlık hizmetlerinde öne çıkan bazı özellikleri bulunmaktadır. Hastanelerin kişisel hizmet sağlayan, farklı çaba ve hünelerinin olduğu özellikler gösterir. İş bölümü ve uzmanlaşmaya sahip, makineden çok insanın görev yaptığı kompleks sistemlidir. Hastanelerde sürekli olarak yaşam ve ölüm gibi problemlerle ilgilenilmekte ve yeterli hasta bakım hizmetlerinin verilmesi beklenmektedir. Her zaman toplumu ilgilendiren sağlıkla ilgili ihtiyaçlara hazır olması ve sağlık hukukunun gereklerine göre bu ihtiyaçları karşılaması beklenir (Kavuncubaşı,2010: 52).

2.5.4. Hastanelerin işlevleri

Hastaneler Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre farklı işlevleri nedeni ile beş gruba ayrılmıştır. Bunlar; İlçe hastanesi, Gün Hastanesi, Genel Hastaneler, Özel Dal Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'dir (Tengilimoğlu,2012: 55).

Hastaneler, temel olarak tanı, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarını yerine getirmektedir. Bunun yanında çalışan hekimlerinin ve sağlık personelinin eğitilmesini, tıbbi araştırmalarını ve toplum sağlığı ile ilgili faaliyetleri yerine getirmektedir. Hastane, ekonomik açıdan bir işletme, eğitim kurumu, araştırma birimi, farklı meslek grubuna mensup çalışanlar ile de sonuç olarak sosyal bir kurum olarak tanımlanabilmektedir (Özgen,2006: 12).

2.5.4.1. Hastanelerin Tıbbi Fonksiyonları

Hastanelerin tıbbi fonksiyonları, hastalar ve genel sağlık durumlarının kontrolü için hizmet talebinde bulunanlara sunulan poliklinik muayene, tıbbi tedavi, gözlem, teşhis, klinik yatış ve gereğinde cerrahi müdahale için ameliyathane hizmetleri gibi çeşitli hizmetlerden oluşmaktadır (Bankaoğlu,2013: 11).

Doğanay (2008:11)'a göre hastanelerin temel görevi ve amacı tıbbi hizmet sunmaktır. Bu görevlerin dışındaki faaliyetleri ise yardımcı destek hizmetlerinden oluşmaktadır.

2.5.4.2. Hastanelerin Eğitim Fonksiyonu

Hastanelerin eğitim fonksiyonu, insan kaynakları politikalarının etkisi, verilen sağlık hizmetlerinin daha etkin ve iyi bir şekilde uygulanması ve personel planlamaları yapılırken doğru stratejilerin izlenmesi yönünden çok önem taşımaktadır (Dinçer,1998: 325).

Hastane yönetimleri, işe yeni kabul edilen ve atanan personele çeşitli eğitimler vererek kuruma oryantasyonlarını sağlamaktadır. Mevcut çalışan personelin yönetim stratejilerinde yapılan değişimlere uyum sağlaması, çalışanların bilgi ve becerilerini geliştiren hizmet içi eğitimler, seminerler, hastanelerin eğitim fonksiyonları olmaktadır. Diğer taraftan hasta ve yakınlarına yapılan eğitimler ve bilgilendirmeler, bu bilgilendirmeleri broşürle desteklemek gibi faaliyetler de eğitim olarak değerlendirilmektedir (Bıyıklı, 2007: 19).

2.5.4.3. Hastanelerin Ar-Ge Fonksiyonları

Her ülkenin ulusal inovasyon sistemi, ülkedeki ekonomik, demografik, coğrafi, eğitim, sağlık göstergeleri, bilimsel çalışma düzeyleri gibi parametrelerden dolayı farklılıklar göstermekte ve özgün nitelikler taşımaktadır. Ülkemizde geçmişten bugüne kadar ulusal sağlık inovasyonu konusunda birçok girişimler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yayınladığı KHK ile sağlık hizmet sunumunda eğitimin ve araştırma hizmetlerinin geliştirilmesi, ilaç, medikal ürün, vb. bileşenlerin kaliteli, ekonomik ve güvenilir bir yol ile üretilmesi konusunda politikalar yapılmış ve sağlık inovasyon sistemi oluşturulması yönünde çalışmalar yapmaya başlamıştır. Günümüzde de birçok projeye destek sağlanarak Ar-Ge ve inovasyon girişimleri devam etmektedir. Sağlık araştırmaları ve bilimsel yayınlar üzerinden

insan kaynaklarının genişletilmesi ile çalışanların tatminlerinin sağlanarak teorik alanda daha fazla çalışmaların yapılabileceği düşünülmektedir (Çekçi, 2017: 122).

Akın (2019: 24-25), Klinik İnovasyon konusuyla ilgili yazısında sağlık alanında ihtiyaç duyulacak alanların belirlenmesini, bu alanların yenilikçi yapıya uygun vizyonunun oluşturulmasını ve gerekli altyapının imkanlar dahilinde oluşturulmasının gerektiğini belirtmektedir. Ar-Ge, inovasyon çalışmalarında tıp mühendisliği ve biyomedikal mühendisliğinin yükseköğretimde lisans ve lisansüstü programlarının artırılarak müfredatlarının düzenlenmesi yönünde düşüncelerini aktarmaktadır. Teknolojik Ar-Ge ‘yi hastane mühendisliği kavramıyla birleştiren bir alan şekillenmesi olarak görmektedir. Tıp mühendisliği kavramı, birbirine paralel iki yönde ilerlemekte, birisi hastalık tanı ve tedavisinde ihtiyaç duyulan tıbbi cihazlar ve malzeme geliştiren, diğer sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yönündeki teknolojik yenilikleri tasarlayan alan olarak tanımlanmaktadır. Sağlık alanına yönelik yapılacak yeniliklerde sağlık profesyonelleri tarafından benimsenmesi için, ihtiyaca yönelik tasarlanması gerektiğini belirtmektedir.

Arlıer (2016: 54-67) Adana Numune Hastanesinde sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, anket sonuçlarının genel bir değerlendirmesinde bu alanda çalışan hekim ve hemşirelerin Ar-Ge ve inovasyon konusunda istekli olduklarını, hizmet içi eğitim ve mali destekle gerekli altyapının oluşturulması konusunda bölümler arası işbirliği sağlanmasının, ayrıca Ar-Ge ve inovasyon hakkında gerekli kamu mevzuatı açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılmasının önemli olduğunu belirtmektedir. Çalışanların Ar-Ge ve inovasyon konusunda az bilgiye sahip olmaları, Ar-Ge desteklerinin yetersiz olması ve yeterli iş birliklerinin sağlanamaması gibi nedenlerle bilimsel faaliyetlerin olumsuz olarak etkilendiği sonucuna ulaşmıştır.

2.5.4.4. Hastanelerin İdari ve Mali Fonksiyonları

İşletmeler için geçerli olan tüm yönetim fonksiyonları hastaneler için de geçerli olmaktadır. Planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon, denetim ve yönetim gibi işlevlerin yerine getirilmesi, idari fonksiyonlardır. Günümüzde yönetim uygulamalarındaki objektifliği ve ölçülebilirliği sağlayan araştırma, planların etkin bir şekilde uygulanması, yönetime zamanında, doğru ve yeterli verilerin sağlanması, analizlerin yapılması, alınan kararların sonuçlarının değerlendirilmesi ve yönetim bilgi sistemlerinin sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Kılınç,2005: 74).

2.6. Sağlık Politikaları

Sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı, korunması gereken en temel öge olmasından dolayı devletlerin de temel sorumluluklarından biri olmuştur. Birçok ulusal ve uluslararası düzeyde sözleşme ve anlaşmalarda sağlıklı yaşam hakkı en temel insan hakkı olarak tanımlanmış, bireylerin hastalanmaları durumunda tedavi edilmeleri ve rehabilitasyonlarının yapılması, sağlıklarının korunmasına dair konular devletlerin birincil sorumlulukları içerisine girmiştir. Ülkemizde de 1900'lerin başından itibaren bu çalışmalar önemli kabul edildiği için yasal sorumlulukların başında kabul edilmiştir. Özellikle Cumhuriyet dönemi itibarı ile ilerleyen sağlık hizmetleri, dünyadaki gelişmeleri takip ederek, sağlık alanında oluşturulan politikalar ve çalışmalarla kapsamını genişleterek sürdürmektedir (İleri ve ark.,2016: 176-186). Politikalar sadece devletlerin yapacakları ile değil, yapmadıkları ile de ilgilenmektedir. Bu kapsamdaki faaliyetlerde, toplumun faydasına yönelik faaliyetler ortak amaç olmaktadır. Alınacak kararlar ve yapılacak uygulamalarla, temel olarak toplumun genelinde iyilik hali hedeflenmektedir (Atabey,2012: 112).

2.6.1. Cumhuriyetin Kuruluşundan Günümüze Sağlık Politikaları

Sağlık politikaları ülkemizde, geçmişten bugüne uzanan Selçuklu-Osmanlı döneminin tıp geleneğinin yanı sıra, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda kültür birliği de içermektedir. Bu yapı Cumhuriyetin kuruluşu ile geliştirilip, bütün kurumları, devlet örgütlenmesi ve politikalarının oluşumunda dünyadaki eğilimler dikkate alınmış ve batıya dönük bir yol izlenmiştir (Akdağ,2012: 45).

2.6.1.1. 1920-1923 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları

Cumhuriyet'in ilanından önce Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışından sonra 3 Mayıs 1920'de, 3 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Savaş dönemi olması nedeni ile düzenli kayıt mümkün olmasa da sağlık hizmetlerinde mevzuat geliştirilmesi ve kurumsal düzenlemeler sürdürülmüştür. Bu dönemde 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu yürürlüğe girmiştir (Akdağ,2012: 45).

Sihhi ve İctimai Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) ismi ile kurulan bakanlıkta ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar görev yapmıştır (Erginöz ve Erdoğan, 2010: 47).

2.6.1.2. 1923-1946 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları

Cumhuriyet'in ilanından sonra Dr. Refik Saydam Sağlık Bakanlığı'na getirilmiş, 1937 yılına kadar yaptığı bakanlığı süresince, sağlık hizmetlerinin kuruluşu ve gelişmesinde büyük katkıları olmuştur. 1923 yılında sağlık hizmetleri, belediye ve karantina tabiplikleri, 86 adet yataklı tedavi kurumu ile 6500'e yakın hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile sıhhiye memurları ile sunulmaktaydı (Erginöz ve Erdoğan,2010: 47). Bu dönemde çıkarılan bazı kanunlar şunlardır;

- 1927 yılında 992 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarı Kanunu,1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının tarzi İcrasına Dair Kanun,
- 1928 yılında 1262 sayılı İspençiyari ve tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 1937 yılında 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (Akdağ,2012: 45).
- Sağlık politikaları Refik Saydam döneminde şu ilkelerle belirlendi;
- Sağlık hizmetlerinin planlanması, programı ve yönteminin tek elden yürütülmesi,
- Koruyucu hekimlik çalışmalarının merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerce hizmet alanı olarak dağılımının gerçekleştirilmesi,
- Sağlıklı insan gücü için Tıp fakültelerinin cazip hale getirilmesi, tıp öğrencilerine yatılı yurtlar açılması ve mezuniyetleri sonrasında mecburi hizmet uygulaması getirilmesi,
- Çeşitli bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, verem, frengi vb.) mücadele etmek için programların uygulanması (Akdağ,2012:46; Erginöz:62-63).

2.6.1.3. 1946-1960 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları

Bu dönemde Cumhuriyet'in ilk sağlık planı olarak adlandırılan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” onaylanmış, TBMM'nin birçok komisyonunda kabul edilmiş fakat kanunlaşmadan hükümet değişikliği nedeniyle geri çekilmiştir. Milli Sağlık Plan ve Programı yasalaşıp uygulamaya konulmasa da içerdiği düşüncelerden büyük kısmı sağlık yapılanmasını etkilemiştir. Yerel yönetimlerin denetimindeki yataklı tedavi kurumlarının merkezden yönetilmesine başlanmış, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesine karar verilmiştir. Bu dönemde yaşanan çeşitli enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümlerin ve özellikle çocuk ölümlerinin çok fazla olması nedeniyle, nüfusun artırılmasına

(Pro-natalist) yönelik politikalar uygulanmıştır. Bunun için birçok sağlık merkezi, doğumevi hizmete girmiş ve sağlık personeli artırılmaya çalışılmıştır. İstanbul, Ankara ve daha sonra Ege Üniversitesi bünyesinde açılan Tıp fakültesi öğrenci almaya başlamıştır. 1950’den 1960’a kadar hekim, hemşire ve ebe sayılarında %100 ‘den fazla artış gerçekleşmiştir. Sağlık kurumları ve bu kurumların yatak sayılarının artışı ile sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler gerçekleşmiştir. Biyolojik kaynaklı hastalıklara karşı 1947 yılında Refik saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete girmiştir. BCG aşısı ve 1948 yılında da Boğmaca aşısı ilk kez ülkemizde üretilmeye başlanmıştır (Akdağ,2012: 47-48; Erginöz:63-65).

2.6.1.4. 1960-1980 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1961 yılında kabul edilmiş, Sosyalizasyon çalışmaları ise 1963 yılında başlatılmıştır. İl içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışı ile sağlık evleri, sağlık ocakları, il ve ilçe devlet hastaneleri şeklinde yapılandırılmış, yaygınlaştırılmıştır.1965 yılında Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’un kabulü ile nüfus artışını sınırlayan (Anti-natalist) politikaya geçilmiştir. Genel Sağlık Sigortası için kanun taslağı hazırlanmış fakat hayata geçirilememiştir (Akdağ,2012:49; Erginöz:65).

2.6.1.5. 1980-2002 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları

1982 Anayasası’nın 60. Maddesi “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güveliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.” demektedir. Bu maddeye göre vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip oldukları ve bunun gerçekleşmesinin sağlanmasında devletin sorumluluğunda olduğu kabul edilmiştir (T.C. Anayasası 1982, Madde 60).

1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ise, uygulamaya yönelik düzenlemeler yapılmadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi dolayısıyla uygulamaya konulamamıştır. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)’nin sağlık sektörü ile birlikte hazırladığı plan çerçevesinde 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve Sağlık Bakanlığı ve DPT tarafından çalışması yürütülmüştür. Henüz teorik olarak düşünülen Sağlık Reformu hakkında çalışmalara hız verilmiş, 1992 yılında Yeşilkart uygulaması ile düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 1993 yılında hazırladığı “Ulusal Sağlık Politikası”,

sağlıklı Türkiye hedefleri için destek, çevre sağlığı, yaşama biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili içeriğe kapsamaktaydı. Sağlık Reformu olarak adlandırılan bu çalışmaların ana bileşenleri kısaca şöyledir;

- SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı olarak üç ayrı sosyal güvenlik kurumunun birleştirilip tek çatı altında toplanması,
- Aile hekimliği sisteminin uygulanmaya getirilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerini alması,
- Yataklı tedavi kurumlarının özerk olarak işleyen sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nın, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren hizmetleri planlayan ve denetleyen yapıya ulaştırılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bu dönemdeki çalışmaların teorik çalışmalar olarak yapılabilmiş, yeterince uygulamaya geçilememiştir (Akdağ,2012: 49-50; Erginöz: 66-67)

2.6.1.6. 2003-2020 Yılları Arası İzlenen Sağlık Politikaları ve Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

Dünyanın birçok ülkesinde daha iyi sağlık seviyesi olması, beklentilerin artması, teknolojik gelişmeler, demografik değişimler ve bazı finansal baskılar, sağlık reformlarının gerçekleşmesinde önemli rol oynamıştır. Türkiye'nin de kendine özgü sorunlarının varlığı ile sağlık reform ihtiyacı doğmuştur. 2000'li yıllardan önce, Avrupa Birliği toplantısının ve OECD orta ve yüksek gelirli ülkelerinin altında olan sağlık göstergeleri, sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler, kırsal-kentsel nüfustaki sosyal göstergeler arasındaki farklar oldukça yaygındı (Keskin,2018: 125).

Uzun süredir yaşanan sağlık sistemindeki bu sorunlara çözüm sunacak, etkin, yaygın, erişimi kolay, mali olarak sürdürülebilir ve yönetilebilir bir sistem oluşturulmaya çalışılmıştır (Akdağ,2012: 50).

Kamu malı özelliğindeki sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devlet hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı konumundadır. Bu durum nedeniyle programın sonuçları politika yapıcılar yönünden önemli olmaktadır (Uğur ve Tirgil,2018: 300).

DSÖ, “herkese gerekli olan sağlık hizmetlerinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak sağlık düzenlemelerinin yapılması yönündeki görüşleriyle, ülkelerin kendi özgün sağlık sistemlerini geliştirmesini önermiştir. Bunun üzerine hazırlıklar yapılarak dünyada

başarı göstermiş örnekler değerlendirilerek reform çalışmaları yürütülmüştür. 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” uygulanmaya başlanmıştır. Bu reformla tüm kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Aile Hekimliği uygulaması başlatılmış ve kademeli olarak tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır. 112 Acil Sağlık hizmetlerinde değişiklikler yapılarak iyileştirme sağlanmıştır. Acil sağlık hizmeti köylere de sunulmaya başlanmış, istasyon sayıları artırılmış ve ambulanslar teknolojik olarak donatılmıştır. Acil sağlık hizmet araçlarına hava ve deniz araçları da eklenmiştir (Akdağ,2012:50; Erginöz:67-68).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli reformlar yapılmış, vatandaşların, sağlık hizmetlerine eşit ve adil olarak ulaşmaları sağlanmış, finansal ödeme de zorlukları kaldırmak ve sağlık çıktılarının düzeylerini yükseltmek amaçlanmıştır (Uğur ve Tirgil,2018: 296).

Pandemi döneminde tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz de büyük bir sağlık sorunu ile karşı karşıya kalmış ve bu durum henüz geçmemiş bulunmaktadır. Pandeminin etkilediği sektörlerin başında sağlık sektörü de gelmektedir. Karşılaşılan durumda ilk sorgulanan husus sağlık sektörünün yapılandırması ile ilgili detaylar olmuştur. Burada iki konu hakkında öncelik olduğu belirtilmektedir. Bunlar;

- Bir kamu hizmeti olarak sağlık hizmetlerinin, vatandaşlara ücretsiz olarak ulaştırılması hususunun toplum için temel öncelik olması,
- Bir diğer husus da pandemi döneminde karşı karşıya kalınan hayati önemdeki dışa bağımlılık olmaktadır. Dışa bağımlılığın tehlikelerinin özellikle temel sağlık malzemelerinin üretimi konusundaki bağımlılık ve inovatif etkinliklerde bağımlılık olduğu belirtilmektedir. Bu iki hususa ek olarak sağlık sektöründeki kurumsal yapılanmalar önem arz etmektedir. Sağlıkta inovatif çalışmalar yapan kurumların desteklenerek geliştirilmesi olarak ön plana çıkmaktadır. Hıfzıssıhha ve ihtisas hastanelerinin yeniden açılması ve desteklenmesi konusunda düşünülmesi gerektiği ve bu kurumlara yeni yatırımlar yapılması, köklü kurumların yapısal birikimlerinden faydalanılması avantaj sağlayacağı belirtilmektedir (Arslan,2020: 63-64).

2.6.2. Pandemi Sürecinde İzlenen Sağlık Politikaları

Ölümcül ve hızlı yayılma özelliği ile COVID-19, ülkeleri ve toplumları belirsizliğe sürükleyerek sınırların kapatılması ve dolaşımın yasaklanması gibi tedbirler ile olağanüstü hâl uygulamaları hayata geçirilerek suretiyle önlem almaya çalışmışlardır. Risk yönetimi ve

Kriz Yönetimi süreci devreye sokulmuş, toplumsal bilinçlendirme acil müdahale ve salgının yayılmasının engellenmesi gibi stratejiler uygulanmaya başlanmıştır (Turan ve Çelikyay, 2020: 22).

Türkiye 'de Sağlık Bakanlığı yakın zamanda gerçekleştirmiş olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Kriz yönetiminde etkili liderlik ve yönetim örneği göstermiştir. Kamuoyunun desteği ile alınan toplumsal önlemler kritik küresel salgını hazır bir kapasite ve altyapı ile karşılanmasını sağlamıştır (Boyacı, 2019: 60-61).

Çin'de başlayarak hızla tüm dünyaya yayılan COVID-19 salgını ile ilgili olarak Türkiye sağlık sistemi içerisinde alınacak önlemler, kararlar ve gelişmelerin takibi, çeşitli konulardaki uygulamalar ile hastalığa karşı gerekli önlemleri almak üzere çalışmalara başlanmıştır. Dünyadaki gelişmeleri takip edilmesi amacıyla operasyon merkezi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu oluşturularak güncel bilgiler ve ihtiyaçlar doğrultusunda enfeksiyonun kontrolü, tedavi ve hasta bakımına ilişkin tavsiyelerde bulunmaktadır. Sağlık alanını hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkileyen çok sayıda kurum eş güdüm içerisinde yönetiminde bulunmaktadır. Salgın yönetiminde, yapay zekâ ve dijital uygulamalardan yararlanarak Hayat eve Sığar (HES) mobil uygulaması kullanılmaya başlanmıştır. HES uygulaması ile salgın önlemede, hasta veya temaslı kişilerin takibinde, yaşanan bölgelerdeki risk durumunu veya güvenli alan fonksiyonu kullanılarak toplu alanlara giriş-çıkışlarda kontrol edilerek kullanılması amaçlanmıştır. Pandemi sürecindeki sağlıkta dijitalleşme ve bilgi sistemleri kullanılarak kişilerin sağlık sorumluluklarına katılımı sağlanmış olmaktadır. Genel Sağlık Sigortası kapsamında olan veya olmayan tüm bireylerin, ülkemizde bulunan göçmenlerin sosyal güvencelerine bakılmaksızın tüm sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmış, COVID-19 tanı, tedavi ve takip hizmetleri ücretsiz olarak verilmiştir. Türkiye'de sağlık sektöründe çalışanlar tanı, tedavi ve bakım hizmetleri, filyasyon ve sürveyans süreçlerinde görev almışlardır. Diğer yönden ülkelerin sınırlarını kapatarak durma noktasına gelen, özellikle solunum cihazları ve tıbbi malzemeler kalemlerinde, yerli üretime geçilerek çözüme kavuşturulmuştur. Güncel gelişmelerle ilgili konularda birçok kurum iş birliği sağlayarak pandemi sürecini yönetmektedir (TÜSEB,2020: 51-60).

11 Mart'ta ilk Covid-19 vakasının tespiti ile başlayan ülkemizdeki pandemi süreci daha çok yayılımını engelleme çalışmaları olarak başlamış, okullarda eğitime ara verilmiş, yurt dışından gelen kişiler 14 gün karantina altına alınmış, vaka sayılarının çok olduğu

lkelerle uular durdurulmuştur. 20 Mart 2019'da Cumhurbaşkanlığı genelgesi ile her türlü bilimsel, kültürel, sanatsal vb. faaliyetler durdurulmuştur. Hasta sayılarının artması ile 65 ya üstü ve kronik hastalığı olanlara sokağa çıkma sınırları getirilmiştir. Daha sonra 20 ya altı gençler ve çocuklar da sokağa çıkma konusunda sınırlandırılmılardır. Tüm kapalı alanlardaki faaliyetler durdurulmuştur. Türkiye'de yürütülen vaka tespit çalışmaları ve tedavi süreçleri ile vakaların bulunduğu illerin İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Birimi koordinasyonu ile gerçekleştirilmektedir. Yatarak tedavisi gereken hastalar Pandemi Hastanelerinde tedavi altına alınmakta, pandemi hastanesi olmayan bölgelerde, ikinci basamak erişkin yoğun bakımlarda izole edilerek tedavileri yapılmaktadır (Budak ve Korkmaz, 2020: 71-74).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı 24-25 Mart 2021 tarihinde sağlık politikalarını farklı başlıklar altında istişare etmiş, araştırma ve kanıt temelli, güvenilir bilgiler değerlendirilmiştir. Grlen konular COVID-19 Pandemi sürecindeki sağlık yönetimi politikaları, sağlık ekonomisi ve finansmanı politikaları, sağlık hizmetleri sunumu politikaları, sağlık insan gücü politikaları, sağlık endüstrisi politikaları, halk sağlığı politikaları, sağlık turizmi politikaları ve küresel sağlık politikaları olmuştur (TÜSEB, 2021).

BÖLÜM 3: ÖRGÜTSEL BAĞLILIK

3.1. Örgütsel Bağlılık Kavramı, Tanımı ve Önemi

3.1.1. Örgütsel Bağlılık Kavramı

İnsan kaynaklarının yönetsel değişimleri, örgütsel bağlılık ve işgören yönetimi gibi pek çok konularda önemli gelişimler yaşanmıştır. Bu değişim ve gelişimin sebebi olarak çağımızın rekabet ve yönetim anlayışlarındaki büyük ve hızlı gelişmeler olarak gösterilmektedir. Bu yüzden birçok araştırmacının ilgisini çekerek bu konulara eğilme gereği duymuşlardır. Whyte, Mowday, Meyer, Porter, Steers ve Allen başta olmak üzere birçok araştırmacının örgütsel bağlılıkla ilgili çalışmaları vardır (Çöl ve Gül,2005: 291-306).

Örgütsel bağlılık konusunda araştırmalar yapan ve bu kavramı tanımlarken tek taraflı olmayıp çok yönlü olduğunu vurgulayan Meyer ve Allen, “örgütsel bağlılık modeli” geliştirmişlerdir (Meyer ve Allen,1997: 10).

Meyer ve Allen örgütsel bağlılık modelini, örgütün çalışanla etkileşimini gösteren iki boyutta açıklamışlardır. Çalışanın, örgütün amaçlarını ve değerlerini benimsediği ölçüde bağlılık duymalarına “duygusal boyut” (affective), çalışanın örgütte olduğu süredeki emeği ile kazandığı statü, ücret gibi kazançlarını, örgütten ayrılması durumunda kaybı olmasıyla ilgili değerlendirmesi sonucunda oluşan ilişkiyi “devam boyutu” (continuance) olarak adlandırmışlardır (Pınar,2020: 5). İki boyutta inceledikleri örgütsel bağlılık yapısına daha sonraki çalışmalarında normatif (normative) bağlılık boyutunu da ekleyerek geliştirmişlerdir (Gider ve diğerleri,2011: 94).

Meyer ve Allen (1991: 61-89), psikolojik boyuta sahip olan örgütsel bağlılığın, çalışanların örgütleri ile olan ilişkilerine şekil veren bu davranışlarının, örgütün üyesi olma kararlarında etkili olduğunu söylemektedir.

Balay (2014: 15), örgütsel bağlılığı oluşturan en önemli faktörlerin sadakat ve örgütte kalma kararlarının olduğunu vurgulamaktadır. Görevine karşı duyulan sorumluluk olarak ifade ettiği sadakatin, çalışanın değer ve beklentilerinin gerçekleşme durumu veya işten ayrılma kararlarında çok etkili olduğunu, ayrılma üzerinde azalma etkisi gösterdiğini, olumlu sonuçlar ve ödüllendirmelerde artma eğiliminde olduğunu belirtmektedir.

Örgütsel bağlılık, çalışanların psikolojik bağlılığının gücü olarak ifade edilse de örgütlerine gösterdikleri sadakat tutumu ve örgütlerinin daha başarılı olması yönündeki gayretleri, önemli faktörler sayılmaktadır. Bu bağlamda örgütsel bağlılık, örgütün amaç ve değerlerini benimseme, örgüt yararına çaba gösterme, örgütün bir parçası olmak için istekli olan ve uyum sağlama gibi unsurlar olarak ifade edilmektedir (Çimen ve Deniz,2018: 59).

3.1.2. Örgütsel Bağlılık Tanımı

Literatürde örgütsel bağlılıkla ilgili çeşitli tanımlar yapılmıştır. Yapılan bu tanımların birçoğu, bir araç olarak bağlılık kavramından daha fazlasını kapsamaktadır (Balay,2014: 11-24).

Uygur (2009: 12), örgütler açısından çok önemli olarak düşünülen örgütsel bağlılık kavramının, birçok araştırmaya konu olmasına rağmen, örgütsel bağlılık kavramına dair net bir tanımlama yapılamadığını ifade etmektedir. Bunun en önemli sebebinin; sosyoloji, psikoloji, sosyal psikoloji ve örgütsel davranış gibi pek çok farklı disiplinlerden gelen araştırmacıların örgütsel bağlılık konusunu kendi uzmanlık alanları içerisinde ele alarak değerlendirdiklerini belirtmektedir. Bu nedenle, örgütsel bağlılığa ilgili literatür taramalarında birbirinden farklı tanımlarla karşılaştığımızı açıklamaktadır.

Balay (2014: 16) örgütsel bağlılığı, çalışanın örgütte kalma isteği, bunun için çabalaması, çalıştığı örgütün amaçlarını ve değerlerini benimseyip kabul etmesi olarak tanımlamaktadır. Balay'a göre bu bağlılık psikolojiktir. Çalışanın işine duyduğu ilgi, gösterdiği sadakati ve örgütsel değerlerin kabul edilmesi, çalışanın güçlü inancından kaynaklanması olarak ifade etmektedir.

İnce ve Gül (2005: 4)'e göre örgütsel bağlılık, "Kişinin tatmin edici olmasa bile bir işe sapanıp kalması ve kendini işine psikolojik olarak bağlanmış hissetmesidir".

Meyer ve Allen (1997: 10) örgütsel bağlılığı, "kişinin işten ayrılma ihtimalini azaltan bağ veya örgütün üyesi olmaya devam etme isteği" olarak tanımlanmaktadır.

Wiener (1982: 423-424) örgütsel bağlılığı "kişinin çalıştığı örgüt pozitif değerlendirmesi ve onun amaçları doğrultusunda hareket etmesi" olarak tanımlamaktadır. Ayrıca Wiener bağlılığı, örgütsel çıkarlar doğrultusunda hareket etmek için içselleştiren normatif baskıların bütünü olarak ifade etmektedir. Örgütsel kimlik, sadakat ve görev

sorumluluklarını, örgütsel bağlılığın, acil olarak nitelendirdiği belirleyiciler olarak görmektedir. Wiener'a göre hem bireysel hem de örgütsel karışmalar örgütsel bağlılığa tesir etmektedir.

Örgütsel bağlılık, bireyin örgüte katılımı sonucunda, örgütün üyesi olarak kalma isteği ve örgüt uğruna fazladan çalışma gönüllülüğü şeklinde tanımlanmaktadır (İşler ve Özdemir,2010: 119-139).

Bir başka örgütsel bağlılık tanımında çalışanın kendisini, örgüt ve örgütün üyesi olarak kalma isteği olarak ifade edilmektedir (Robbins ve Judge,2019: 77).

Örgütsel bağlılık tanımları farklılık gösterse de bütün tanımların ortak noktalara sahip olduğu, bu ortak noktaların da bağlılığın, çalışan ve örgütü arasındaki ilişkiyi işaret ediyor olmasıdır. Yapılan tüm tanımlamalar sonucunda örgütsel bağlılığın temelinde üç unsur bulunmaktadır. Bunlar;

- Örgütün amaç ve değerlerini kabul etme,
- Örgütü için çabalama ve bunun için istekli olma,
- Örgüt üyeliğini sürdürme isteği olmaktadır (Hoş ve Oksay,2015: 1-24).

3.1.3. Örgütsel Bağlılığın Önemi

Örgütsel bağlılık kavramı, örgütler açısından verimliliğin artırılması, çalışanların katkılarının artırılmasına sağlanması, maliyetleri azaltma çabalarının yanında, çalışanların iş bırakma, işe devamsızlık-geç gelme gibi örgütün aleyhine olabilecek durumlarla karşılaşmamak için örgüt yararını sağlayacak unsurlar nedeniyle dikkate değer ölçüde önem kazanmıştır.

Meyer ve Allen (1997: 61-89), psikolojik boyuta sahip olan örgütsel bağlılığın, çalışanların örgütleriyle olan ilişkilerini şekillendiren bu davranışlarının, örgütün üyesi olma kararlarında etkili olduğunu söylemektedir.

Çağdaş yönetimde işletmelerin sahip olduğu insan unsurunun en önemli kaynak olduğu, yaratıcı ve üretken özellikleriyle rekabetçi alanlarda varlığını sürdürmesi ve işletmeleri başarıya ulaştırmada önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışanların ihtiyaç ve isteklerini göz önünde bulunduran işletmelerin, örgütlerin iş tatmini sağlanması, işe devamsızlıkların azaltılması ve nitelikli çalışanları kaybetme riskinin düşürülmesi açısından

önemli olduğu görülmektedir. Bir örgütün etkinliğini göstermesi yönünden örgütsel bağlılık, bireyin örgüte katılımı sonucunda örgüt üyesi olarak devam etmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (İşler ve Özdemir,2010: 119-139).

Örgütü oluşturan bireyler, ortak amaç, değer ve inançları çerçevesinde bir araya gelmektedir. Bu paylaşılan ortak amaç ve değerlerin gücü ölçüsünde örgütsel bağlılık, verimliliği ve başarıdaki sürekliliği getirmektedir. Örgüt, personelinin eğitimi ve gelişimi için katkı sağladığı sürece çalışanı, bilgi, beceri, yetenek ve enerjisi ile bir parçası olduğu örgüte bağlılık ve fedakârca çalışarak katkı sağlayacaktır (Öztürk,2013: 11).

Günümüzde örgütsel bağlılığın olumlu etkileri daha da önem kazanmaktadır. İş performansının azalması, işe geç gelme, işe devamsızlık ve işten ayrılma gibi olumsuz durumların giderilmesi yönünden konunun üzerinde dikkatle durulması gerektiği önem kazanmaktadır. Örgütsel bağlılığı düzeyi yüksek olan çalışanların, rekabet ortamındaki örgütlerinin başarıyla faaliyet göstermesinde çok önemli katkıları bulunmaktadır. Örgütün başarı kazanmasında katkıda bulunan çalışanların gösterdikleri bazı özelliklere bağlı olduğu görülmektedir. Bu özellikler:

- Örgütsel bağlılığı düşük çalışanlara göre daha az denetime ve disipline ihtiyaç duyulması,
- Örgüt içindeki farklı pozisyonları, örgüte en yüksek fayda sağlayan araç olarak değerlendirilmeleri,
- Özellikle kriz durumlarında, örgütsel bağlılık düzeyi yüksek çalışanların güvenilirliği ve samimiyetinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır (Uygur,2009: 13-14).

Örgütsel bağlılığın temelinde sadakat ve örgütte kalma eğilimi gibi iki önemli kavram bulunmaktadır. Sadık çalışanlar görev ve sorumluluklarına dayanarak örgütle özdeşleşir. Sadakat duygusuyla hareket eden bir çalışanın örgütten ayrılma düşüncesi açısından azalma, ödüllendirme ve olumlu bir ortamda çalışma ise artma eğilimi göstermektedir. Örgütte kalma eğilimi, çalışanın örgütün üyesi olarak kalma niyeti olarak açıklanmaktadır. Örgütte kalmanın faydasının değerlendirilmesinin ardından kalma veya ayrılma kararına vermektedir (Uygur,2009: 15).

Örgütün amaç ve değerlerinin çalışan tarafından içselleştirilmesi, bu değerlere bağlılığın en etkili güdülemesi olmaktadır. Tüm bu amaç ve değerlerin çalışanın ihtiyaç ve

değerlerine uygunluğu önem arz etmektedir. Çalışanın içselleştirmesi ve güdülenmesi ile en yüksek verimliliğe, iş birliğine, yaratıcılığı, sonuçta örgütün başarısına katkı sağlamaktadır (Balay,2014:5).

Örgütler, kuruluş amacının haricinde, üretim ve hizmet sunumu süreçlerinde hammadde, sermaye, bilgi, teknoloji ve işgücü gibi birçok araç ve girdileri kullanmaktadırlar. Bunların içinde en önemlisi insan kaynağı ve emek girdisi olmaktadır. Örgütün sahip olduğu diğer girdi ve kaynakları etkili ve verimli bir şekilde kullanacak olan insan kaynağıdır. Örgütün alanında iyi yetişmiş, eğitilmiş, bilgili ve kalifiye olan çalışanlarının motivasyondan yoksun ve bu nedenle örgütüne yeterli bağlılığı hissetmeyen bir insan kaynağına sahip olması, problem yaşamasına sebep olabilir (Güney,2007: 233-234).

3.2. Örgütsel Bağlılık Sınıflandırması

Örgütsel bağlılıkla ilgili literatür incelendiğinde boyutsal açıdan birçok farklı yaklaşım olduğu görülmektedir. Bu yaklaşımlar Kanter (1968)'in yaklaşımı, Katz ve Kahn (1977)'in yaklaşımı, Wiener (1982)'in yaklaşımı, O'Reilly ve Chatman (1986)'ın yaklaşımı, Etzioni'nin yaklaşımı, Penley ve Gould (1988)'un yaklaşımı ile Allen ve Meyer tarafından 1990 yılında geliştirilen, üç alt boyutlu sınıflandırmadır.

İyigün (2014: 192) örgütsel bağlılığı tutum, davranışsal ve çoklu bağlılık olarak üç ana başlıkta sınıflandırmaktadır.

Örgütsel bağlılığın kullanılma amacını araştıran ve bu kavramı tanımlarken çok yönlü olduğuna vurgu yapan Meyer ve Allen “örgütsel bağlılık modeli”ni geliştirmişlerdir (Meyer ve Allen,1997: 11). Örgütsel bağlılık modelini, örgütün amaçlarını ve değerlerini benimsediği ölçüde bağlılık duymalarına “duygusal bağlılık”, çalışanın örgütte olduğu süredeki emeği ile kazandığı statü, ücret gibi kazançlarını, işten ayrılma durumunda kaybı olmasıyla ilgili değerlendirmesi sonucunda oluşan ilişkiyi “devam boyutu” olarak adlandırmaktadır (Pınar,2020: 4).

3.2.1. Duygusal Bağlılık ve Sağlık Çalışanları

3.2.1.1. Duygusal Bağlılık

Örgütsel bağlılığın alt boyutlarından olan duygusal bağlılık, bireylerin örgütleri ile olan ilişkilerini, bireyin kendi değer ve amaçlarının uyumluluğuna odaklanmaktadır. Tutumsal bağlılık olarak da adlandırılmaktadır. Duygusal bağlılık, çalışanın örgütüne karşı hissettiği duygusal bağlılığı, çalıştığı örgütle özdeşleşmesini ve bütünleşmesini konu edinmektedir. Duygusal bağlılığı güçlü olan çalışanlar, gereksinim duymalarından değil kendileri kalma istediğinde oldukları için kalmaktadırlar (Hoş ve Oksay,2015: 3).

Wiener (1982: 418-428) çalışanların, kendi değerleri ile örgütün değerlerinin birbirine uyumlu olduğunda duygusal bağlılıkla bağlandıklarını ifade etmektedir.

Çalışanların örgütsel bağlılığını en çok etkileyen faktörler, işin cazibesi, çalışanlar arasında ve örgütteki uyum, eşitlik, güvenilirlik, bireylere önem verilmesi, rol belirginliği, amaç belirginliği, geri besleme ve örgütteki katılım düzeyi olarak sayılabilmektedir (Meyer ve Allen,1991: 61-89; Hoş ve Oksay,2015: 4).

Diğer taraftan duygusal bağlılık, önemli ölçüde aidiyet duygusu, guru ve sadakat olarak tanımlanmaktadır. Çalışanlar yüksek düzeyde bağlılık duydukları örgütleri ile özdeşleşme eğiliminde olmakta ve örgütlerine sadakat göstermektedirler. Allen ve Meyer (1986) bunu, “çalışanlar güçlü duygusal bağlılıkları ile örgütte kalırlar; çünkü orada olmak isterler” şeklinde ifade etmektedir (Allen ve Meyer,1996: 252-276).

Örgüt çalışanlarının örgüte duyulan duygusal bağlılıklarının belirleyici unsurlarının, çalışanın kişilik özelliklerinin yanı sıra, yapılan işin özelliği, kişinin iş tecrübesi ve bazı yapısal özelliklerin rol oynadığı belirtilmektedir. İş tecrübesinin diğer belirleyicilere göre, çalışanların ruhsal gereksinimlerini daha iyi karşılaması ve örgüt içinde görevlerinin ifasında, doyuma ulaşmasında öncü olduğu kanaatine varılmaktadır. Diğer bir ifade ile örgütün ve çalışanın değerleri arasındaki uzlaşmanın olduğu sonucu çıkarılmaktadır (Wiener,1982: 418).

Duygusal bağlılıkta, gönüllülük, kabullenme, örgütün amaçlarını yerine getirmek konusunda istek duyma ve örgütün parçası olmaktan duyulan memnuniyet gibi psikolojik bağ söz konusudur. Diğer alt boyutlara nazaran çalışanın gönüllülüğü konusundaki tek bağlılık türü olduğunu ifade edilmektedir. Sonuç olarak çalışanların kendi istekleri ve

tercihlerine göre örgütte kalıp çalışması, zamanla psikolojik bir tamamlanma ve tatmin duygusu içinde oldukları söylenmektedir. En az kişilik özellikleri kadar etkili olduğu, duygusal bağlılık arttıkça işgücü devrinin azalması ve nihayetinde iş veriminin artması tüm bu belirleyiciler önemli ölçüde bağlı olduğu görülmektedir (Gül,2020: 42-43).

3.2.1.2. Sağlık Çalışanlarında Duygusal Bağlılık

Sağlık çalışanlarının sundukları sağlık hizmetlerinin yaşamsal önemi, duygusal bağlılığın yüksek olmasını gerektirmektedir. Yoğun ve oldukça stresli, nöbet şeklinde çalışma, iş ve çalışma ortamlarındaki zorluklar, çalışanların sadakat ve bağlılıkları ile aşılabilecek, sorunlara çözüm yolu bulunabilecektir.

Bektaşoğlu (2021: 39-65) özel bir sağlık kurumundaki sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada, örgütsel bağlılıklarının ve alt boyutlardan olan duygusal bağlılığın yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Ancak değerlendirebilecekleri başka bir kurum olduğunda ise o kuruma geçiş yapmayı düşünebilecekleri sonucuna ulaşmıştır.

Öztürkci (2019: 58-65) çalışmasının sonucunda, hemşirelerin örgütsel bağlılıklarını ve alt boyutlar incelemesinde normatif bağlılığa göre duygusal bağlılıklarını yüksek düzeyde olduğu sonucuna varmıştır.

Sonay (2013: 181) örgütsel bağlılık çalışmasında, sağlık personelinin duygusal bağlılık düzeylerinin diğer bağlılık bileşenleri olan normatif ve devam bağlılıklarına kıyasla düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Çoban (2011: 52-92), hemşireler üzerinde yaptığı örgütsel bağlılık çalışmasında, duygusal bağlılık düzeylerinin işlerinin verdiği rahatlık ve güvenlik ile yetenek ve büyümeye dair düzeylerinden etkilendiğini saptamıştır. Hemşirelerin rahatlık ve güvenlik faktörlerine dair işlerine verdikleri değer arttıkça duygusal bağlılıklarının arttığını, yetenek ve büyümeye dair faktörlerde ise duygusal bağlılıklarının azaldığı sonucuna ulaşmıştır.

3.2.2. Devam Bağlılığı ve Sağlık Çalışanları

3.2.2.1. Devam Bağlılığı

Bağlılıkla ilgili literatür incelendiğinde, devam bağlılığının çalışanların örgütten ayrılmaları halinde kayıplarının boyutuna göre örgüt üyeliğini devam ettirme durumunu

açıkladığı görülmektedir. Devam bağlılığına göre örgüt üyelerinin kendi kişisel hedefleri, örgütün hedeflerinin önünde yer aldığı, örgütte çok zaman geçirdiği ve üst seviyede çaba gösterildiği düşüncesinin sonucunda örgütte kalmanın düşünülmesi ve kalma yönündeki kararlarını ifade etmektedir.

Allen ve Meyer'a göre devam bağlılığına etki eden yetenek, eğitim, kişisel yatırım, emeklilik, yer değişikliği, toplumsal etki, çalışanın karşılaştığı seçenekler gibi unsurlar bulunmaktadır (Hoş ve Oksay,2015: 1-24).

Allen ve Meyer'a göre bu unsurları şu şekilde sıralayabiliriz:

- Yetenek: Çalışanların örgütte kazandığı yetenek ve deneyimlerinin, farklı örgütlerde nasıl ve ne oranda katkı sağlayabileceği ve bu özelliğini diğer örgüte nasıl taşıyabileceği düşüncesi,
- Eğitim: Çalışanın eğitimi ve bu eğitiminin örgütte kendisine ne kadar yarar sağlayabileceği endişesi,
- Yer Değiştirmek: Örgütten ayrılma durumunda, çalışılan ikametini farklı bir yere taşımayı istememesi,
- Kişisel Yatırım: Çalışanın örgütteki görevi nedeniyle harcadığı çabayı kendisine yatırım yaptığı düşüncesinin mevcudiyeti
- Emeklilik: Çalışanın örgütünde kalması durumunda, örgütünden alacağı primi, iş değişikliğinde kaybetme düşüncesinin varlığı,
- Toplumsal etki: Çalışanın uzun süredir aynı adreste ve çevrede ikamet ediyor olması,
- Çalışanın karşılaştığı alternatif seçenekler: Örgütten ayrılma durumunda çalışanın aynı değerdeki veya daha iyi koşullardaki işi bulmada zorluk yaşayabileceği endişesi olmaktadır (Öztürk,2013: 27-28).

3.2.2.2. Sağlık Çalışanlarında Devam Bağlılığı

Öztürkci (2019: 58-65), örgütsel bağlılıklarını yüksek düzeyde tespit ettiği çalışmasında hemşirelerin, diğer alt boyutlardan olan normatif bağlılık düzeylerine göre devam bağlılığı düzeylerini yüksek seviyede tespit etmiştir.

Bektaşoğlu (2020: 39-65) çalışmasında, alt boyut olarak devam bağlılığını yüksek düzeyde tespit etmiştir. Sağlık çalışanlarının devam bağlılığı olarak kurumda kalmaya çok

önem verdiklerini fakat kurumdan ayrılmaları halinde yaşamlarının çok etkilenmeyeceği sonucuna varmıştır.

Çoban (2011: 52-92) çalışmasında, hemşirelerin devam bağlılıklarının rahatlık ve güvenlik faktörlerinden etkilendiğini saptamıştır. Hemşirelerin rahatlık ve güvenlik faktörlerine dair işlerine verdikleri değer arttıkça devam bağlılıklarının da arttığını, yetenek ve büyüme faktörlerine dair işlerine verdikleri değer arttıkça devam bağlılıklarının azaldığını belirtmektedir.

3.2.3. Normatif Bağlılık ve Sağlık Çalışanları

3.2.3.1 Normatif Bağlılık

Normatif bağlılığın teorik temelleri Wiener'in (1982) normatif içselleştirme yaklaşımına dayandığı, çalışanın örgütüne karşı sorumluluklarındaki inanç olarak belirtilmektedir. Wiener normatif bağlılığı "örgütsel hedef ve çıkarları karşılayacak şekilde davranmak için içselleştirilmiş normatif baskılar toplamı" şeklinde tanımlamaktadır (Wiener,1982: 418-428).

Allen ve Meyer (1990: 1-18), çalışanın sorumluluk duygusu ve örgütte kalmaya mecburiyet hissetmesi, başka bir deyişle yükümlülük duygusu ile örgütte kalma zorunda olduğunu düşünerek işe devam etmesi olarak ele almıştır. Allen ve Meyer'a göre normatif bağlılıkta diğer bağlılıklara göre farklılık görülmektedir. Örgütte çalışan dışında daha önce başka önemli kişiler (örneğin aile üyeleri) uzun süreli çalışanı olmuş veya örgüte sadakat konusunda önemi üzerinde durulmuş ise, çalışanın da sadakat duygusunun olması beklenmektedir. Bu kişiler, örgütün kendilerinden sadakat beklentisi nedeni ile güçlü normatif bağlılık duyacakları belirtilmektedir.

Allen ve Meyer, normatif bağlılığı yüksek olan çalışanın örgütte kalmaya devam etmeyi istemesi ve bunun için güçlü bir istek, ihtiyaç hissederken daha az görev duygusuna sahip olabileceğini ifade etmektedir (İşler ve Özdemir,2010: 120).

Wasti (2002: 530)'ye göre normatif bağlılık; "İş görenlerin örgütlerine karşı sorumluluk duygusuna kapılması ve yükümlülük duyması" şeklinde tanımlanarak ifade edilmiştir.

Normatif bağıllık düzeyleri güçlü çalışanlar, örgüt içinde kendilerine sunulan fırsatlar veya örgütün kendilerine yaptığı iyilikler nedeniyle güçlü bir sadakat duygusuyla, inançla davranırlar. Normatif bağıllık unsurunun, çalışanların görev ve sorumluluklarını değerlendirme konusunda da etkili olduğu görülmektedir. Çalışan örgütteki sorumluluklarına inançla sarılır ve kendini örgütte kalmaya mecbur hisseder. Bu mecburiyet çıkar beklentisi taşımaz, çalışanın örgütüne vefa sergilemesi, örgütte kalma davranışının doğru olduğuna inanması sonucu olan bağlanma olmaktadır (Keleş,2006: 52).

3.2.3.2. Sağlık Çalışanlarında Normatif bağıllık

Öztürkci (2019:58-65) hemşirelerin yüksek düzeyde bulduğu örgütsel bağıllık çalışmada, alt boyutlardan duygusal ve devam bağıllıklarını yüksek düzeyde tespit etmiş fakat normatif bağıllıklarının ise düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Bektaşoğlu (2021: 39-65) özel sağlık kurumunda çalışanlar üzerinde yaptığı araştırmasında, sağlık çalışanlarının normatif bağıllıklarının değerlendirme sonucuna göre çalışanların, kurum değiştirmeyi uygun bulmadıkları fakat değiştirme durumunda kaldıklarında suçluluk hissetmeyeceklerini beyan ettiklerini belirtmektedir.

Çoban (2011: 52-92) araştırmasında, araştırmaya katılan hemşirelerin, örgütsel bağıllık düzeyini orta düzeyde bulmuş, normatif bağıllıklarının da işlerine verdikleri değer üzerinden etkilendiğini savunmaktadır. Rahatlık ve güvenlik ile statü ve bağımsızlık faktörlerine ilişkin işlerine verdikleri değerin artmasıyla normatif bağıllıklarının arttığını, yetenek ve büyüme faktörlerine dair işlerine değer verdiklerinde ise azaldığını tespit etmiştir.

3.3. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler

Literatürde örgütsel bağlılığı etkileyen faktörlerin farklı şekillerde gruplandırıldığı görülmektedir.

Mowday, Steers ve Porter (1979) örgütsel bağlılığı etkileyen faktörleri, kişilik özellikleri, yapılan işin özelliği, örgüte dair özellikler ve kişilerin iş tecrübeleri olarak dört gruba ayırmaktadırlar. Mathieu ve Zajak (1990) bu faktörler ek olarak grup ilişkilerini de katarak incelemektedir. Olivier (1990), örgütsel bağlılığı etkileyen kişisel özelliklerin, diğer bir ifade ile demografik unsurların etkisinin, örgütsel özelliklere nazaran daha az etkilendiğini öne sürmektedir. Richard Steers çalışmasında, kişisel özelliklerin, iş özelliklerinin ve

tecrübenin üzerinde durmuş, özellikle tecrübe ve bağlılık arasında yüksek düzeyde bir ilişki olduğunu saptamıştır. Buchanan (1974) çalışmasında, örgütsel bağlılığın en çok tecrübeden etkilendiğini gözlemlemiş ve o da örgütsel bağlılığı üç aşamada incelemektedir (Şengül,2013: 75).

Salancik (1977) 'e göre örgütsel bağlılığı etkileyen faktörler, davranışların görünürlüğü, davranışların geri döndürülememesi ve kişisel sorumluluktur. Salancik de örgütsel bağlılığı üç aşamada gruplamaktadır (Salancik,1977: 62-80; Şengül,2013: 75).

Örgütsel bağlılığı etkileyen birçok faktör olsa da bu çalışmada genel olarak kişisel, örgütsel ve örgüt dışı faktörler olarak üç ayrı grupta ele alınacaktır.

3.3.1. Kişisel Faktörler

Örgütsel bağlılık ve kişisel faktörler arasındaki ilişkinin oldukça güçlü olduğu bilinmektedir. Kişisel faktörleri oluşturan unsurlar, kişinin yaşı, cinsiyeti, örgütteki hizmet süresi, kişinin eğitim seviyesi ve medeni durumudur.

3.3.1.1. Yaş

Meyer ve Allen (1997: 66-86)'e göre yaş ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki yorumu, çalışanın örgütte kalma süresi arttıkça örgütte daha iyi pozisyonlarda olma ihtimalinin de artacağı yönündedir. Çalışanlar örgütte neden bu kadar uzun süre kaldıkları ile ilgili, bilişsel yönde kendilerini ikna etmekte ve sonuçta örgütün cazibesinin artacağından dolayı, çalışanların psikolojik bağlılıklarının da artmasına yol açacağı ifade edilmektedir.

Demir (2012: 1-2) ise mesleğe yeni başlayan genç çalışanların yaşlı çalışanlara göre örgütsel bağlılıklarının daha düşük düzeyde olduğunu, bunun sebebinin ise iş tatminsizliği ve daha iyi koşullarda başka bir iş bulma umutlarının olması olarak belirtmiştir.

Çalışanın yaşı, örgütsel bağlılığı etkileyen çok önemli bir unsur olarak görülmektedir. Çalışanın yaşı, diğer kişilik özellikleriyle birlikte örgütsel bağlılığının, performansının, tükenmişlik düzeyinin, iş tatmininin, örgüt içi tutum ve davranışlardan doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir (Şeşen,2010: 67-90).

3.3.1.2. Cinsiyet

Örgütsel bağlılığın önemli faktörlerinden birisi de cinsiyet faktörüdür. Günümüzde örgütlerde iş bulan ve çalışan kadın sayısı artmaktadır. Bunun yanında toplumumuzda da kadının rolü yemek yapmak, temizlik yapmak, çocuk yetiştirmek gibi sorumluluklar yüklenmişse de erkeğe sadece ailesini maddi olarak geçindirmek yüklenmiştir. Bu nedenle literatürde kadın çalışanların ve erkek çalışanların bağlılıkları konusunda farklı araştırma sonuçları ve savunmaları olduğu görülmektedir. Bu araştırmaların bir kısmında erkek çalışanların daha fazla örgütsel bağlılık duydukları, bir kısmında da kadın çalışanların daha fazla örgütsel bağlılık duydukları savunulmaktadır. Kadın çalışanların daha istikrarlı olmaları nedeni ile iş değiştirmeyi tercih etmemeleri, iş hayatına erkeklere göre daha geç katılmaları nedeni ile daha fazla çaba gösterdikleri gibi nedenlerle örgütsel bağlılıklarının yüksek olduğu savunulmaktadır. Diğer taraftan erkek çalışanların örgütsel bağlılıklarını fazla olmasının nedeni olarak, kadınların aile içi sorumluluklarına daha fazla önem vererek örgütteki görev ve sorumluluklarını arka plana atmaları gösterilmektedir (Pınar,2020: 20).

Meyer ve Allen (1991: 66-86) iş modeli ve cinsiyet modeli olmak üzere iki farklı yaklaşımla cinsiyet ve örgütsel bağlılık ilişkisini açıklamaya çalışmıştır. İş modeline göre cinsiyete dair örgütsel bağlılık düzeyleri arasında belirgin farklılık olmadığı görüşü öne çıkmaktadır. Cinsiyet modelinde ise bunun tam tersi, erkeklere oranla kadınların daha az oranda bağlılık düzeyi sergiledikleri savunulmaktadır. Bunun sebebinin ise kadınları ailevi yükümlülüklerinin bulunması gösterilmiştir. İş modelinde kadın ve erkek arasındaki farklılıkların, örgüt içinde kadın ve erkeklere sunulan pozisyonlarının, örgütün değer ve amaçlarına dair tutumlar gibi unsurlardan kaynaklandığı savunulmaktadır.

Kaş (2012: 36-37) çalışmasında, kadınların ailevi rollerini esas almalarından dolayı örgütün ikinci planda kaldığını ve erkeklere oranla daha az bağlılık duymakta olduklarını söylemektedir.

Bir başka çalışma ise bunun tam tersine kadınların evlilik, çocuk gibi değişken etkenlerden etkilenip yeni iş olanaklarını değerlendirmekte tereddüt ettiklerini belirtmektedir (Özdemir,2007: 5-8).

3.3.1.3. Medeni Durum

Medeni durum çalışanların örgütsel bağlılıklarını etkileyen bir diğer kişisel faktördür.

Bir araştırmaya göre örgütsel bağlılık ve medeni durum arasındaki ilişki incelemesinde, medeni durum ve örgütsel bağlılık arasında zayıf düzeyde ilişki olduğu, medeni durumun zorunlu bağlılık ile ilişkili olabileceği ve evli çalışanların bekar çalışanlara oranla daha fazla ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Öztürk,2018: 24).

Evli çalışanların bakmakla yükümlülükleri oldukları aile fertleri olması ve onların maddi sorumluluklarının çalışanın üzerinde olması dolayısıyla daha fazla bağlılık duyacakları savunulmaktadır (Öztürk,2013: 32; Gürkan,2006: 36).

Evli veya ayrılmış çiftler genellikle ekonomik sorumlulukları nedeniyle işlerine daha fazla bağlı oldukları, işten ayrılmayı ekonomik olarak maliyetli buldukları için örgütte kalmaya devam etmektedirler. Ailede tek kişi çalışıyor, çocuk ve /veya bir yaşlı bireyin bakımını sağlamak gibi faktörler dolayısıyla evli çalışanların örgütsel bağlılığı artmakta olduğu düşünülmektedir. Bekar çalışanların ekonomik sorumluluklarının daha az ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler olmaması nedeniyle daha fazla işten ayrılma riski taşıdıkları düşünülmektedir (Pınar,2020: 21-22).

3.3.1.4. Eğitim

Eğitim durumu ile örgütsel bağlılık arasında negatif bir ilişki olduğu savunulmaktadır.

Örgütteki eğitim düzeyi yüksek çalışanların beklentilerinin de yüksek olması ve bu beklentilerinin karşılanmasında güçlükler yaşanması örgütsel bağlılıklarını olumsuz yönde etkilediği ve azalttığı savunulmaktadır. Eğitim düzeyi düşük çalışanların ise başka bir iş bulma ihtimallerinin az olduğu düşüncesi ile örgütsel bağlılıklarının fazla olduğu açıklanmaktadır (Çimen ve Deniz,2018: 61). Eğitim düzeyi yüksek çalışanların mesleki bağlılıklarının yüksek olduğu, beklentilerinin karşılanabileceği alternatif iş olanaklarını değerlendirebilecekleri görüşü savunulmaktadır. Eğitimli çalışanların sorgulayıcı, tartışmacı yaklaşımları ile eğitim seviyeleri yükseldikçe örgütsel bağlılıklarının azalmakta olduğu belirtilmektedir (Öztürk,2013: 33).

3.3.1.5. Çalışma Süresi

Çalışanın örgütte geçirdiği süre arttıkça, kişinin örgütte elde ettiği faydasının da artacağı ve örgüte özgü beceriler geliştireceği, bu durumda da çalışanın bağlılığının artacağı belirtilmektedir. (Gürkan,2006: 36).

Meyer ve Allen (1991) örgütte geçen süreye bağlı olarak çalışanın statü yükselmesi sonucunda memnuniyetinin artacağını ve örgütsel bağlılık ile çalışma süresi arasında pozitif ilişki olduğunu ifade etmektedirler. Çalışanların örgütteki süreleri arttıkça örgütsel bağlılıklarının da aynı oranda arttığı, işlerine yaptıkları yatırımlarının ve emeklerinin fazlaştığı gibi sebeplerle örgütsel bağlılıklarının arttığı yönündeki görüşler oluşmaktadır (Türkoğlu,2011: 22-24).

Uygur (2009: 21) yazısında, deneyimli çalışanların zamanla kazandıkları bilgi, yetenek ve tecrübelerinin örgütte kazanılması sebebi ile sorumluluk duymalarına neden olacağını, bunun başak bir örgüte aktarıp başarı sağlamanın da yine zaman alacağını söylemektedir. Genç çalışanların ve daha az doyuma ulaşmış kişilerin kıdemli çalışanlara göre örgütsel bağlılıklarının az olacağını ve daha fazla iş bırakma eğilimi taşıdıklarını belirtmektedir (Gürkan,2006: 36)

3.3.2. Örgütsel Faktörler

Örgütsel bağlılığı etkileyen faktörleri araştıran çalışmacılar kişisel faktörlerle birlikte örgütsel faktörleri de araştırmaktadırlar (Çimen ve Deniz,2018: 64). Aşağıda örgütsel bağlılığı etkileyen bazı örgütsel faktörler ele alınmıştır.

3.3.2.1. İşin Niteliği

Örgütte çalışanların yaptıkları işin niteliği ve çalışanlar üzerindeki etkileri olarak açıklanmaktadır. İşin zorluk derecesi, çalışanın yaptığı işin kişiye verdiği motivasyon durumu, işiyle özdeşleşme, çalışanın örgütteki sorumlulukları ve yetkileri örgütsel bağlılığı etkilemektedir. Çalışana daha fazla yetki ve sorumluluk verildiğinde işe daha fazla önem vermesine neden olacağı belirtilmektedir. Sürekli denetime tabi olmayışın iş ortamında çalışanın, örgüte güveni artmakta, işi daha saygın şekilde yapmasını sağlamakta ve sonuçta örgütsel bağlılıkta artış meydana gelmektedir (Çimen ve Deniz,2018: 62; Pınar,2020: 23).

İşin özelliği, görev tanımı, görevin anlamı, işlerin programlanmasının ve kullanılacak yöntemlerin belirlenmesinde özgürlük, çalışanın yeteneklerini kullanabileceği işlerde çalışması yüksek düzeyde örgütsel bağlılık gösterdiklerini ortaya koymaktadır (Uygur,2009: 41). Çalışanların işi sevip tutkuyla bağlanması, işlerinin tatmin sağlanması, örgütlerin kendilerine destek olması örgütsel bağlılıklarını artırmaktadır (Robbins ve Judge,2019: 80).

Çalışanların, görevleri ve yaptıkları işten memnun olarak haz duymaları halinde örgütteki yüksek bağlılık örgüt için olumlu sonuçlar getireceği düşünülmektedir. Örgüt hedeflerine daha kolay ve kısa sürede varacak, yüksek bağlılık, verimlilik, motivasyon ve yüksek örgütsel etkililikle başarıya ulaşacağı aksi takdirde bağlılıkları düşük çalışanlarla etkililik sağlanamayacağı belirtilmektedir (Ak,2017: 41).

3.3.2.2. Rol Belirsizliği ve Rol Çatışması

Örgüt çalışanın örgütsel bağlılığını etkileyen unsurları inceleyen birçok çalışma özellikle çalışanın örgütteki rolüne ilişkin konularda üzerinde durmaktadır. Çalışanın görevinin gerekleri konularda üzerinde durmaktadır. Çalışanın görevinin gerekleri konusundaki belirsizlikler ve birbirleri ile çatışan, işleri gereği farklı rollerdeki çalışanlarda örgütsel bağlılığın azaldığı yönünde tespitlerde bulunmuşlardır (Çimen ve Deniz,2018: 62).

Koçel (2018: 628-629)’e göre, grupların amaçlarını gerçekleştirmek ve özelliklerini muhafaza edebilmek için örgüt üyelerinin yapacakları işler ve roller açısından farklılaşma olmaktadır. Bu roller formal olarak tanımlanan (rijit) bir şekilde veya grup üyelerince aralarındaki ilişkilerle informal olarak gelişir. Böylelikle grup tarafından o kişiye verilen rolü ifade eden “beklenen rol” ü göstermesi beklenmektedir.

Rol çatışması, çalışanın aynı anda birden fazla rolü üstlenmesi, rol gereklerinden birine daha fazla uyması, işlerinde beklentilerin uyumsuz olmasından kaynaklanmaktadır. Çalışanın yeteneği ve işin niteliğinin az ve çok olması, yöneticiden alınan çelişkili talimatlar vb. durumlar rol çatışmalarına neden olmaktadır (Uygur,2009: 25-26).

Örgütlerin içinde çeşitli düzeylerde çatışmalar yaşanmaktadır. Bu çatışmaların önlenmesi, yönetimi ve çözülmesi önemli ölçüde zaman ve enerji kaybına sebep verir. Yöneticinin çalışanların kişisel, algı, amaç farklılıklarını ve problemleri tanımlamada birleştirici rol oynayarak örgütün amaçlarını yönetmesi beklenir. Tüm bu farklılıklar çatışmalara yol açmaktadır. Çatışmalar bazen açık şekilde bazen üstü kapalı olarak

gerçekleşir. Modern yönetim anlayışında çatışmaların olabileceği ve tamamen ortadan kaldırmanın mümkün olmadığı düşünülmektedir. Yöneticiye, bu çatışmaları örgütün amaçlarını sürdürecektir ve geliştirecek yönde yönlendirme ve yönetmek düşmektedir (Koçel,2018: 661)

3.3.2.3. Ücret Düzeyi ve Örgütsel Kazanımlar

Çimen ve Deniz (2018: 63)'e göre, örgütteki çalışanın temel amacı yaptığı işin karşılığında ücret kazanmaktır. Çalışanın kazancı, geçinmek dışında psikolojik olarak kazanç sağlamak ve yaptığı işte kendini geliştirmek olmaktadır. Psikolojik olarak bu durum çalışan için bir başarı durumu getirmesi, kazancının yüksek olması ile de kişiye statü ve etki sağlaması açısından önemli olmaktadır. Bu şekilde kişinin kendini tatmin etmesi ve emeğinin karşılığını aldığını hissetmesi daha önemli bir değere sahiptir. Özellikle yüksek ücret, işin cazibesini artırmakta ve çalışan örgütüne daha fazla bağlanmasını sağlamaktadır. Ayrıca çalışanların örgüt içindeki kazanımlarının da örgütsel bağlılığı olumlu yönde etkilediği, çalışanın vefa duygusu ile bağlanmasını sağlayan unsur olmaktadır. Çalışana eğitim imkânı sunulması, burs verilmesi örgütsel kazanım yönünden örnek olarak gösterilebilir.

Örgütteki yöneticilerin belli bir meblağ olarak kâr payı ve ikramiye ile kazançları olduğunda, çalışanlara bu olanaklar sağlanmıyorsa örgütsel bağlılık düzeyi istenen düzeyde olması sağlanamayacaktır (Uygur,2009: 16).

3.3.2.4. Yönetim Tarzı

Yönetim tarzı, çalışanların bağlılıklarını önemli derecede etkileyen bir unsur olarak görülmektedir.

İnsanlık tarihi kadar eski olan yönetim kavramı, işletmeleri, örgütleri başarıya götüren en önemli unsur olarak belirtilmektedir. Farklı kademelerde yer alan, çoklu rollerin üstlenildiği yöneticiler de farklı yetenek ve özellikler gösterdiğinden, yönetim tarzlarında da bu farklılıklar görülmektedir (Arıkboğa,2003: 6-14).

Yönetim tanımlarından bazıları örnekler;

“Yönetim, organizasyonun amaçlarına ulaşması için gerekli mal ya da hizmetleri üretebilmesi amacı ile fiziksel, finansa, insan ve bilgi kaynaklarını bir araya getiren bir süreçtir” (Pringle ve diğerleri,1988: 4).

“Yönetim, organizasyonun amaçlarına ulaşmak için çalışanları yönlendirme ve onlara rehberlik etme sürecidir” (Leslie ve Lloyd, 1983: 9).

Geçmişten günümüze, yönetimle ilgili birçok kavram geliştirilerek ve yapılan uygulamalar sonucunda elde edilen bulgulardan “sistemik bilgi birikimi” fiilen hayata geçirilerek iş yaşamında yönetim uygulayıcılarına yol göstermekte ve teorik olarak kaynak olmaktadır. Yönetimde klasik Teori’nin yönetim araçlarının yetersizliği, işletmelerin büyümesi ve karşılaşılan yönetim sorunlarının artması, çalışanların yaşam güçlükleri gibi unsurlar çok önemli gelişmelerin olmasını sağladığı görülmektedir. Bu gelişmeler neticesinde, örgütlerde “insan” faktörüne eğilen, organizasyonları da “tam ayarlı olarak çalışan bir makine” olarak algılamayan, onların maddi ve teknik unsurlarına ek olarak “insan” unsuru ile vücut bulan yapı (sosyo-teknik birim) olduğunu öne çıkaran görüşlerden yeni bir akım ortaya çıkmıştır.” Beşerî ilişkiler yaklaşımı” olarak isimlendirilen, sonra ise klasik Teori’nin pek fazla detaylı olarak ele almadığı bu teorinin tamamlayıcısı olarak “Neo-Klasik Yaklaşım” olarak isimlendirilmiştir. Günümüzde “Örgütsel Davranış (Organizational Behavior) olarak adlandırılan bu yeni akımda insan davranışlarının çeşitli yönleri incelenerek, diğer teorinin eksik yönlerini inceleme konusu yapmaktadır (Koçel,2018: 251).

Yönetim kavramında, yönetici ve ilişkili olan topluluklar, performansı etkileyerek, örgüt dışı etki ve baskılarla, baskıların yarattığı gerilimi ve değişim içindeki ilişkileri esas almaktadır. Yönetici, pozisyonuna tanımlanan rolüne ek olarak, ilişki içinde olduğu topluluğun, özelliklerine uygun rol geliştirmesi gerektiği savunulmaktadır. Yöneticiler bu ilişkiler ağının farkında olarak, kendine uyan “yönetim tarzı” geliştirerek, tüm farklılıkları dengede tutmak, gerektiğinde değiştirerek ve örgütünü başarıya ulaştırabileceği vurgulanmaktadır (Koçel,2018: 511-512).

Robbins ve Judge (2019: 313-315) ‘a göre işletmelerde, değişken durumlara karşı geleneksel bölümler veya diğer gruplardan daha esnek ve duyarlı olan takım çalışmaları organizasyonu, çağdaş işletmenin başlıca araçları haline gelmektedir. İşletmenin daha etkin ve verimlilikle çalışarak rekabet edebilmesi açısından yeniden yapılandırılmaları, çalışanların

yeteneklerini kullanarak daha iyi bir yol gördükleri takımlara yönelmiştir. Motivasyonu olan çalışanlar hızla toplanır, görev dağılımı yapar, odaklanır. Çalışanların katılımı, yönetimi demokratikleştirme, takım kararlarını almak motivasyonlarını artıracak unsurlar olarak görülmektedir.

3.3.2.5. Örgütün Yapısal Özellikleri

Örgütün yapısı ve büyüklüğü, örgütün kurumsallaşma düzeyi, kurumun kalite uygulamaları, alandaki imajı, üniterlik seviyesi, kurumdaki çalışma saatleri, ücret politikası, kariyer imkanları gibi özellikler örgütsel bağlılığa etki etmektedir. Özellikle büyük işletmelerde kariyer geliştirme olanaklarının fazla olması açısından, mevcut çalışanlar veya iş arayanlarca daha fazla tercih edilmekte olduğu vurgulanmaktadır. Üniter yönetimlerde ise yetki devrinin az olması ve çalışanların kendi inisiyatiflerini kullanamamaları gibi katılımcı politikaların yoksunluğu örgütsel bağlılık açısından olumsuz etkilenebilecektir (Çimen,2018: 62).

İslamoğlu (2018: 24)'na göre, büyük örgütlerde iletişim yönteminin yazılı olması, çalışanlar arasındaki ast-üst ilişkilerinin açık sınırlarının olması, çalışanların yeteneklerini göstermesine imkân verilmemesi örgütsel bağlılığı olumsuz etkilemektedir. Örgüt yapısı, örgütün tüm faaliyetlerinin temelini oluşturur. Bu temel, örgütün başarı göstermesinde çok önemli olan, çalışanların yapacakları işin, net, açık ve kuralları olan bir örgüt yapısında olmasıdır. Bu şartların olmasının çalışanların örgütsel bağlılıklarını olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmaktadır.

3.3.3. Örgüt Dışı Faktörler

Örgüt dışı faktörler, örgütsel bağlılığı örgüt dışından, çevreden etkileyen faktörlerdir. Bu başlık altında örgütsel bağlılığı etkileyen dış faktörler ele alınacaktır. Bunlar:

3.3.3.1. Alternatif İş Olanakları

Çalışanın örgütsel bağlılığına tesir eden en önemli örgüt dışı faktör, alternatif iş bulma olanaklarının varlığı olmaktadır. Çalıştığı örgütte mutsuz olan, işinden doyum alamayan bir çalışanın, işinden ayrılma düşüncesi ile yeni bir iş bulma imkanının varlığı çalışanı bu yönde tetiklemektedir. Özellikle özel sektörden kamu sektörüne geçişler oldukça yoğun olarak görülmektedir. Sağlık sektöründe çalışan devir oranı oldukça yüksek

düzeydedir. Bilhassa özel sektör, daha çok geçici bir süreç için veya emeklilik sonrası çalışmak üzere düşünülmektedir (Sonay, 2013: 110). Alternatif iş olanaklarının kısıtlı olduğu kriz dönemlerinde ise çalışanların bağlılıkları yüksek olarak bulunmaktadır. Yeni iş olanaklarının varlığına rağmen örgütte çalışmaya örgütsel bağlılığı üst seviyede olmaktadır. Yeni iş imkanının dışında kalan bir diğer unsur da çalışanın eğitim görmek istemesi olabilmektedir. Çünkü eğitim seviyesi yükselen çalışanların daha fazla alternatif iş bulma imkânı karşılarına çıkabilmektedir (İslamoğlu,2018: 26).

3.3.3.2. Profesyonellik

Mesleki bağlılıkla ilgili olarak ele alına bir kavram olan profesyonellik, çalışanın mesleği ile özdeşleşmesi ve mesleğinin değerlerini içselleştirmesi olarak tanımlamaktadır. Profesyonel çalışanlar kendi alanları ile ilgili örgütleri kurarak, bu örgütlere katılarak, alanlarındaki seminer, kongre gibi mesleki eğitim gibi faaliyetleri ve çeşitli yayınları takip etmektedirler. Profesyonellerde meslekleri, yaşamlarında önemli yer tutmaktadır. Ancak mesleğe bağlılıkları her zaman örgütsel bağlılıklarının da yüksek olma durumunu sağlamamaktadır. Kendisini mesleğine adanmış fakat örgütünde profesyonelleşme imkânı bulamayan kişilerin örgütsel bağlılık seviyeleri zayıf olabilmektedir. Sağlık kurumları yönetiminde kalite ve verimliliğin artırılmasına yönelik alınan önlemler ve konular, profesyonel çalışanla yönetim arasında çatışmalara yol açabilmektedir. Örgütsel bağlılık ve mesleki bağlılık bu anlamda çeliştiği düşünülmektedir (Sonay,2013: 111).

3.3.3.3. Sektördeki İstihdam Durumu

Sektördeki istihdam durumu, kriz ortamı, işsizlik, geçimini temin etme gibi oluşturduğu konularda çalışanların örgütsel bağlılıklarını olumlu veya olumsuz olarak etkileyen kavramlardır. Günümüz şartlarında işsizlik, geçimini sağlama gibi problemler, örgütsel bağlılık düzeyi düşük olan çalışanın işine isteksizce devam etmesini, dolayısı ile motivasyonu düşük verimsiz bir şekilde çalışmasına yol açmaktadır (Şahaner,2019: 51).

3.3.3.4. Ülkenin Sosyo-Ekonomik Durumu

Ülkenin sosyo-ekonomik durumu, çalışanların örgütte kalma veya işten ayrılma kararlarını, alternatif iş değerlendirmelerini etkilemektedir. İçinde oldukları sektörün, kötü olan ekonomik durumu da bu kararlarını etkileyen bir unsur olmaktadır. Dış faktörlerden olan krizler, çalışanların iş değişikliği kararlarına tesir etmektedir. Çalışan işini değiştirmek

istese dahi bu kararını uygulamaya koymayarak mevcut işine devam etmektedir (İnce ve Gül,2005: 94).

Örgütsel bağlılığı, örgüt dışı etkileyen bir diğer faktör kültürdür. Farklı kültürlerden gelen çalışanların farklı davranış ve tutumları, performanslarında da farklılık göstermektedir. Sadakat, iş sorumlulukları, başkalarının hak ve özgürlüklerini önemseme gibi özellikler kararlarını etkilemektedir. Özellikle sağlık sektöründe çalışanların, mevzuatın getirdiği sınırlamalarla, ailelerinden uzun süre ayrı kalma durumu, motivasyonlarının ve morallerinin düşük olmasına, fakat maddi zorunluluklar gibi nedenlerle bu durumu kabullenip devam etmelerine yol açmaktadır. Bu çalışanların duygusal bağlılıklarının düşük, devam bağlılıklarının yüksek olduğu gözlenmektedir (Sonay,2013: 111-112).

3.3.3.5. İşsizlik

Örgüt dışından örgütsel bağlılığa etki eden faktörlerden birisi de sektördeki işsizlik durumu ve işsizlik oranlarıdır. Ayrıca bu konuda bir diğer unsur olan işsiz kalma endişesi de eklenebilir.

Sektördeki teknolojik gelişmeler, üretimde ve hizmette çalışanların yerini makinelerin ve cihazların alması, dolayısıyla işsiz kalma korkusu ve ihtimalini artırarak, bireylerin motivasyonlarının düşmesine ve bağlılıklarının azalmasına neden olabileceği belirtilmektedir. Çalışanların bağlılıklarını artırabildiği gibi azaltabilme durumu oluşturabilir (Sonay,2013: 110).

Ergeneli ve Arı (2005: 141) bankacılık sektöründe yaşanan kriz nedeni ile gerçekleşen işten çıkarmalarda yönetici pozisyonundaki kişilerin örgütsel bağlılık ile üst yöneticilerine güven ve psikolojik güçlendirme algı düzeyleri üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalarında, işten çıkarmaların olduğu bankalardaki yöneticilerin örgütsel bağlılıklarının işten çıkarmaların olmadığı bankadaki yöneticilere göre istatistiksel olarak düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmalarında, kurumsal küçülmede, görev yapan çalışan sayısını amaçlı olarak azaltarak örgütün verimliliğini ve üretkenliğini, rekabet açısından da üstünlüğünü sağlamayı düşünerek işten çıkarmalar gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Sonuç olarak amaçlanan yararlar sağlanamadığı, tam tersine kalan çalışanların boşalan rolleri üstlenmeleri iş yükünü artırmış olduğu, işten çıkarmalar nedeni ile moral bozukluğu ve işsiz

kalma korkusu yaşadıklarını vurgulamaktadır. Tüm bu unsurların, çalışanların örgütsel bağlılıklarını olumsuz olarak etkilediği sonucuna ulaşmışlardır.

3.4. Örgütsel Bağlılığın Sonuçları

3.4.1. Örgütsel Bağlılık ve İşe Devamsızlık

Çalışanın, çalışması için planlanan zaman aralığında işe gelmemesi ve işe devamsızlık olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu durum çalışanın devamsızlığını gerektirecek bir durum olmadan işe devamsızlık yapmasıdır. Örgütsel bağlılık ve işe devamsızlık arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Örgütsel bağlılığı zayıf olan çalışanların işe devamsızlık oranı yüksek, örgütsel bağlılığı yüksek çalışanların ise düşük seviyededir. İşe devamsızlığı sürekli yapan bir çalışan işten ayrılmadığı sürece, örgütte verimsizlik ve performans düşüklüğü gibi önemli sorunlara neden olmaktadır. Devamsızlık yapan çalışanın işten ayrılması, yerine daha iyi performans gösterebilecek birisinin geçmesi ve dolayısı ile verimin artmasını sağlayacaktır (Çimen ve Deniz,2018: 64).

3.4.2. Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma

Çalışanların ayrılma niyetleri üzerinde örgütsel bağlılığın çok önemli etkisi olduğu, yapılan araştırmalarda bağlılık ve işten ayrılma eğilimi arasında negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (Huang ve diğerleri,2006: 345-367).

İşten ayrılma, çalışanın örgüt üyeliğini sona erdirmeye durumudur. Örgütsel bağlılık düşüklüğü sebebiyle gerçekleşen ayrılmalarda, örgütün kendisine yaptığı yatırımların karşılığını görememesine ve örgütün kendisine sunduğu imkanların sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Çimen ve Deniz,2018: 64).

3.4.3. Örgütsel Bağlılık ve Performans

Örgütsel bağlılıkla ilgili performansa dair temel görüş, çalışanların performansını etkilemekte oldukça güçlü etkisi olduğu ile ilgili olduğudur. Devam bağlılığında, çalışanın görev kapsamındaki gerekleri yerine getirmesinin performansı sürdüreceği öne sürülmektedir. Normatif bağlılık ve performans arasındaki ilişkide ise, çalışanın performansının yüksek olacağı ifade edilmektedir. Normatif ve duygusal bağlılık gösteren çalışanlar, gösterdikleri performansın niteliği ve sürekliliğinde farklılık göstermektedir (Çimen ve Deniz,2018: 64)

Pınar (2020: 73-74) çalışmasında, performansı açıklayan esas bağlılık boyutunun duygusal ve normatif bağlılık olduğunu tespit etmiştir. Sonuç olarak çalışan performansının normatif bağlılığı negatif yönde, duygusal bağlılığı pozitif yönde etkilediğini belirtmektedir.

3.4.4. Örgütsel Bağlılık ve Stres

Örgütsel bağlılığın güven ve aidiyet duygusu içinde işi ile ilgili olumsuzluklarda, stresin yarattığı baskı ve etkileri azalttığı belirtilmektedir. Bağlılık düzeyi düşük olan çalışan işiyle ilgili olumsuzlukların baskısını daha fazla hissetmekte ve stres düzeyini artırmaktadır (Çimen ve Deniz,2018: 65).

3.4.5. Örgütsel Bağlılık ve İş gücü Devri

İşgücü devir oranı da örgütsel bağlılığı etkilemektedir. İşgücü devir oranı genellikle 1 yıl olarak alınan ve dahil olan veya örgütten ayrılan çalışan sayısının çalışan ortalaması içindeki payını göstermektedir. Örgütsel bağlılık düzeyi yönünden yüksek bağlılıkla çalışanların örgütte kalma eğilimi gösterdikleri ve işten ayrılma durumunun daha az oranda olduğu belirtilmiştir (Savery ve Syme,1996: 14-22).

3.4.6. Örgütsel Bağlılık ve Motivasyon

Motivasyon, örgütsel amaçlara ulaşmada gönüllü davranışların ortaya çıkarılması, yönlendirmesi ve bu davranışlarının sürdürülmesine dair yaşanan süreç olarak tanımlanmaktadır. Literatürde, çalışan motivasyonu ile ilgili birçok çalışmalar bulunmaktadır. Çoğu çalışmalar sonucunda genelleme yapılırsa, örgütsel bağlılık ve motivasyon arasında pozitif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir. Motivasyonu ve örgütsel bağlılığı yüksek çalışanların iş performanslarının da yüksek olduğu, buna karşılık işten ayrılma niyetlerinin düşük olduğu sonucuna varılmaktadır (Çimen ve Deniz,2018: 65).

Örgütsel bağlılık düzeyleri, bireysel açıdan kişinin motivasyonu olarak sonuçlanmaktadır. Bir başka tanımda motivasyon, bireyin davranışlarına yön veren, onu güçlendiren ve işlerini yapmasını sağlayan güçlü itici güç olarak tarif edilmektedir. Motivasyonda, ihtiyaç, davranış ve bir hedef vardır. İhtiyacı karşılamak isteyen çalışan bunu davranışlarına yansıtarak hedefin gerçekleşmesi yönünde çaba gösterir. Bu çabayı sarf eden çalışanın motivasyonu ve bağlılığı kuvvetlenir. Bunun aksi durumda ise çalışan yeterince motive olmamış ve bağlılığı da zayıf olmaktadır (Şahaner,2019: 46-47).

3.5. Sağlık Çalışanları Açısından Örgütsel Bağlılık

Sağlık sektörü hem emek hem de teknolojinin yoğun kullanıldığı alanların başında gelmektedir. Gelişen teknoloji ile birlikte sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi, bu teknolojileri kullanan sağlık çalışanlarının bilgi, beceri, dikkat ve tecrübesine bağlı olması nedeni ile çok önemli rol oynamaktadır. Sağlık personelinin sunduğu hizmet, yaşamı koruma, kurtarma ve sağlıklı bir şekilde hayatlarını sürdürebilme gibi önemli bir alanda sunulmaktadır. Diğer alanlara göre sağlık hizmetlerinin merkezinde insan hayatının olması nedeniyle sağlık çalışanlarının hatasız denebilecek derecede dikkatle çalışmalarını sürdürmeleri gerekmektedir (Kılıç ve Keklik,2012: 148).

Sağlık hizmetlerinde çalışanlar birçok meslek ve hizmet grupları ile birlikte ekip olarak sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar. Mesleki farklılıklar ve sağlık hizmetlerinin kademeli olarak verilmesi bu hizmetlerin sunumunda da çeşitliliğe yol açmaktadır. Birçok meslek grubu mensubu sağlık hizmetlerinin farklı basamak ve birimlerinde görev yapmaktadırlar. Bu hizmetler, koruyucu, tedavi edici ve çeşitli destek hizmetlerini kapsayan “sağlık bakımı” olarak adlandırılmaktadır. (Çelen ve diğerleri,2004: 296). Sağlık hizmetleri son derece hassas ve hizmet üretiminin tüketilme özelliğiyle, yapılan hataların telafisi de mümkün olamamaktadır. Telafisi olan hatalar da bile hasta/ hasta yakınları ve sağlık çalışanları yüz yüze gelmektedir. Bu hassas hizmetleri sunan sağlık çalışanlarının, özverili ve dikkatli bir şekilde işlerini yapmalarının ve görev yaptıkları kuruma bağlılıklarının sağlanması ve bu bağlılıklarının sürdürülmesi gerekmektedir (Öztürk,2018: 15).

Sağlık hizmetleri sunucularından oluşan ekip; doktor, diş tabibi, eczacı, psikolog, diyetisyen, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni, toplum sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, tıbbi görüntüleme teknisyeni, fizyoterapi teknisyeni, vb. gibi çeşitli meslek gruplarından oluşmaktadır. Bazı memurlar idari hizmetleri sunmaktadırlar. Sağlık hizmeti verilen kurumlarda çalışan farklı meslek gruplarının bir araya gelerek kişilere kapsamlı ve kaliteli hizmetin verilmesi için sağlık çalışanlarının her biri kendi alanlarında görev yapmaktadır. Sağlık ekibi aralarında bilgi ve deneyimleri paylaşan, ortak kararlar alıp bu kararları uygulayan topluluktur (Saygılı ve Çelik, 2011: 45).

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMA, AMACI, YÖNTEMİ VE BULGULARI

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının pandemi sürecindeki örgütsel bağlılık düzeylerini değerlendirmektir. Bu amaca bağlı olarak araştırmanın alt hedefleri şu şekilde oluşturulmuştur:

1. Pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerinin belirlenmesi.

2. Pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının kurumlarındaki görev ünvanları, çalışma statüleri, cinsiyet, yaş, medeni durumları, eğitim durumları, mesleki deneyim süreleri, hastanedeki kıdem süreleri, çalışma şekilleri ve kurumdaki çalışma birimlerinin belirlenmesi.

3. Pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerinin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin belirlenmesi.

4. Pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının, örgütsel bağlılık alt boyutlarından olan duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılıklarının değerlendirmeleri şeklindedir.

Araştırma belirlenen hedefler açısından önem taşıyan, aynı zamanda pandemi sürecindeki çalışmalara da kaynak oluşturabilir nitelikte olduğu düşünülmektedir.

4.2. Araştırma Yöntemi ve Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan veri tekniği olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anket çalışması Tekirdağ ilinde bir kamu hastanesi sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Araştırmada sağlık çalışanlarının demografik bilgileri ışığı altında örgütsel bağlılık düzeyleri araştırılmıştır. Araştırma örneklemini, 107 Kadın ve 30 Erkek olmak üzere toplam 137 çalışana ulaşılarak çalışma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler pandemi nedeniyle elektronik ortamda ulaştırılan anket çalışması yolu ile toplanarak gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda Hemşire-Ebe, Uzman Doktor-Pratisyen Doktor, Sorumlu Hemşire-Sorumlu Ebe, Laboratuvar Teknisyeni-Anestezi Teknisyeni-Röntgen Teknisyeni ve Diğer (Acil Tıp Teknisyeni, Ameliyathane Teknikeri, Biyolog, Diyetisyen, Elektrik Teknikeri, Elektronörofizyolog, Fizyoterapist, Güvenlik Görevlisi, Kat Sekreteri, Klinik Destek,

Psikolog, Sağlık Memuru, Sorumlu Anestezi Teknisyeni ve Sosyal Çalışmacı) çalışmaya katılmışlardır. Araştırmanın evreni Tekirdağ ili bir kamu hastanesi sağlık çalışanları, örnekleme ise çalışmaya katılan 137 çalışan oluşturmaktadır.

4.3. Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırma, ortaya koyduğu teorik ve pratik sonuçları ile birlikte kısıtlamalara da sahiptir. Bu araştırmanın kısıtları aşağıdaki gibidir:

- İlk olarak araştırma, örgütsel bağlılık ölçeği ile kısıtlıdır.
- İkinci kısıt, araştırma örnekleme özeldir. Farklı örnekleme grubunda farklı sonuçların çıkabileceği düşünülmektedir.
- Üçüncü kısıt, araştırmanın gerçekleştirildiği pandemi süreci ile ilgili kısıttır. Farklı süreçlerde farklı sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

4.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırma verilerinin toplanmasında demografik bilgiler ile Meyer ve Allen tarafından (1991) geliştirilen, daha sonra modifiye ettikleri üç boyuttan oluşan ve Gül (2018)'ün “Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Değişime Açıklığın Örgüt Sağlığı Üzerindeki Etkisi: Afyonkarahisar İl Merkezi Hastanelerinde Bir Araştırma” tezinde bulunan “Örgütsel Bağlılığa Yönelik İfadeler” kısmında yer alan örgütsel bağlılık ölçeğinden yararlanılmıştır.

Anket iki ayrı bölümden ve toplamda 28 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde yapılacak anket hakkında sağlık çalışanlarına bilgilendirme yapılarak sosyo-demografik özellikleri ile bilgi sahibi olabilmek için sorular yöneltmiştir. Bu araştırmada demografik bilgiler, görev ünvanı, çalışma statüsü, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, hastane kıdemi, çalışma şekli ve çalışılan birim olmak üzere toplam 10 madde üzerinden araştırılmıştır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının görev ünvanlarının çeşitliliği, çalışma statüleri, yaş bilgileri, medeni durumları, eğitim düzeyleri, mesleklerindeki deneyimlerinin süre olarak bilgisi, çalıştıkları kurumda geçirdikleri süreyi ifade eden kıdemleri, kurumlarındaki farklı çalışma şekillerini ve çalışanlarca görev yapılan birimlerinin çeşitliliğini öğrenmek için sorular yöneltmiştir (Ek 1). Demografik sorulardan toplamda 5 tanesinde olmak üzere 1-Görev ünvanı, 2-Çalışma statünüz, 3-Cinsiyetiniz, 9-

Çalışma şekli ve 10-Çalışılan birim sorularında “Diğer” seçeneği sunulmuş, bu cevaplardan tablo ve grafik analizlerinde faydalanılmıştır.

Araştırmanın ikinci bölümünü örgütsel bağlılığa yönelik sorular oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan Örgütsel Bağlılık Ölçeği, her bir boyutu ile 6 soru içererek toplamda 18 sorunun oluşturduğu bir ölçektir (Ek 1 ikinci bölüm). Bu ölçekteki bazı sorular ters (reverse) sorulardır. Bazı çalışmalarda anket katılımcılarının algılarının bozulmamasına yönelik en son kısımda yerleştirilen ters sorular çalışmamızda sonda yer verilmemiş, normal düzeninde verilmiştir. Örgütsel bağlılık ölçeği beşli likert formatında hazırlanmış olup katılımcılar “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” şıklarından birini işaretlemiştir. Ölçek sırasıyla 1. ila 6. sorularda duygusal bağlılık, 7. ila 12. sorularda devam bağlılığı ve 13. ila 18. sorularda normatif bağlılığı ölçmektedir.

Ölçeklerin uygulanmasında çalışanların gönüllülüğü esas alınarak elde edilen veriler gizli tutulmuş, kimlik bilgileri kesinlikle alınmamıştır. Ayrıca katılımcıların anketi tamamlamış sayılmaları için her soruyu eksiksiz doldurmaları gerektiği yönünde bilgi verilmiş ve anket süreci sonunda toplanan verilerin hepsi kullanılmıştır.

4.5. Verilerin Analizi ve Bulgular

Elde edilen veri toplama aracı, örnekleme giren gönüllü katılımcılar tarafından uygulanmıştır. Demografik bilgiler ve örgütsel bağlılık ölçeği kullanılarak toplanan veriler dijital ortamda SPSS paket programı kullanılmıştır. Veri tabanı oluşturularak analiz edilmiş ve demografik değişkenlere göre dağılımların belirlenmesi amacıyla frekans tablosu oluşturulmak suretiyle frekans (f) ve yüzdelere (%) hesaplanmıştır.

4.5.1. Demografik Bilgiler ve Frekans Dağılımları

Araştırmanın demografik bilgileri ve frekans dağılımları aşağıda gösterilmiştir;

Görev Ünvanı Frekans Dağılımı:

Tablo 1. de görüldüğü üzere araştırmaya katılan katılımcıların 58’i (%42) Hemşire-Ebe, 23’ü (%17) Uzman-Pratisyen Doktor , 19’u (%14) Sorumlu Hemşire-Sorumlu Ebe, 16’sı (%12) Laboratuvar-Anestezi-Röntgen Teknisyeni, 21’i (%15) Diğer olarak gruplandırılan alfabetik sıraya göre Acil Tıp Teknisyeni, Ameliyathane Teknikeri, Biyolog,

Diyetisyen, Elektrik Teknikeri, Elektronörofizyolog, Fizyoterapist, Güvenlik Görevlisi, Kat Sekreteri, Klinik Destek, Psikolog, Sağlık Memuru, Sorumlu Anestezi Teknisyeni ve Sosyal Çalışmacıdır. Toplam katılımcı sayısı 137 (%100) dür. Hemşire ve Ebelerin katılım sayısının yüksek olması ile anket çalışmasına destek verdikleri düşünülmektedir.

Tablo 1. Görev Ünvanı Frekans Dağılımı

Görev Ünvanı	f	Frekans %
Hemşire – Ebe	58	0,42
Uzman – Pratisyen Doktor	23	0,17
Sorumlu hemşire – Sorumlu ebe	19	0,14
Laboratuvar, anestezi ve röntgen teknisyeni	16	0,12
Diğer	21	0,15
Toplam	137	1,00

Çalışma Statüsüne Göre Frekans Dağılımı:

Tablo 2. de görüldüğü üzere katılımcıların 93'ü (%68) Kadrolu Devlet Memuru, 39'u (%28) Sözleşmeli (4B'li) personel, %5'i (%4) ise diğer olarak gruplandırılan yukarıda sayılan statülerden farklı olarak İşkur 'dan geçici süreyle çalışan katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmanın çoğunluğunu kadrolu devlet memurları oluşturmaktadır. Bu durum kurumun ihtiyacına yönelik kadro açarak personel istihdamı sağlamak suretiyle ihtiyacını karşıladığını düşündürmektedir.

Tablo 2. Çalışma Statüsüne Göre Frekans Dağılımı

Çalışma Statüsü	f	Frekans %
Kadrolu devlet memuru	93	0,68
Sözleşmeli (4B) personel	39	0,28
Diğer	5	0,04
Toplam	137	1,00

Cinsiyete göre frekans dağılımı:

Tablo 3. de görüldüğü üzere katılımcıların 107'si (%78) Kadın, 30'u (%22) Erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırmanın çoğunluğunu kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Kadın ve Erkek cinsiyetinden farklı olarak diğer cinsiyet belirten katılımcı katılmadığı için tabloya yerleştirilmemiştir.

Tablo 3. Cinsiyete Göre Frekans Dağılımı

Cinsiyet	f	Frekans %
Kadın	107	0,78
Erkek	30	0,22
Toplam	137	1,00

Yaşa göre frekans dağılımı:

Tablo 4. de görüldüğü üzere yaşıya göre katılımcıların 59'u (%43) 21-30 yaş, 37'si (%27) 31-40 yaş, 36'sı (%26) 41-50 yaş, 5'i (%4) ise 51 yaş ve üzeri katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmanın çoğunluğunu 21-30 yaş arası katılımcılar oluşturmaktadır. Bu durum hastanede çalışan sağlık çalışanlarının genç yaş grubu olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Yaşa Göre Frekans Dağılımı

Yaş	f	Frekans %
21-30	59	0,43
31-40	37	0,27
41-50	36	0,26
51 ve üzeri	5	0,04
Toplam	137	1,00

Medeni duruma göre frekans dağılımı:

Tablo 5. de görüldüğü üzere medeni duruma göre katılımcıların 83'ü (%61) evli, 54'ü (%39) bekar katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmanın çoğunluğunu evli katılımcılar oluşturmaktadır.

Tablo 5. Medeni Duruma Göre Frekans Dağılımı

Medeni Durum	f	Frekans %
Evli	83	0,61
Bekar	54	0,39
Toplam	137	1,00

Eğitim durumuna göre frekans dağılımı:

Tablo 6. da görüldüğü üzere katılımcıların eğitim durumuna göre 1'i (%1) İlköğretim-ortaöğretim, 4'ü (%3) lise ve dengi okul, 26'sı (%19) ön lisans, 83'ü (%61) lisans, 15'i (%11) yüksek lisans, 8'i (%6) doktora mezunu katılımcılardır. Araştırmada

çoğunluğu lisans mezunu katılımcılar oluşturmaktadır. Eğitim seviyesinin yüksek olması hastanede işlerin alanında eğitimli kişilerce yapılacağını göstermektedir.

Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Frekans Dağılımı

Eğitim Durumu	f	Frekans %
İlköğretim-Ortaöğretim	1	0,01
Lise ve dengi okul	4	0,03
Önlisans	26	0,19
Lisans	83	0,61
Yüksek lisans	15	0,11
Doktora	8	0,06
Toplam	137	1,0

Mesleki deneyim süresi dağılımı:

Tablo 7. de görüldüğü gibi araştırmaya dahil olan katılımcıların mesleki deneyim sürelerine göre 5'i (%4) bir yıldan az, 42'si (%31) 1-5 yıl arası, 26'sı (%19) 6-10 yıl, 17'si (%12) 11-15 yıl, 16'sı (%12) 16-20 yıl, 31'inin (%23) ise 21yıl ve üstü katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmanın çoğunluğunu 1-5 yıl arası mesleki deneyime sahip çalışanlar oluşturmaktadır.

Tablo 7. Mesleki Deneyim Süresi Frekans Dağılımı

Mesleki Deneyim Süresi	f	Frekans %
Bir yıldan az	5	0,04
1-5 yıl	42	0,31
6-10 yıl	26	0,19
11-15 yıl	17	0,12
16-20 yıl	16	0,12
21 yıl ve üstü	31	0,23
Toplam	137	1,0

Hastane kıdemine göre frekans dağılımı:

Tablo 8. de görüldüğü üzere katılımcıların 12'si (%9) bir yıldan az, 65'i (%47) 1-5 yıl, 28'i (%20) 6-10 yıl, 10'u (%7) 11-15 yıl, 16'sı (%12) 16-20 yıl, 6'sı (%4) 21 ve üstü olarak cevaplandırmışlardır. Araştırma sonucunda çoğunluğu 1-5 yıl kıdeme sahip katılımcılar oluşturmaktadır. Bu durum hastanede yeni çalışmaya başlamış kişilerin olduğunu göstermektedir.

Tablo 8. Hastane Kıdemine Göre Frekans Dağılımı

Hastane Kıdemi	f	Frekans %
Bir yıldan az	12	0,09
1-5 yıl	65	0,47
6-10 yıl	28	0,20
11-15 yıl	10	0,07
16-20 yıl	16	0,12
21 yıl ve üstü	6	0,04
Toplam	137	1,0

Çalışma şekline göre frekans dağılımı:

Tablo 9. da görüldüğü üzere çalışma şekline göre katılımcıların 36'sı (%26) gündüz mesai ve ara sıra nöbet, 36'sı (%26) gündüz mesai ve sık nöbet, 12'si (%9) sürekli gece vardiyası-nöbeti, 38'i (%28) sürekli gündüz mesai, 12'si (%9) vardiya usulü ve 3'ü (%2) Diğer olarak gruplandırılan yukarıdaki çalışma şekillerinden farklı çalışma şekli olan katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların çoğunluğunu sürekli gündüz mesai şeklinde çalışanlar olduğu ve bu değere yakın gündüz mesai-ara sıra nöbet/gündüz mesai-sık sık nöbet şeklinde çalışanlar oluşturmaktadır.

Tablo 9. Çalışma Şekline Göre Frekans Dağılımı

Çalışma Şekli	f	Frekans %
Gündüz mesai ve ara sıra nöbet	36	0,26
Gündüz mesai ve sık nöbet	36	0,26
Sürekli gece vardiyası-nöbeti	12	0,09
Sürekli gündüz mesai	38	0,28
Vardiya usulü	12	0,09
Diğer	3	0,02
Toplam	137	1,0

Çalışılan birime göre frekans dağılımı:

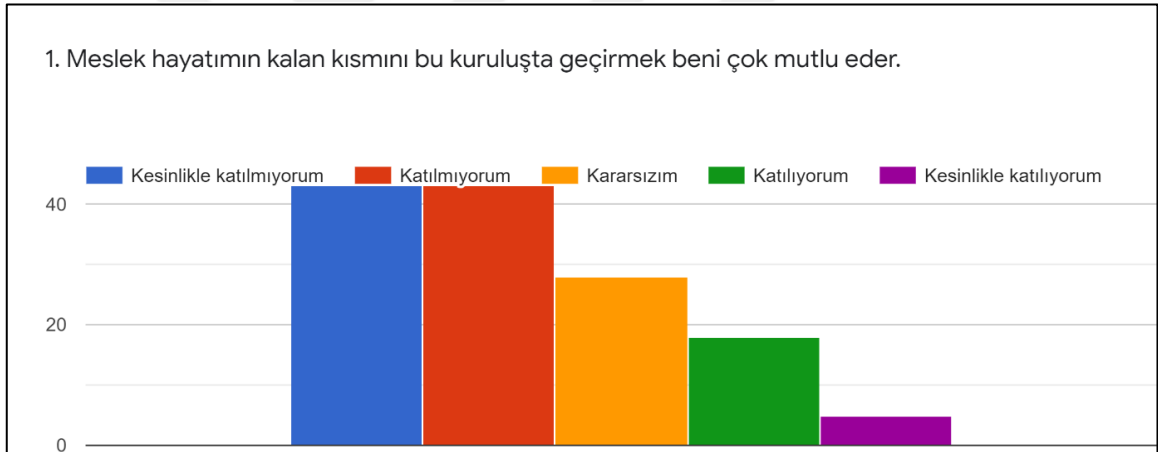
Tablo 10. da görüldüğü üzere katılımcıların 7'si (%5) acil, 18'i (%13) ameliyathane, 5'i (%4) idari, 39'u (%28) klinikler, 12'si (%9) laboratuvar ve röntgen, 11'i (%8) poliklinik, 23'ü (%17) yoğun bakım, 22'si (%16) diğer birimlerde çalışmaktadır. Araştırma sonucunda çoğunluğu kliniklerde çalışanlar oluşturmaktadır. Bu durumun pandemi sürecinde hasta yoğunluğuna göre farklılık gösterebileceği, ihtiyaca göre yoğun bakım ünitelerine dönüştürülen birimlerin olduğu düşünülmektedir.

Tablo 10. Çalışılan Birime Göre Frekans Dağılımı

Çalışılan Birim	f	Frekans %
Acil	7	0,05
Ameliyathane	18	0,13
İdari	5	0,04
Klinikler	39	0,28
Laboratuvar ve röntgen	12	0,09
Poliklinik	11	0,08
Yoğun bakım	23	0,17
Diğer	22	0,16
Toplam	137	1,0

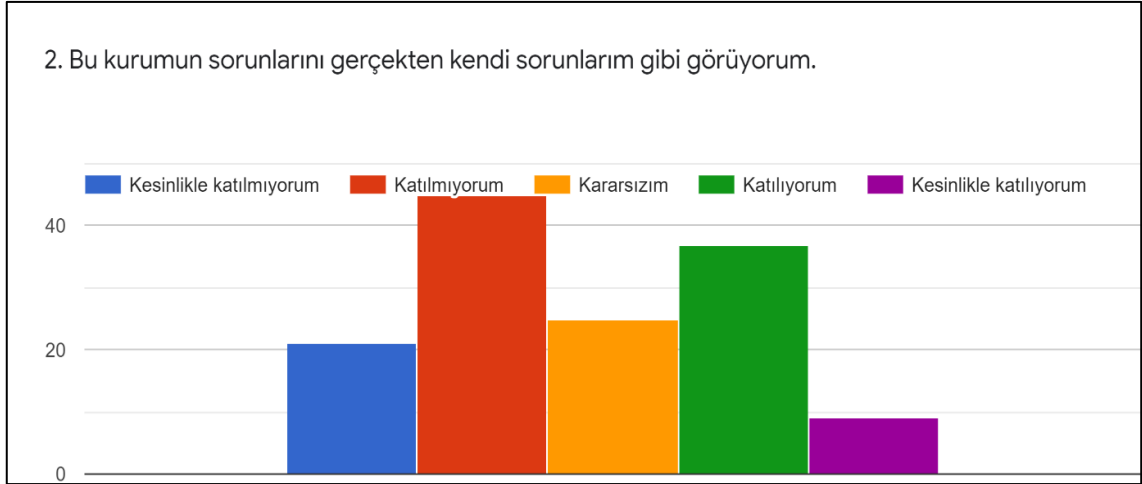
4.5.2. Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Madde Bazlı Dağılım Grafikleri

Örgütsel bağlılık ölçeğine katılımcılar tarafından verilen cevapların dağılım grafikleri aşağıdaki şekilde gösterilmektedir:



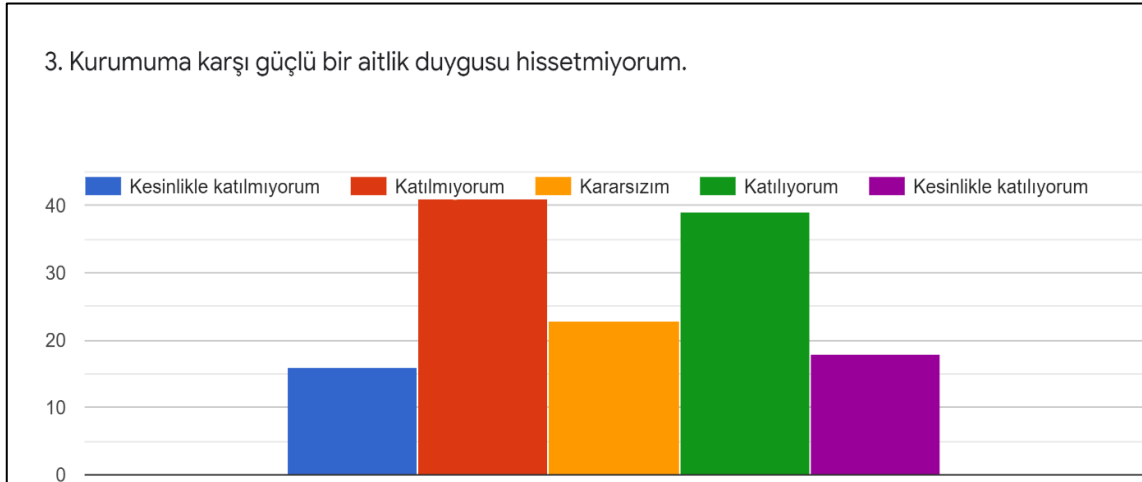
Grafik 1. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 1. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 1. de, Meslek hayatımın kalan kısmını bu kuruluştaki geçirmek beni çok mutlu eder ifadesine verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığı altında kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun verdiği bu yanıtla çalıştıkları kurumda kalmanın kendilerini mutlu hissettirmedikleri, duygusal olarak kalmak istemediklerini görmekteyiz. Kararsızım ve katılıyorum ifadelerindeki oran ile kurumda kalmak isteyen çalışanların kalmak istemeyenlere göre daha az olduğunu söyleyebiliriz. Kesinlikle katılıyorum ifadesine verilen yanıtların ise çok az oranda yanıtladığını, çok az sayıdaki sağlık çalışanının kurumda kalmak istediğini, kurumda kalmaktan mutlu olduğunu, meslek hayatlarının kalan kısmını kurumda geçirmek istediğini görmekteyiz.



Grafik 2. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 2. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

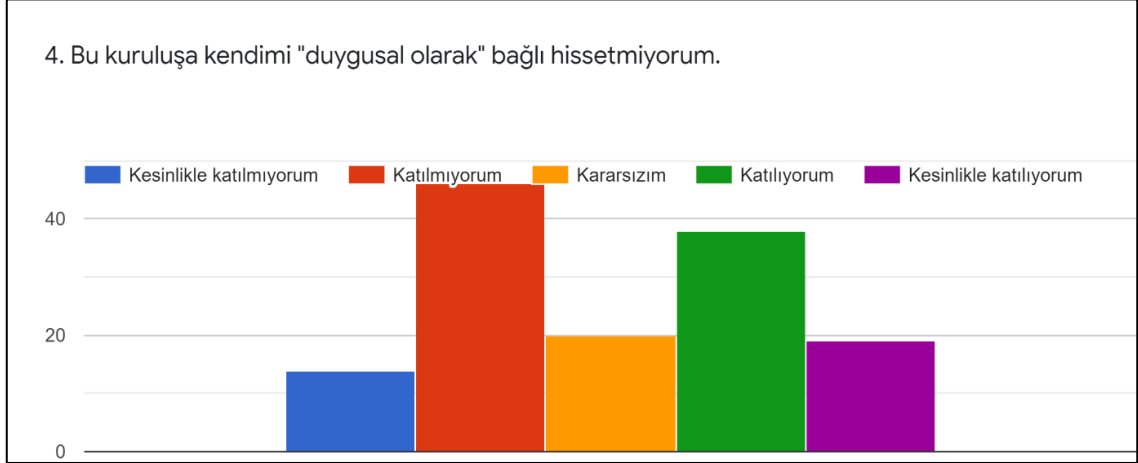
Grafik 2. de, bu kurumun sorunlarını gerçekten kendi sorunlarım gibi görüyorum ifadesine verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığı altında, katılmıyorum ve katılıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Kararsızım, kesinlikle katılmıyorum ifadelerine verilen yanıtların birbirine yakın seviyelerde olduğu görülmektedir. Çalıştıkları kurumun sorunlarını kendi sorunu olarak görmediğini ifade etmişlerdir. Çalıştıkları kurumun sorunlarını kendi sorunları olarak gören çalışanların oranının da oldukça yüksek olduğunu, kararsızım yanıtını veren çalışanların da ortalama seviyede olduğunu görmekteyiz.



Grafik 3. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 3. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

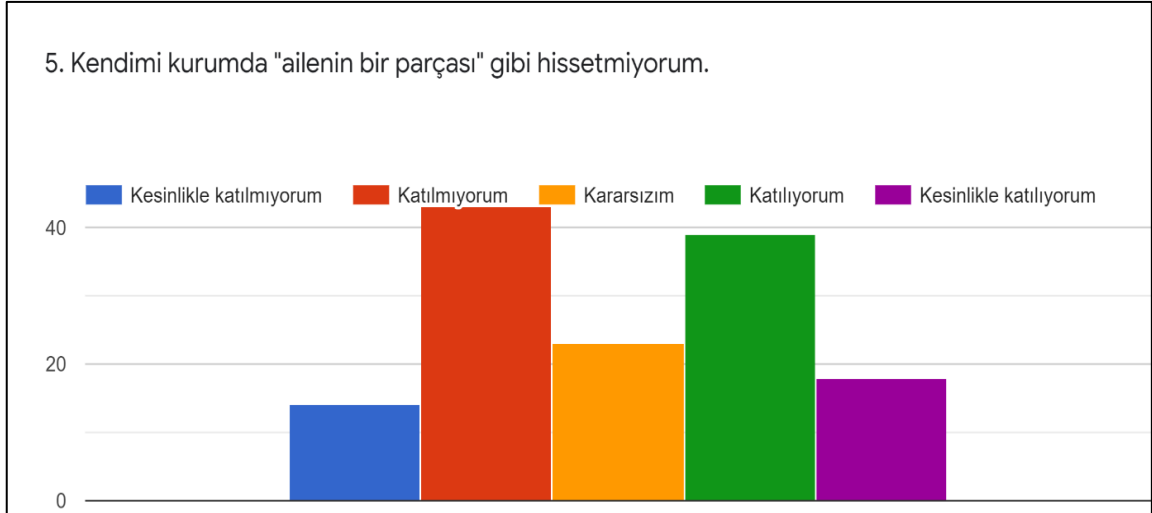
Grafik 3. te, Kurumuma karşı güçlü bir aitlik duygusu hissetmiyorum ifadesine verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum ve katılıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Kendilerinin kuruma güçlü aitlik duygusu hissetmedikleri sonucuna ulaşmaktayız. Kararsızım, kesinlikle katılıyorum ve kesinlikle

katılmıyorum ifadelerine verilen yanıtların ise yakın düzeylerde olduğu görülmektedir. Özellikle katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını veren katılımcıların oranının yüksek olması çalışanların kuruma karşı güçlü bir şekilde aidiyet duygusu ile olduğunu söyleyebiliriz.



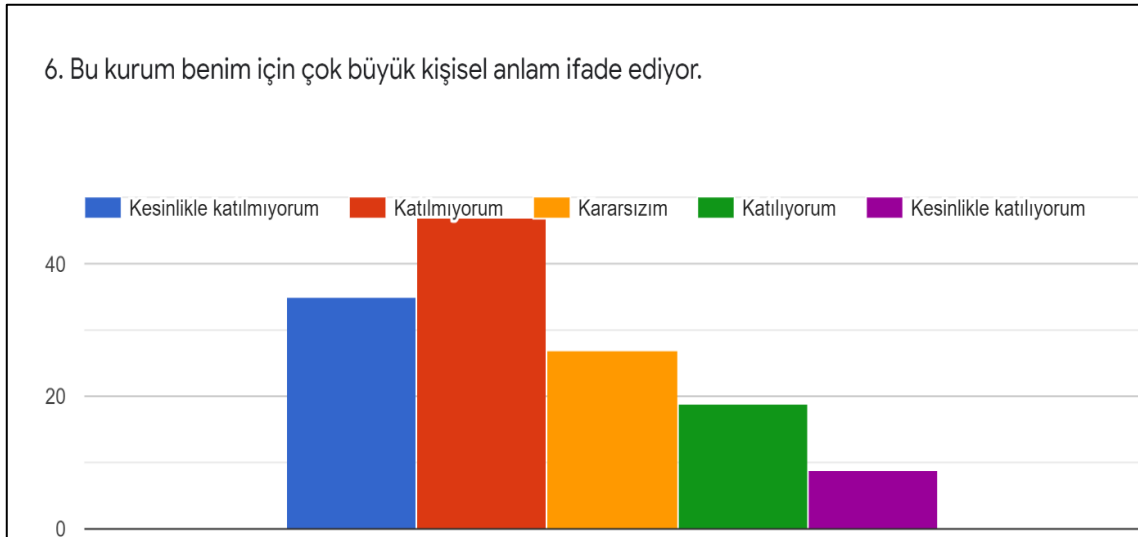
Grafik 4. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 4. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 4. te, bu kuruluşa kendimi “duygusal olarak” bağlı hissetmiyorum ifadesine verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum ve katılıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Katılmıyorum ve az orandaki kesinlikle katılmıyorum yanıtı ile çalışanların kendilerini kuruma karşı duygusal olarak bağlı hissettiklerini ifade etmektedirler. Katılıyorum yanıtını veren katılımcıların oranının da yüksek oranda olduğunu, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını veren çalışanların duygusal olarak kuruma bağlılık hissetmediklerini söyleyebiliriz. Kararsızım, kesinlikle katılıyorum ve kesinlikle katılmıyorum seçeneklerinin yakın seviyelerde olduğu görülmektedir.



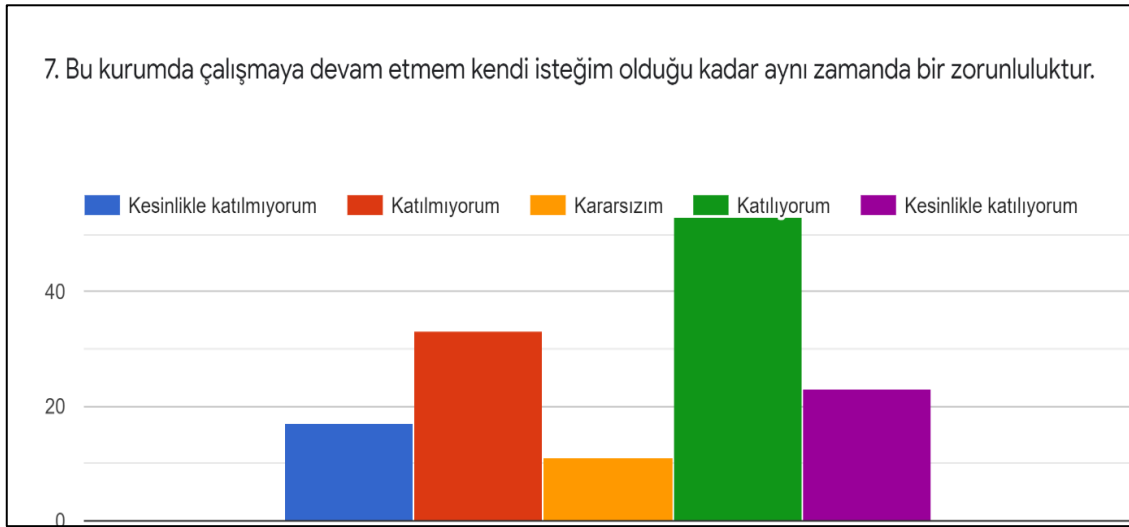
Grafik 5. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 5. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 5. te, Kendimi kurumda “ailenin bir parçası” gibi hissetmiyorum ifadesine verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum ve katılıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı ve birbirine yakın oranda olduğu görülmektedir. Kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum yanıtı veren katılımcıların kendilerini kurumda ailenin bir parçası olarak hissettiklerini görmekteyiz. Kararsızım, kesinlikle katılıyorum ve kesinlikle katılmıyorum seçeneklerine verilen yanıtların düzeylerinin yakın olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtları ile katılımcıların kendilerini kurumda ailenin bir parçası olarak hissetmedikleri sonucunu çıkarabiliriz.



Grafik 6. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 6. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 6. da, Bu kurum benim için çok büyük kişisel anlam ifade ediyor sorusuna verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtını veren çalışanların kurumlarının kendileri için bir anlam ifade etmediğini söyleyebiliriz. Kararsızım yanıtı veren katılımcıların oranının da ortalama düzeyde olduğunu görmekteyiz. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını veren çalışanların, kurumlarının kendileri için çok büyük anlam ifade ettiğini yanıtladıklarını görmekteyiz.



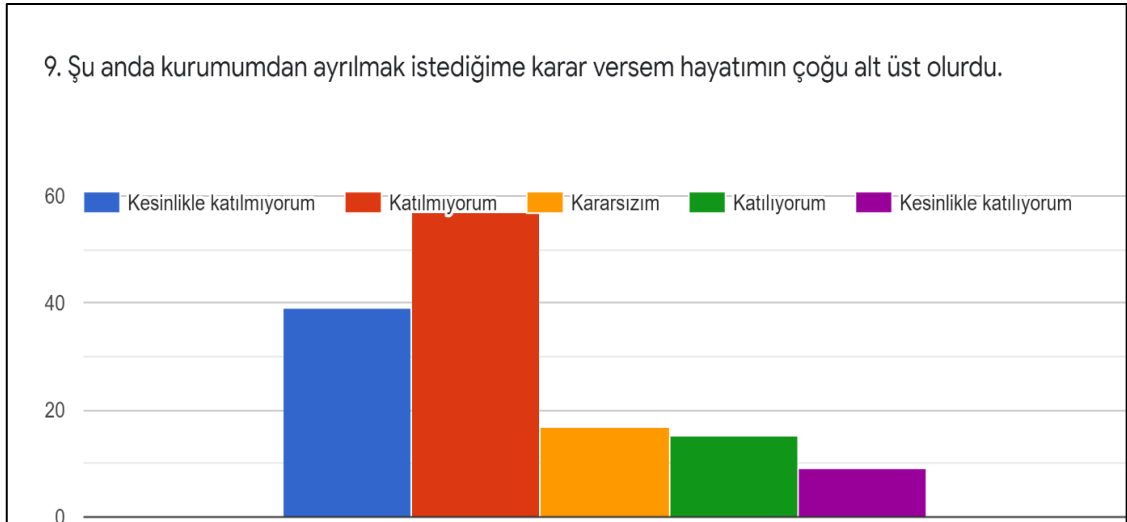
Grafik 7. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 7. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 7. de, Bu kurumda çalışmaya devam etmem kendi isteğim olduğu kadar aynı zamanda bir zorunluluktur ifadesine verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılıyorum seçeneğinde yoğunlaştığı görülmektedir. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını veren çalışanların çalışmaya devam zorunluluğu hissettiklerini görmekteyiz. Büyük oranda çalışanın devam bağlılığı gösterdiği anlaşılmaktadır. Katılmıyorum seçeneğine verilen cevapların da daha az oranda yüksek olduğu ve kesinlikle katılmıyorum yanıtı ile birlikte kurumda çalışmaya zorunluluk hissetmediklerini görmekteyiz. Kesinlikle katılıyorum, kesinlikle katılmıyorum ve kararsızım ifadelerine verilen yanıtların yakın düzeylerde olduğu görülmektedir.



Grafik 8. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 8. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 8. de, Şu anda istesem bile bu kurumdan ayrılmak benim için zor olurdu ifadesine verilen yanıtların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum seçeneğinde yoğunlaştığı, katılıyorum, kesinlikle katılmıyorum, kararsızım ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerine verilen yanıtların ise yakın düzeylerde olduğu görülmektedir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtları ile kurumdan ayrılmanın zor olmadığını hissettiklerini söyleyebiliriz. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum olarak yanıtlayan katılımcıların kurumdan ayrılmanın zor olacağını ifade ettikleri anlaşılmaktadır. Kararsızım olarak yanıtlayanların oranının az olduğunu görülmektedir.



Grafik 9. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 9. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 9. da, Şu anda kurumdan ayrılmak istediğime karar versem hayatımın çoğu alt üst olurdu ifadesine verilen yanıtların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı, kararsızım, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerinin birbirine yakın seviyelerde olduğu görülmektedir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtı veren katılımcıların kurumdan ayrılma düşünceleri ile hayatlarının alt üst olmayacağını düşündüklerini anlayabilmekteyiz. Katılıyorum ile kesinlikle katılıyorum yanıtını veren katılımcıların düzeyinin oldukça ortalamadan az olduğunu ve kurumdan ayrılma düşüncesinin hayatlarının alt üst olmayacağı düşüncesinde olduklarını söyleyebilmekteyiz. Kararsızım olarak yanıtlayan çalışanların az oranda oldukları görülmektedir.



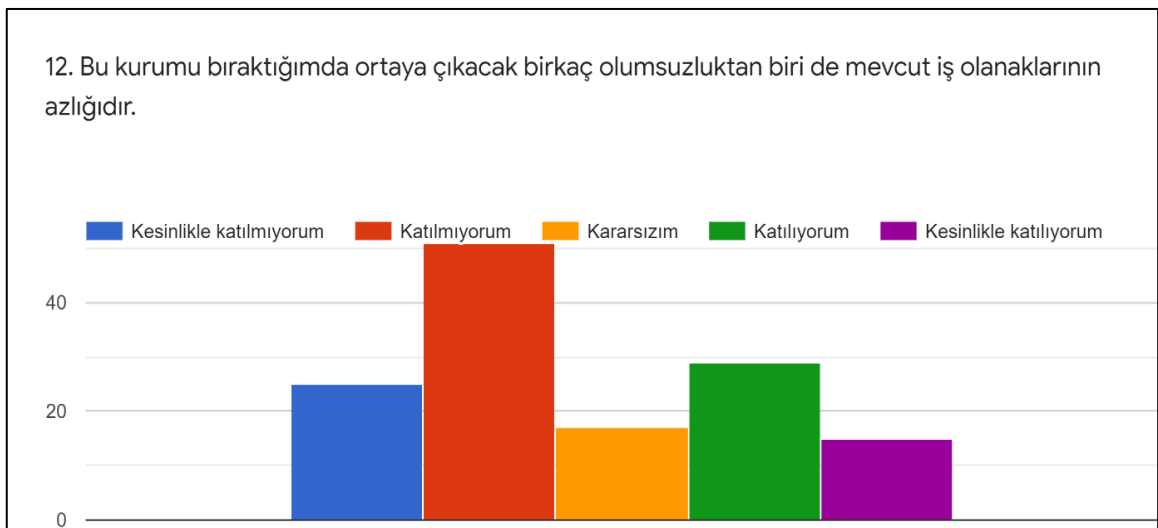
Grafik 10. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 10. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 10. da, Bu kurumdan ayrılmayı göze alamayacak kadar az alternatifim olduğunu hissediyorum ifadesine, tüm demografik bilgiler ışığı altında verilen yanıtların katılmıyorum seçeneğinde yoğunlaştığını, katılıyorum, kesinlikle katılmıyorum seçeneğinde orta düzeyde ve bir birine yakın, kararsızım ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerinin de daha az düzeyde olduğu görülmektedir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtını veren çalışanların kurumdan ayrılmayı göze alabilecek kadar seçeneklerinin olduğunu hissettiklerini görmekteyiz. Daha az oranda katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını veren katılımcıların ise kurumdan ayrılmayı göze alabilecek seçeneklerinin olmadığını hissettiklerini anlayabiliriz. Kararsızım olarak yanıtlayanların az oranda çalışan olduğu görülmektedir.



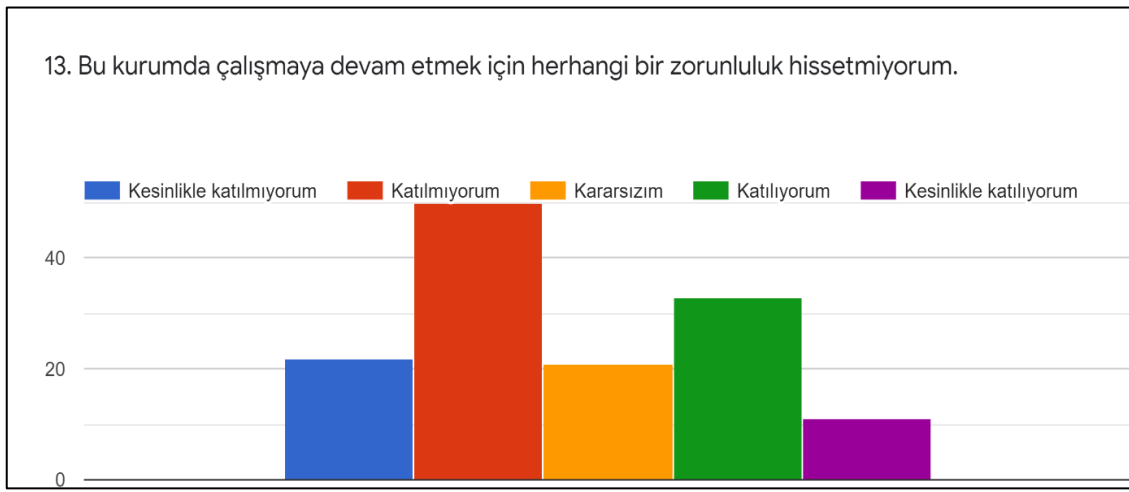
Grafik 11. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 11. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 11. de, Bu kuruma kendimden bu kadar çok şey vermemiş olsaydım başka bir yerde çalışmayı düşünebilirdim ifadesine verilen yanıtların, tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum seçeneğinde yoğunlaştığı, kesinlikle katılmıyorum, katılıyorum, kararsızım ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerinin birbirine yakın düzeylerde olduğu görülmektedir. Katılmıyorum yanıtını veren çalışanların çok emek vermiş olmaları durumunda dahi kurumlarından başka bir yerde çalışmayı düşündüklerini söyleyebiliriz. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtı ile çalışanlar çok emek vermeleri halinde kurumdan başka bir yerde çalışmayı düşünmedikleri anlaşılabilmektedir. Kararsızım yanıtını veren çalışanların oranının az olduğu görülmektedir.



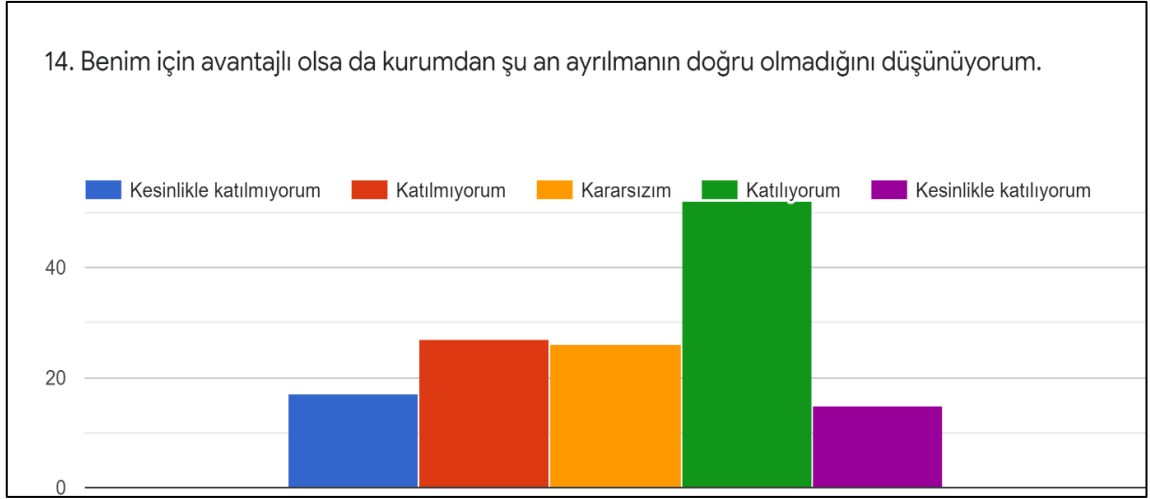
Grafik 12. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 12. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 12. de, Bu kurumu bıraktığımda ortaya çıkacak birkaç olumsuzluktan biri de mevcut iş olanaklarının azlığıdır ifadesine tüm demografik bilgiler ışığı altında verilen yanıtların katılmıyorum seçeneğinde yoğunlaştığı, katılıyorum, kesinlikle katılmıyorum, kararsızım ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerinin yakın seviyelerde olduğu görülmektedir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtını veren katılımcıların kurumu bırakmaları halinde mevcut iş olanaklarının az olmadığı düşüncesinde oldukları görülmektedir. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını veren çalışanların ise mevcut iş olanaklarını az olarak değerlendirip kurumda çalışmaya devam etme düşüncesi taşıdıkları görülmektedir. Kararsızım yanıtını veren çalışanların az oranda olduğu görülmektedir.



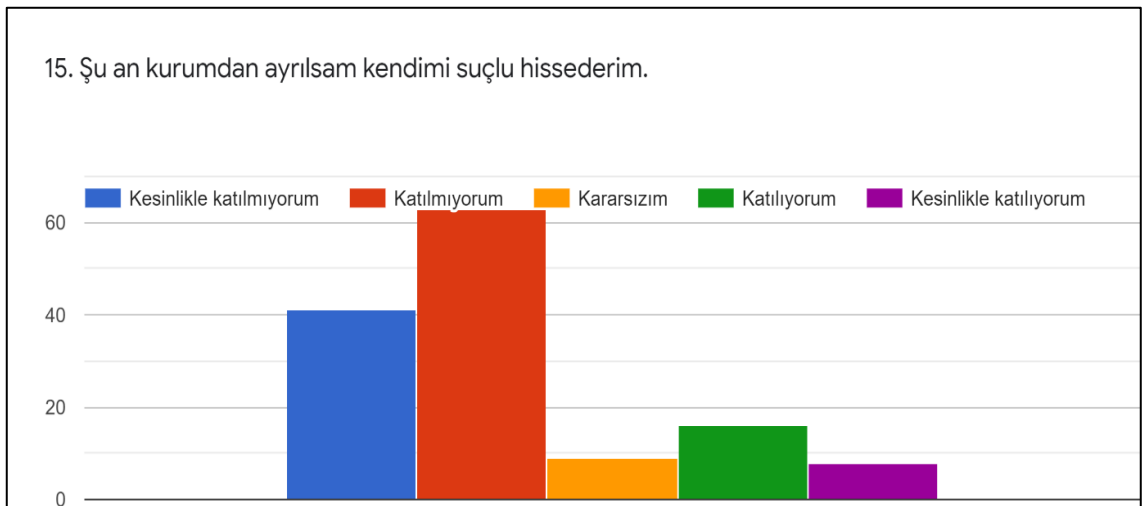
Grafik 13. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 13. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 13. te, Bu kurumda çalışmaya devam etmek için bir zorunluluk hissetmiyorum seçeneğine verilen yanıtların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum seçeneğine yoğunlaştığı, katılıyorum, kesinlikle katılmıyorum, kararsızım ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerinin daha az düzey ile yakın seviyelerde olduğu görülmektedir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtını veren katılımcıların kurumda çalışmaya devam etmek için zorunluluk hissettikleri sonucunu söyleyebiliriz. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtı ile ise çalışanların kurumda çalışmaya zorunlu olmadıkları hissinde olduklarını görülmektedir. Kararsızım yanıtını veren çalışanların az oranda olduğunu söyleyebiliriz.



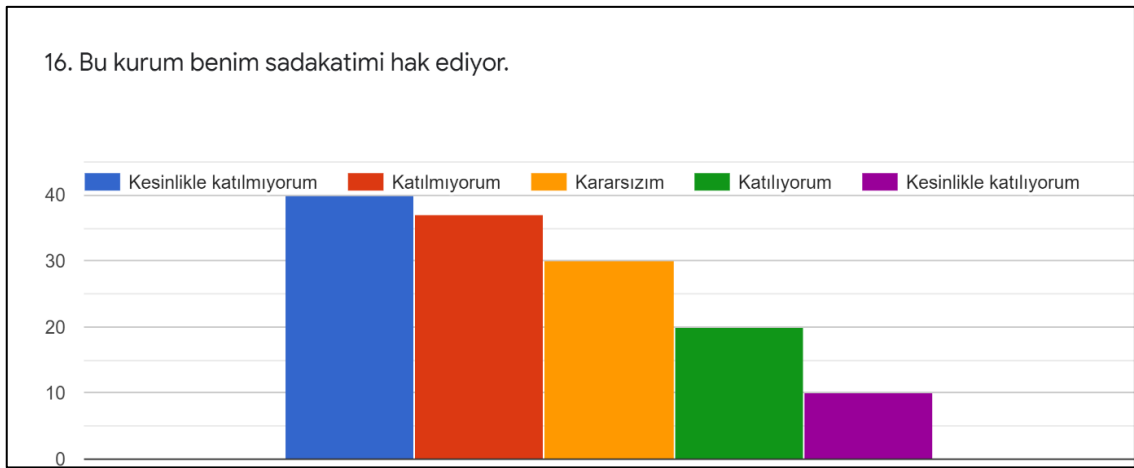
Grafik 14. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 14. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 14. te, Benim için avantajlı olsa da kurumdan şu an ayrılmanın doğru olmadığını düşünüyorum ifadesine verilen yanıtların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılıyorum seçeneğinde yoğunlaştığı, katılmıyorum, kararsızım, kesinlikle katılmıyorum ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerinin ise bir birine yakın düzeylerde olduğu görülmektedir. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını veren katılımcıların, avantajlı olsa da kurumdan şu anda ayrılmanın doğru olmadığı düşüncesinde oldukları görülmektedir. Kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum yanıtını veren çalışanların ise avantajlarına rağmen kurumdan ayrılmanın doğru olduğunu düşündükleri görülmektedir. Kararsızım olarak yanıtlayanların oranının da az olmadığını görülmektedir.



Grafik 15. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 15. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 15. te, Şu an kurumdan ayrılısam kendimi suçlu hissederdim ifadesine verilen yanıtların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Katılıyorum, kararsızım ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerinin birbirine yakın düzeylerde olduğu görülmektedir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtını veren çalışanların çok yüksek düzeyde bu yanıtları verdikleri ve kurumdan ayrılma durumunda kendilerini suçlu hissetmeyeceklerini ifade ettikleri sonucunu çıkarabiliriz. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtı veren çok az düzeyde çalışanın olduğu görülmekte ve kurumdan ayrılmaları durumunda kendilerini suçlu hissedeceklerini görmekteyiz.



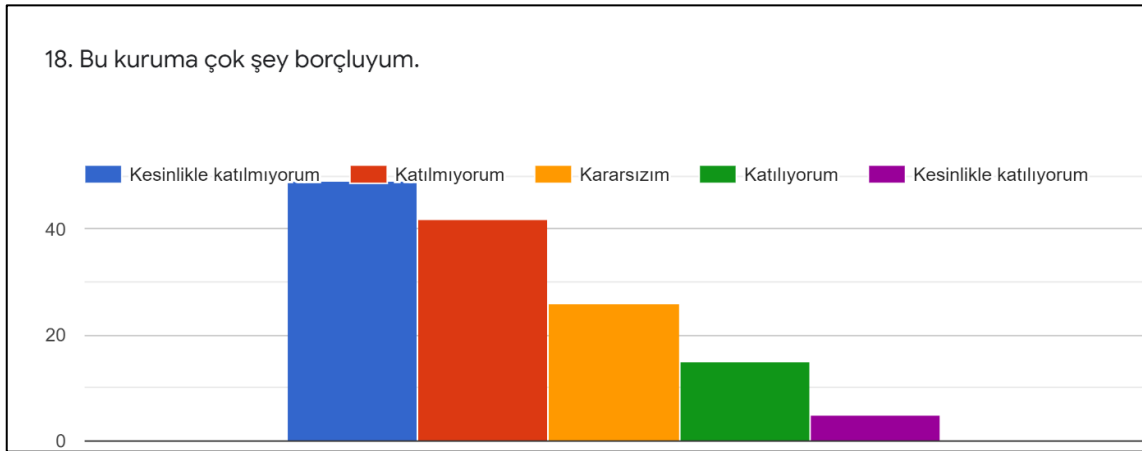
Grafik 16. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 16. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 16. da, Bu kurum benim sadakatimi hak ediyor ifadesine verilen yanıtların tüm demografik bilgiler ışığı altında kesinlikle katılmıyorum, katılıyorum ve kararsızım seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum yanıtını veren katılımcıların kurumlarının sadakatlerini hak etmediği hissinde oldukları görülmektedir. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtı veren çalışanların ise kurumlarının sadakatlerini hak ettikleri düşüncesinde olduğu görülmektedir. Kararsızım yanıtını veren çalışanların oranının da oldukça yüksek olduğunu ifade edebiliriz.



Grafik 17. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 17. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 17. de, Buradaki insanlara karşı yükümlülük hissettiğim için bu kurumdan ayrılamazdım ifadesine verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığı altında katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Kararsızım, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum seçeneklerine verilen cevapların daha az seviyede cevaplandığı görülmektedir. Katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum yanıtını veren katılımcıların kurumlarındaki insanlara karşı yükümlülük hissetmedikleri için kurumdan ayrılma düşüncesinde olmadıklarını görmekteyiz. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtını veren çalışanların ise az seviyede olduğu ve kurumlarındaki insanlara karşı yükümlülük hissetmeleri dolayısı ile kurumlarından ayrılma düşüncelerinin olmadığını söyleyebiliriz. Kararsızım yanıtını veren katılımcıların oranının da ortalama düzeyde olduğu görülmektedir.



Grafik 18. Örgütsel Bağlılık Ölçeği 18. Soruya Verilen Yanıtlar Grafiği

Grafik 18. de, Bu kuruma çok şey borçluyum ifadesine verilen cevapların tüm demografik bilgiler ışığında kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum seçeneklerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Kararsızım, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum ifadelerinin daha az seviyelerde yanıtlandığı görülmektedir. Kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum yanıtını veren katılımcıların çalıştıkları kuruma kendilerini borçlu hissetmediklerini görmekteyiz. Kararsızım yanıtı veren çalışan sayısının ortalama düzeyde olduğunu ve katılıyorum ile kesinlikle katılıyorum yanıtını veren çalışanların ise az düzeyde olduğunu görmekteyiz. Katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum yanıtı ile çalışanların kurumlarına karşı borçluluk hissetmediklerini söyleyebiliriz.

4.5.3. Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Mevcut ölçeğe ait örneklem büyüklüğü, en düşük ve en yüksek tutum puanı, aritmetik ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerlerine ilişkin veriler Tablo 11’de verilmiştir. Çalışmada grupların normal dağılım gösterip göstermediği belirlenmiştir. Çalışmanın normallik testi için Skewness(çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) değerlerine bakılmıştır. Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1.5 ve +1.5 arası değerlerde olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013:106-191).

Tekirdağ ili bir kamu hastanesi sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık algısına ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, kullanılan örgütsel bağlılık ölçeği için en düşük çarpıklık katsayısı, -0.347, en yüksek çarpıklık katsayısı 1.042 olduğu görülmektedir. Çalışmanın basıklık katsayıları değerlendirildiğinde ise en düşük -1.214 iken en yüksek basıklık katsayısı 0.241’dir.

Örgütsel bağlılık tanımlayıcı istatistik tablosu üç bölüm halinde aşağıda sunulmuştur;

Örgütsel bağlılık tanımlayıcı istatistik tablosu 1.bölümde 1.soru aritmetik ortalaması 2,26, medyan değeri 2,00, standart sapma 1,146, varyans 1,313, çarpıklık 0,599, basıklık -0,559 olarak hesaplanmıştır. 2.soru aritmetik ortalaması 2,77, medyan 3,00, standart sapma 1,196, varyans 1,430, çarpıklık 0,149, basıklık -1,078 olarak hesaplanmıştır. 3.soru aritmetik ortalaması 3,01, medyan 3,00, standart sapma 1,260, varyans 1,588, çarpıklık 0,017, basıklık -1,167 olarak hesaplanmıştır. 4.soru aritmetik ortalaması 3,01, medyan 3,00, standart sapma 1,260, varyans 1,588, çarpıklık 0,084, basıklık -1,207 olarak hesaplanmıştır. 5.soru aritmetik ortalama 3,03, medyan 3,00, standart sapma 1,242, varyans 1,543, çarpıklık 0,037, basıklık -

1,158 olarak hesaplanmıştır. 6.soru aritmetik ortalama 2,42, medyan 2,00, standart sapma 1,198, varyans 1,436, çarpıklık 0,578 ve basıklık -0,585 olarak hesaplanmıştır. 1-6 arasındaki sorular duygusal bağlılığına ilişkin sorulardır.

Tablo 11.1. Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 1. Bölüm

	1. Meslek hayatımın kalan kısmını bu kuruluştaki geçirmek beni çok mutlu eder.	2. Bu kurumun sorunlarını gerçekten kendi sorunlarım gibi görüyorum.	3. Kurumuma karşı güçlü bir aitlik duygusu hissetmiyorum.	4. Bu kuruluşa kendimi "duygusal olarak" bağlı hissetmiyorum.	5. Kendimi kurumda "ailenin bir parçası" gibi hissetmiyorum.	6. Bu kurum benim için çok büyük kişisel anlam ifade ediyor.
N	137	137	137	137	137	137
Mean	2,26	2,77	3,01	3,01	3,03	2,42
Median	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00
Std. Deviation	1,146	1,196	1,260	1,260	1,242	1,198
Variance	1,313	1,430	1,588	1,588	1,543	1,436
Skewness	0,599	0,149	0,017	0,084	0,037	0,578
Std. Error of Skewness	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207
Kurtosis	-0,559	-1,078	-1,167	-1,207	-1,158	-0,585
Std. Error of Kurtosis	0,411	0,411	0,411	0,411	0,411	0,411
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5

Örgütsel bağlılık tanımlayıcı istatistik tablosu 7.soru aritmetik ortalama 3,23, medyan 4,00, standart sapma 1,324, varyans 1,754, çarpıklık -0,324, basıklık -1,214 olarak hesaplanmıştır. 8.soru aritmetik ortalama 2,61, medyan 2,00, standart sapma 1,244, varyans 1,548, çarpıklık 0,423, basıklık -0,976 olarak hesaplanmıştır. 9.soru aritmetik ortalama 2,26, medyan 2,00, standart sapma 1,176, varyans 1,383, çarpıklık 0,893, basıklık -0,045 olarak hesaplanmıştır. 10.soru aritmetik ortalama 2,55, medyan 2,00, standart sapma 1,236, varyans 1,528, çarpıklık 0,500, basıklık -0,922 olarak hesaplanmıştır. 11.soru aritmetik ortalama 2,32, medyan 2,00, standart sapma 1,150, varyans 1,323, çarpıklık 0,815, basıklık -0,169 olarak hesaplanmıştır. 12.soru aritmetik ortalama 2,69, medyan 2,00, standart sapma 1,192, varyans 1,670, çarpıklık 0,383, basıklık -1,065 olarak hesaplanmıştır. 7-12 arasındaki sorular devam bağlılığına ilişkin sorulardır.

Tablo 11.2. Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 2. Bölüm

	7. Bu kurumda çalışmaya devam etmem kendi isteğim olduğu kadar aynı zamanda bir zorunluluktur.	8. Şu anda istesem bile bu kurumdan ayrılmak benim için çok zor olurdu.	9. Şu anda kurumumdan ayrılmak istediğime karar versem hayatımın çoğu alt üst olurdu.	10. Bu kurumdan ayrılmayı göze alamayacak kadar az alternatifim olduğunu hissediyorum.	11. Bu kuruma kendimden bu kadar çok şey vermemiş olsaydım başka bir yerde çalışmayı düşünebilirdim.	12. Bu kurumu bıraktığımda ortaya çıkacak birkaç olumsuzluktan biri de mevcut iş olanaklarının azlığıdır.
N	137	137	137	137	137	137
Mean	3,23	2,61	2,26	2,55	2,32	2,69
Median	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Std. Deviation	1,324	1,244	1,176	1,236	1,150	1,292
Variance	1,754	1,548	1,383	1,528	1,323	1,670
Skewness	-0,324	0,423	0,893	0,500	0,815	0,383
Std. Error of Skewness	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207
Kurtosis	-1,214	-0,976	-0,045	-0,922	-0,169	-1,065
Std. Error of Kurtosis	0,411	0,411	0,411	0,411	0,411	0,411
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5

Örgütsel bağlılık tanımlayıcı istatistik tablosu 13.soru aritmetik ortalama 2.72, medyan 2.00, standart sapma 1.224, varyans 1499, çarpıklık 0.294, basıklık -1.039 olarak hesaplanmıştır. 14.soru aritmetik ortalama 3.15, medyan 3.00, standart sapma 1.224, varyans 1.498, çarpıklık -0.347, basıklık -0.964 olarak hesaplanmıştır. 15.soru aritmetik ortalama 2.18, medyan 2.00, standart sapma 1.156, varyans 1.337, çarpıklık 1.042, basıklık 0.241 olarak hesaplanmıştır. 16.soru aritmetik ortalama 2.44, medyan 2.00, standart sapma 1.254, varyans 1.571, çarpıklık 0.484, basıklık -0.810 olarak hesaplanmıştır. 17.soru aritmetik ortalama 2.31, medyan 2.00, standart sapma 1.179, varyans 1.391, çarpıklık 0.665, basıklık -0.496 olarak hesaplanmıştır. 18.soru aritmetik ortalama 2.16, medyan 2.00, standart sapma 1.139, varyans 1.298, çarpıklık 0.739, basıklık -0.335 olarak hesaplanmıştır. 13-18 arasındaki sorular ise normatif bağlılığa ilişkin sorulardır.

Tablo 11.3. Örgütsel Bağlılık Tanımlayıcı İstatistik Tablosu 3. Bölüm

	13. Bu kurumda çalışmaya devam etmek için herhangi bir zorunluluk hissetmiyorum.	14. Benim için avantajlı olsa da kurumdan şu an ayrılmanın doğru olmadığını düşünüyorum.	15. Şu an kurumdan ayrılısam kendimi suçlu hissederim.	16. Bu kurum benim sadakatimi hak ediyor.	17. Buradaki insanlara karşı yükümlülük hissettiğim için bu kurumdan şu anda ayırlamazdım.	18. Bu kuruma çok şey borçluyum.
N	137	137	137	137	137	137
Mean	2,72	3,15	2,18	2,44	2,31	2,16
Median	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Std. Deviation	1,224	1,224	1,156	1,254	1,179	1,139
Variance	1,499	1,498	1,337	1,571	1,391	1,298
Skewness	0,294	-0,347	1,042	0,484	0,665	0,739
Std. Error of Skewness	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207	0,207
Kurtosis	-1,039	-0,964	0,241	-0,810	-0,496	-0,335
Std. Error of Kurtosis	0,411	0,411	0,411	0,411	0,411	0,411
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	5	5	5	5	5

Analiz sonucunda Tekirdağ ili bir kamu hastanesi pandemi sürecinde görev yapan ve çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılıklarının, örgütsel bağlılık alt boyutlarından devam bağlılığı ve normatif bağlılık gösterdiği, duygusal bağlılığa nazaran sağlık çalışanlarının daha fazla devam bağlılığı ve normatif bağlılık hissinde olduğu görülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışma Tekirdağ ili bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının iştiraki ile gerçekleştirilmiştir. Literatürde bu amaçla yapılan kısıtlı sayıda çalışma olması ve bugünkü bilgimize göre sağlık profesyonellerinin pandemi sürecindeki örgütsel bağlılıkları ile ilgili fazla bir çalışma bulunamadığından bu konudaki eksikliği giderebilecek çalışma olması nedeniyle önem arz etmektedir. Araştırmanın, farklı bir kurum ve örneklemelerde çıkabilecek sonuçlarda da farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Tekirdağ ili bir kamu hastanesinde 01.08.2021-15.09.2021 tarihleri arasında yürütülen ve sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini demografik bilgiler ışığı altında değerlendirmek üzere, katılımcıların 5-10 dakika sürecek online anket çalışması şeklinde uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların 58'i Hemşire-Ebe (%42), 23'ü Uzman-Pratisyen Doktor(%17), 19'u Sorumlu Hemşire-Sorumlu Ebe (%14), 16'sı Laboratuvar-Anestezi ve Röntgen Teknisyeni (%12), 21'i Diğer (%15) olarak gruplandırılan (alfabetik sıraya göre; Acil Tıp Teknisyeni, Ameliyathane Teknikeri, Biyolog, Diyetisyen, Elektrik Teknikeri, Elektronörofizyolog, Fizyoterapist, Güvenlik Görevlisi, Kat Sekreteri, Klinik Destek, Psikolog, Sağlık Memuru, Sorumlu Anestezi Teknisyeni, ve Sosyal Çalışmacı) katılımcılar bulunmaktadır. Araştırmanın çoğunluğunu Hemşire-Ebe katılımcılar oluşturmaktadır.

Katılımcıların 93'ü (%68) Kadrolu Devlet Memuru, 39'u (%28) 4/B Sözleşmeli Personel ve 5'i diğer olarak gruplandırılan kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışmayan katılımcılardır. Araştırmanın çoğunluğunu Kadrolu Devlet Memuru olan katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların 107'si Kadın, 30'u Erkek katılımcılardır.

Katılımcıların 59'u (%43) 21-30 yaş, 37'si (%27) 31-40 yaş, 36'sı (%26) 41-50 yaş, 5'i (%4) 51 yaş ve üzeri katılımcılardır. Araştırmanın çoğunluğunu 21-30 yaş arası katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların 83'ü (%61) Evli, 54'ü (%39) Bekar katılımcılardır. Araştırmanın çoğunluğunu Evli katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların 1'i (%1) İlköğretim- Ortaöğretim, 4'ü (%3) Lise ve Dengi Okul, 26'sı (%19) Önlisans, 83'ü (%61) Lisans, 15'i (%11) Yüksek Lisans, 8'i (%6) Doktora mezunu katılımcılardır. Araştırmanın çoğunluğunu oluşturanlar Lisans mezunu katılımcılardır.

Katılımcıların 5'i (%4) bir yıldan az, 42'si (%31) 1-5 yıl, 26'sı (%19) 6-10 yıl, 17'si (%12) 11-15 yıl, 16'sı (%12) 16-20 yıl, 31'i (%23) 21 yıl ve üstü mesleki deneyim süresine sahip katılımcılardır. Araştırmanın çoğunluğunu 1-5 yıl mesleki deneyime sahip katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların 12'si (%9) bir yıldan az, 65'i (%47) 1-5 yıl, 28'i (%20) 6-10 yıl, 10'u (%7) 11-15 yıl, 16'sı (%12) 16-20 yıl, 6'sı (%4) 21 yıl ve üstü hastane kıdemine sahip katılımcılardır. Araştırmanın çoğunluğunu 1-5 yıl arası katılımcılar oluşturmaktadır.

Katılımcıların 36'sı (%26) Gündüz mesai ve ara sıra nöbet, 36'sı (%26) Gündüz mesai ve sık nöbet, 12'si (%9) sürekli gece vardiyası- nöbeti, 38'i (%28) sürekli gündüz mesai, 12'si (%9) vardiya usulü, 3'ü (%2) diğer olarak çalışma şeklini yanıtlarak katılım sağlayan katılımcılardır. Araştırmanın çoğunluğunu oluşturan, gündüz mesai ve ara sıra nöbet ile gündüz mesai ve sık nöbet olarak çalışan katılımcılardır.

Katılımcıların 7'si (%5) Acil, 18'i (%13) Ameliyathane, 5'i (%4) İdare, 39'u (%28) Klinikler, 12'si (%9) Laboratuvar ve Röntgen, 11'i (%8) Poliklinik, 23'ü (%17) Yoğun Bakım, 22'si (%16) diğer olarak yanıtlayan katılımcılardır. Araştırmanın çoğunluğunu Kliniklerde görev yapan katılımcılar oluşturmaktadır.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının düzenli bir çalışma ortamları olmadığını ifade etmek gerekir. Aylık olarak hazırlanan daha önceki çalışma planları ile nöbet çizelgelerinin pandemi sürecinde oldukça sık değiştiğini ve hatta saatlik olarak bile değiştiğini söyleyebiliriz. Çalışılan servis konusunda çoğu zaman netlik olmadığını ifade etmek gerekir. Bu konuda ihtiyaç halinde, yeni yoğun bakımların açılması durumunda, kliniklerin kapatılarak yoğun bakımlara dönüştürüldüğünü, çalışan personelin farklı birimlerde görevlendirildiğini, aşı uygulamaları için rotasyonların düzenlendiğini söyleyebiliriz. Çalışanlar alıştıkları çalışma ortamlarından farklı birimlerde çalışmak ve yeni birimlerine hızlıca adaptasyon sağlamak durumunda kalmaktadırlar. Böyle mücbir durumlara karşı çalışanlar anlayış göstererek işlerinin sürekliliğini etkilemeden adapte olmuşlardır. Hastalanan, karantinaya alınan, yatarak tedavi gören hatta hayatını kaybeden çalışma arkadaşlarının yerini doldurmakla çalışma düzenleri de oldukça değişimlere uğramıştır. Yıllık izin ve emeklilikle ilgili haklarını ikinci bir emre kadar kullanamamışlardır. Ayrıca pandeminin ilk aylarında hasta sayılarının artışı ile birlikte, sağlık çalışanları aylarca ailelerini korumak adına evlerinin yerine farklı konutlarda ikamet etmek durumunda kalmışlardır. Bütün bu olumsuz şartlarda çalışmak durumunda kalan diğer meslek grupları gibi sağlık çalışanlarının da pandemi sürecinden etkilenmemesi mümkün

değildir. Bu olumsuz şartların etkisi ile sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılıkları da etkilenmesi mümkün olmaktadır.

Çalışmada örgütsel bağlılıkla ilgili kullanan ölçek, ilgili diğer çalışmalarda en sık olarak kullanılan Meyer ve Allen (1990,1996,1997) tarafından geliştirilen sınıflama yöntemidir. Sınıflama yöntemine göre örgütsel bağlılık; duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık olmak üzere üç bileşenden meydana gelmektedir. Meyer ve Allen, örgütsel bağlılığın üç boyutunun davranışlar üzerinde farklı etkilere yol açarak organizasyon ve çalışan arasında farklı düzey ve biçimlerde gerçekleşebileceğini ifade etmişlerdir. Meyer ve Allen'in örgütsel bağlılık modelinin alt boyutlarından olan duygusal bağlılık boyutu, örgüt çalışanının kendisini örgütün bir parçası olarak görmesi, örgütle arasında bir bağ kurarak örgütte görev yapmaktan mutluluk duymasını ve bu şekilde kendisini önemli hissetmesi olarak ifade etmiştir. Örgütsel bağlılık modelinin diğer alt boyutu olan devam bağlılığı boyutunda, çalışanın işin niteliğine göre kaybetmek istemediği maddi veya daha farklı faktörler nedeniyle örgütle ilişkisini bu temelde kurduğu boyuttur. Örgütsel bağlılık modelinin bir diğer alt boyutu olan normatif bağlılık boyutu ise örgütte çalışanların sosyal ya da daha farklı faktörler nedeniyle örgütle olan ilişkisini sürdürme yönündeki durumlarını ifade etmektedir. Maddi faktörler kadar beklentiler veya toplumsal çıkarların etkisi de söz konusu olmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilanı ile Covid-19 salgınında en büyük görev tüm dünyada olduğu üzere ülkemizde de diğer mesleklerin yanısıra en başta sağlık çalışanlarına düşmüştür. Pandemi sürecinde çalışanlar arasında en ön safta yer alan sağlık çalışanları, mevcut sağlık sisteminin işlevselliğini sürdürmesini sağlayan en temel yapı olmuştur. Bu yöndeki faaliyetlerin sürekliliği, sağlık çalışanlarının güvenliği, topluma ile sağlık çalışanlarına bilgilendirmelerin bilim temelinde ve doğru olarak yapılması, her yerde verilen sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde rehberlik etme ve nitelikli bakım verilmesi hedeflenmiştir.

Örgütlerin farklılaşan süreçlerde adapte olabilmeleri ve fonksiyonlarını yerine getirmekte başarılı olabilmeleri amacıyla değişimlere duyarlılık kazanmaları gerekmektedir. Klasik örgüt yapılarından öğrenen örgütlere doğru bir gelişim, farklılaşma söz konusu olmaktadır. Öğrenen örgütlerin temelini oluşturan bilinçli iş görenlerdir. Organizasyonların bilinçli ve eğitilmiş çalışanları, başarılarının arkasındaki en önemli faktördür. Verimliliğin artması ve örgütlerin kendilerini etkin tutmaları, organizasyon kaynaklarını da etkin olarak

kullanabilmelerini mümkün kılmaktadır. Pandemi sürecinde ise örgütlerin birçok yönden radikal değişimlere mecbur olması, insan kaynaklarının hızlı bir şekilde adaptasyonunu gerektirmiştir. Pandemi sürecinde örgütlerin yeniliklerden ve değişimlerden dolayı insan kaynaklarının etkilendiği fark edilmektedir. Özellikle araştırmamızın konusu olan sağlık sektöründe gerçekleşen bu radikal değişimler, çalışanların iş yükünü, alışılmış olan çalışma düzenlerini, sağlıklarını, ailevi düzenlerini etkilemiştir. Sağlık sektöründe çalışanların örgüte devam etmelerini sağlayan önemli etkenlerden birisi örgütsel bağlılıktır.

Araştırmanın sonucu doğrultusunda bu konuda araştırma yapacak kişiler, çalışanlar ve yönetim kadrosunda görev alan kurum yöneticileri için oluşturulan öneriler aşağıdaki şekildedir:

- Bu çalışma her ne kadar sağlık çalışanlarına yönelik bir çalışma olsa da farklı kurumlarda, farklı sektörlerde ve farklı çalışanlarda uygulanması, farklı sonuçlar ortaya koyabilir.
- Pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini etkileyen faktörler belirlenmeli,
- Çalışanların örgütsel bağlılıklarını etkileyen faktörler üzerinde çalışmalar planlanmalı,
- Sağlık kurumları ve yöneticileri tarafından çalışanlar desteklenmeli,
- Sadece pandemi sürecinde değil post-pandemide de devam eden iyileştirmeler sağlanmalı,
- Sonuç olarak sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılıklarını artırmaya yönelik politikaların oluşturulup uygulamaya konulması ile ilgili hedeflere ulaşılması amaçlanmalıdır.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu*. Genişletilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi. İnternet adresi:<https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/41795/SA%C4%9ELIK%20SEHRT%C3%96R%C3%9C%20TEMEL%20KAVRAMLAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (7 Haziran 2021).
- Atabey, S. E. (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası: Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Politikaları, Sağlık Sistemindeki Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. 1. Basım, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Arıkboğa, Ş. F. (2003). *Entelektüel Sermaye*. 1. Basım, İstanbul: Derin Yayınları.
- Balay, R. (2014). *Yönetici ve Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık*. 2. Basım, Ankara: Pegem Akademi.
- Çimen, M. ve S. Deniz (Ed.). (2018). *Sağlık Kurumları Yönetiminde Örgütsel Davranış Konuları*. 2. Basım, Ankara: Nobel.
- Dinçer, Ö. (1998). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. Genişletilmiş ve Yenilenmiş 5. Baskı, İstanbul: Beta Basın Yayım ve Dağıtım A.Ş.
- İnce, M.ve H. Gül (2005). *Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık*.1. Baskı, Ankara: Çizgi Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*.1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş.ve S. Yıldırım. (2018). *Hastane ve Sağlık KurumlarıYönetimi*.5. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Koçel, T. (2018). *İşletme Yöneticiliği*. Genişletilmiş 17. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

- Rue, L.W. ve L. L. Byars. (1983). *Management and Theory Application*. 3. Edition, Illinois: IrwinInc.
- Meyer, J. P. ve N. J. Allen. (1997). *Commitment in the Workplace, Theory, Research and Application*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Özgen, E. (2006). *Kurumsal Sorumluluk Projeleri*. 1. Baskı, İstanbul: Maviyağaç Yayıncılık
- Pringle, C. D., D. F. Jennings ve J. G. Longenecker. (1988). *Managing Organizations Functions and Behaviors*. Colombus: Merill Publishing Company.
- Robbins, S. T. ve T.A. Judge. (2019). *Organizational Behavior*. 14. Basımdan Çeviri (Çev. Ed. Erdem, İ), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Sözen, C.ve M. Özdevecioğlu. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Şengül, E. D. (2013). *Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık*. 1. Baskı, İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Tabachnick, B. G.ve L.S. Fidell (2013). *Using Multivariate Statistic*. 7. Baskı, New York: Pearson Education Inc.
- Tengilimoğlu, D. (2001). *Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Tunçer, P. (2016). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. 2. Baskı, Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Uygur, A. (2009). *Örgütsel Bağlılık ve İşe Bağlılık*. 1. Baskı, Ankara: Barış Platin Yayınevi.

MAKALELER

- Ak, M. (2017). “Örgütsel Bağlılığın Örgütsel Etkililik Üzerinde Etkisi: Bir Değerlendirme”. *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi*, Vol. No:1, Sayı No:3, ss.27-42. İnternet Adresi: <http://www.ankad.org/index.php/Ankad/article/view/23/23> (1 Haziran 2021).
- Akdemir, N. ve Y. Akkuş. (2006). “Rehabilitasyon ve Hemşirelik”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, Vol:13, Sayı:1, ss.82-91). İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/7849/103335> (7 Haziran 2021).
- Alayoğlu, N. (2010), “İnsan Kaynakları Yönetiminde Yeni Dönem: Yetenek Yönetimi”. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi* Sayı:1, ss.68-97. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/842585> (6 Haziran 2021).
- Allen, N. J. ve J. P. Meyer. (1990), “The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization”. *Journal of Occupational Psychology*. Vol:63, Sayı no:1, ss.1-18. İnternet Adresi: <https://psycnet.apa.org/record/1990-21260-001;%20https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x> (1 Haziran 2021).
- Allen, N. J. ve J. P. Meyer. (1996), “Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization: An Examination of Construct Validity”. *Journal of Vocational Behavior*, Vol:49, Sayı no:3, ss.252-276. İnternet adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001879196900433> (1 Haziran 2021).
- Aydın, N. (2019). “Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi”, *Black Sea Journal of Health Science*, Vol:2, Sayı:1, ss.21-29. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/614747#:~:text=Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20geli%C5%9Ftirilmesi%2C%20Ottawa%20S%C3%B6zle%C5%9Fmesine%20g> (2 Haziran 2021).
- Avcı, K.ve S. Ağaoğlu. (2014), “Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Vol:7, Sayı no:1, ss.83-94. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/spkd/issue/29270/313419> (1 Haziran 2021).

- Boruchovitch, E. ve B. R. Mednick. (2002). “*The Meaning of Health and Illness: Some Considerations For Health Psychology*”. Psycho-USF, Vol:7, Sayı:2, ss.175-183. İnternet adresi: https://www.researchgate.net/publication/242267986_The_meaning_of_health_and_illness_some_considerations_for_health_psychology (1 Haziran 2021).
- Boyacı, İ. (2019), “Türkiye sağlık sisteminin Dönüşümü (2003-13): COVID-19 Pandemisi ile Mücadele Sürecinde Sağlık Reformlarına Yeniden Bakış”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*, sayı:37, Bahar (Özel Ek) ss.59-80. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1165965> (6 Haziran 2021).
- Budak, F.ve Ş. Korkmaz. (2020),” COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği “, *Sosyal araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, Vol-Sayı:1, ss.62-79). İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/sayod/issue/54364/738657> (6 Haziran 2021).
- Çavmak, D. (2017). “Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Planlaması: Türkiye Değerlendirmesi”, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, Vol:1, Sayı:2, ss.13-24. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/saglik/issue/32145/356605> (6 Haziran 2021).
- Çelen, Ü., B. Piyal, G. Karaodul ve M. Demir. (2004), “Ankara Onkoloji Eğitim Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Vol:7, Sayı:3, ss.295-318. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/84656> (1 Haziran 2021).
- Çelikyay, F. ve E. Gümüş. (2010), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı” *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Vol:11, Sayı:1, ss.177-216. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/113275> (7 Haziran 2021).
- Çöl, G. ve H. Gül. (2005),” Kişisel Özelliklerin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkileri ve Kamu Üniversitelerinde Bir Uygulama”. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Vol:19, Sayı:1, ss.291-306. ISSN: 1300-4646/2147-7582, İnternet adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TkRRM09UVTE/kisisel-ozelliklerin-orgutsel-bagliilik-uzerine-etkileri-ve-kamu-universitelerinde-bir-uygulama> (8 Haziran 2021).

- Demir, M. (2012), “Örgütsel Destek, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Eğilimi İlişkisi: Havalimanı Yer Hizmetleri İşletmelerine Yönelik bir Araştırma”. “*İş Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Vol:14, Sayı:1,ss.47-64. ISSN:1303-2860, Doi:10.4026/1303-2860.2012.194.x; İnternet Erişim: https://www.researchgate.net/publication/270935600_Orgutsel_Destek_Orgutsel_Baglilik_ve_Isten_Ayirilma_Egilimi_Iliskisi_Havalimani_Yer_Hizmetleri_Isletmelerine_Yonelik_Bir_Arastirma (1 Haziran 2021).
- Demirkol, M. E., M. Kaya ve M. Balcı. (2021). “Aseptomatik ve Semptomatik COVID-19 vakalarının BT görüntülerinin incelenmesi”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Vol:8, Sayı:1, ss.49-53. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1451948> (6 Haziran 2021).
- Dikmen, A. U., M. Kına, S. Özkanve M. N. İlhan. (2020). “COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik”, *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, Vol:4, ss.29-36. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/bshr/article/715153> (7 Haziran 2021).
- Ergeneli, A. ve G. S. Arı. (2005) “Krizde İşten Çıkarmaların Banka Yöneticileri Üzerine Etkileri: Örgütsel Bağlılık, Güven ve Güçlendirme Algılar”. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Vol:60, Sayı:1, ss.121-148. İnternet Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ausbf/issue/3089/44799>. (6 Haziran 2021).
- Ergönül, Ö. (2016). “Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi”, *Okmeydanı Tıp Dergisi* 32 (Ek Sayı), ss.1-7. <https://doi.org/10.5222/otd.2016.001> İnternet adresi: https://jag.journalagent.com/eamr/pdfs/OTD_32_SUP_1_1_7.pdf (6 Haziran 2021).
- Ergün, E., Ş. Ergünve İ. Çelebi. (2020).” Acil Sağlık Hizmetleri Personellerinin Covid-19 Hakkında Bilgi, Korunma Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler”, *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Vol:1, Sayı:1, ss.16-27. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1119167> (6 Haziran 2021).
- Erigüç, G., F. Şahinbaş, Ş. Demirci ve G. Şantaş. (2018). “Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Alanında Yapılan Çalışmaların İncelenmesi”, *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Vol:18, Sayı:1, ss.49-64. İnternet adresi:

<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/534651>

<https://doi.org/10.11616/asbed.v18i38800.459466>. (1 Haziran 2021).

Gider, Ö., G. Şimşek, S. Ocak ve M. Top. (2011),” Hastane Organizasyonlarında Örgütsel Bağlılık ve İş Doyumunun Analizi: Hemşireler ve Tıbbi Sekreterler Üzerine Bir Araştırma”, *Öneri Dergisi*, Vol:9, Sayı:35, ss.93-101. e-ISSN:2147-5377, İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/maruoneri/issue/17898/187760>. (1 Haziran 2021).

Hoş, C.ve A. Oksay. (2015). “Hemşirelerde Örgütsel Bağlılık ile İş Tatmini İlişkisi. “*Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*” Vol:20, Sayı: 4, ss.1-24. İnternet adresi:

<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/195278> (1 Haziran 2021).

Huang, X, S, Z. Z. Kan ve Y. L. Cheung. (2006), “The Impact of Participative Leadership Behavior on Psychological Empowerment and Organizational Commitment in Chinese State-Owned Enterprises: The Moderating Role of Organizational Jenure”, *Asia Pasific J. Manage (Asya Pasifik Yönetim Dergisi)*, Vol:23, ss.345-367. <https://doi.org/10.1007/s10490-06-9006-3> (1 Haziran 2021).

İleri, H., B. Seçer ve H. Ertaş. (2016).” Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, Sayı:12, ss.176-186; ISSN:2146-7226; İnternet adresi: <http://sosyoteknik.selcuk.edu.tr/sustad/article/view/93/75> (1 Haziran 2021).

İşler, D. B. ve Ş. Özdemir. (2010). “Hastane İşletmelerinde İçsel Pazarlama Yaklaşımının İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Isparta İli Örneği”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Vol:13, Sayı:2, ss.115-142. İnternet adresi: <http://sosyoteknik.selcuk.edu.tr/sustad/article/view/93/75> (1 Haziran 2021).

Kahraman, E. P. ve M. Altındış. (2020). “COVID-19 Aşıları; Pandemide Sona Doğru mu?” *Biyoteknoloji ve Stratejik Sağlık Araştırmaları Dergisi*, Vol:4, Sayı: 3, ss.240-249. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/bshr/issue/59382/843974https://doi.org/10.34084/bshr.843974> (7 Haziran 2021).

- Kaya, İ.ve G. E. Şimşek (2020). “Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Sağlık Tüzüğü: COVID-19 Örneğinde Uluslararası Hukukta salgın Hastalıklarla Mücadele”. *İstanbul Hukuk Mecmuası*, Vol:78, Sayı: 2, ss.983-1007. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1351800>
<https://doi.org/10.26650/mecmua.2020.78.0023> (25 Mayıs 2021).
- Keskin, H. İ. (2018). “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamu Hastanelerinin Etkinliği” *Akdeniz İİBF Dergisi*, Vol:18, Sayı:38, ss.124-150. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/aiiibfd/article/492741>:<https://doi.org/10.25294/aiiibfd.492741> (1 Haziran 2021).
- Kılıç, M. ve H. Öztürk. (2006). “Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Vol:9, Sayı:1, ss.55-79. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/7559/99356> (1 Haziran 2021).
- Kılıç, R.ve B. Keklik. (2012). “Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine bir Araştırma”, *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari bilimler Fakültesi Dergisi*, Vol:14, Sayı:2, ss.147-160. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/akuiibfd/issue/1620/20302> (1 Haziran2021).
- Kınık, E. ve H. Özcan. (2021), “COVID-19’lu veya COVID-19 Saptanan Gebelerde Holistik Yaklaşım”, *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, Vol:5, Sayı:1, ss.1-6. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/mjwbs/issue/61165/827782> (7 Haziran 2021).
- Kömürcüoğlu, B. (2020). “COVID-19’un Klinik ve Laboratuvar Bulguları” *Eurasian Journal of Pulmology*, Ek Sayı, ss.28-31. İnternet adresi: <https://www.solunum.org.tr/TusadData/userfiles/file/EJP-EK-SAYI-COVID19-27042020.pdf#page=29> (25 Mayıs 2021).
- Metintaş, S. (2020). “COVID-19’un Epidemiyolojisi”, *Eurasian Journal of Pulmonology*, Ek Sayı, ss.4-15. İnternet adresi: <https://www.solunum.org.tr/TusadData/userfiles/file/EJP-EK-SAYI-COVID19-27042020.pdf#page=29> (25 Mayıs 2021).
- Meyer, J. P.ve N. J. Allen. (1991). “A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment”, *Human Research Management Review*, Vol:1, Sayı:1,

ss.61-89. İnternet adresi:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095042302100011Z>

[https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z) (1 Haziran 2021).

Öcel, Y. (2016). “Algılanan Doktor İmajı ile Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”, *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Vol:7, Sayı:14, ss.340-364.

Özkan, Ş.ve M. Uydacı. (2014). “İş Yüküne Bağlı Sağlık İnsan Kaynakları İhtiyacı Belirlenmesi: Kocaeli İli Radyoloji Teknisyenleri Üzerine Bir Araştırma”, *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Vol:36, Sayı:2, ss.237-250.

<https://doi.org/10.14780/iibd.41690>.

İnternet adresi:

<https://dergipark.org.tr/en/pub/muiibd/issue/496/4432> (20 Mayıs 2021).

Özkan, Ş. ve M. Uydacı. (2015). “Türkiye’de Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sisteminin İncelemesi”, *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, Vol:11, Sayı:44, ss.221-238. İnternet adresi:

<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/165897>

<https://doi.org/10.14783/od.v11i44.5000080012> (19 Mayıs 21).

Öztürk, H., E. Babacan ve E. Ö. Anahar. (2012). “Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Vol:1, Sayı:4, ss.252-268. İnternet adresi:

<https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/7506/98949> (1 Haziran 2021).

Sakaoğlu, H. H., D. Orbatu, M. Emiroğlu ve Ö. Çakır. (2020). “Covid-19 Salgını Sırasında Sağlık Çalışanlarında Spielberger Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi: Tepecik Hastanesi Örneği”, *Tepecik Eğit. Araşt. Hast. Dergisi*, Vol:30, Sayı: Ek sayı, ss.1-9. <https://doi.org/10.5222/terh.2020.56873> İnternet adresi:

https://jag.journalagent.com/terh/pdfs/TERH_30_60_1_9.pdf (1 Haziran 2021).

Salancik, G. R. (1977). “Commitment Is Too Easy!”, *Organizational Dynamics*, Vol:6, Sayı:1, ss.62-80. İnternet adresi:

[https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0090261677900353https://doi.org/10.1016/0090-2616\(77\)900035-3](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0090261677900353https://doi.org/10.1016/0090-2616(77)900035-3)

(1 Haziran 2021).

- Sargutan, E. A., (2005). “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Vol:8, Sayı:3, ss.400-428. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/7558/99351> (7 Haziran 2021).
- Savery, L. K. ve P. D. Syme. (1996).” Organizational Commitment and Hospital Pharmacists”, *Journal of Management Development*, Vol:15, Sayı:1, ss.14-22. ISSN:0262-1711. <https://doi.org/10.1108/02621719610107773> (1 Haziran 2021).
- Saydam, N. (2020). “COVID-19 Enfeksiyonunda epidemiyoloji ve Korunma”, *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Vol:1, ss.1-7. İnternet adresi: https://dergi.yuksekihtisasuniversitesi.edu.tr/dosya1/JYIU_C1S1_1-7.pdf (3 Haziran 2021).
- Saygılı, M.ve Y. Çelik. (2011).” Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Vol:14, Sayı:1, ss.39-71. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/7569/99397> (1 Haziran 2021).
- Shereen, M. A., S. Khan, A. Kazmi, N. Bashir ve R. Siddique. (2020). “COVID-19 Infection: Origin, Transmission and Characteristics of Human Coronaviruses” *J. Adv. Res.* Vol:24, ss.91-98. İnternet adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32257431/>. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.03.005> (1 Haziran).
- Sünter, M. (2019). “Sağlık Kurumlarında İnsan kaynaklarının Önemi”, *Verimlilik Dergisi*, Sayı:3, ss.143-160. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/verimlilik/issue/45968/374102> (7 Haziran 2021).
- Şeşen, H. (2010). “Adalet Algısının Tükenmişliğe Etkisi: İş Tatmininin Aracı Değişken Rolünün Yapısal Eşitlik Modeli ile Testi” *Savunma Bilimleri Dergisi*, Vol:9, Sayı:2, ss.67-90. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/khosbd/issue/19227/204319> (1 Haziran 2021).
- Uğur, Z. Ve A. Tirgil. (2018). “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamunun Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti”, *Ombudsman Akademik*, Özel Sayı: 1, Sayı:1, ss.295-327. İnternet adresi:

<https://dergipark.org.tr/en/pub/ombudsmanakademik/issue/43221/456105> (1 Haziran 2021).

Tunçer, P. (2012), “Değişen İnsan Kaynakları Yönetimi Anlayışında Kariyer Yönetimi”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Vol:31, Sayı:1, ss.203-233. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/188002> (5 Haziran 2021).

Turan, A.ve H. H. Çelikyay. (2020), “Türkiye’de KOVİD-19 ile Mücadele ve Aktörler”, *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, Vol:3, Sayı:1, ss.1-25. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1107978> (6 Haziran 2021).

Wasti, S.A. (2002), “Affective and Continuance Commitment to the organization: test of an integrated model in the Turkish context” *International Journal of Intercultural Relations*, 26, ss. 525-550. PII: S0147-1767_2802_2900032-920160921-3313-1jfath8-with-cover-page-v2.pdf (25 Eylül 2021).

Wiener, Y. (1982). “Commitment in Organizations: A Normative View.” *The Academy of Management Review*, 7(3), 418-428. <https://doi.org/10.2307/257334> (19 Mayıs 21).

Yeşil, E. ve M. Hacımustafaoğlu. (2020). “Yeni Coronavirüs 2019 Enfeksiyonları Güncel Durum”, *Güncel Pediatri Dergisi*, Vol:18, Sayı:1, ss.134-139. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1053657> (2 Haziran 2021).

Yıldız, Ç. ve A. Yanık. (2019). “Sağlık Yöneticilerinin Kariyer Planlama ve Geliştirme Uygulamalarına Yönelik Görüşleri”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Vol:5, Sayı:3, ss.302-314. İnternet adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/907759> (2 Haziran 2021).

RAPORLAR

Akdağ, R. (Ed.) (2012). “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)” T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Ankara. 2012. ss.1-444 İnternet adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar>, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453> (01 Haziran 21).

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014), “Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik”, *Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara.ss.88. İnternet adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/10_SaglikHizmetlerininEtkinligininArtirilmasiveMaliSurdurulebilirlik.pdf (1 Haziran 2021).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2012).” Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2013”, Recep Akdağ (Ed.) İnternet adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar> (01 Haziran 21).

TEZLER

- Arlıer, R. (2016). “Sağlık Sektöründe Yenilikçilik ve Arge Uygulamaları: Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği”. YYLT, *Toros Üniversitesi Endüstri Mühendisliği ABD Endüstri Mühendisliği Programı*, Mersin, İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (20 Mayıs 2021).
- Bankaoğlu, E. (2013). “Hasta Memnuniyetinin Kurumsal İmaj Üzerinde Etkisi: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Araştırma”, YYLT, *Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım ABD*, Antalya, İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Bektaşoğlu, A. (2020). “Sağlık Sektöründe Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkilerini Belirlemeye Yönelik bir Araştırma”, *İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD Sağlık Yönetimi Bölümü*, İstanbul. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (10 Mayıs 2021).
- Bıyıklı, H. (2007). “Sağlık İşletmelerinin Kurumsal Birleşmelerinin Müşteri Memnuniyeti Üzerine Etkisi”, YYLT, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı*, Ankara. İnternet adresi: https://tez.yok.gov.tr (2 Haziran 2021).
- Çekçi, I. (2017). “Ulusal İnovasyon sistemleri İçerisinde Sağlık Ekosisteminin Tanımlanması: Üniversite Hastanelerinin Yeri ve Önemi”, YYLT, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD*, İzmir. İnternet adresi: https://tez.yok.gov.tr (20 Mayıs 2021).
- Çoban, Ü. (2011). “İş Değerlerinin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki etkisinin Analizi ve Hemşireler Üzerinde Bir Uygulama”, YYLT, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ABD Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı*, İstanbul. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (10 Mayıs 2021).
- Çoktaş, F. (2020). “Sağlık Çalışanlarında Covid-19 Hastalığı ile ilgili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi” Doktora Tezi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi*, İstanbul. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).

- Döşkaya, İ. E. (2019). “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003-2017 Yılları Arasında Türkiye’ye Katkısının İncelenmesi”, *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği ABD, Sivas*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Doğanay, P. (2008). “Kaizen-Sürekli İyileştirme ile Hastanelerde İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi” YYLT, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara*. İnternet adres: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Gül, B. (2020). “Değişime Açıklık, Örgütsel Bağlılık ve İş Tatmini İlişkisinin Belirlenmesi: Bir Kamu Kurumu Çalışanları Üzerinde Araştırma”, YYLT, *Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD İşletme Bilim Dalı, Ankara*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Gül, İ. (2018). “Sağlık kurumlarında Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Değişime Açıklığın Örgüt Sağlığı Üzerindeki Etkisi: Afyonkarahisar İl Merkezi Hastanelerinde Bir Araştırma”, Doktora Tezi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD, Isparta*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Gürkan, G. Ç. (2006). “Örgütsel Bağlılık: Örgütsel İklimin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi ve Trakya Üniversitesi’nde Örgüt İklimi ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Araştırılması”, YYLT, *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD, Edirne*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- İslamoğlu, S. (2018). “Hemşirelerin Örgütsel Bağlılıklarının İş Performansı Üzerine Etkisi”, YYLT, *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, İstanbul*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (6 Mayıs 2021).
- Kaş, L. (2012). “Herzberg’in İçsel ve Dışsal Motivasyon Etmenleri ile İşgörenlerin Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişki: Belek’teki Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Uygulama”, YYLT, *Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Eğitimi ABD, Ankara*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).

- Keleş, H. N.Ç. (2006). “İş Tatmininin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisine İlişkin İlaç Üretim ve Dağıtım Firmalarında Yapılan bir Araştırma”, Doktora Tezi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Konya*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Kılınç, C. Ç. (2006).” Sağlık Sektöründe Faaliyette Bulunan Hastane İşletmelerinde Müşteri Üzerine İlişkileri Yönetimi Üzerine Teorik ve Uygulamalı Bir Çalışma”, *YYLT, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı, Konya*. İnternet Adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Özdemir, H. Ö. (2007). “Çalışanların Kurumsal Sosyal Sorumluluk Algılamalarının örgütsel Özdeşleşme, Örgütsel Bağlılık ve İş Tatminine etkisi: OPET Çalışanlarına Yönelik uygulama”, Doktora Tezi, *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İletişim bilimleri ABD, İstanbul*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Öztürk, Y. K. (2018). “Örgütsel Bağlılık ve Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeyleri (Cerrahpaşa örneği)”, *YYLT, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ABD hastane ve Sağlık Kurumları Yön. Bilim Dalı, İstanbul*. İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr/> (2 Haziran 2021).
- Öztürkci, Z. T. (2019). “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamaları ve Örgütsel Bağlılık Düzeyinin Belirlenmesi”. *YYLT, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD, Konya*. İnternet adresi: https://tez.yok.gov.tr (10 Mayıs 2021).
- Pınar, N. (2020). “Örgütsel Bağlılık ile Çalışan Performansı Arasındaki İlişki “YYLT, Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD, İstanbul. İnternet adresi: https://tez.yok.gov.tr (20 Haziran 2021).
- Sonay, F. (2013). “Örgütsel Bağlılık ve Sağlık Çalışanları” *YYLT, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi ABD Hastane ve Sağlık Kur. Yön. Bilim Dalı, İstanbul*. İnternet adresi: https://tez.yok.gov.tr (2 Haziran 2021).
- Şahaner, B. (2019). “Çalışanların İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılıklarının Analizi: Otomotiv Sektöründe Beyaz Yakalı Çalışanlar Üzerinde Bir Uygulama” *YYLT, Balıkesir*

Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü endüstri Mühendisliği ABD, Balıkesir. İnternet adresi. <https://tez.yok.gov.tr> (10 Mayıs 2021).

Türkoğlu, H. (2011). “İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık İlişkisi ve Bir Uygulama” YYLT, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD, Ankara.* İnternet adresi: <https://tez.yok.gov.tr> (2 Haziran 2021).



YAYINLAR

- Erdoğan, S. M., “Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme”, Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Sistemleri İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Açık Öğretim Lisans tamamlama Programı Sağlık Yönetimi Ders Kitabı.ss.1-213. İnternet adresi: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikyonetimilt_ao/dunyadaveturkiyedesaglikisistemleri.pdf (2 Haziran 2021).
- Erginöz, E. “Türkiye Cumhuriyeti’nde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi”, Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Sistemleri, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Açık Öğretim Lisans Tamamlama Programı Sağlık Yönetimi Ders Kitabı, ss.1-213. İnternet adresi: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikyonetimilt_ao/dunyadaveturkiyedesaglikisistemleri.pdf (2 Haziran 2021).
- Erigüç, G. “Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi ve Tıbbi Personelin Önemi”, Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi-I, Yayın No:2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599, ss.192-220. İnternet adresi: <https://docplayer.biz.tr/storage/24/2734495/1622711344/rpUVuvUvYeq15QS8FTuyTQ/2734495.pdf> (3 Haziran 2021).
- Özlü, T.ve S. Bostan. (2007). “Hasta Rehberi Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Kılavuzu” Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Tengilimoğlu, D. (2012) “Sağlık Kurumları Yönetimi-I “. Ünite 3, Anadolu Üniversitesi Yayını, Yayın no:2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını: 1599, ss.1-224.
- Tengilimoğlu, D. (2019). “Sağlık Kurumları Yönetimi II” Ünite 4, Anadolu Üniversitesi Yayını, Yayın no:2861, Açık Öğretim Fakültesi YayınıNo:1818, ss.98-124. İnternet adresi: [SAK202U-13V4S1-8-0-1-SV1-ebook.pdf](http://sak202u-13v4s1-8-0-1-sv1-ebook.pdf). (2 Haziran 2021).
- Kısa, A. ve N. Tokgöz. (2007) “Sağlık Kurumları Yönetimi” Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını.
- Köksal, S.ve E. Yurtseven. “Epidemiyoloji-Bölüm 2 Tarihsel Gelişim”, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, ss.48-58.İnternet adresi: <https://avesis.istanbulc.edu.tr> (3Haziran 2021).

- Orhaner, E. (2000), “Sağlık Sigortacılığı”, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayını, ss.1-380, İnternet adresi: <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikyonetimilto/sagliksigortaciligi.pdf> (7 Haziran 2021).
- Pazarcı, H. (1989), “Uluslararası Hukuk Dersleri 2. Kitap”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları*, 571, ss.1-438. ISBN:975-482-024-2. İnternet adresi: <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/12413/Uluslararası%C4%B1%20Hukuk%20Dersleri%20II.%20Kitap.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (7 Haziran 2021).
- Sağlık Bakanlığı (1997),” Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ile İlişkileri”, *T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı*. İnternet adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf> (4 Haziran 2021).
- TÜSEB Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (2020). “COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri” ss:1-96. İnternet adresi: https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/uploads/yayinlar/makaleler/pdf/21-08-2020_5f3f6e1402cc2_tusperapor02_covid-19_pandemi_yonetiminde_turkiye_ornegi.pdf (6 Haziran 2021).
- WHO (1993), “Basic Epidemiology” İnternet adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36838/9241544465.pdf?sequence=1> (3 Haziran 2021).

SÖZLÜK

Last, J. M. (M.Porta–Ed). “Community Health”, *A Dictionary of Epidemiology* (2008). Fifth Edition, 198 Madison Avenue New York, Published by Oxford University Press Inc. İnternet adresi: http://www.academia.dk/BiologiskAntropologi/Epidemiologi/PDF/Dictionary_of_Epidemiology_5th_Ed.pdf (2 Haziran 2021).

Sağlık Bakanlığı (2011), *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. (WHO “Health Promotion Gloassory”). T. C. Sağlık Bakanlığı temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara,1. Baskı, Anıl Matbaacılık. İnternet adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf> (2 Haziran 2021).

Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğü. İnternet adresi: <https://www.sozluk.gov.tr/> (21Mayıs 2021).

İNTERNET

Anayasa 1982 Madde:56. İnternet adresi: <https://anayasa.gov.tr/> (4 Haziran 2021).

Ataç, Ö., A. Uçar ve M. Taşdemir. (2020), “COVID-19 Nedir; Epidemiyoloji, Kaynak ve Bulaş Yolları, Risk Grupları Nelerdir?” İnternet adresi: https://www.researchgate.net/publication/344658203_COVID-19_Nedir_Epidemiyoloji_Kaynak_ve_Bulas_Yolları_Risk_Grupları_Nelerdir (21 Mayıs 2021).

Erciyes Üniversitesi (2021), “Ülkemizde Covid-19 ‘a Karşı Geliştirilen Aşı Adayının Faz-2 Kapsamında 2. Dozu Son Gönüllülere Uygulanarak Sona Erecek”. İnternet adresi: <https://www.erciyes.edu.tr/tr/detay/universitemizde-covid-19a-karsi-gelistirilen-asi-adayinin-faz-2-kapsaminda-2-dozu-son-gonullulere-uygulanarak-sona-erecek/69633d2e-0d99-eb11-8cca-0050569e5e21> (7 Haziran 2021).

Fişek, N. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Bugünü ve Yarını”, Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları, Sağlık Yönetimi-I, İnternet adresi: https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/index.html (7 Haziran 2021).

Mevzuat,1930, 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu madde1.<https://www.mevzuat.gov.tr/>(1 Haziran 2021).

Mevzuat, 1983, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde5, ss.1315-1316. İnternet adresi:<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> (4Haziran 2021).

Mevzuat, T. C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde: 4. İnternet adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> (30 Mayıs 2021).

Sağlık Bakanlığı (2004), Türkiye Bilgi Sistemi Eylem planı, T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ankara. İnternet adresi: <https://www.saglik.gov.tr/> (2 Haziran 2021).

Sağlık Bakanlığı (2012), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara. İnternet adresi:

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11652/saglik-arastirmalari-genel-mudurlugu-saglik-istatistikleri-yilligi-2012.html>.<https://www.saglik.gov.tr>
https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf (3 Haziran 2021)

Sağlık Bakanlığı (2015). Sağlık İstatistikleri yılığı, Yayın No: 1054, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara. İnternet adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,12280/saglik-istatistikleri-yilligi-2015--guncellenme-tarihi--14122016-.html> (3 Haziran 2021).

Sağlık Bakanlığı (2017). <https://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisikliklerle-beraber.html> (30 Mayıs2021).

Sağlık Bakanlığı (2020a). “COVID-19 Nedir?” İnternet adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-html> (3 Haziran 2021).

Sağlık Bakanlığı (2020b). “Dışarı çıkmayalım virüse fırsat tanımayalım” İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,64846/bakan-koca-disari-cikmayalim-viruse-firsat-tanimayalim.html> (3 Haziran 2021).

Sağlık Bakanlığı (2021). “COVID-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu” <https://covid19asi.saglik.gov.tr/> (12 Ekim 2021).

Şahin, B. K. (2020). “Türk ve Uluslararası Sağlık Hukuku Çerçevesinde Covid-19 Salgını ile Mücadele”, İnternet adresi: www.istanbulbarosu.org>docs>4.pdf (3 Haziran 2021)

TRT Haber, (2021). “TURKOVAC aşısı için gönüllülere çağrı: Bir an önce aşımız vücut bulsun”, İnternet adresi: <https://www.trthaber.com/haber/saglik/turkovac-asisi-icin-gonullulere-cagri-bir-an-once-asimiz-vucut-bulsun-611635.html> (12 Ekim 2021).

TÜSEB Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (2021). “TÜSPE Türkiye Sağlık Politikaları Zirvesi 2021”. İnternet adresi:<https://www.tuseb.gov.tr/tuspe/haberler/tuspe-turkiye-saglik-politikalari-zirvesi-2021-11032021> (6 Haziran 2021).

Wikipedia, İnternet Adresi: https://tr.wikipedia.org/wiki/D%C3%BCnya_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_%C3%96rg%C3%BCt%C3%BC (9 Ocak 2021).

Wikipedia. İnternet adresi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Pandemi> (4 Haziran2021).

WHO, Corona Disease,2020. İnternet adresi: <https://covid19.who.int/> (3 Haziran 2021).

EKLER

Ek-1. Dijital Anket Formu

Sayın katılımcı,

Gönüllü katılım esasına dayanan bu anket çalışması yüksek lisans tezinde kullanılacak olup Tekirdağ ili bir kamu hastanesinde Pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik bir araştırmadır. Katılımınız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın çalışmaya katılmayı reddetme veya araştırmadan çekilebilme hakkına sahipsiniz. Yazılı bilgilendirilmiş olur formunun onaylamanızdan sonra anket çalışmasına katılımınız sağlanacaktır. Araştırma konusu ile ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü, anketi yürüten şahsım tarafından zamanında bilgilendirilecektir.

Ankete katılmak için Tekirdağ ili bir kamu hastanesinde sağlık çalışanı ve 18-70 yaş aralığında olmanız gerekmektedir. Kimlik bilgileriniz asla kullanılmayacak olup sadece demografik özellikler ve pandemi döneminde örgütsel bağlılıkla ilgili kişisel kanılarınızdan yararlanılacaktır. Toplam 28 sorudan oluşan bu anketi tamamlamak yaklaşık 5-10 dakika sürecektir. Anketinizin geçerli olabilmesi için tüm soruları uygun bulduğunuz şıkları işaretleyerek eksiksiz tamamlamanız gerekmektedir. Anketi tamamlamadığınız takdirde verileriniz kullanılmayacaktır. Anonim doldurduğunuz cevaplar gizli kalacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,

YL öğrencisi Sevcı Çakırcalı

Doç. Dr. Bülent Demir

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü (Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı)

Ek-2. Demografik Bilgiler

1.Görev Ünvanınız:

- ☐ Başhekim veya Yardımcısı
- ☐ Hastane Müdürü veya Yardımcısı
- ☐ Başhemşire veya Yardımcısı
- ☐ Uzman Doktor- Pratisyen Doktor
- ☐ Sorumlu Hemşire - Sorumlu Ebe
- ☐ Hemşire – Ebe
- ☐ Eczacı
- ☐ Laboratuvar, Anestezi ve Röntgen Teknisyeni
- ☐ Sağlık Memuru
- ☐ Diğer

2. Çalışma Statünüz:

- ☐ Kadrolu Devlet Memuru
- ☐ Sözleşmeli (4B) Personel
- ☐ Diğer

3. Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek
- ☐ Diğer

4. Yaşınız:

- ☐ 20 ve altı
- ☐ 21 - 30
- ☐ 31 - 40
- ☐ 41 – 50
- ☐ 51 ve üzeri

5. Medeni Durum:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

6. Eğitim Durumu:

- ☐ İlköğretim - Ortaöğretim
- ☐ Lise ve Dengi Okul
- ☐ Önlisans
- ☐ Lisans
- ☐ Yüksek Lisans
- ☐ Doktora

7. Mesleki Deneyim Süresi:

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 11-15 yıl
- ☐ 16-20 yıl
- ☐ 21 yıl ve üstü

8. Hastane Kıdeminiz:

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 11-15 yıl
- ☐ 16-20 yıl
- ☐ 21 yıl ve üstü

9. Çalışma Şekli:

- ☐ Sürekli Gündüz Mesai
- ☐ Vardiya Usulü
- ☐ Gece Mesai ve Sık Nöbet
- ☐ Sürekli Gece Vardiyası-Nöbeti
- ☐ Gündüz Mesai ve Ara Sıra Nöbet
- ☐ Diğer

10. Çalışılan Birim:

- ☐ Ameliyathane
- ☐ Klinikler

- Yoğun Bakım
- Poliklinik
- Laboratuvar ve Röntgen
- İdare
- Acil
- Diğer



Ek-3. Örgütsel Bağlılık Ölçek Soruları

1. Meslek hayatımın kalan kısmını bu kuruluşta geçirmek beni çok mutlu eder.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

2. Bu kurumun sorunlarını gerçekten kendi sorunlarım gibi görüyorum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

3. Kurumuma karşı güçlü bir aitlik duygusu hissetmiyorum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

4. Bu kuruluşta kendimi “duygusal olarak” bağlı hissetmiyorum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

5. Kendimi kurumda “ailenin bir parçası” gibi hissetmiyorum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

6. Bu kurum benim için çok büyük kişisel anlam ifade ediyor.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

7. Bu kurumda çalışmaya devam etmem kendi isteğim olduğu kadar aynı zamanda bir zorunluluktur.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

8. Şu anda istesem bile bu kurumdan ayrılmak benim için çok zor olurdu.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

9. Şu anda kurumumdan ayrılmak istediğime karar versem hayatımın çoğu alt üst olurdu.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

10. Bu kurumdan ayrılmayı göze alamayacak kadar az alternatifim olduğunu hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

11. Bu kuruma kendimden bu kadar çok şey vermemiş olsaydım başka bir yerde çalışmayı düşünebilirdim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

12. Bu kurumu bıraktığımda ortaya çıkacak birkaç olumsuzluktan biri de mevcut iş olanaklarının azlığıdır.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

13. Bu kurumda çalışmaya devam etmek için herhangi bir zorunluluk hissetmiyorum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

14. Benim için avantajlı olsa da kurumdan ayrılmanın doğru olmadığını düşünüyorum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

15. Şu anda kurumdan ayrılırsam kendimi suçlu hissederim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum

- ☐ Kesinlikle katılıyorum

16. Bu kurum benim sadakatimi hak ediyor.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

17. Buradaki insanlara karşı yükümlülük hissettiğim için bu kurumdan şu anda ayrılamazdım.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

18. Bu kuruma çok şey borçluyum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

ÖZGEÇMİŞ

Sevci Çakırcalı, 29 yıla yakın kamu hastanelerinde görev yapmıştır. 1990 yılında Bakırköy Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olup S.B. Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi'nde 1995'e kadar çalıştı. 1996'ya kadar Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden sonra 1999'a kadar S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştı. 2019'da emekliliğine kadar sırasıyla Karabük, Afyonkarahisar ve Tekirdağ'da çeşitli kamu kurumlarında hemşirelik yaptı. 2011 Atatürk Üniversitesi SBF Hemşirelik Lisans ile 2020 Atatürk AÖF Sosyoloji Lisans mezunu ve 2019-2021 Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü'nde yüksek lisans öğrencisidir.

