

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

**İşletme Anabilim Dalı  
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı**

**PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK  
KURULUŞLARINDAKİ ETİK YÖNETİM  
YAKLAŞIMLARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ  
MOTİVASYONUNA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Maleyka HAJİYEVA**

Danışman  
Doç. Dr. Gülay TAMER

**İstanbul – 2023**



## TEZ TANITIM FORMU

**Yazar Adı Soyadı** : Maleyka HAJIYEVA

**Tezin Dili** : Türkçe

**Tezin Adı** : Pandemi Sürecinde Sağlık Kuruluşlarındaki Etik Yönetim Yaklaşımlarının Sağlık Çalışanlarının Motivasyonuna Etkisi

**Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**Anabilim Dalı** : İşletme

**Tezin Türü** : Yüksek Lisans

**Tezin Tarihi** : 10.01.2023

**Sayfa Sayısı** : 116

**Tez** : Doç. Dr. Gülay TAMER

**Danışmanları**

**Dizin Terimleri** : Etik, Yönetim, Sağlık Kurumları, Çalışan Motivasyonu

**Türkçe Özet** : Çalışmanın amacı; Covid 19 pandemi sürecinde etik ilkeleri doğrultusunda Azerbaycan'daki sağlık kurumlarının yönetimi ve çalışanların motivasyonuna nasıl etki ettiğinin incelenmesidir. Bu yönde ilk olarak dünyada pandeminin boyutunun ve sağlık kurumlarındaki yönetiminin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

*İmzası*

*Maleyka HAJIYEVA*

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

**İşletme Anabilim Dalı  
Sağlık Yönetimi Bilim Dalı**

**PANDEMİ SÜRECİNDE SAĞLIK  
KURULUŞLARINDAKİ ETİK YÖNETİM  
YAKLAŞIMLARININ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ  
MOTİVASYONUNA ETKİSİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Maleyka HAJİYEVA**

**Danışman  
Doç. Dr. Gülay TAMER**

**İstanbul – 2023**

## **BEYAN**

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

Maleyka HAJIYEVA

.../.../2023



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Maleyka Hajiyeva'nın "Pandemi Sürecinde Sağlık Kuruluşlarındaki Etik Yönetim Yaklaşımlarının Sağlık Çalışanlarının Motivasyonuna Etkisi" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından İşletme anabilim dalı, Sağlık Yönetimi bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

*İmza*  
Başkan *Doç. Dr. Gülay TAMER*  
(Danışman)  
*İmza*  
Üye *Dr. Öğr. Üyesi Binnur GÜRÜL*  
*İmza*  
Üye *Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ERKASAP*

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2023

*İmzası*  
*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

**Giriş:** Çalışmanın amacı, Covid 19 pandemi sürecinde, etik ilkeler doğrultusunda, Azerbaycan'daki sağlık kurumlarının yönetimi ve çalışanların motivasyonuna nasıl etki ettiğinin incelenmesidir. Bu yönde ilk olarak dünyada pandeminin boyutunun ve sağlık kurumlarındaki yönetiminin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra bu sürecin Türkiye'deki sağlık kurumlarının, yönetimde kullandığı yöntemlerin açıklanmasını amaçlamaktadır. Çalışmanın genel amacı, sağlık yönetiminin rolleri, sorumluluğunu sağlık yönetiminde yer alan etik ilkeler bağlamında analiz etmektir. Bu çalışma, günümüzde dünyadaki sağlık sorunları göz önüne alındığında sürekli genişleyen ve büyüyen sektördeki mevcut bilgilere değer katmaktadır. Bununla birlikte çalışma konusunu etkili bir şekilde tartışmak için aşağıdaki özel hedefler çalışma için çok önemlidir:

- Etik ilkeler yönünde sağlık yönetimi ve sağlık yöneticisinin rolünü analiz etmek
- Sağlık çalışanlarının işlevleri, sorumlulukları ve rolleri arasındaki farkı göstermek
- Sağlık yöneticilerinin temel yetkinlikleri ve yetenekleri arasındaki kontrast ve karşılaştırmaları göstermek

**Yöntem:** Araştırma, nicel araştırma yöntemlerinden deneysel olmayan tarama deseni ile hazırlanmıştır. Tarama deseni, bir evren içerisinde seçilen bir örneklem üzerinde yapılan çalışmalar ile evren genelindeki eğilim, tutum ve görüşlerin nicel olarak betimlenebilmesini sağlar. Tarama deseni, bir grubun belirli bir konu ya da sorun hakkındaki görüşlerinin bir dizi soru aracılığıyla belirlenmesidir. Seçilen grup içindeki bireylerden grubun mevcut durumunu belirlemeyi, görüş, inanç ve tutumları hakkında bilgi elde etmeyi sağlar. Örnekleme metodu olarak seçkili örnekleme şekillerinden kolay tesadüfi (rastsal) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tesadüfen seçilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle çalışma gerçekleştirilmiştir.

**Sonuç:** Bu çalışmada, sağlık sektörü çalışanları için etik yönetimin motivasyon üzerinde pozitif yönlü etkisi belirlenmiştir. Sağlık alanında oldukça değişiklik ve inkişaf vardır. Sağlık kurumları başarı göstermiş olabilmek için bu gelişimleri yakından takip etmeli ve çalışanlar bu mevzularla alakalı bilgilendirilmelidir. Sağlık

mensuplarının motivasyonuna tesir eden örgütsel ve yönetsel faktörlerin başında; iletişim, amaç birliği, yetki ve sorumluluklar, fizyolojik çalışma koşulları gelmektedir. Sağlık mensupları değişik meslek gruplarından oluşmaktadırlar ancak beraber, ahenkle çalışırlarsa başarı elde edebilirler. Bunun için tıp kuruluşlarının yöneticilerine büyük yükümlülükler düşmektedir. Kurum çalışanlarına kurumun amaçları aydın bir şekilde belirtilmeli ve benimsetilmelidir. Çalışanların tek bir maksat için toplanmaları sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Etik, Yönetim, Sağlık Kurumları, Çalışan Motivasyonu



## SUMMARY

**Preamble:** The aim of the study is to examine the management of health institutions in Azerbaijan and how it affects the motivation of employees in line with the ethical principles during the Covid 19 pandemic process. In this direction, it was first aimed to examine the size of the pandemic in the world and its management in health institutions. Then, this process aims to explain the methods used in the management of health institutions in Turkey. The general purpose of the study is to analyze the roles, responsibilities and ethical principles of health management. This study adds value to the existing knowledge in the ever-expanding and growing sector, given the health problems in the world today. However, in order to effectively discuss the study topic, the following specific objectives are crucial for the study:

- Analyzing the role of health management and health manager in line with ethical principles
- Demonstrate the difference between the functions, responsibilities and roles of healthcare professionals
- Demonstrate contrasts and comparisons between the core competencies and abilities of health managers

**Method:** The research is a non-experimental quantitative screening method. In this study, the screening pattern, one of the quantitative research methods, was used. The screening pattern enables the quantitative description of trends, attitudes and opinions across the universe through studies on a sample selected within a universe. The screening pattern is the determination of a group's views on a particular topic or problem through a series of questions. It enables individuals within the selected group to determine the current status of the group and to obtain information about their opinions, beliefs and attitudes. Simple random sampling method, one of the selective sampling methods, was used as the sampling method. The study was conducted with people who were randomly selected and volunteered to participate in the study.

**Conclusion:** In this study, the positive effect of ethical management on motivation was determined for healthcare professionals. There is a lot of change and development in the field of health. Health institutions should closely follow these developments in order to be successful and employees should be informed about these issues. One of

the organizational and managerial factors affecting the motivation of healthcare professionals is communication, unity of purpose, authorities and responsibilities, and physical working conditions. Healthcare professionals consist of different occupational groups. Success can only be achieved if they work together in harmony. For this, the managers of health institutions have great obligations. The objectives of the institution should be clearly stated and adopted by the employees of the institution. Employees have to be ensured to gather around a single purpose.

**Keywords:** Ethics, Management, Health Institutions, Employee Motivation



## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ .....	ix
ÖNSÖZ .....	x
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### SAĞLIK KURUMLARINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ

1.1.	Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi Kavramı.....	4
1.2.	Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması .....	5
1.2.1.	Koruyucu Sağlık Hizmetleri. ....	6
1.2.1.1.	Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	7
1.2.1.2.	Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	8
1.2.2.	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
1.2.2.1.	Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	10
1.2.2.2.	İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri .....	11
1.2.3.	Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri .....	11
1.2.4.	Sağlığın Geliştirilmesi Hizmeti.....	13
1.3.	Sağlık Yönetiminin Özellikleri .....	15
1.4.	Sağlık İşletmelerinde Etik Yönetimi .....	17
1.4.1.	Etik İlkeler.....	18
1.5.	Covid-19 Salgını.....	20
1.5.1.	Başlangıcı ve Yayılması.....	22
1.5.2.	Salgına Karşı Savaş .....	23

### İKİNCİ BÖLÜM

#### COVID-19 SÜRECİNİN DÜNYA ÜLKELERİ ÜZERİNDE YÖNETİLMESİ

2.1.	Dünya Ülkelerinde hastalığın yayılımı.....	26
2.1.1.	Çin`de salgın yönetimi .....	29

2.1.2.	Avrupa`da salgın yönetimi.....	33
2.2.	Dünya ülkelerinin sağlık sistemi .....	36
2.2.1.	Virüsün ülkelerin sağlık hizmetlerine etkisi .....	39
2.2.2.	Virüsün dünya ülkelerinin ekonomisine etkileri .....	40
2.3.	Sağlık Çalışanlarının Bu süreçteki rolü .....	43

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### MOTİVASYON KAVRAMI VE TANIMI

3.1.	Motivasyon kavramı.....	45
3.2.	Çalışanların Motivasyonu .....	46
3.3.	Motivasyona etki eden faktörler.....	47
3.4.	Motivasyon Teorileri.....	47
3.5.	Pandeminin Sağlık Çalışanları motivasyonuna etkisi .....	50

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEMLER

4.1	Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	53
4.2	Araştırmanın Deseni.....	54
4.3	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	54
4.4	Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları .....	57
4.5	Veri Toplama Aracı.....	57
4.6	Verilerin İstatistiksel Analizi .....	57
4.7	Anketin Güvenilirlik Analizi.....	58
4.8	Araştırmanın Hipotezleri.....	58

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### BULGULAR

5.1	Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	60
5.2	Ölçeklere Yönelik Yüzde Dağılım Bilgileri .....	63
5.3	Korelasyon Analizi.....	77
5.4	Regresyon Analizi .....	78
5.5	Boyutlara Yönelik Tanımlayıcı İstatistik Bilgiler ve Normallik Test Sonuçları .	81
5.6	Grup Farklılığı Analizleri.....	82
<b>TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>		<b>87</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>		<b>101</b>
<b>EKLER .....</b>		<b>111</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>		<b>116</b>

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> 04 Ekim 2020 itibariyle DSÖ Bölgesine göre yeni bildirilen ve kümülatif COVID-19 doğrulanmış vakalar ve ölümler.....	22
<b>Tablo 2.</b> Ülkelere göre 19 Ekim 2020 itibarıyla dünya genelinde koronavirüs (COVID-19) vaka sayısı .....	26
<b>Tablo 3.</b> Ülkelere göre 19 Ekim 2020 itibarıyla dünya çapında yeni koronavirüs (COVID-19) ölümlerinin sayısı .....	27
<b>Tablo 4.</b> 2020 itibariyle dünya çapında salgınlara karışan virüslerin enfeksiyon oranları (enfekte kişi başına).....	28
<b>Tablo 5.</b> Koronavirüs (COVID-19) vakalarının dünya çapında seçili ülkelerde 19 Ekim 2020 itibarıyla dağılımı .....	28
<b>Tablo 6.</b> Türe göre 19 Ekim 2020 itibarıyla dünya çapında ilaçlar ve aşılar için yapılan koronavirüs (COVID-19) klinik deneme sayısı .....	29
<b>Tablo 7.</b> Bölgelere göre 19 Ekim 2020 itibarıyla Büyük Çin'de yeni koronavirüs COVID-19 enfeksiyonu, ölüm ve iyileşme vakalarının sayısı.....	30
<b>Tablo 8.</b> Seçilen sağlık sistemi sıralamasının genel özellikleri.....	38
<b>Tablo 9.</b> Örneklemi Oluşturan Hastaneler ve çalışan sayıları .....	54
<b>Tablo 10.</b> Örneklem Büyüklükleri Tablosu.....	55
<b>Tablo 11.</b> Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları.....	58
<b>Tablo 12.</b> Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık ve Yüzde Dağılımı .....	60
<b>Tablo 13.</b> Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık ve Yüzde Dağılımı.....	60
<b>Tablo 14.</b> Eğitim Durumuna Yönelik Sıklık ve Yüzde Dağılımı.....	61
<b>Tablo 15.</b> Kurumdaki Görevine Yönelik Sıklık ve Yüzde Dağılımı.....	62
<b>Tablo 16.</b> Etik Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım .....	63
<b>Tablo 17.</b> Motivasyon Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım.....	71
<b>Tablo 18.</b> Etik ile Motivasyon Korelasyon Analizi.....	78
<b>Tablo 19.</b> Etik Yönetimin Motivasyona Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları .....	79
<b>Tablo 20.</b> Etik Yönetim Alt Boyutlarının İş ile Alakalı Motivasyon Alt Boyutuna Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları .....	79
<b>Tablo 21.</b> Etik Yönetim Alt Boyutlarının İş Dışı Motivasyon Alt Boyutuna Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları.....	80
<b>Tablo 22.</b> Etik Yönetim Alt Boyutlarının Motivasyona Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları.....	81
<b>Tablo 23.</b> Boyutlara Yönelik Tanımlayıcı İstatistik Bilgiler ve Normallik Test Sonuçları .....	82
<b>Tablo 24.</b> Cinsiyet Açısından Mann-Whitney U Sınaması Sonuçları.....	82
<b>Tablo 25.</b> Yaş Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları.....	83
<b>Tablo 26.</b> Eğitim Durumu Açısından Mann-Whitney U Sınaması Sonuçları.....	84
<b>Tablo 27.</b> Kurumdaki Görevi Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları.....	84

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> 31 Mart 2020 saat 10:00 itibariyle son 7 günde COVID-19 vakalarının bildirildiği ülkeler, bölgeler .....	24
<b>Şekil 2.</b> İlişki Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı .....	56
<b>Şekil 3.</b> Grup Farklılığı Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı .....	56
<b>Şekil 4.</b> Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği .....	60
<b>Şekil 5.</b> Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği .....	61
<b>Şekil 6.</b> Eğitim Durumuna Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği .....	62
<b>Şekil 7.</b> Kurumdaki Görevlerine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği .....	63



## EKLER LİSTESİ

**EK-A** “Etik Yönetim Yaklaşımlarının Sağlık Çalışanlarının Motivasyonuna Etkisi”  
Anket Formu



## ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Gülay TAMER'e ilgisini ve önerilerini esirgemediği için teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Çalışmalarım boyunca yardımını hiç esirgemeyen değerli arkadaşlarım doktor Zehra ALESGERLİ, dr. Fidan MEHDİYEVA, Aynur ASLANOVA ve tüm arkadaşlarıma, sevgili nişanlıma teşekkür ederim.

Ve en önemlisi eğitim hayatımı istediğim şekilde yaşamam için karşılaştığım tüm zorluklarda yanımda olan çok değerli Annem dr. Vefa MUSTAFAYEVA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Maleyka HAJİYEVA

## GİRİŞ

Bölgesel sağlık hizmetleri sistemlerinin gelişimi ve işleyişi; demografik, ekonomik, sosyal göstergelere ve halk sağlığı göstergelerindeki bozulmaya yansıyan bir bütün olarak sağlık sistemine özgü kriz anlarının varlığı ile karakterize edilmektedir. Tıbbi bakımın mevcudiyeti ve kalitesinde, özellikle de yüksek teknolojik türleri konusunda ciddi sorunlar bulunmaktadır. “Ulusal Sağlık” projesinin uygulanması çerçevesinde önemli mali kaynakların tahsisi, sağlık tesislerinin yeniden yapılandırılması ve çeşitli tıbbi bakım sağlayan kuruluşların yakın koordinasyonu olmadan olumlu bir sonuç vermeyecektir. Bütçe fonlarının dağıtımı eşit bir sosyal ve ekonomik yapıya sahip olmalıdır. Bu nedenle sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri sektörüne ciddi bir ek yatırıma ihtiyaç duymaktadır. Sağlık çalışanlarının, bölge doktorlarının, hemşirelerin ve uzmanların çalışmalarını motive etme ve teşvik etme sorunu aciliyetini korumaktadır. Son yıllarda önemli miktarda fon tahsis edilmesine rağmen bölgesel sağlık sisteminin maddi ve teknik temelinin durumu da dikkat gerektiren bir konudur.

Pandemi döneminde hem bölgelerdeki sosyo-ekonomik durumun istikrara kavuşturulması hem de çalışmayan nüfusun tıbbi bakımına ilişkin yükümlülüklerinin bütçe tarafından yerine getirilmesi, asgari kalite standartlarının geliştirilmesi ve benimsenmesi ile ilişkili olan bölgesel planda, vatandaşları için tıbbi bakım koşullarının eşitlenmesi özel bir sorun olarak adlandırılmalıdır. Bununla birlikte şu anda, kalitenin ölçülmesi ve sunulan hizmetlerin nihai sonucu ile ilgili çeşitli metodolojik sorunlar çözümsüz kalmaktadır. Bölgelerde sağlık sistemi tarafından sağlanan ücretli hizmetlerin sayısı, ücretsiz verilmesi gerekenleri bile geçmektedir.

Bütçe finansmanı ve zorunlu sağlık sigortası fonlarından hizmetlerin ödenmesi, büyük ölçüde, hükümetin ve toplumun tüm düzeylerinde sistematik, tutarlı, koordineli eylemlere izin veren ve dönüşebilecek yeni sağlık bakım kurumlarını büyütmeyi amaçlayan ve şu anda yürürlükte var olmayan ama gerek duyulan yasaların eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Çeşitli düzeylerdeki yönetim organlarının ve zorunlu sağlık sigortası organlarının yetkilerinin sınırlandırılmasına ilişkin bir dizi sorun çözülmeyen kalmıştır. Güçlerin bir kopyası, güç alanları çatışması veya bir dizi yapının sağlık problemlerini çözmekten kendi kendini yok etmesi sonucunda güç felci meydana gelmektedir. Sağlık kurumları ise kendi kendine yaşamanın eşiğine gelmektedir. Bölgesel sağlık sistemlerinin yönetimi, bölgedeki mevcut sosyo-ekonomik durum, demografik süreçler, nüfusun halk sağlığı durumu ve diğer

göstergeler dikkate alınarak yapılmalıdır. Bu, bölgesel sosyo-ekonomik sağlık hizmetleri sistemini yönetmek, belirli sorunları çözmek ve işleyişinin verimliliğini artırmada belirli önlemleri uygulamak için uygun bir stratejinin geliştirilmesini ifade etmektedir. Bu sorunlar, söz konusu çalışmanın sorunlarının geçerliliğini ve güncelliğini vurgulayan ekonomi literatüründe yeterince ele alınmamıştır.

Çalışma, teorik hükümlerin geliştirilmesinin yanı sıra, bu sistemin özelliklerini dikkate alarak sağlık yönetimi yöntemlerini ve araçlarını kullanarak Covid-19 döneminde bölgesel sosyo-ekonomik sağlık sisteminin yönetim süreçlerini incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın amacı, etik ilkeleri ile sağlık yönetimi açısından Azerbaycan`da Covid 19 pandemi sürecinin yönetilme yöntemlerinin çalışanların motivasyonuna nasıl etki ettiğinin incelenmesidir. Bu yönde ilk olarak dünyada pandeminin boyutunun ve sağlık yönetiminin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra bu sürecin Türkiye`de yönetilmesi ve yöntemlerinin açıklanması amaçlanmıştır. Çalışmanın genel amacı, sağlık yönetiminin rollerini ve sorumluluğunu, sağlık yönetiminde yer alan etik ilkeler bağlamında analiz etmektir. Bu çalışma, dünyadaki sağlık sorunları göz önüne alındığında sürekli genişleyen ve büyüyen sektörlerdeki mevcut bilgilere değer katmaktadır. Bununla birlikte çalışma konusunu etkili bir şekilde tartışmak için aşağıdaki özel hedefler oldukça önemlidir:

- Etik ilkeler ışığında sağlık yönetimi ve sağlık yöneticisinin rolünü analiz etmek,
- Sağlık çalışanlarının işlevleri, sorumlulukları ve rolleri arasındaki farkı göstermek,
- Sağlık yöneticilerinin temel yetkinlikleri ve yetenekleri arasındaki kontrast ve karşılaştırmaları göstermek.

Pandemi döneminde sağlık kuruluşlarının dinamik dış ortamı göz önüne alındığında bir liderin değişikliklere hızlı bir şekilde uyum sağlayabilecek ve iç ihtiyaçları karşılayabilecek etik bir teşvik sistemi oluşturması önemlidir. Sağlık sisteminde doktor ve hemşirelerin motivasyonu, verimliliklerini belirleyen ve bir bütün olarak sektörün başarısını etkileyen temel bir unsurdur. Azerbaycan da dahil olmak üzere gelişmekte olan ülkelerdeki çoğu tıbbi kuruluştaki motivasyon sisteminin yeterince gelişmiş olmadığı unutulmamalıdır. Azerbaycan'da doğru motivasyon sistemi, bu sorunların çözülmesine ve doktorların, hemşirelerin performanslarının iyileştirilmesine yardımcı olacaktır.

Araştırmanın hangi alanda ve nasıl yapılacağı eğer tatbiki bir çalışma ise, araştırmanın nasıl bir örneklem üstünde uygulanacağı, araştırma için hangi veri toplama araçlarının kullanılacağı açıklanacaktır. Ayrıca uygulamanın yapılacağı yer belirtilecek ve çalışma için katılımı ihtiyaç duyulan yer ya da bölgeler yazılacaktır. Araştırmanın tahmini bitiş süresi belirtilip var ise maliyetinin nereden finanse edileceği, herhangi bir yerden desteklenip desteklenmeyeceği belirtilecektir. Tıbbi bir organizasyonda motivasyon sistemini oluşturan çeşitli teşvikler bulunmaktadır. Sağlık yönetiminde etik yönetim ilkeleri çalışanın iç motivasyonunu etkileyebilmekte ve maksimum çalışma arzusunun daha iyi ve daha fazla olmasına neden olabilmektedir.

Araştırma yöntemleri, araştırmanın yürütülmesi ile ilgilidir. Genel metodolojide çalışma, araştırma metodolojisi, araştırma tasarımı, araştırma alanı, hedef popülasyon, prosedürle birlikte örnekleme boyutu, cihaz güvenilirliğinin gelişimi ve cihazların geçerliliği, veri toplama önlemleri, veri işleme ve analizi ve etik hususları inceler. Bunlar araştırma yönteminin temelini oluşturmaktadır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## SAĞLIK KURUMLARINDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ

### 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi Kavramı

Sağlık hizmetleri, nüfusa garantili tıbbi ve sosyal yardım hacminin temin edilmesini sağlayan bir sosyo-ekonomik ilişkiler sistemidir. Tıbbi faaliyet alanının varlığı, işleyişi ve gelişmesinin modern nesnel koşulu, bu konuyu araştıran çoğu uzmana göre bütünsel bir organizasyonel sistem olan sağlık hizmetidir. Vatandaşların sağlığının korunması, her bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığını korumayı ve güçlendirmeyi, aktif uzun vadeli yaşamını sürdürmeyi ve tıbbi yardım sağlamayı amaçlayan, siyasi, ekonomik, yasal, sosyal, kültürel, bilimsel, tıbbi, sıhhi-hijyenik ve anti-salgın nitelikte bir dizi önlemdir(Rosen, 2015).Bu önlemleri uygulamak için özel sosyal kurumlar oluşturulmaktadır(Axworthy, 2001). Sağlık, milletin ve her bireyin yaşam desteğinin sistemi ve gündelik gerçekliğidir. Milletin en önemli güvenlik kurumlarından biridir ve uygar bir devletin en yüksek önceliğidir.

Çoğu sosyal endüstri gibi sağlık da stratejik bir endüstridir. Düşük bir gelişme seviyesi, nüfusun bozulmasına ve sosyal huzursuzluğa yol açabilmektedir. Hükümetin öncelik vermesini gerektiren tam da endüstrinin bu stratejik önemidir.(WHO, 2007).

Sağlık hizmetleri, devlet makamları, kurucu birimlerin devlet makamları, yerel öz yönetim organları tarafından yürütülen sıhhi örgütler, yetkilileri ve diğer kişiler; vatandaşların hastalıklarını önlemek, her bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak ve güçlendirmek, uzun aktif yaşamını sürdürmek ve tıbbi bakım sağlamak ve anti-salgın (önleyici) nitelikler dahil olmak üzere siyasi, ekonomik, yasal, sosyal, bilimsel, tıbbi önlemleri sağlamak için özel bir devlet faaliyeti alanıdır. İnsan sağlığı hakkı, uluslararası hukukta İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile tanınmaktadır: Herkesin, gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda güvende olma hakkı vardır. (Beyannamesi, 1948).

Dünya Sağlık Örgütü, ülkedeki sağlık durumunu karakterize eden 4 genelleştirilmiş gösterge kategorisi belirlemiştir(Constitution, 1946):

1. Sağlık politikasına ilişkin göstergeler
2. Sosyal ve ekonomik göstergeler
3. Tıbbi ve sosyal yardım sağlanmasının göstergeleri
4. Sağlık durumu göstergeleri

Sağlık sisteminin optimizasyonu, devletin sosyo-ekonomik politikasının önemli bir parçasıdır. Bu nedenle sağlık hizmetleri; hedeflerin birliği, hizmetlerin etkileşimi ve sürekliliği (terapötik ve önleyici) ile nitelikli tıbbi bakımın evrensel mevcudiyeti ve gerçek bir insani yönelim ile bir devlet sistemi olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri sistemi ancak paydaşların her birinin ihtiyaçlarını hesaba katarsa ve dahası, memnuniyet düzeylerini sürekli izlerse etkili ve verimli olabilmektedir (HealthAssembly, 1995). Son yıllarda, bölgede sağlık hizmetlerinin modernizasyonu aktif olarak gerçekleştirildi. Aynı zamanda, mevcut aşamada sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesindeki ana yön; anneliğin ve çocukluğun korunması, kadın ve çocukların sağlığının güçlendirilmesi için optimal sosyo-ekonomik, yasal ve mediko-sosyal koşulların oluşturulması, aile planlaması, tıbbi ve demografik sorunların birbirinden ayrılmadan çözülmesi olmalıdır.(Youde, 2005)

Modern koşullarda önemli bir sağlık sorunu, tıp hukukunun normlarını düzenleyen ve sağlık hizmetlerinin çeşitliliğini ilan eden mevzuatın, sağlık sisteminin tüm bağlantılarının örgütsel birlik oluşturmaması, bu alanın yönetimini zorlaştırması ve sağlığın korunması alanında hedeflenen bir devlet politikası yürütme olanaklarını daraltması ve ayrıca engellemesidir. Halk sağlığının korunmasının tüm alanlarında tek tip standartların oluşturulması, daha sonra sağlık reformu sürecinde, hükümetin farklı düzeylerinde sağlık hizmetlerine ilişkin belirsiz bir yasal düzenleme olduğu için sağlık hizmetleri sistemindeki katılımcıların sorumluluklarının paylaşımında belirsizlik ve faaliyetlerinin koordinasyonu nedeniyle bölünmüş olarak açıkça ifade edilmektedir. Bu nedenle bu alanın tam olarak işleyebilmesi için bütünsel bir organizasyonel yönetim yapısı geliştirilmelidir.

## **1.2. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması**

Field'ın sağlık hizmeti türlerine erken işlevsel yaklaşımı batılı ve sosyalist ülkeleri içermektedir(Field, 1980). Temel kriterler, heterojen kaynaklar ve yüksek derecede

mesleki özerklik ile karakterize edilen çoğulcu bir tipe yol açan profesyonel özerkliğe karşı sağlık hizmetleri kaynakları (finansman, personel, bilgi ve meşruiyet) üzerindeki kamu kontrolünün kapsamıdır. Esas olarak çoğulcu üçüncü şahıs finansmanı ile tıp, sağlık kaynakları üzerindeki kamu kontrolünü profesyonel özerklikle birleştiren bir sağlık hizmeti sistemi ve devletin kaynaklar üzerinde tam kontrolü olması sebebiyle sosyalist bir tiptir.

Terris, pre-kapitalist sistemlerin kamu yardımı türüne karşılık geldiği, kapitalist sistemlerin sigorta türü ile eşleştiği ve sosyalist rejimlerin Ulusal Sağlık Hizmeti tipinin sağlık bakım sistemlerini geliştirdiği ekonomik sistemin doğasına dayalı küresel bir sınıflandırmayı hedeflemektedir(Terris, 1978). Farklı olarak Frenk ve Donabedian'ın yaklaşımı, belirli bir ülkede bir arada bulunan sağlık sistemi türlerini tanımlamayı amaçlamaktadır(Frenk & Avedis, 1987). Kapsayıcı soru, devletin sağlık hizmetleri programları üzerindeki kontrolünün kapsamıdır. Buradaki ana kriterler, eyalet bazlı finansmanın kapsamı ve hizmetler için uygunluk modüdür (vatandaşlık, katkı payı veya yoksulluk).

Benzer kriterlere dayanan zengin batı ülkelerinin OECD sınıflandırması, sağlık araştırmacıları tarafından düzenli olarak kullanılan üç türden oluşmaktadır(OECD, 2005). Sağlık hizmetinin kapsamı, finansmanı ve sunum şekli. Bunlar Ulusal Sağlık Hizmeti'ni sosyal sigorta modelinden ve özel sigorta modelinden ayırmaktadır. NHS modeli; evrensel kapsam, genel vergilerden finansman ve sağlık hizmeti sunumunun kamu mülkiyetine sahiptir. Sosyal sigorta modeli; genel kapsamı, esas olarak katkı paylarından ve kamu ya da özel dağıtımdan gelen finansmanla birleştirir. Son olarak özel sigorta modelinde teminat yalnızca aynı zamanda ana finansman kaynağı olan özel sigortaya dayanmaktadır. Teslimat, özel mülkiyet ile karakterizedir(Freeman & Lorraine, 2010).

### **1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.**

Önleyici sağlık hizmetleri, yaşamı tehdit eden hastalıkların olasılığını azaltmayı ve ciddi tıbbi durumların erken teşhisini amaçlamaktadır. Aşılar, kan testleri ve kanser tarama muayeneleri en çok bilinen koruyucu hizmetler arasındadır. Geleneksel bilgelik, bir hastalık erken bir aşamada teşhis edildiğinde iyileşmenin daha olası olduğunu öne sürmektedir. Bu nedenle önleyici hizmetlerin akıllıca kullanılması, bölgesel bir sağlık hizmetleri sisteminin genel verimliliğini ve etkililiğini

artırabilmektedir. Önleyici hizmetlere artan vurgu, son on yılda birçok sağlık reformu programının ayrılmaz bir parçası olmuştur(Goldsmith, 1989).

Önleyici hizmetler, belirgin bir hastalık belirtisi olmayan kişilere verilir. Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hasta kişilerin aksine, sağlıklı insanlar koruyucu bakımı ne zaman ve nerede alacakları konusunda daha fazla esnekliğe sahiptir. Bu nedenle tesislerin erişilebilirliği, koruyucu sağlık bakım programının başarısı için önemli bir faktördür. Geçmiş araştırmalar, sağlıklı insanların tıbbi bakım için hasta insanlardan önemli ölçüde daha kısa mesafelere seyahat etmeye istekli olduğunu göstermektedir(Weiss, Greenlick, & Jones, 1971). Hizmetler uygun yerlerde sunulmadıkça insanların katılma olasılığı yoktur. Diğer bir önemli faktör, koruyucu sağlık hizmetlerinin hacmi ve kalitesi arasındaki açık bağlantıdır. Örneğin, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), bir radyoloğun FDA akreditasyonunu korumak için en az 960 mamogramı yorumlamasını ve bir radyoloji teknisyeninin 24 ayda en az 200 mamogram yapmasını gerektirmektedir.

#### **1.2.1.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Çevrenin korunması, yaşam kalitesinin ve sağlıklı yaşam yıllarının artmasının anahtarıdır. Çevre; havayı, suyu, yiyecekleri, evleri ve toplulukları kapsamaktadır. Çevre ile olan ilişki sağlığı çeşitli şekillerde etkiler. Çevrenin önemli hastalıkların yüzde 80'den fazlasını önemli ölçüde etkilediği tahmin edilmektedir(Prüss-Üstün & A. and Corvalán, C. , The World Health Organization, 2006). Çevresel halk sağlığı programları, ABD sağlık sistemine yıllık 4,2 trilyon dolara mal olacağı tahmin edilen hastalıklardaki artışı önlemek ve ele almak için halk sağlığı stratejisinin bir parçasıdır. Kanıtlar, çevre hastalıklarının büyük bir kısmının temiz su, temiz hava ve temel güvenlik önlemleri gibi uygun maliyetli müdahalelerle önlenebileceğini göstermektedir(Prüss-Üstün & A. and Corvalán, The World Health Organization, 2006).

Sağlığı olumsuz etkileyen çevresel faktörler geniş kapsamlıdır ve havadaki, sudaki, topraktaki, gıdalardaki, doğal afetlerdeki ve barınaktaki tehlikeli maddelere maruz kalmayı içerebilmektedir. Çevre sağlığı hizmetleri, insanlar ve bu çevre tehlikeleri ile ilgili hastalıkları, yaralanmaları ve sakatlıkları önlemede veya kontrol etmede aracıdır. Çevresel halk sağlığı müdahaleleri her Amerikalının hayatına dokunmaktadır. Bunlar

arasında güvenli içme suyu, solunacak temiz hava, yiyecek için güvenli yiyecek, zehirli atık gibi rahatsızlıklardan arınmış mahalleler ve kurşun gibi tehlikelerden korunan evler yer alabilmektedir. Ulusal Şehir ve İlçe Yetkilileri Birliği tarafından yapılan yakın tarihli bir araştırma, yerel sağlık departmanları tarafından en sık sağlanan çevre sağlığı hizmetlerinin gıda güvenliği güvencesi, vektör kontrolü, yeraltı suyu koruması, iç mekân hava kalitesi ve kirliliğin önlenmesidir(NACCHO, 2014) der. Çevre Koruma Ajansı kurulduğundan ve çevresel halk sağlığı programlarının genişlediğinden bu yana 40 yıldan fazla bir süredir Amerikalılar, yerel ve eyalet çevre sağlığı programları tarafından yürütülen kritik çalışmalar hakkında, bu çalışmanın maliyetleri ve faydaları dahil olmak üzere sınırlı bir anlayışa sahip olmaya devam etmektedir.

### **1.2.1.2.Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Sağlık hizmeti soyut bir üründür ve imal edilmiş mallar gibi fiziksel olarak dokunulamaz, hissedilemez, izlenemez, sayılamaz veya ölçülemez. Somut ürünler üretmek, üretim süreci boyunca ve daha sonra kullanımda kalite açısından örneklenip test edilebildiğinden, niceliksel önlemlere olanak tanımaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetinin kalitesi, soyutluğu nedeniyle hizmet sürecine, müşteri ve hizmet sağlayıcı etkileşimlerine bağlıdır(Joss & Kogan, 1995). Tutarlılık, bütünlük ve etkinlik gibi bazı sağlık hizmeti kalitesi boyutlarının müşterinin öznel değerlendirmesinin ötesinde ölçülmesi zordur. Üreticiler, müşteriler, yerler ve zaman arasında farklılık gösteren tutarlı sağlık hizmetlerini yeniden üretmek genellikle zordur. Bu "heterojenlik", farklı profesyonellerin (örn. Doktorlar, hemşireler, vb.) hizmeti farklı ihtiyaçları olan hastalara sunması nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Hizmet operasyonlarında kalite standartları oluşturmak daha zordur. Sağlık mesleği mensupları; eğitim / öğretim, deneyim, bireysel yetenekler ve kişilikler gibi faktörler değiştiği için hizmetleri farklı şekilde sunmaktadırlar(McLaughlin & Kaluzny, 2006).

Sağlık hizmetleri aynı anda üretilir ve tüketilir ve daha sonra tüketilmek üzere depolanamaz. Bu, kalite kontrolünü zorlaştırır çünkü müşteri satın almadan ve tüketimden önce "kaliteyi" yargılayamaz. Üretilen malların aksine, son bir kalite kontrolüne sahip olma olasılığı daha düşüktür. Bu nedenle sağlık hizmetleri sonuçları garanti edilemez. Donabedian sağlık hizmeti kalitesini "tıp bilimi ve teknolojisinin, riski artırmadan sağlığa faydasını maksimize edecek şekilde uygulanması" olarak tanımlamıştır(Donabedian, 1980). Övretveit, kaliteli bakımı "hasta beklentilerini aşan

ve mevcut kaynaklarla mümkün olan en yüksek klinik sonuçlara ulaşan bakım sağlanması” olarak tanımlamaktadır (Øvretveit, 1992).

Sağlık hizmeti kalitesini iyileştirmek için üç boyuta dayalı bir sistem geliştirildi; profesyonel kalite, müşteri kalitesi ve yönetim kalitesi. Profesyonel kalite, profesyonel olarak değerlendirilmiş tüketici ihtiyaçlarının doğru teknikler ve prosedürler kullanılarak karşılanıp karşılanmadığına ilişkin görüşlerine dayanmaktadır. Müşteri kalitesi, doğrudan yararlanıcıların hizmetlerden istediklerini aldıklarını hissedip hissetmediklerini ifade etmektedir. Yönetim kalitesi, hizmetlerin kaynak açısından verimli bir şekilde sunulmasını sağlamaktır.

Schuster ve diğerlerine göre, iyi sağlık hizmeti kalitesi, "hastalara teknik açıdan yetkin bir şekilde, iyi bağ oluşturma, birlikte karar alma ve kültürel hassasiyet ile uygun hizmetler sunmak" anlamına gelmektedir. Bu sağlık hizmetleri profesyonel standartları karşılamalıdır. Öte yandan, kalitesizliğin oldukça fazla bakım (örneğin, ilişkili riskler ve yan etkilerle beraber lüzumsuz testler ve ilaçlar sağlamak), çok az bakım (örneğin, endike bir teşhis testi veya hayat kurtarıcı bir cerrahi prosedür sağlamamak) veya yanlış anlamına geldiğine inanmaktadırlar(Schuster, McGlynn, & Brook, 1998).

Leebov ve diğerleri, kaliteli sağlık hizmetinin doğru ve etik şey olduğuna inanmaktadır ( Leebov, Jean, & Ersoz, 2003). Sağlık hizmeti kalitesinin “doğru şeyleri doğru yapmak ve devamlı iyileştirmeler yapmak, olası en iyi klinik neticeyi elde etmek, bütün müşterileri memnun etmek, yetenekli çalışanı elde tutmak ve sağlam finansal performansı sürdürmek” anlamına geldiğini savunmaktadırlar. Lohr için kaliteli sağlık hizmeti “bireyler ve nüfus için sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarının olasılığını artırma derecesi ve mevcut mesleki bilgilerle tutarlıdır” (Lohr, 1991). Buna göre kaliteli sağlık hizmeti hedefi, hasta için istenen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırmaktır. Bu tanım aynı zamanda sağlık hizmetleri sağlanırken mesleki bilginin uygulanmasının önemini vurgulamaktadır.

### **1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

İyileştirici bakım veya iyileştirici tıp, bir tedavinin elde edilebilir olduğu veya hatta muhtemelen böyle olduğu ve bu amaca yönelik olduğu tıbbi durumlar için verilen sağlık hizmetidir. Tedavi edici bakım, ilaçlarla ve aşılarla, egzersiz, uygun beslenme

alışkanlıkları ve diğer yaşam tarzı sorunları gibi tekniklerle hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlayan koruyucu bakımdan ve semptomların şiddetini azaltmaya odaklanan palyatif bakımdan farklıdır(Treatment, up 2020).

### **1.2.2.1.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Temel sağlık hizmetleri yönetimi, sağlık hizmetlerinde sosyal sağlığın iyileştirilmesi, önlenmesi ve rehabilitasyonu için gerekli bir yaklaşım veya felsefedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri için dünya hareketi, sağlık hizmetlerinde reformda ve tedaviden korunmaya yönelik küresel tutumu değiştirmede çok etkiliydi. Temel sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerini temel olarak sağlık departmanı dışında olan bazı ana faktörlerle ilişkilendirmiştir(Shadpoor & Pilehroodi , 2003).

Son yirmi yılda, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık bakım sistemlerinin çoğu, birinci basamak sağlık hizmetleri ilkeleri temelinde oluşturulmuştur. İran'da İslam devriminden sonra sağlık sistemi, devrim öncesi deneyimlere ve sahada ortaya çıkan yeni sorunlara dayalı olarak tasarlanmış ve bu konuda pek çok önemli kazanımlar bulunmuştur.r(Shadpoor & Pilehroodi , 2003). Günümüzde küreselleşme, kentleşme gibi bazı ana konular, yoksulluk ve doğal afetlerin yanı sıra hastalık modelindeki değişimler, birinci basamak sağlık hizmetlerini karmaşık hale getirmiştir ve birinci basamak sağlık hizmeti fikrine dayalı sağlık sistemlerinde reform yapılması kaçınılmazdır (Jamshid Beigi , 2002).

Sağlık sistemi, diğer sağlık sistemleri gibi hızlı sosyoekonomik ve teknolojik değişimlerin olduğu bir ortamda çalışmaktadır (Jabari, 2006). Kentleşmenin artması, nüfusun değişmesi ve genç, orta yaş ve bir dereceye kadar yaşlı nüfusun önemli ölçüde artması, yaşam tarzı ve hastalık modelinde değişiklik, ölümlerin ana nedeninin kardiyovasküler hastalıklara, kazalara ve kansere dönüşmesi, gerekli olan gerekçelerden bazılarıdır. Ağların sistemi, temelde bulaşıcı hastalıkların üstesinden gelmek için tasarlandığından ve sosyal müdahaleler için herhangi bir politikaya sahip olmadığından, birinci basamak sağlık hizmetlerinde başarılı olamamıştır, bu nedenle ikinci ve üçüncü seviyelere atıfta bulunmada başarısız olmuştur. Bu durum, özellikle birinci basamakta sağlık yönetimi için uygun model üzerinde çalışmalar yapılmasının ve araştırma sonuçlarının sağlık hizmetlerinin kalitesinin, erişiminin ve verimliliğinin artırılması için kullanılması, memnuniyetin artırılması ve toplumun gerçek ihtiyaçlarına cevap vermesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

### **1.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcınız sizi bir uzmana sevk ettiğinde ikinci basamakta olursunuz. İkincil bakım, sizi neyin rahatsız ettiği konusunda daha spesifik uzmanlığa sahip biri tarafından bakılacak anlamına gelmektedir. Uzmanlar, vücudun belirli bir sistemine veya belirli bir hastalık veya duruma odaklanmaktadır. Örneğin, kardiyologlar kalbe ve kalp pompalama sistemine odaklanmaktadır. Endokrinologlar hormon sistemlerine odaklanmaktadır ve bazıları diyabet veya tiroit hastalığı gibi hastalıklarda uzmanlaşmıştır. Onkologların kanser tedavisinde uzmanlığı bulunmaktadır ve birçoğu belirli bir kanser türüne odaklanmaktadır (Mechanic & Meyer, 2000).

İkincil bakım, çoğu insanın, birinci basamak düzeyinde ele alınamayacak tıbbi bir rahatsızlığı olduğunda sona erdiği yerdir. Sigorta şirketiniz, doğrudan bir uzmana gitmek yerine PCP'nizden bir sevk almanızı isteyebilmektedir. Uzmanlık bakımı ile ilgili sorunların ortaya çıktığı zamanlar bulunmaktadır. Bunun bir nedeni, yanlış türde bir uzmana yönlendirilmiş olmanız olabilmektedir. Örneğin; ilk belirtileriniz, gerçekte farklı bir uzmanlık gerektiren başka bir durum olduğunu gösterebilmektedir (Negi, 2009).

Her biri farklı bir durumu tedavi ettiği düşünülürse birden fazla uzmanla görüşürken de sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu durumlarda, bakımınız tam olarak koordine edilmemiş olabilmektedir. Uzmanlar, herkesin diğerinin ne önerdiğini bilmesini sağlamak için birinci basamak sağlık ekibinizle birlikte çalışmalıdır.

### **1.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Rehabilitasyon, kronik hastalıklar ve rahatsızlıklar, yaralanmalar ve travma gibi, yaşlanmanın veya sağlık koşullarının bir sonucu olarak insanların günlük işlevlerinde sınırlamalar yaşadıkları veya yaşamaları muhtemel olduğunda gerekli müdahaleler dizisidir. İşlevsel sınırlamalara örnek olarak düşünme, görme, duyma, iletişim kurma, hareket etme, ilişki kurma veya bir işi sürdürme güçlüğü sayılabilir. Rehabilitasyon; teşvik, korunma, tedavi ve iyileştirme ile genel sağlık sigortasının temel bir parçasıdır (Belek, 2001). Rehabilitasyon; her yaşta insanın günlük yaşam aktivitelerine devam etmesini, yaşamda anlamlı bir rol oynamasını ve refahını en üst düzeye çıkarmasını sağlar.

Rehabilitasyon; hastalık (akut veya kronik), sakatlık, yaralanma ve travma dahil olmak üzere birçok sağlık durumunun etkilerini azaltabilir. Mükün olan en iyi sonuçların elde edilmesine yardımcı olmak için tıbbi ve cerrahi prosedürler gibi diğer tıbbi müdahaleleri tamamlayan oldukça entegre bir bakım şeklidir. Örneğin rehabilitasyon; omurilik yaralanması, felç ve kırıklar gibi birçok sağlık durumuyla ilişkili komplikasyonları önlemeye yardımcı olur. Rehabilitasyon, insanları kendi kendine yönetim stratejileri ve ihtiyaç duydukları yardımcı ürünlerle donatarak ağrı veya diğer komplikasyonları ele alarak kardiyovasküler hastalık, kanser ve diyabet gibi kronik sağlık koşullarının engelleyici etkilerini en aza indirmeye veya yavaşlatmaya da yardımcı olabilmektedir (Volkan, 2006).

Rehabilitasyon, bireyler ve toplum için uygun maliyetli bir yatırımdır. Maliyetli hastaneye yatışların önlenmesine yardımcı olur, hastanede kalış sürelerini kısaltır ve yeniden yatışları önler. Ayrıca rehabilitasyon, bireylerin eğitim ve istihdama katılmasını, evde bağımsızlığını korumasını, finansal veya hemşirelik desteği ihtiyacını en aza indirmesini sağlar.

Rehabilitasyon, uzun vadeli sakatlıkları olanlar için engelliliğe özgü bir hizmet değildir. Yani sadece fiziksel engelli kişilere yönelik bir hizmetten ziyade herhangi bir sağlık sorunu, akut veya kronik, işleyişi sınırlayan bir bozukluk veya yaralanma olan herkes için etkili sağlık hizmetinin temel bir parçasıdır ve bu nedenle ihtiyacı olan herkes için mevcut olmalıdır. Rehabilitasyon yalnızca özel rehabilitasyon ortamlarında sunulmaz, aynı zamanda daha geniş sağlık programlarına entegre edildiğinde oldukça etkili olabilmektedir(Belek, 2001).

Rehabilitasyon, maddi gücü yetenler için lüks veya isteğe bağlı bir sağlık hizmeti değildir. Önleyici ve iyileştirici müdahaleler başarısız olduğunda bu bir geri dönüş stratejisi de değildir. Rehabilitasyonun tam sosyal, ekonomik ve sağlık faydalarını gerçekleştirmek için, zamanında ve uygun maliyetli rehabilitasyon herkes tarafından erişilebilir olmalıdır (Öztek, 2001). Çoğu durumda bu, bir sağlık durumunun farkına varmanın erken aşamasında rehabilitasyona başlamak ve diğer sağlık müdahalelerinin yanı sıra rehabilitasyon vermeye devam etmek anlamına gelmektedir.

#### 1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmeti

Sağlık kavramı ve sağlık sistemi yaklaşımı; çevresel ve kültürel etkiler, bilimsel gelişmeler ve teknolojik gelişmeler ışığında her zaman değişmektedir. Bu değişim, tedaviden sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine kadar gerçekleşebilmektedir(On, 2016). Sağlığı geliştirme, hastalıkların önlenmesi ve sağlık eğitimi kavramları sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır ancak bu terimler birbirinden farklıdır. Hastalıkların önlenmesi, sadece risk faktörünün azaltılması, hastalığın ortaya çıkmasını önlemeye yönelik önlemleri değil aynı zamanda hastalığın ilerlemesini durduracak ve bir anda ortaya çıktığında sonuçları azaltacak önlemleri de içermektedir. Sağlık eğitimi, öğrenmeye yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlardan oluşur. Bu, aynı zamanda bilginin artırılması, bireysel ve toplum sağlığı hizmetlerine yönelik yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını geliştirmek için tasarlanmış bir iletişim tarzını da içermektedir. Sağlığı geliştirme, sağlık eğitimine ve hastalıkların önlenmesine yönelik önlemlere sahiptir ve bu konular üzerine inşa edilmiştir (Organization, 2004).

Sağlığı geliştirme hizmeti, sağlıklı insanların sağlık durumunun daha iyi bir seviyeye yükseltilmesine yönelik hizmetleri içeren dinamik bir süreçtir. Literatürde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili birçok tanım bulunmaktadır. Bu tanımlardan bazıları şunlardır: Lalonde'ye göre sağlığı geliştirme stratejisi; kişilerin ve kurumların bilgilendirilerek, etkilenerek ve desteklenerek ruh ve beden sağlığını etkileyen konularda daha aktif olmasını ve daha fazla sorumluluk almasını amaçlayan bir stratejidir (Lalonde, 1974). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bir sanattır ve insanlara optimal sağlık durumunu sağlamak için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardımcı olur(Yardım, Gögen, & Mollahaliloğlu, 2009). Sağlığı geliştirme, başta sağlık eğitimi, örgütsel, ekonomik ve çevresel olmak üzere verilen desteklerin sağlığın önlenmesi ve geliştirilmesi için davranış değişikliği yaratmaya ve insanların kendi sağlıkları ile ilgili konularda karar vericiler ve talepte bulunanlar haline getirilmesidir( Akdağ, 2008).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramı, bireylerin becerilerini geliştirmeye odaklanmaktadır ve sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmek bireylerin ve toplumun sağlığını etkilemektedir. Bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamalarını şekillendiren temel yaklaşım, bireysel, kurumsal ve sosyal düzeyde güçlendirme yaklaşımıdır. Bu doğrultuda beş temel sağlığı geliştirme stratejisi belirtilmiştir(Şimşek, 2013):

- Bireysel güçlenme (sağlık eğitimi, sağlık okuryazarlığı): İnsanların ihtiyaçlarını belirlemeleri ve kendi ve içinde yaşadıkları toplumun yaşam kalitesini yükseltmeleri için sağlığın kontrolünü arttırmaktır. Sağlık okuryazarlığı kavramı bu hedef için ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı; insanların sağlık bilgisine ulaşma, bunu anlama ve günlük yaşamda sağlıklı ilgili kararlar vermek için kullanma, yaşam kalitelerini artırma ve sürdürme, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme konusundaki bilgi, motivasyon ve verimliliğidir.
- Toplum güçlendirme: Bu, toplumun yaşamını ve çevresini değiştirme, sağlık sorunlarının nedenlerini belirleme ve bunları ortadan kaldırma hareketi anlamına gelmektedir. Akrabalar arası nikah, vaktinden önce yapılan evlilik, zorbalık ve sosyal cinsiyet berabersizliği, sigarayı bırakma gibi toplum sağlığı problemlerini idare etmek için kişilere özgü teşebbüslerin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Davranış değişikliği yaratmak için toplumsal düzene karışmak zorunludur.
- Sağlık sisteminin yetkilendirilmesi: İyi finanse edilmiş, liderlik becerileri, yeterli iş gücü, sarsılmaz toplum katılım mekanizmaları geliştirmiş ve başta risk altındaki gruplar olmak üzere toplumun tüm vatandaşlarının sağlık hizmetlerine ulaşabileceği bir sağlık sistemi kurmak.
- Kapasite geliştirme: Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için kapasite geliştirme, sağlığı geliştirmek için liderlik becerilerinin geliştirilmesi ve bilgi üretilmesi anlamına gelmektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi çalışmalarının kurumsallaşması için finans, insan kaynakları, bilgi yönetimi ve ortaklık alanlarına sağlığı geliştirme faaliyetlerinin entegre edilmesi gerekmektedir. Ülkelerin sağlığı geliştirme kapasiteleri geliştikçe, İnsani Gelişme Endeksi'nin belirlediği gelişmişlik düzeyi de artmaktadır.
- Sektörler arası iş birliği: Sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında fiziksel, sosyal, kültürel gibi tüm faktörler etkili olduğu için toplumun sağlık düzeyini yükseltmekten her sektör sorumludur. Bu nedenle sağlık alanı, diğer iş birliği alanları ile çalışmak durumundadır. Eğitim, tarım, hayvancılık, çevre, ulaşım, sosyal masraflar, ormancılık gibi sektörlerin politika yapıcıları toplumun en yüksek yararı ve refah koşullarını göz önünde bulundurmalı ve bu kararların insanlar üzerindeki etkilerini de dikkate almalıdır.

Destekleyici ortamlar, insanları kendilerini sağlığa yönelik tehditlerden korumaya ve sağlık kapasitelerini daha fazla kullanmaya ve sağlık konusunda kendilerine inanmaya teŖvik etmektedir. Destekleyici ortamlar, insanların yaŖadığı, alıŖtığı ve oyun oynadığı her yeri kapsamaktadır. Sağlığı geliŖtirme yaklaŖımında destekleyici evre koŖullarına dönmek, uygulamada kolaylıklar sağlayabilmektedir. Çünkü insanlar günün büyük bir vaktini bu çevrelerde birlikte geçiriyor, birlikte öğreniyor, birbirini etkiliyor ve birbirlerinden etkileniyor. Bu ifadelere paralel olarak, sağlığın teŖviki ve geliŖtirilmesi kavramını ve stratejilerini uygulamaya dnŖtrmek için DSÖ tarafından eŖitli program ve projeler geliŖtirilmiŖ ve yrtlmŖtr.

### **1.3. Sağlık Yönetiminin zellikleri**

Sağlık hizmeti sunum modelleri, farklı ülkeler arasında belirgin bir Ŗekilde farklılık gösterebilmektedir. Her ülkede sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiğine, yapılandırıldığına ve yönetildiğine bağlı olarak sağlık hizmeti sunumunda farklı zorluklar ortaya ıkarabilirken bu sektördeki yönetimsel kapasite ve etkililik soruları daha geniŖ bir uluslararası alana sahiptir(WHO., 2000). Herhangi bir sağlık kuruluŖunun, etkili ve verimli sağlık hizmeti sunmak için klinik ve yönetimsel gereksinimleri nasıl birleŖtireceđini bulması gerektiğinden ortaya çıkan gerilimlerle baŖa çıkmak, herhangi bir 'profesyonel bürokrasi' için kaçınılmaz ve ortak bir sorundur(Mintzberg, 1979). Çoğu sağlık hizmeti organizasyonunda bulunanlar için de bu sorun kaçınılmazdır. Bu gerilimleri çözmek ve yönetim kapasitesi ve uzmanlığından en iyi Ŗekilde yararlanmak, ulusal sağlık sistemi ve bağlamı ne olursa olsun politika yapıcılar ve uygulayıcılar için bir zorunluluktur(Buttigieg, Rathert, & von Eiff, 2015).

2008 mali krizinin ardından yaŖanan ekonomik koŖullar benzer Ŗekilde küresel niteliktedir ve bu hem kamusal hem de özel alanda yönetim üzerinde önemli bir etki yaratmıŖtır. Yöneticiler yalnızca iŖlerine yönelik artan tehditlerle karŖı karŖıya kalmamıŖ aynı zamanda daha fazla iŖ yükü ve artan performans beklentileri ile ilgili baskılarla da baŖa çıkmak zorunda kalmıŖtır(Hassard, McCann, & Morris, 2009). Finansal kesintiler ve bununla bağlantılı olarak kurumsal yeniden yapılanma, birçok geliŖmiŖ ekonominin kamu sektöründe özellikle belirgin bir etkiye sahip olmuŖtur(Stuckler, Basu, Suhrcke, & Coutts, 2009).

Ulusal Sağlık Hizmetinin (NHS) sağlık hizmetlerinin yaklaşık yüzde 90'ını sağladığı Birleşik Krallık örneğinde olduğu gibi, kamu hizmetinin sağlık hizmetlerine uzandığı yerlerde, orta düzey yönetim pozisyonlarında çalışanlar üzerinde özellikle çarpıcı etkiler olmuştur(Morris & Farrell, 2007). Yönetim kapasitesindeki önemli kesintiler, kalan yöneticiler için işlerin yoğunlaşmasına neden olmuştur(Hassard, McCann, & Morris, 2009) ve yöneticiler üzerindeki baskılar, sık örgütsel değişim nedeniyle yöneticilerin işlerinin artan karmaşıklığı ve kamuoyunun yakın incelemesiyle eklenmiştir. Bu tür sorunlar Birleşik Krallık sağlık sektöründe özellikle belirgin olsa da zorlu ve değişen siyasi, ekonomik ve sosyal koşullarla karşılaşan modern sağlık yöneticileri için ortaya çıkardığı zorluklar çok daha geniş bir küresel yankıya sahiptir(Reeves, McKee, Basu, & Stuckler, 2014).

Bu tür koşullarla başa çıkmak ve mükemmelleşmek, sağlık yöneticilerinin araştırmadaki yeniliklerin ve diğer ilerlemelerin uygulanmasına katılma, yorumlama, uyarılma ve destekleme kapasitesi gerektirmektedir(Fitzgerald, 2002). Bu kapasitenin iyileştirilmesi, daha sonra bireysel ve kolektif düzeyde bilgi akışı dinamiklerinin net bir şekilde anlaşılmasına ve ayrıca yönetim öğrenimi ve gelişimiyle ilişkili bilgi akışlarının yer aldığı sosyal, politik ve profesyonel manzaraya dayanmaktadır.

Bununla birlikte, sağlık yöneticilerine derinlemesine bakan çok sayıda araştırmaya rağmen yöneticilerin, yönetim bilgisine nasıl eriştiklerini ve bunları nasıl yorumladıklarını ve anlamlandırdıklarını ve bunları kendi sağlık bakımlarında nasıl uyguladıklarını veya uyarladıklarını ancak nispeten yakın zamanda keşfetmeye başlamıştır( Ferlie, McGivern, & FitzGerald, 2012). Son yıllarda, 'kanıta dayalı tıbbın' (EBM) değeri ve buna karşılık gelen 'kanıta dayalı yönetimin'(EBMgt) önemi hakkındaki tartışmaların ardından sağlık kuruluşlarının bilgiyi nasıl yönettiği veya harekete geçirdiğine dair yenilenen bir ilgi gelişmiştir( Walshe, Smith, & (Eds.), 2016). Bu araştırma gündemi, Birleşik Krallık'ta, araştırmayı uygulamaya dönüştürmenin önünde önemli "kültürel, kurumsal ve mali engelleri" tanımlayan, sağlık hizmetlerine ilişkin kamu tarafından finanse edilen araştırmanın Cooksey incelemesi büyük ivme kazanmıştır(Cooksey, 2006). Bununla birlikte kanıta dayalı hareketlerin altını çizen bilimsel rasyonalizmin yanı sıra kültürel ve kurumsal tikelliği tanıma girişimi arasında var olan gerilimlerle ilgili önemli sorular varlığını korumaktadır; ilki, bilginin öznel ve uygulamaya dayalı doğasını vurgular, ikincisi ise uygulamadan ayrı ve uygulanacak nesnel bir standart gerektirmesidir.

#### 1.4. Sağlık İşletmelerinde Etik Yönetimi

Başarılı bir liderin, her şeyden önce, alt yönetim seviyesindeki astların ve liderlerin normal çalışmaları için uygun koşullar yaratma becerisine, meslektaşlarının yardımına gelme ve zor zamanlarda onları destekleme becerisine, görevlerini devretme istekliliğine ihtiyacı bulunmaktadır. Gerekli olumlu nitelikleri kazanmak ve sadece otoriteyi değil aynı zamanda astlarının sevgisini de kazanmak için lider, sosyal durumları ne olursa olsun, uğraşması gereken tüm insanlara karşı sürekli ve ısrarlı bir şekilde takımda saygılı, incelikli bir tutum geliştirmelidir. Bir insanı dinleme ve anlama yeteneğini kendi içinde geliştirmeli, yardımsever, dikkatli ve duyarlı olmaya çalışmalı, bir başkasının (ve kendisinin) onurunu küçük düşürebilecek her şeyden kaçınmalıdır. Mümkün olduğunca nazik ve güler yüzlü, samimi ve dürüst, iyi bir mizah anlayışı ve orantılı olmalıdır(Anisimov, 2015).

Yönetici, her daim gerekli pratik becerileri edinmeye çalışmalıdır. Bunlardan en önemlileri; yaratıcı düşünme, esas olanı görme, öngörme, planlama, hızlı karar verme yeteneğidir. Aynı zamanda taviz verme yeteneği, insanları cezbetme ve onları ortak bir sorunu çözmek için birleştirme yeteneği ve son olarak gerekli olan şey, özel çalışma (teknik, insani) becerileridir(Koblyakov , 2019).

Yöneticiler ve astları arasındaki ilişkilerde etik standartlara bağlılık özellikle önemlidir. Herhangi bir iş gücünün ahlaki ve etik sağlığı kural olarak, yönetimin etik kuralları tarafından sağlanmaktadır. Yönetim etiği, insanlarla karşılıklı anlayış, birbirleriyle ve yönetici ile iyi ilişkiler ortamının yaratılmasına katkıda bulunan, saygı göstermelerini sağlayan bir dizi iş iletişimi kuralları ve biçimleridir. Ek olarak, herhangi bir yönetici; üretim, ticaret, mali işler veya şov dünyası gibi faaliyet alanı ne olursa olsun, yönetim sorunlarını çözerken insan faktörünü sürekli olarak dikkate almalı, personelle çalışma becerisine sahip olmalıdır( Oosterhout, Heugens, & Kaptein, 2006):

- daha fazla gelişmeyi öngörmek, hedefleri tanımlamak ve bunlara ulaşmak için bir strateji ve taktik geliştirmek,
- maddi ve sosyal yönleri dikkate alarak (koordine ederek) işletmenin (departman, alt bölüm) faaliyetlerini amaç ve hedeflerine göre düzenlemek,
- personeli yönetmek,
- tüm eylemleri ve çabaları koordine etmek,
- yönetim kararlarının ve emirlerinin uygulanmasını izlemek.

Bunlar bir bütün olarak yönetimin işlevsel görevleridir ve özellikle kendine saygılı her yönetici, çalıştığı şirketin benimsediği etik standartlara kesinlikle uymakla yükümlüdür. Yönetici, işe alındığında ileride şirketten ayrılmaya karar verse dahi gizli veya ticari bilgileri ifşa etmeme konusunda etik ve yasal bir yükümlülük üstlenir. Aynı şekilde daha önce başka bir kuruluştaki çalışmışsa önceki işverenine ait gizli bilgileri ifşa etme hakkının olmadığını bilmelidir( Melé, 2005).

Şirketin yöneticisi, kendi lehine tam bir özveri ile çalışmalıdır. Zamanınızın veya dikkatinizin önemli bir bölümünü şirketteki işinizden uzaklaştıran veya şirketin işini olumsuz yönde etkileyen dış ticari çıkarılara sahip olmak etik değildir. Her yönetici, şirketin çıkarılarını olumsuz yönde etkileyebilecek, şirkete veya çıkarlarına karşı tutumunda bir ikilik oluşturabilecek ve resmi görevlerini etkin bir şekilde yerine getirmesine engel olabilecek ve ayrıca bir çatışmaya neden olabilecek dış mali veya diğer ilişkilerden kaçınmakla yükümlüdür( Koonmee, Singhapakdi, Virakul, & Lee , 2009).

Hiçbir koşulda eğlence, seyahat, spor etkinlikleri davetlerini veya hediye, bilet, ücretli tatil, kişisel nakit hediye vb. kabul etmelerine izin verilmeyecektir. Bu tür eylemler başkaları tarafından taahhüt olarak değerlendirilebilmektedir. Yöneticiler, faaliyetlerini yöneten yasaların farkında olmalı ve bunları şirketin emrindeki tüm uygun araçları kullanarak uygulamalıdır(Kanungo & Mendonca, 1996).

#### **1.4.1. Etik İlkeler**

Başarılı bir yönetici, genel kabul görmüş etik kurallar yönünde faaliyet alanı ne olursa olsun ister imalat, ister ticaret, finans veya şov dünyası olsun, personelle çalışma becerisine sahip olmalı, yönetsel sorunların çözümünde insan faktörünü sürekli olarak dikkate almalı ve yönetime sahip çıkmalıdır. Etik, bir kişinin veya bir grup insanın davranışlarını doğru veya yanlış olarak değerlendirmeyi mümkün kılan bir dizi ilkeyi içermektedir(Lavrinenko , 1997). Yönetim ile ilgili olarak bunlar, yöneticinin örgüt, ortaklar, tüketiciler, rakipler, yetkililer ile ilgili davranışlarının ahlaki değerlendirmesinin ilkeleridir. Bir liderin davranışında neyin iyi neyin kötü olduğunu, ahlak açısından neleri yapabileceğini ve yapması gerektiğini ve yasaları ihlal etmese bile ne yapmaması gerektiğini belirleyen ilkeler vardır. Bir liderin yazılı kanun ve yönetmeliklerle düzenlenen normatif davranışının aksine, etik normlar mevzuatta yer alamaz ve bu nedenle zorunlu değildir. Aynı zamanda yönetimin başarısı büyük ölçüde

bu standartların gözetilmesine bağlıdır ve bunların ihlali kuruluşta onarılamaz hasarlara neden olabilmektedir.

Etik dışı ve aynı zamanda yasalara aykırı durumlar şunlardır: aldatma, dolandırıcılık, yolsuzluk, hırsızlık, maddi zarar, görevi kötüye kullanma, iftira, haraç, sahtecilik, iş yerinde ihmal, güvenlik kurallarının kasıtlı ihlali. Çoğu durumda, bir yöneticinin etik davranışı kanunla düzenlenmez. Cezai kovuşturma gerektirmeyen ancak yine de yönetimde kabul edilemez olan ahlaki standart ihlallerine ilişkin örnekler şunları içermektedir(Ladatko, 2006):

- keşiflerin ve icatların gizlenmesi (şirket için faydalıysa),
- personelin sağlığına ve duygularına saygısızlık,
- verilen söze uyulmaması,
- sözlü bir anlaşmanın ihlali,
- günlük yaşamda ahlaksız davranış,
- tanışma ilkesine dayalı personel seçimi,
- dedikodu, ima (kötü niyetli söylentiler),
- astların aşağılanması,
- patronların önünde aşağılama,
- üstlenilen yükümlülüklerin reddedilmesi,
- astlardan, bağımlı ve ilgili kişilerden hediyeler almak,
- resmi ve ticari sırların açıklanması,
- gizlice elde edilen bilgilerin kaynağının açıklanması,
- borcu zamanında ödeyememek.

Etik yönetim ilkeleri değişmez, nihai bir durum değildir. Sosyal, kültürel, sosyal gelişmenin yanı sıra ekonomik gelişme de yönetici üzerinde yeni ahlaki ve etik taleplerde bulunmaktadır. Bugün, etik yönetim standartları yelpazesi şunları içermektedir(Mechnikov , 2011):

- sınıfsal, ırksal veya ulusal düşmanlığa karşı hoşgörüsüzlük,
- bir kadına saygı, bir erkekle eşitliğinin tanınması,
- gazilere ve yaşlılara saygı,
- yetkililere ve liderlere saygı,
- başkasının çalışmasının sonuçlarına saygı,
- temizlik ve düzen için çabalamak,
- kıyafetlerde düzgünlük.

Etik standartların ihlali olarak aşağıdakiler kabul edilmektedir(Stolyarenko , 2005):

- diğ er insanların fiziksel engellerine saygısızlık,
- başkasının görüşüne saygısızlık,
- bilime, eğitime, diğ er insanların deneyimlerine saygısızlık,
- kamusal davranış kurallarının ihlali,
- yokluğ unda bir kişinin niteliklerinin ve eylemlerinin tartışılması.

Yöneticinin doğrudan sorumluluğ u, organizasyonun personelini (ve hepsinden önce kendisini) etik davranışlarla tanıştırmaktır. Bunun için, yönetim etiğ i, ekibin ahlaki eğitimi ve etik standartların gözetilmesi üzerindeki kontrolü incelemek için çalışmalar planlanmalı ve sistematik olarak yürütülmelidir.

### **1.5. Covid-19 Salgını**

SARS-CoV ve Orta Doğ u solunum sendromu koronavirüsü (MERS-CoV) ile aynı aileden yeni bir RNA koronavirüsü olan şiddetli akut solunum sendromu koronavirüsü (SARS-CoV-2), 2020 Ocak ayı başlarında pnömoni salgınının nedeni olarak tanımlanmıştır. Çin'e hızla yayılarak Hubei eyaletinin başkenti Wuhan şehrini etkiledi. Koronavirüsler, hayvanlarda veya insanlarda hastalığ a neden olabilen geniş bir virüs ailesidir(Remuzzi & Remuzzi, 2020). Koronavirüs, dünyanın dört bir yanındaki insanlarda enfeksiyon oluşturabilmektedir ancak genellikle insanlar bu dört tür koronavirüs ile enfekte olmaktadır(Holshue , DeBolt, & Lindquist , 2020): 229E, NL63, OC43 ve HKU1. Genellikle nezleden Orta Doğ u Solunum Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) gibi çok önemli hastalıklara dönüşen bir solunum yolu enfeksiyonuna sebep olmaktadırlar ve en son bulunan koronavirüsü (COVID-19) bulaşıcı özelliğ e sahiptir(Wilder-Smith, Chiew , & Lee , 2020).

Şiddetli Akut Solunum Sendromu, koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğ u zoonotik hastalıktır. DSÖ başlangıçta bu bulaşıcı hastalığ a Yeni Koronavirüs-Enfekte Pnömoni (NCIP) adını verdi ve virüs, 2019 yeni koronavirüs (2019-nCoV) olarak adlandırıldı. 11 Şubat 2020'de DSÖ, bir tweet ile COVID-19'u (Corona Virüs Hastalığ ı-19'un kısaltması) resmen yeniden adlandırdı. 2019 yeni koronavirüsün (SARS-CoV-2) neden olduğ u bir COVID-19 salgını, Aralık 2019'da Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'da başladı, mevcut salgın resmi olarak pandemi olarak adlandırıldı( Li , Huang , & Wang , 2020).

Virüslerin isimleri genetik yapılarına dayalıdır ve bu da teşhis testleri, aşular ve ilaçlar geliştirmeyi kolaylaştırmaktadır. Bu çalışma, virologlar ve bilim topluluğunun diğer temsilcileri tarafından yürütülmektedir ve bu nedenle virüslerin adları Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi (ICTV) tarafından atanmaktadır. 11 Şubat 2020'de Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi yeni virüs SARS-CoV-2'yi (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirus-2) belirledi. İsim, virüsün genetik olarak 2003 SARS salgını ile ilgili olması nedeniyle seçildi ve genetik olarak ilişkili olmalarına rağmen farklı virüsler olduğu belirtilmiştir. Daha önce Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (OIE) ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) ile işbirliği içinde geliştirilen önerilerin ardından, 11 Şubat 2020'de DSÖ, hastalığın COVID-19 olarak adlandırıldığını açıklamıştır(Huang , ve diğerleri, 2020).

Korona virüsler, tek sarmallı bir RNA molekülü (ribonükleik asit) içeren küresel mikroplardır. Güneş tutulduğunda bir tacı andıran seyrek dikenli veya villuslu kabukları bulunmaktadır. Koronavirüsler hücreye nüfuz ederek sitoplazmada (hücresinin yarı sıvı içerikleri) çoğalırlar. Bağışıklığı yeterli hücrelere yerleşirler, bunları bir araç olarak kullanırlar ve vücutta hızla dağılırlar. Koronavirüsler bağışıklık sistemini baskılar ve bir enfeksiyonu tanımayı ve onunla savaşmayı bırakır. Bu virüsler dış etkenlere karşı dayanıksızdır ve 56 derecelik bir sıcaklıkta anında yok olmaktadır( Bai, ve diğerleri, 2020).

Koronavirüsün ortaya çıkardığı baskın enfeksiyon şekli solunumdur. Bağırsak çeşitliliği, özellikle çocuklarda çok daha az yaygındır. Bir virüsün etkisi altında ortaya çıkan ARVI, genellikle birkaç gün sürmekte ve tam bir iyileşme ile sona ermektedir. Bununla birlikte bazı durumlarda, SARS veya Şiddetli Akut Solunum Sendromu şeklini alabilmektedir(Gorbalenya , 2020). Bu patoloji, akut solunum yetmezliği eşlik ettiği için ölüm oranı %38 ile karakterizedir. Enfeksiyon, havadaki damlacıklar, fekal-oral ve temas yoluyla yayılır. Enfeksiyon kaynağı, hastalığın klinik olarak ifade edilmiş veya silinmiş bir formuna sahip hastalardır. Koronavirüs enfeksiyonunun neden olduğu hastalığın kuluçka süresi, forma bağlıdır ve 3 ila 14 gün sürmektedir. Tedavi genellikle evde yapılmaktadır ve tedavi prensipleri diğer viral solunum enfeksiyonları ile aynıdır. Klinik semptomların ciddiyetine bağlı olarak zehirlenme, burun damlası semptomlarını azaltmak için ilaçlar reçete edilmektedir. Boğaz ağrısı için gargara yapılması önerilmektedir(Organization & Geneva, WHO: coronavirus disease 2019 (COVID-19), 2020).

### 1.5.1. Başlangıcı ve Yayılması

2019'daki koronavirüs hastalığı (COVID-19) ilk olarak Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde görüldü ve 30 Ocak 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından küresel pandemi olarak ilan edildi(WHO, [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) , 2020). 29 Mart 2020 itibariyle, WHO veri tabanı dünya çapında 574444 korona vakasını doğrulamıştır ve 201 ülkeden 26654 ölüm bildirilmiştir(<https://www.who.int/news>., 2020). Ancak bu sayı her saniye değişebilmektedir. En çok etkilenen ülkeler, 86.000'den fazla doğrulanmış vaka ve 9.000 ölümlle İtalya, 85.000 doğrulanmış vaka ve 1243 ölümlle ABD ve 82.000 doğrulanmış vaka ve 3300 ölümlle Çin'dir(<https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>, 2020) (tablo 1).

**Tablo 1.** 04 Ekim 2020 itibariyle DSÖ Bölgesine göre yeni bildirilen ve kümülatif COVID-19 doğrulanmış vakalar ve ölümler

Bölge	Son 7 günde yeni vakalar (%)	Son 7 günde yeni vakalarda değişiklik	Kümülatif vakalar (%)	Son 7 günde yeni ölümler (%)	Son 7 günde yeni ölümlerdeki değişim	Kümülatif ölümler (%)
Amerika	756 926 (37%)	-1%	16 990 036 (49%)	21 494 (55%)	13%	568 358 (55%)
Güneydoğu Asya	614 502 (30%)	-5%	7 335 273 (21%)	8 456 (22%)	-6%	119 167 (12%)
Avrupa	478 119 (24%)	3%	6 187 384 (18%)	5 039 (13%)	6%	240 148 (23%)
Doğu Akdeniz	125 567 (6%)	<1%	2 466 722 (7%)	2 804 (7%)	3%	63 156 (6%)

Afrika	26 208 (1%)	-3%	1 198 550 (3%)	783 (2%)	8%	26 264 (3%)
Batı Pasifik	24 751 (1%)	8%	625 642 (2%)	503 (1%)	9%	13 632 (1%)
Diğer			741 (<1%)			13 (<1%)
Küresel	2 026 073 (100%)	-1%	34 804 348 (100%)	39 079 (100%)	7%	1 030 738 (100%)

**Kaynak:** <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20201005-weekly-epi-update-8.pdf>

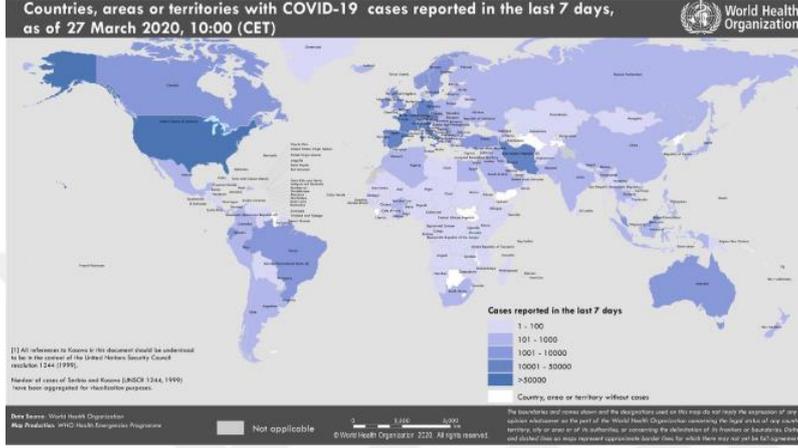
Hızlı test kitlerinin mevcudiyeti ile doğrulanmış vakaların sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu pandemi, insanları sosyoekonomik ve psikolojik açıdan ciddi şekilde etkilemektedir. COVID-19, 1918 Dünya influanza salgını kadar yıkıcı olarak kabul edilmektedir. Yaşlılar ve kronik hastalık öyküsü olan bireyler daha yüksek korona atağı ve ölüm riski altındadır(Belluz, 2020). COVID-19, hastalığın erken evresinde yalnızca hafif ve subklinik hastalık gösteren hastalarla geniş bir klinik yelpazeye sahiptir(Wang, Hu , & Hu , 2020). COVID-19 hastalarının çoğu, yoğun bakım ve oksijen takviyesi gerektiren şiddetli akut solunum hastalığı geliştirmektedir. Bu viral hastalığın kesin bulaşma şekli tam olarak anlaşılammıştır ancak insandan insana bulaşma olasılığından şüphelenilmektedir(Phan, Nguyen , & Luong , 2020).

### 1.5.2. Salgına Karşı Savaş

2019 koronavirüs (COVID-19) salgını yıkıcıdır ve dünyadaki bireyler, aileler, nüfuslar ve topluluklar üzerinde muazzam olumsuz etkilere sahiptir. Günlük yaşam köklü değişikliklere uğramıştır, ülkeler durgunluk içindedir ve birçok insanın zor zamanlarda güvendiği geleneksel sosyal, ekonomik ve halk sağlığı sistemlerinin çoğu benzeri görülmemiş bir baskı altındadır. Kısa sürede, yerelleştirilmiş bir COVID-19 salgını, üç tanımlayıcı özelliğe sahip küresel bir salgına dönüşmüştür(FDA, 2020):

- Hız ve büyüklük: Hastalık hızla dünyanın dört bir yanına yayılmış ve patlayıcı yapısı nedeniyle en dayanıklı sağlık sistemlerini bile bozmuştur (Şekil 1).

- Şiddet: Genel olarak, vakaların %20'si şiddetli veya kritiktir; genel hastane mortalite oranı şu anda %3'ü aşmaktadır, yaşla ve bazı komorbiditelerle birlikte de artmaktadır.
- Sosyal ve ekonomik bozulma: Sağlık ve sosyal koruma sistemlerinde yaşanan şok ve virüsün bulaşmasını kontrol etmek için alınan tedbirler, yaygın ve derin sosyo-ekonomik sonuçlar doğurmuştur.



**Şekil 1.** 31 Mart 2020 saat 10:00 itibariyle son 7 günde COVID-19 vakalarının bildirildiği ülkeler, bölgeler

**Kaynak:** <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/HaberDetayi/2308>, Erişim Tarihi: 20.10.2020

Ölüm oranları; etkilenen nüfuslara, ülkenin salgının yörüngesinde olduğu yere ve testin mevcudiyetine ve kullanımına bağlı olarak ülkeler arasında önemli ölçüde değişiklik gösterir (yalnızca hastaneye kabullerde test yapan ülkeler, yapmayan ülkelere göre daha yüksek genel ölüm oranları bildirmektedir). Genel hastane ölüm oranı şu anda %3'ü aşmaktadır, yaşla birlikte artmaktadır ve 80 yaşın üzerindeki hastalarda yaklaşık %15 veya daha fazladır. COVID-19 ile ilişkili komplikasyon oranı da çok yüksektir. Kardiyovasküler, solunum ve bağışıklık sistemlerinin eşlik eden hastalıkları, ciddi hastalık ve ölüm riskini artırmaktadır (Bian , Zheng , & Wei , 2020).

Hızlı vaka tespiti, vakaların hızlı test edilmesi ve izolasyonu, kapsamlı temas takibi ve kontakların karantinası gibi kapsamlı sağlık önlemleri ile zamanında eylemin yapıldığı yerlerde, ülkeler ve bölgeler COVID-19'un yayılmasını yüksek seviyelerin altında tutmuştur. Sağlık sistemlerinin, artan ölüm oranlarını önleyemediği durumlar da gözlemlenmiştir. Bulaşmayı azaltmayı ve salgınları kontrol etmeyi başaran ülkeler, kaliteli klinik bakım sağlama yeteneğini korumuş ve temel sağlık hizmetlerini güvenli

bir şekilde sağlamaya devam ederken diğer nedenlerden kaynaklanan ikincil ölümleri de en aza indirmeyi başarmıştır( Gong , Dong , & Xia , 2020).

Halka açık yayılmanın, enfeksiyonda neredeyse üssel artışlarla birlikte salgınlara yol açtığı pek çok ülke, virüsün yayılmasını yavaşlatmak ve diğer kontrol önlemlerini uygulamak için nüfus çapında kapsamlı fiziksel mesafe ve seyahat kısıtlamaları getirmiştir. Genellikle "evrensel kendi kendine izolasyon" ve "genel karantina" olarak adlandırılan fiziksel mesafe önlemleri ve hareket kısıtlamaları, insan temasını sınırlayarak COVID-19'un bulaşmasını yavaşlatabilmektedir( Gong , Dong , & Xia , 2020). Bununla birlikte bu önlemler sosyal ve ekonomik yaşamı fiilen durdurdukları için insanlar, halklar ve topluluklar üzerinde derin olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Bu tür önlemler orantısız bir şekilde yoksulluk içinde yaşayanlar, göçmenler, ülke içinde yerinden edilmiş kişiler ve mülteciler de dahil olmak üzere genellikle aşırı kalabalık ve kaynakların yetersiz olduğu koşullarda yaşayan ve geçim kaynakları için günlük işlere bel bağlayan dezavantajlı grupları etkilemektedir.

Genel nüfus düzeyinde kapsamlı fiziksel mesafe ve hareket kısıtlamaları uygulayan ülkeler, virüsün önemsiz seviyelere geçişini izlemeye devam ederken diğer yandan ekonomik ve sosyal yaşamın bazı yönlerinin devam etmesine izin vermek için bu kısıtlamalardan acilen aşamalı bir şekilde geçiş planlamalıdır. Bu yönde sosyo-ekonomik etki ile epidemiyolojik riskin dikkatli bir şekilde dengelenmesine öncelik verilmelidir. Dikkatli planlama yapılmadan ve artan halk sağlığı kapasitesi ve tıbbi bakım kapasitesi olmadan, fiziksel mesafe önlemlerinin erken geri çekilmesi, COVID-19 bulaşının kontrolsüz bir şekilde yeniden başlamasına ve vakaların yoğunlaşmasına neden olabilmektedir(Bian , Zheng , & Wei , 2020).

COVID-19'un küresel yayılımı bağlamında birçok ülke, çabalarını öncelikle ciddi ve şiddetli COVID-19 hastalığı olan hastaların hızlı bir şekilde tanımlanması, test edilmesi ve tedavisine en yüksek olumsuz sonuç riski taşıyanların korunmasına odaklanmıştır. Genişletilmiş halk sağlığı kapasitelerinin kullanımına acilen ihtiyaç duyulmaktadır. Dünya, salgınla mücadelede kritik bir dönüm noktasındadır(Bian , Zheng , & Wei , 2020). İş birlikçi araştırma ve bilgi paylaşımı, farklı ortamlarda farklı yanıt stratejilerinin yararları ve sonuçları, virüsün bulaşıcılığı, hastalığın klinik spektrumu ve en dayanıklı sağlık sistemlerinin bile hızla aşırı yükleme yeteneği hakkındaki kritik soruların yanıtlanmasına yardımcı olmuştur.

## İKİNCİ BÖLÜM

### COVID-19 SÜRECİNİN DÜNYA ÜLKELERİ ÜZERİNDE YÖNETİLMESİ

#### 2.1. Dünya Ülkelerinde hastalığın yayılımı

Dünya şu anda COVID-19 adı verilen bulaşıcı bir hastalık salgını yaşamaktadır. COVID-19, Şiddetli Akut Solunum Sendromu, koronavirüs 2'den (SARS-CoV-2) kaynaklanır ve geniş bir koronavirüs ailesinin (CoV) parçasıdır. COVID-19 semptomları, soğuk algınlığına benzer; enfekte olanlar genellikle ateş, öksürük ve nefes darlığı yaşamaktadırlar. Bununla birlikte enfeksiyon, daha ciddi vakalarda zatürreye, çoklu organ yetmezliğine, Şiddetli Akut Solunum Sendromuna ve hatta ölüme yol açabilmektedir(Zhang , ve diğerleri, 2020).

19 Ekim 2020 itibarıyla 6 kıtada 210'dan fazla ülkede veya bölgede hastalık vakaları görülmüştür. Başlangıçta hastalıktan en çok etkilenen ülke Çin oldu ancak şu anda dünya çapında en çok vakaya sahip ülkeler Amerika Birleşik Devletleri, Brezilya, Hindistan ve Rusya'dır. Bu zaman itibarıyla dünya çapında 40,2 milyondan fazla COVID-19 vakası meydana gelmiş ve bu vakaların yaklaşık 8,4 milyonu Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunmuştur. Dünyanın dört bir yanındaki birçok ülke, hastalığın yayılmasını yavaşlatmaya çalışmak için tecrit yaptırmıştır(<https://www.statista.com/statistics/1043366/novel-coronavirus-2019ncov-cases-worldwide-by-country/>, 2020). Bu tür önlemler ve kısıtlamalar ülkeden ülkeye değişir ancak genellikle okulları kapatmayı, halka açık etkinlikleri iptal etmeyi, sınırları kapatmayı ve insanları evden çalışmaya teşvik etmeyi içermektedir.

**Tablo 2.** Ükelere göre 19 Ekim 2020 itibarıyla dünya genelinde koronavirüs (COVID-19) vaka sayısı

Bölgeler	Vaka sayısı
Dünya	40,281,741
ABD	8,387,799
Hindistan	7,550,273
Brezilya	5,235,344
Rusya	1,399,334

Arjantin	989,680
İspanya	982,723
Kolombiya	959,572
Fransa	897,034
Peru	868,675
Meksika	851,227
Birleşik Krallıklar	722,409
Güney Afrika	703,793
İran	530,380
Çili	491,760
Irak	426,634
İtalya	414,241
Bangladeş	388,569
Almanya	366,981
Endonezya	361,867
Filipinler	356,618
Türkiye	347,493

**Kaynak:** <https://www.statista.com/statistics/1043366/novel-coronavirus-2019ncov-cases-worldwide-by-country/>, 20.10.2020

19 Ekim 2020 itibariyle, koronavirüs hastalığı (COVID-19) salgını 210'dan fazla ülke veya bölgede doğrulandı. Virüs dünya çapında 40 milyondan fazla insanı etkiledi ve toplam ölüm sayısı 1,1 milyonu aştı. En şiddetli etkilenen ülkeler ABD, Brezilya ve Meksika oldu.

**Tablo 3.** Ülkelere göre 19 Ekim 2020 itibarıyla dünya çapında yeni koronavirüs (COVID-19) ölümlerinin sayısı

	<b>Vaka Sayısı</b>
Dünya	1,118,328
ABD	224,730
Brezilya	153,905
Hindistan	114,642
Meksika	86,167
Birleşik Krallıklar	43,646
İtalya	36,543
İspanya	33,775
Peru	33,759
Fransa	33,477
İran	30,375
Kolombiya	28,970
Arjantin	26,267
Rusya	24,187
Güney Afrika	18,471
Çili	13,635
Endonezya	12,511

Ekvator	12,387
Belçika	10,413
Irak	10,254
Almanya	9,866
Kanada	9,760
Türkiye	9,296

**Kaynak:** <https://www.statista.com/statistics/1093256/novel-coronavirus-2019ncov-deaths-worldwide-by-country/20.10.2020>

19 Ekim 2020 itibariyle, koronavirüs hastalığı (COVID-19) salgını altı kıtaya yayıldı ve solunum virüsüne yakalandıktan sonra 1,1 milyondan fazla insan öldü. Bu ölümlerin 36.500'den fazlası İtalya'da meydana gelmiştir.

**Tablo 4.** 2020 itibariyle dünya çapında salgınlara karışan virüslerin enfeksiyon oranları (enfekte kişi başına)

Virüs	Düşük tahmin	Yüksek tahmin
Ebola	1.5	2.5
MERS	0.42	0.92
SARS	3	3
COVID-19	1.5	3.5
Mevsimsel grip	1.3	1.3

**Kaynak:** <https://www.statista.com/statistics/1103196/worldwide-infection-rate-of-major-virus-outbreaks/>

Mart 2020'de COVID-19 için enfeksiyon oranının 1,5 ile 3,5 arasında değiştiği tahmin ediliyordu. Buna karşılık mevsimsel gripte 1,3'lük bir enfeksiyon oranı vardı. Koronavirüs salgını ile gelişen durum nedeniyle veriler değişebilmektedir. COVID-19, aynı anda dünyanın farklı bölgelerini tehdit etmeye devam eden bulaşıcı bir hastalıktır.

**Tablo 5.** Koronavirüs (COVID-19) vakalarının dünya çapında seçili ülkelerde 19 Ekim 2020 itibarıyla dağılımı

Bölge	COVID-19 vakalarının yüzdesi
ABD	20.82%
Hindistan	18.74%
Brezilya	13%
Rusya	3.51%
Arjantin	2.46%
İspanya	2.44%
Kolombiya	2.38%
Fransa	2.23%

Peru	2.16%
Meksika	2.11%
Birleşik Krallıklar	1.79%

**Kaynak:**<https://www.statista.com/statistics/1111696/covid19-cases-percentage-by-country/20.10.2020>

19 Ekim 2020 itibariyle, dünya çapında COVID-19 vakalarının en yüksek paya sahip olduğu ülkeler arasında Amerika Birleşik Devletleri, Hindistan ve Brezilya yer alıyor ve ABD dünya çapındaki vakaların yaklaşık yüzde 21'ini oluşturuyor. Bu istatistik, 19 Ekim 2020 itibariyle dünya çapında COVID-19 vakalarının dağılımını göstermektedir.

**Tablo 6.** Türe göre 19 Ekim 2020 itibarıyla dünya çapında ilaçlar ve aşılardan oluşan yapılan koronavirüs (COVID-19) klinik deneme sayısı

	Deneme sayısı
Tedavi	1,617
COVID-19 komplikasyon desteği	975
COVID-19 akciğer iltihaplanması	884
Severe COVID-19	776
Orta COVID-19	634
Hafif COVID-19	493
Maruz kalma profilaksisi (PEP/PrEP)	335
Critical COVID-19	296
COVID-19 aşılardan	252
Sağlıklı konular	193
Asemptomatik COVID-19	108
Post-COVID sendrom	10
Belirtilmemiş	42

**Kaynak:**<https://www.statista.com/statistics/1119086/coronavirus-drug-trials-by-type-worldwide/>, 20.10.2020

### 2.1.1. Çin`de salgın yönetimi

Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan Şehrinde sebebi belli olmayan pnömoni vakaları tespit edilir edilmez etiyolojik ve epidemiyolojik araştırmalar yapmak ve hastalığın daha da bulaşmasını önlemek için derhal harekete geçmiş ve durumu hemen bildirmiştir. Zamanında Çin, DSÖ'ye ve ABD de dahil olmak üzere diğer ülkelere gelişen durum hakkında bilgi vermiştir ve yeni koronavirüsün genom dizisini yayınlamıştır. Wuhan'da topluma yayıldıktan ve vaka kümeleri ortaya çıktıktan ve şehirden seyahat eden virüs taşıyıcılarından kaynaklanan diğer Çin bölgelerinde doğrulanmış vakalar bildirildikten sonra ülke çapında bir salgın önleme ve kontrol programı başlatılmıştır.

WCHC web sitesi, Wuhan'daki Zatürree Vakalarına İlişkin Bilgi Genelgesini yayımlayarak 27 vakayı doğrulamış ve halkı, yetersiz havalandırmaya sahip kapalı halka açık yerlerden ve büyük kalabalıkların toplandığı mekanlardan uzak durmaya çağırmıştır. Komisyon ayrıca dışarı çıkarken yüz maskelerinin kullanılmasını önermiştir. O günden itibaren WCHC, kanuna uygun olarak hastalıkla ilgili güncellemeler yayınlamaya başlamıştır.

**Tablo 7.** Bölgelere göre 19 Ekim 2020 itibarıyla Büyük Çin'de yeni koronavirüs

COVID-19 enfeksiyonu, ölüm ve iyileşme vakalarının sayısı

	<b>Onaylı</b>	<b>Kümülatif onaylı</b>	<b>Ölümler</b>	<b>İyileşenler</b>
Toplam	466	91,524	4,746	86,312
Hong Kong	178	5,256	105	4,973
Shanghai	72	1,090	7	1,011
Taiwan	37	535	7	491
Guangdong	36	1,884	8	1,840
Sichuan	35	725	3	687
Shaanxi	27	438	3	408
Shandong	13	845	7	825
Tianjin	13	256	3	240
Inner Mongolia	9	275	1	265
Yunnan	9	211	2	200
Liaoning	8	280	2	270
Fujian	7	417	1	409
Shanxi	5	209	0	204
Jiangsu	4	669	0	665
Hebei	4	368	6	358
Zhejiang	3	1,283	1	1,279
Henan	3	1,281	22	1,256
Chongqing	2	586	6	578
Beijing	1	937	9	927
Hubei	0	68,139	4,512	63,627
Hunan	0	1,019	4	1,015
Anhui	0	991	6	985
Heilongjiang	0	948	13	935
Jiangxi	0	935	1	934
Xinjiang	0	902	3	899
Guangxi	0	260	2	258
Hainan	0	171	6	165

**Kaynak:** <https://www.statista.com/statistics/1090007/china-confirmed-and-suspected-wuhan-coronavirus-cases-region/>, 20.10.2020

Orta Çin'in Hubei eyaletinin başkenti Wuhan'daki salgından bu yana, SARS benzeri yeni bir koronavirüs Çin'in her yerine yayıldı. 19 Ekim 2020 itibarıyla, Büyük Çin'de

semptomları olan 466 aktif vaka vardı. Pandemi, ülke ekonomisinde önemli bir etkiye neden oldu (Zhu, et al., 2020).

Yeni koronavirüs türü hakkında ilk kez uyarıda bulunan Wuhan'daki doktor Dr. Li Wenliang, polis tarafından susturulmuştur. 7 Şubat 2020'de koronavirüs enfeksiyonunun etkilerinden öldüğü açıklanmıştır. Ölümü, Çin sosyal medyasında ifade özgürlüğü konusunda ulusal bir tepkiyi tetiklemiştir( Guan, et al., 2020). 18 Mart 2020'de Çin hükümeti, bir dizi karantina ve sosyal mesafe önlemi uygulandıktan sonra ilk kez yurt içinde yeni bir yayım olmadığını bildirmiştir. 31 Mart 2020'de Çin'deki Ulusal Sağlık Komisyonu (NHC), koronavirüs testi pozitif çıkan semptomsuz bireylerin enfeksiyon sayısını bildirmeye başlamıştır. Bundan önce, asemptomatik vakalar Çin resmi sayımına dahil edilmemiştir. Çin, 8 Nisan 2020'de Wuhan'daki on haftalık kilitlemeyi kaldırmıştır. Ülkede günlük yaşam ise yavaş yavaş normale dönmekteydi. 17 Nisan 2020'de Wuhan'daki sağlık yetkilileri, ölü sayısını revize ederek toplam sayıya 1.290 ölüm ekledi. Wuhan'da, salgının ortasında 3,8 binin üzerinde ölüm kaydedilmiştir. Vakaların teşhisi ve sayılması için resmi metodolojide yapılan bir değişikliğin ardından, toplam rakama binlerce yeni vaka eklenmiştir.

NHC'nin yönetimi altında, Çin CDC ve diğer üç kurum, patojeni tanımlamak için numunelerin paralel laboratuvar testlerini gerçekleştirmiştir. NHC ve Hubei Eyaleti Sağlık Komisyonu, Nedeni Bilinmeyen Viral Pnömoni Tanı ve Tedavi Protokolü (Deneme Uygulaması için) dahil olmak üzere dokuz belgeyi ortaklaşa formüle etti. Çin, viral pnömoninin nedenini belirlemede kaydedilen gelişmeler ve ilk ilerlemeyi DSÖ'ye bildirdi. DSÖ, web sitesinde Wuhan'daki bir dizi zatürre vakasına ilişkin bir açıklama yayınladı ve bu kadar kısa sürede yeni bir koronavirüsün ön tanımlanmasının dikkate değer bir başarı olduğunu belirtti. DSÖ, web sitesinde Tayland'daki yeni koronavirüs vakalarının keşfine ilişkin bir açıklama yayınlamıştır ve Çin'in, virüsün genom dizisini paylaşmasının daha fazla ülkenin vakaları hızlı bir şekilde teşhis etmesine olanak sağladığını kabul etmiştir(Zhu, et al., 2020). Hong Kong, Makao ve Tayvan'dan bir teftiş ekibi, hastalığın önlenmesi ve kontrolü hakkında bilgi edinmek için Wuhan'ı ziyaret etmiştir.

Çin, önemli bir ilerleme kaydetmiştir: Virüsün hızlı yayılması Wuhan'da ve Hubei Eyaletinin geri kalanında kontrol altına alınmıştır, anakaradaki diğer bölgelerdeki durum ise stabilize olmuş ve yeni vakaların günlük rakamı tek haneli kalmıştır. Durum geliştikçe CPC Merkez Komitesi salgın kontrolünü ekonomik ve sosyal kalkınma ile

koordine etmeye ve normal işe, günlük hayata düzenli bir dönüş organize etmeye karar vermiştir(Zhu, et al., 2020).

Başından beri Çin'in Covid-19'a tıbbi olarak hedeflediği, hasta kabul ve tedavi oranlarını iyileştirmek, enfeksiyon ve ölüm oranlarını azaltmaktı. Enfekte olanlar, ülkenin her yerinden tıp uzmanlarının ve gerekli tüm tıbbi kaynakların yoğunlaştığı özel tıbbi tesislerde tedavi edilmiştir. Hem geleneksel Çin tıbbi hem de Batı tıbbi uygulanmıştır. Hastaların tıbbi tedavisine duruma özel ve kategori temelli bir yaklaşım uygulanmıştır. Şiddetli vakalar, en gelişmiş ekipmanı kullanan en iyi doktorlar tarafından tedavi edilmiştir ve her ne pahasına olursa olsun hayat kurtarmak için kritik malzemeler bir araya getirilmiştir( Guan, et al., 2020). Bu çabalar sayesinde Çin'deki Covid-19 ölüm oranı keskin bir şekilde düşmüştür. Erken tıbbi müdahale, hafif semptomları olan hastaların gecikmeden iyileşmesini mümkün kılarak durumlarının kötüleşme riskini önemli ölçüde azaltmıştır.

Çin, hafif semptomları olan hastaları erken tıbbi müdahale için belirlenmiş tıbbi tesislere kabul ettirmekte hızlı davranmış ve hafif vakaların kötüleşmesini önlemek için elinden geleni yapmıştır. Ulusal klinik tedavi ağı, Covid-19 hastalarının tedavisine adanmış 10.000'den fazla hastaneyi içerecek şekilde genişletmiştir( Guan, et al., 2020). Çevrimiçi konsültasyon yoluyla teknik destek sağlamak için ulusal bir tıbbi tedavi koordinasyon ağı da oluşturulmuştur.

Çin'in Covid-19 için teşhis ve tedavi planları, klinik uygulama, tıbbi araştırma, deneyler ve düzenli incelemeler yoluyla geliştirilmiş ve iyileştirilmiştir. Bilimsel bilgi ve birikmiş kanıtlara dayalı olarak, Ar-Ge sonuçları ve etkili olduğu kanıtlanan teşhis ve tedavi rejimleri ulusal tanı ve tedavi planlarına dahil edilmiştir. Bunlar, tanı ve tedavi protokolünün yedi versiyonunu, ciddi ve kritik vakalar için protokolün üç baskısını, hafif vaka yönetimi için el kitabının iki baskısını, nekahet plazma tedavisi tedavi protokolünün iki baskısını ve taburcu edilen hastalar için bir rehabilitasyon tedavi programını içermektedir(Du, Wang, Cauchemez, Xu, & Wang, 2020). Tüm bu protokoller ve planlar, hastaların bilime dayalı tedavisine ve tıbbi tedavi için standartların oluşturulmasına katkıda bulunmuştur.

Covid-19 kontrolü için hükümet fonları, hastaların zamanında tedavi alabilmelerini ve yerel makamların tıbbi tedavi ve salgın kontrolü önlemleri konusunda sorunsuz ilerleyebilmelerini sağlamak için önceden sağlandı. 31 Mayıs itibariyle, hükümetler

tarafından virüsle savaşmak için toplam 162,4 milyar RMB tahsis edildi. Sağlık sigortası poliçeleri, doğrulanmış veya şüphelenilen Covid-19 hastaları için net hükümlerle hızla ayarlandı. Geciken hesap mutabakatı ile tedavi olabilmeleri sağlandı. Doğrulanmış veya şüphelenilen tüm Covid-19 hastaları, temel sağlık sigortası, ciddi hastalık sigortası veya tıbbi yardım fonu kapsamına girmeyen herhangi bir tıbbi fatura için devlet finansmanından sübvansiyon aldı. Hastaların temel sağlık sigortasına kayıtlı olmadıkları yerlerde tedavi görmeleri durumunda, Covid-19 ile ilgili sağlık faturaları yerel sigorta fonu tarafından karşılanmıştır (Du, Wang, Cauchemez, Xu, & Wang, 2020).

Çin'in diğer bölgelerinden Wuhan ve Hubei'ye gelen tüm acil sağlık ekiplerinde en az bir enfeksiyon kontrol uzmanı vardı. Bu düzenleme sayesinde ekiplerde herhangi bir enfeksiyon vakası yaşanmamıştır. Şubat ayından bu yana, ülke çapında sağlık personeli arasında rapor edilen enfeksiyon sayısında keskin bir düşüş olmuştur (Du, Wang, Cauchemez, Xu, & Wang, 2020). Sağlık çalışanlarına iyi bakılmış ve ihtiyaçları karşılanmıştır. Refahlarını sağlamak, fiziksel ve psikolojik streslerini hafifletmek, sağlıklı kalmalarına yardımcı olmak ve cephede mücadeleye devam etmelerini sağlamak için psikolojik danışma ve personel rotasyonu gibi bir dizi politika ve önlem getirilmiştir.

### **2.1.2. Avrupa`da salgın yönetimi**

Ciddi sınır ötesi sağlık tehditlerine ilişkin 1082/2013 / EU (Ekim 2013) sayılı AB Kararı, AB üye devletleri arasında ve uluslararası ve Avrupa düzeyindeki kurumlar arasında iş birliği ve bilgi alışverişi için yasal bir temel sağlamaktadır. Bir AB ülkesindeki salgın, potansiyel olarak diğerlerinin tümü için bir tehdit oluşturmaktadır. AB Kararı 1082 kapsamında önemli kabul edilen sağlık tehditleri arasında çocuk felci ve Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) gibi solunum yolu hastalıkları yer almaktadır. MERS'in ithalatı ve yayılması veya poliomiyelitin AB'ye yeniden girmesi önemli sosyal, ekonomik ve politik sonuçlara sahip olabilmektedir. Bu anlamda, 1082 sayılı AB Kararı tarafından sağlanan yasal çerçeve, Avrupa'nın hazırlıklı olma ve müdahalesine ilişkin tartışmalar için etkili bir temel sunmaktadır.

Horton, Covid-19 salgınının İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (NHS) tarafından yönetilmesinin skandal olduğunu ve gereksiz ölümlere yol açtığını bildirdi. İngiliz vatandaşları artık farkındalar ve kendi fikirlerini oluşturmakta özgürler. Kriz

yönetimindeki kritikler, yanıtın zamansız olduğu ve Lombardy'nin sağlık sisteminin çökmesine yol açtığı İtalya'da da benzer şekilde meydana geldiği belirtilmiştir. Diğer Avrupa ülkelerinin gecikmeleri ve yetersizlikleri, Asya ve İtalyan deneyimlerini yüz yüze yaşadıkları için daha da paradoksal hale gelmiştir.

12 Mart'ta, Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC), pandeminin etkisini azaltmak için gerekli önlemleri belirlemiştir:

- COVID-19 ile enfekte olduğundan şüphelenilen veya doğrulanan semptomatik kişilerin derhal izole edilmesi,
- Toplu toplantıların askıya alınması,
- İş yerlerinde sosyal ve fiziksel mesafe önlemleri (örneğin, tele çalışma),
- Okulların kapatılması,
- Yüksek düzeyde topluluk iletimi olan yerleşim alanlarının kilitlenmesi,

Bu tür önlemler, özgürlük ve güvenlik (6. madde), özel hayata ve aile hayatına saygı, düşünce özgürlüğü, vicdan ve inanç (10. madde), bilgilendirme serbestliği dahil olmak üzere Şart'ta yer alan hakların çoğunu etkileyebilmektedir. (Madde 11), toplantı ve dernek kurma özgürlüğü (Madde 12), sanat ve bilim özgürlüğü (Madde 13) ve dolaşım ve ikamet özgürlüğü (Madde 45). Ayrıca çocuklar, yaşlılar ve engelliler gibi belirli grupların haklarını da etkileyebilmektedirler. Tüm AB Üye Devletleri, farklı zamanlarda ve değişen yoğunluklarda fiziksel ve sosyal mesafe önlemlerini uygulamaya koydu. Salgının erken aşamalarında, ülkeler enfekte olmuş ve risk altındaki kişilere kendi kendilerini karantinaya almaları emrini verdi. Enfeksiyonların sayısı arttıkça çoğu ülke toplu toplantıların askıya alınması, evde kalma gereksinimleri, gerekli olmayan işlerin ve kamusal alanların kapatılması ve evin dışındayken fiziksel mesafenin sağlanması gibi genel nüfus için sosyal mesafe önlemleri uygulamaya koydu.

Fransa, salgının ışığında belediye seçimlerinin ikinci turunu erteledi. İlk tur, kitle toplantıları yasağına rağmen 15 Mart 2020'de yapıldı. Macaristan, ilan edilen olağanüstü hal ('Anayasada' tehlike hali 'olarak anılacaktır) sürdüğü sürece seçimleri ve referandumları ertelemiştir. Toplanma hakkı ile düşünce, vicdan ve din özgürlüğü üzerindeki etkiyi en aza indirmek için, bazı Üye Devletler halka açık toplantılar üzerindeki genel yasağa özel istisnalar ilan etmiştir. Örneğin, Danimarka'da toplantı yasağı, siyasi veya diğer amaçlarla yapılan toplantılara uygulanmaz. Avusturya ve Hırvatistan'da kiliseler, mümkün olduğu durumlarda bireysel ibadete açık kalmıştır.

AB Üye Devletleri, bu önlemleri uygulamak için farklı stratejiler ortaya koymuştur. Macaristan'da yetkililer, karantinada kalmak zorunda olan kişinin kapısına kırmızı bir uyarı etiketi koymuş ve polis düzenli olarak bunları kontrol etmiştir. Kuralları çiğneyen kişiler kabahat davaları ve 150.000 HUF'a (425 €) kadar para cezalarıyla karşı karşıya kalmıştır. Polonya'da 21 polis, karantinadaki kişilerin evde olup olmadığını kontrol etmektedir. Kurallara uymayanlar 1.250 € 'ya kadar para cezasına çarptırılmaktadır. Üye Devletler'in çoğunda, yeni getirilen acil durum önlemlerine uymayanlar için mali yaptırımlar uygulamaya konmuştur. Bazıları ayrıca Belçika'da toplanma ile ilgili kuralları çiğnediği için 8 günden 3 aya kadar, Bulgaristan'da karantina tedbirlerine uymadığı için veya bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için alınan diğer tedbirleri ihlal ettiği için 2 ila 5 yıla kadar hapis cezası da getirmiştir. Çekya, karantina kurallarına uymayan, yüz maskesi takmayan veya kalabalık gruplar halinde toplanan kişilere yaptırımlar getirmiştir.

İsveç hariç tüm AB Üye Devletleri, COVID-19'un yayılmasını sınırlamak için tüm eğitim tesislerini kademeli olarak kapatmıştır. Bunun çocuk hakları ve eğitim hakkı açısından önemli sonuçları bulunmaktadır. Bununla birlikte Üye Devletler'in en az üçte biri (Avusturya, Belçika, Çekya, Danimarka, Estonya, Almanya, Macaristan, Hollanda ve Slovenya), seçilen 'temel' mesleklerde çalışan ebeveynlerin çocukları veya orada bulunan aileler için bir dizi okulu açık tutmuştur. Hemen hemen tüm Üye Devletler, eğitimin devamlılığını sağlamak için uzaktan eğitimi uygulamaya koymuştur. Estonya, İtalya ve Letonya da dahil olmak üzere birkaçı, bazen öğrencilerin nasıl değerlendirileceği ve engelli öğrenciler için eğitimin nasıl garanti edileceği dahil olmak üzere uzaktan öğrenim hakkında kılavuzlar yayınlamıştır.

Uygulamada, uzaktan eğitim genellikle öğrencilere ve ebeveynlere e-postayla ev ödevleri göndererek, sınıfları kaydederek ve çevrimiçi hale getirerek, öğrencilerle iletişim kurmak için eğitim uygulamaları ve çevrimiçi platformları kullanarak okul bazında düzenlemeler yapıldı. Avusturya, Fransa ve Slovenya uzaktan eğitim için hükümete ait çevrimiçi platformlar sağlarken, Hırvatistan, Macaristan ve Kıbrıs'ta eğitim veya okul programları televizyonda yayınlar yapılmaktadır. Ancak tüm eğitim kurumları veya öğrenciler, etkili uzaktan eğitim için gerekli donanıma sahip değildir. Örneğin, Eurostat verileri, 2019'da ortalama olarak 27 AB Üye Devletindeki hanelerin %10'unun internete erişimi olmadığını göstermektedir.

## 2.2. Dünya ülkelerinin sağlık sistemi

Karmaşık iç içe geçmiş boyutlarıyla sağlık sistemi performansını değerlendirmenin basit, pratik ve anlaşılır yollarını belirlemek zorlu bir hedef olmaya devam etmektedir. Sağlık sistemleri karmaşıktır ve temel amacı, sınırlı kaynaklarla sağlığı iyileştirmek olan tüm kurum, kuruluş ve kaynakların toplamı olarak görülebilmektedir( Handler , Issel , & Turnoc , 2001). Tüm sağlık sistemleri, dikkate alabilecekleri farklı bileşen kombinasyonları nedeniyle farklıdır. Sağlık sistemlerinin sıralanması, politika yapıcıları bilgilendirmek, sağlık sistemlerini güçlendirmek ve farklı popülasyonlar arasındaki eşitsizliklere dikkat çekmek için önemlidir. Geliştirilecek politikalar için sistemlerin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması ve 193 üye ülkenin imzaladığı ‘Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’ne ulaşılabilmesi için Birleşmiş Milletler (BM) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) için de önemlidir (Hafner & Shiffman , 2013). Bir sağlık sisteminin etkinliği genellikle, bu hedeflere ulaşmak için kullanılan kaynaklar göz önüne alındığında, bir sağlık sisteminin hedeflerine ulaşma derecesi olarak kabul edilmektedir(Joumard , André , & Nicq , 2017).

On yıldan daha uzun bir süre önce DSÖ, 191 üye ülkesinin ilk sağlık sistemi performans sıralamasını yürütmede öncüydü(Tandon, Murray , Lauer , & Evans , 2000). Sağlık sistemlerinin sonuçlarına ve belirleyicilerine dayalı kanıtlar geliştirerek ülkelerin sağlık sistemi performansının verimliliğini nasıl artırabileceklerine odaklandılar(Murray & Frenk , 2001). Bu, sağlık sistemlerinin performansına odaklanan birçok sıralamanın da temelini oluşturdu. Bu sıralamanın yöntemleri WHO tarafından bir dizi tartışma makalesinde yayınlandı. Bununla birlikte sıralamaların performansı çok karmaşık bir süreç olabilmektedir (Evans , Tandon , Murray , & Lauer , 2000). İlk olarak sistemlerin girdi ve çıktılarını temsil etmek için sağlıkla ilgili önlemler gibi bir dizi uygun ve mevcut gösterge tanımlanmalıdır. İkinci olarak genellikle anketlere, istatistiksel yöntemlere veya uzmanlar arasında toplu bir karara dayanan farklı ağırlıklar her göstergeye atanmaktadır. Son olarak, sağlık sistemlerinin puanlarını elde etmek için istatistiksel analizler yapılmaktadır(Gakidou , Murray , & Frenk , 2000).

Sağlık sistemleri için birkaç sıralama bulunmaktadır ve aralarındaki temel fark, sıralamayı yürütmek için kullanılan metodolojidir. Bildiğimiz kadarıyla ne metodolojik altın standart ne de sağlık sistemleri için bir sıralama yapmada kullanılacak metodoloji için fikir birliği mevcuttur. Gerçekten de sıralamalar,

karşılaştırma için popüler bir yöntem olsa da hangi göstergelerin kullanılacağı ve bilgilerin sıralı biçimde nasıl sunulacağı konusunda çok fazla kafa karışıklığı ve tartışma bulunmaktadır. Ayrıca, herhangi bir sıralama sisteminin başarısı için şeffaflık esastır. Göstergelerin nasıl seçildiği açısından sürecin açıklığı, bu bilgileri sıralı formatta sunma yaklaşımı ve orijinal verilere erişim çok önemli bir noktadır. Bu nedenle mevcut sağlık sistemi sıralamalarını gözden geçirmeyi ve değerlendirmeyi öneriyoruz çünkü bu aynı zamanda mevcut sağlık sıralamalarının şeffaflığını ve tekrarlanabilirlik yeteneğini geliştirmede bir rol oynayabilmektedir. Bu incelemenin amacı, sıralama metodolojisinin bütünlüğünü ve kapsamlılığını sistematik bir bakış açısıyla değerlendirerek mevcut sağlık sistemi sıralamalarının şeffaflığını değerlendirmektir(Murray & Frenk , 2000). Bu aynı zamanda gelecekteki sağlık sıralamaları için önerilerde bulunmaya, literatürdeki boşlukları değerlendirmeye ve bu alanda gelecekte yapılacak tartışmaları teşvik etmeye yardımcı olabilmektedir.

DSÖ, 2000 yılında “Dünya Sağlık Raporu-Sağlık Sistemleri: Performansı İyileştirme” adlı 191 DSÖ üye ülkenin performansının değerlendirilmesinde genel beş gösterge kullanmıştır(WHO, The world health report 2000: health systems: improving performance., 2000). Commonwealth Fund (CWF) 2004 yılında "Ayna, Duvardaki Ayna" başlıklı ilk yayını yapmış ve yayınlamaya devam etmiştir, son yayınları ise 2014'teydi(Murray & Frenk , 2000). Amacı, karşılaştırmasını yapmak için toplam 80 gösterge kullanarak 11 sanayileşmiş ülkenin sağlık sistemini karşılaştırmaktır. Üçüncü seçilen sıralama Bloomberg tarafından "Most Efficient Health Care 2014" başlığıyla yayımlandı (Rankings, 2013). 51 ülkeyi karşılaştırdılar ve yalnızca üç göstergeyi dikkate alarak sağlık sisteminin etkinliği olarak gördükleri durumlara göre sıraladılar. Tablo 8, seçilen üç sıralamanın karşılaştırılması için belirlenen kategorileri ve kriterleri göstermektedir.

**Tablo 8.** Seçilen sağlık sistemi sıralamasının genel özellikleri

Yıl	Organizasyon	Başlık	Odaklanma	Amaç	Ülkeler	İlk sıradaki ülke	Veri kaynağı	Tarih	Gösterge Sayısı
2000	DSÖ	Ölçme Genel Sağlık 191 Sistem Performansı Ülkeler- Sağlık Sistemler: İyileştirme Verim	Sistem performansı	191 ülkede Sağlık Sistemlerinin performansının değerlendirilmesi	191 ülke	Fransa	DSÖ, DSÖ üye devlet ulusal yaşamsal kayıt sistemi, DSÖ tarafından yürütülen anketler	1993-1997	5
802014	Ortak servet fonu	Ayna, duvar üzerinde ayna	Sistem performansı	11 gelişmiş ülkenin performansını karşılaştırılması	11 ülke	İngiltere	CWF anketleri, WHO ve OECD	2010-2013	80
2015	Bloomberg	En verimli sağlık hizmeti 2014	Sistem performansı	Ülkeleri sağlık hizmetleri sistemlerinin verimliliğine göre sıralanması	51 ülke	Singapur	Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu, Dünya Sağlık Örgütü, Hong Kong Sağlık Bakanlığı	Belirsiz	3

**Kaynak:** WHO- Dünya Sağlık Örgütü

Genel olarak DSÖ metodolojisi seçilen kriterlere göre en yüksek puanı aldı, 4 üzerinden 3,9 ile her kategoride en yüksek puanı aldı. CWF, 2,6 genel ortalama ile sonraki oldu. Bloomberg, istatistiksel yöntemler kategorisinde 1,2 puanla en düşük puana sahiptir.

### 2.2.1. Virüsün ülkelerin sağlık hizmetlerine etkisi

10 Nisan 2020 itibariyle, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 200'den fazla ülke ve bölgede 1,4 milyondan fazla COVID-19 enfeksiyonu vakasını ve 87.000'den fazla ölümü doğrulamıştır (DSÖ, 2020). 8 Nisan 2020'ye kadar 52 ülkede DSÖ, sağlık çalışanları arasında 22.073 COVID-19 enfeksiyonu vakası kaydetti. Pandeminin başlangıcından bu yana sağlık çalışanlarının hastalanma süreci geniş alanlara yayılmaya başladı. Çin'deki bir ankete göre, Şubat 2020'ye kadar sağlık çalışanları arasında 3.019 COVID-19 enfeksiyonu vakası vardı ve bunlardan 1.716'sı teşhis edildi (teyit edilen vakaların %63'ü Wuhan'da idi). Toplamda, vakaların %14,8'i şiddetli veya kritik olarak sınıflandırıldı (Wu & McGoogan , 2020). İtalya'da 9 Nisan 2020 itibariyle sağlık çalışanları arasında 14.066 COVID-19 enfeksiyonu vakası doğrulandı ve bu, tüm enfekte olanların %10'undan fazlası demektir. İrlanda'da, sağlık çalışanları arasında beş COVID-19 enfeksiyonu vakasından biri sağlık çalışanı olarak doğrulanmıştır(Statement from the National Public Health Emergency Team - Wednesday 18 March, 2020).

Sağlık sistemlerinin, temel, kesintisiz hizmetleri sürdürürken sağlık çalışanlarını harekete geçirerek krizlere karşı hızla yeniden organize olma yeteneği kritik ve zordur. Başlıca önlemler arasında iş sağlığı ve güvenliği, insana yakışır çalışma koşulları, sağlık çalışanları için psikolojik destek, sağlık sisteminin gereklerine uygun olarak yeni sağlık çalışanlarını hızla yeniden yönlendirmek ve işe almak için mesleki eğitim ve öğretim yer almaktadır. Acil durum hazırlığı, teletıp gibi hizmet platformlarının optimize edilmesini de içermektedir(WHO, Regional Office for Europe: , 2020).

Çevrimiçi ve mobil tıbbi uygulamalar, 3B yazdırma ve yapay zekâ gibi yeni teknolojiler, bir pandemi sırasında sağlık hizmetlerinin kalitesini ve tıbbi uygulamaları iyileştirmeye yardımcı olmaktadır (WHO, Regional Office for Europe: , 2020). Birkaç ülke, COVID-19'un ulusal düzeyde yayılmasını izlemek için cep telefonlarından alınan konum verilerini kullanıyor. Hollanda'da tıp öğrencileri, şiddetli semptomları olan hastaların tedavi için arayabileceği ve sevk alabileceği bir çağrı merkezinde çalışır. Özellikle yoksul ve uzak bölgelerde sağlık çalışanlarını bilgilendirmek, eğitmek ve yönlendirmek için dijital teknolojiler tanıtıldıkça ve ölçeklendikçe bir pandemide idarenin etkinliği gibi hizmetlerin şeffaflığı ve kalitesi de artabilmektedir(Hutchinson, 2020).

Odak noktası, COVID-19 müdahalesinin merkez üssündeki sağlık çalışanlarını korumak ve desteklemek olsa da salgın, kendi hesabına çalışanlar ve sağlık işletmeleri de dahil olmak üzere sağlık sistemindeki tüm paydaşları etkilemiştir(WHO, Regional Office for Europe: , 2020). Bunlar, şu anda enfeksiyonla mücadelede ön saflarda yer alan ve ciddi enfeksiyon riski altında olan sağlık ve bakım ekonomistlerinin çoğunu içermektedir. Bu nedenle hastalık yardımlarının evrensel kapsamının olmaması, koronavirüsü kontrol altına almak için stratejilerin başarılı bir şekilde uygulanmasının ana zorluklarından biri olarak tanımlanmaktadır ve bazı ülkeler bu durumu düzeltmek için şimdiden somut adımlar atıyorlar. COVID-19 krizi, yalnızca sağlık hizmetleri için değil aynı zamanda güvencesiz veya serbest meslek sahibi sağlık ve bakım çalışanlarını mahrum bırakan hastalık yardımları için de önemli boşluklar ortaya çıkarmaktadır(WHO, Regional Office for Europe: , 2020). Bu durum, hastalık veya hasta aile üyelerine bakma durumlarında veya kendilerini iyi hissetmediklerinde bile işe gitmeye zorlamakta ve enfeksiyon riskini artırmaktadır. Ayrıca hastaların ve ailelerinin yoksullaşma riski git gide ağırlaşmaktadır.

COVID-19 krizinde sağlık çalışanları için yeterli sosyal korumaya ek olarak, tüm nüfusun uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması da aynı derecede önemlidir. Sosyal koruma, sağlık krizlerinin önlenmesi ve hafifletilmesinde kilit bir rol oynar. Bu, her şeyden önce, bireylerin ve hane halklarının tıbbi bakım taleplerinin doğrudan bir sonucu olarak yoksullaşmasının önlenmesi ve evde önleyici tedbirlerin teşvik edilmesi anlamına gelmektedir. Halk sağlığı, mali koruma ve sağlık hizmetlerine etkili erişim sağlayan evrensel sağlık sigortasına hak temelli bir yaklaşımın ilkelerini takip etmektedir (WHO, Regional Office for Europe: , 2020). Sosyal güvenlik katkıları, vergiler veya her ikisi yoluyla halk sağlığı için toplu finansman mekanizmaları, olumlu bir yeniden dağıtım etkisine sahiptir ve finansal iş gücü piyasası risklerini bireylere yıkamaz. Buna göre, ihtiyaç ortaya çıktığında tıbbi bakım aramadan önceki ekonomik düşünceler, bakımın ertelenmesine veya reddedilmesine yol açmaz. Bu, özellikle bulaşıcı hastalıkların neden olduğu sağlık krizi bağlamında doğrudur.

### **2.2.2. Virüsün dünya ülkelerinin ekonomisine etkileri**

Covid-19 virüsünün ortaya çıktığı Çin, yaklaşık 1,4 milyar nüfusu ile en kalabalık ülke ve 13,6 trilyon dolarlık GSYİH ile dünyanın en büyük ikinci ekonomisiydi. Çin, Aralık 2019'dan beri Covid-19 salgınıyla mücadele etmektedir ancak savaş 2020'nin ilk

çeyreğinde Çin ekonomisini olumsuz şekilde etkilemiştir. Çin, dünyanın birçok ülkesi için arz ve talep kaynağı ve finansal piyasalarda etkili rol oynamaktadır. Bu nedenle Çin'deki olumsuz olayların diğer ülkeler için ikincil sonuçları bulunmaktadır(OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. , 2020). Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Çin'in büyüme beklentilerinin 2019'daki %6,1'in ardından bu yıl hızla %5'in altına düştüğünü açıkladı. Buna göre, küresel ekonomik büyümenin 2019'daki %2,9'a kıyasla 2020'de %2,4'e düşeceği tahmin ediliyor ancak küresel ekonomik faaliyetteki genel düşüş nedeniyle %1,5'e düşebilmektedir(OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. , 2020).

Dünya Seyahat ve Turizm Konseyi'ne (WTTC) göre turizm, dünya GSYİH'sinin %10,4'ünü ve dünya istihdamının %10'unu oluşturan devasa bir küresel iştir(WT.TC, 2019). Çinli turistler tek başına tüm yabancı turistlerin yaklaşık onda birini oluşturmaktadır ve Çin'den giden turizmdeki keskin düşüş birçok ülkede olumsuz bir talep şokuna yol açmaktadır(OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. , 2020). Virüsün dünyaya yayılmasıyla Dünya Turizm Örgütü (UNWTO), turizm sektörünün şu anda Covid-19'un hem seyahat arzını hem de talebini etkilediğini ve en ağır şekilde etkilenen sektörlerden biri olduğunu duyurdu. Uluslararası turistlerin giriş sayısında beklenen düşüş %20'den %30'a çıkacak ve bu da uluslararası turizmden elde edilen gelirin 300 ila 450 milyar dolarlık bir miktarın da azalmasına yol açacaktır(WTO, 2020). Uluslararası Hava Taşımacılığı Birliği (IATA), hava yolu endüstrisinin %44 düşmesi nedeniyle kar kaybıyla birlikte hava yolu maliyetlerinin 252 milyar dolar olduğunu tahmin etmiştir(Pierce, 2020).

Ayrıca Çin, toplam ham petrol ithalatının %20,2'si ile dünyanın en büyük petrol ithalatçısı olduğu için Çin'deki belirsizlik küresel petrol fiyatları için de sorun oluşturmaktadır. Yine de Çin ekonomisindeki yaygın daralma ve seyahat yasaklarıyla birlikte yakıt ve benzine olan talebin düşmesi nedeniyle küresel petrol talebi Covid-19 sebebiyle sert bir şekilde etkilendi. Bu arada büyük petrol üreticileri Suudi Arabistan ve Rusya arasındaki fiyat savaşı devam etmektedir ve tedarik ile küresel petrol piyasalarını alt etmek için üretimi sürekli artırmaktadırlar. Bir şeyin fiyatı, arz ve talebin karşılıklı etkileşimi tarafından belirlenir ancak dünyanın en büyük iki petrol üreticilerinden ikisi, petrol piyasasında arz ve talep arasında büyük bir dengesizliğe neden olmaktadır. Bunun sonucunda petrol fiyatları 1991 Körfez Savaşı'ndan bu yana değerinin üçte biri kadar değer kaybetti(National Bureau of Statistics of China. , 2020).

Teoride, düşen petrol fiyatları büyüme için iyi olmalı çünkü yakıt ucuzladığında ve tüketicilerin petrole dayalı enerji ürünleri için satın alma gücü arttığında işletme maliyetleri de düşüyor ancak geniş kapsamlı seyahat yasakları ve sokağa çıkma yasakları nedeniyle kısa vadede çok fazla yakıt talebi olması muhtemel değildir.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Covid19'un yarattığı iktisadi çöküş nedeniyle 5,3 milyon ila 24,7 milyon işin kaybedileceğini ve bu dağılımın 860 milyar ila 3 trilyon arasında önemli bir kazanç eksikliği anlamına geldiğini açıklamıştır (Labour, 2020). Mesela, Mart 2020'de işsizlik oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD)(Labour, 2020) %0,9 puan artarak %4,4'e yükseldi ve pandeminin başladığı tarihten itibaren 6,6 milyondan çok Amerikan işsizlik davası açtı(The US Department of Labour, 2020). Yatırımcılar pandeminin daha geniş belirsiz ekonomik etkileri konusunda endişelenmeye devam ettikçe küresel borsalar da keskin bir şekilde düştüler. FTSE, Dow Jones Industrial Average ve Nikkei, pandemi kararından bu yana yüksek derecede gerileme (%25'ten fazla) görmüştür.

Ekonomistler, zıt ve eş zamanlı yollarla çalışan arz ve talep şoklarındaki değişkenlik yüzünden pandeminin enflasyon üzerinde aşağı doğru baskı yarattığını tahmin etmektedir (OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. , 2020). Çin Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE), esasen gıda enflasyonu sebebiyle %5,2 artarken, Üretici Fiyat Endeksi (ÜFE), ham madde fiyatlarındaki düşüş yüzünden şubat ayında %0,3 geriledi (OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. , 2020). Bundan başka istihlakçılar, Mart 2020'de ABD'deki çocuklar için bakkaliye ve gıda dışı ürünlere yönelik harcamalarını artırmayı hedeflediler ve neredeyse her ürün kategorisi için harcamalarını azaltmayı beklediler. Bundan dolayı diğer ülkelerdeki enflasyon muhtemelen Çin'e benzer bir eğilim izleyecek ve tüketici fiyatları üzerindeki etki, üretim yeniden başlayana kadar devam edecek. UNCTAD genel fiyat düşüşünün 2020'de %37 olacağını tahmin etmekte(United Nations Conference on Trade and Development. , 2020).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'nün (UNESCO) gözlemine göre, 160'tan fazla ülke ki bu dünya öğrenci nüfusunun %91'inden fazlasını içerir, ülke çapında kapatma uygulamaları gerçekleştirdiler. Çalışan ebeveynlerin kısa vadede ücret kaybına ve üretim üzerinde olumsuz etkiye yol açan işi kaçırma olasılığı daha yüksek olduğundan yüksek ekonomik maliyetler de baş göstermiştir(OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. , 2020). Uzun sürede bu

hal, beşerî sermayede, devletlerin iktisadi iyileşmesine yüksek tesiri olan bir değişim yaratacaktır.

### **2.3. Sağlık Çalışanlarının Bu süreçteki rolü**

Sağlık hizmeti, ülkelerin en önemli sosyo-ekonomik kalkınma göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, ihtiyaç duyulduğunda alıcısı tarafından kabul edilebilme ve kaliteli düzeyde uygun fiyatlı bir sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri ülkeden ülkeye farklı olsa da aynı finansman yöntemi kullanılsa da ödeme yöntemleri, organizasyon türü ve hizmete erişim kurallarında farklılıklar görülmektedir. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler tıbbın evrimini hızlandırmış ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasıyla sonuçlanmıştır. Bununla birlikte iyileştirilmiş yaşam koşullarına bağlı olarak kronik ve dejeneratif hastalık insidansındaki son artışa, zorlukla karşılanan maliyetler eşlik etmektedir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele geliştirmekte olan ülkelerde genellikle önemli bir finansman kaynağı iken maliyetli tedaviler gerektiren kronik hastalığı olan yaşlı nüfusu yönetmenin finansman maliyeti, son zamanlarda bütçeden önemli bir pay almaktadır (Savas, Karahan , & Saka , 2002). Gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkelere bilimsel ve teknolojik bağımlılığı, yeni sağlık organizasyon modellerinin ele alınması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık sektöründe yaşanan sıkıntılarda finansman sorunları başı çekmektedir. Bu sorun hem gelişmiş hem de geliştirmekte olan ülkeler için geçerlidir ancak ekonomik etkiler her ülkede farklılık gösterebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında başlıca iki yöntem bulunmaktadır: doğrudan finans ve dolaylı finans. Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti alanların hizmet bedelini cepten ödemesi anlamına gelmektedir. Kamu ve özel sektör tarafından üretilen hizmetler tüketici tarafından satın alınır ve ödenir. Öte yandan dolaylı finansman yöntemi için hizmet sağlayıcı ile alıcı arasında bir üçüncü taraf ödeyici yer alır. Sağlık sistemi, tek tip vergiler, özel vergiler, tüketici katkıları ve bağışlarla finanse edilmektedir(Sulke, 2011).

Dünya Bankası, 2003 yılından beri Türkiye'nin SDP'sini iki uyarlanabilir Program Kredisi (APL) ile desteklemektedir. Banka, birinci basamak düzeyinde toplum sağlığı merkezlerinin (CHC'ler) kurulmasını kolaylaştıran aile hekimliği sisteminin oluşturulması sırasında teknik rehberlik sağladı ve diğer ülkelerin deneyimlerini paylaştı(Bank, 2003). Banka ayrıca ülkenin sosyal güvenlik sistemini birleştiren ve

sağlık hizmetlerini herkese açık hale getiren 2008 Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun hazırlanmasında teknik yardım da sağlamıştır. Türkiye, Sosyal Güvenlik Kurumu ile gelirlerin toplanması, kaynakların ve harcamaların birleştirilmesi, ilgili mal ve hizmetlerin satın alınması dahil olmak üzere tüm sağlık finansmanı işlevlerinin tam sorumluluğunu üstlendiği tek bir alıcı modeli oluşturmuştur. Gerçekleştirilen çeşitli reformlar, sonuçlara güçlü bir vurgu yapılarak ve sürdürülebilirliğin korunmasına odaklanılarak izlenmiş ve geniş bir şekilde değerlendirilmiştir. Banka'nın küresel bilgi ve uzmanlığı, Türkiye hükümeti için bu yolu değiştiren ulusal sağlık reformlarını geliştirmesi ve uygulaması için etkili bir ortak nokta haline getirdi. SDP, sağlık finansmanı politikasının tüm boyutlarına odaklanmıştır(WHO, Successful health system reforms., 2012). Genel olarak, önemli ilerleme kaydedilmiş ve aşağıda özetlenmiştir.

GSYİH büyümesine paralel olarak sağlık için kamu harcamaları artmıştır. Genel hükümet harcamalarının yüzdesi olarak da sağlık için yapılan kamu harcamaları istikrarlı bir şekilde artmaktadır. Bu, diğer OECD ülkelerinin ve Avrupa Birliği'ndeki (AB) ülkelerin harcama seviyeleri ile karşılaştırılabilmektedir(Yıldırım, 2013). Bu eğilim, hükümet politikalarında sağlığın artan önceliklendirilmesine işaret etmektedir.

Daha önce parçalanmış sağlık finansman havuzlarının birleştirilmesine başlanmıştır. SDP'nin ana odak noktası, çeşitli sosyal sağlık sigortası planlarını SGK tarafından yönetilen tek bir programda birleştirmektir. Programların entegre edilmesini zorunlu kılan dönüm noktası niteliğinde bir Sosyal Güvenlik Kanunu 2006 yılında kabul edilmiştir. Kanunun son versiyonu, tüm yararlanıcıların aynı yardım paketinden (kamu ve özel sektör doktorlarına erişim, ayakta tedavi yardımları ve ilaçlara erişim) almasını gerektirmektedir(Tatar, , ve diğerleri, 2011).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### MOTİVASYON KAVRAMI VE TANIMI

#### 3.1. Motivasyon kavramı

Motivasyon, insanları ellerinden gelenin en iyisini yapmaya ve büyük iş hedeflerine ulaşmada yardımcı olmaya teşvik eden önemli bir faktördür. Sağlam olumlu ilham, işçilerin artan verimini güçlendirecek ancak olumsuz bir ilham onların sergilenmesini azaltacaktır. Yöneticilerin iş gücündeki önemli bir bileşen motivasyondur (Alshmemri, Shahwan-Akl, & Maude, 2017).

İçsel motivasyon, bireyin içsel arzular tarafından motive edildiği bir motivasyon türüdür. Mesela, Bob isimli bir şahsın kendisine zayıflamaya başlamak ve daha faydalı olmak için bir maksat tanımladığını düşünelim. Aynı şekilde, Bob'un bu sağlık ve esenlik yolunu arama motivasyonunun genellikle refahını düzeltmek ve görünüşünden daha memnun hissetmek olduğunu varsayalım. Bob'un değişme isteği içinden kaynaklandığından, ilham kaynağı içseldir(Pinder, 2008).

Dışsal motivasyon ise, bireyin dış arzular tarafından motive edildiği bir motivasyon türüdür. Daha iyi görünme ve daha faydalı hissetme ihtiyacından ilham almak yerine, Bob'un, kendisine daha fazla dikkat çekilmesi amacıyla fiziksel makyajını inceltmek ve geliştirmek için diğerlerinden önemli bir baskı hissettiğini varsayalım(Nilsson, 2017). Bu ağırlık, düşünülen her şeyden kaynaklandığından, bu dışsal motivasyonun bir örneğidir.

Gerçek anlamda motivasyon, pozitif motivasyon anlamına gelmektedir. Olumlu motivasyon, bireyleri en ideal şekilde iş yapmaya ve sunumlarını geliştirmeye sevk etmektedir. Bu daha iyi ofisler ve ödüller altında onların yaptığı işlerin daha iyi yürütülmesini sağlamaktadır. Bu tür ödüller ve görevler parayla ilgili olabilir de olmayabilir de (Miner, 2015).

Negatif motivasyon, işin olumsuz yönlerini kontrol etmeyi amaçlar ve işçiye, iyi icranın yokluğunda zayıf hissetmesi gereken bir korku hissi yaratmaya çalışır. Bir işçi ideal sonuçları elde etmede başarısız olursa geri çevrilmesi gerektiği fikrine kapılır. Teşvik motivasyonu veya ödüle bağlı motivasyon, siz veya başka biri belli bir amaca ulaştığında bir ödül alacağını bildiği bir motivasyon türüdür. Bir işin bitişine doğru

tahmin edilecek bir şey olacağından bireyler, garanti edilen her şeyi elde edebilmeleri hedefiyle taahhüdü denetlemek için giderek daha kararlı hale geleceklerdir (Lepper & Greene, 2016).

### **3.2.Çalışanların Motivasyonu**

Motivasyon, bireyin bir hedefe ulaşmak için gösterdiği çabanın yoğunluğunu, yönünü ve sürekliliğini açıklayan süreç olarak tanımlanmaktadır(Page, 2008). Tosi, Mero ve Rizzo'ya göre motivasyonun hem psikolojik hem de yönetsel anlamı bulunmaktadır. Motivasyonun psikolojik anlamı; davranışın başlatılması, yönlendirilmesi, kalıcılığı, yoğunluğu ve sona ermesi ile ilgili bir kişinin içsel zihinsel durumunu ifade etmektedir(Tosi, Mero, & Rizzo, 2000). Motivasyonun yönetsel anlamı ise motivasyon, yetenek ve performans arasındaki bir ilişkiye uyan organizasyon, yönetici tarafından istenen veya ana hatlarıyla belirtilen sonuçları üretmek için yöneticilerin ve liderlerin başkalarını teşvik etme faaliyetleriyle ilgilenmektir.

Personeli motive etmek için sadece “teşekkür ederim” demek çalışanın başarılarını tanımaktan, sabit ödüllerle bir araya getiren ve hedefler belirleyen daha karmaşık şemalara kadar çok çeşitli yöntemler mevcut olduğundan(Torrington, Hall, & Taylor, 2008), yeterli olmayacaktır. Maden şirketlerinde motivasyondan sorumlu ekibin, çalışanları neyin motive ettiğini bilmeden çalışanlarını motive etmeye çalışması gülünç görünmektedir.

Çalışanların iş yerinde motivasyonu, çalışanların iyi bir performans sergilemek için örgüte koyacakları girdi düzeyini belirleyen hassas konulardan biri olmaya devam etmektedir. Bu, içsel veya dışsal motivasyonun çalışan memnuniyetine katkıda bulunduğu ve dolayısıyla performansı ve verimliliği artırdığı anlamına gelmektedir (Bhattacharyya, 2007) ve Lawler tarafından 21. yüzyılda insanlara, doğru davranmanın bir seçenek değil, bir zorunluluk olduğu ifade edilmektedir(Lawler, 2003). Bu, Dreher ve Dougherty tarafından, bir şirketin iş gücünü yönetme biçiminin, diğer şirketlere göre rekabet avantajı oluşturma ve sürdürme yeteneğini belirlediğini vurgulamıştır (Dreher & Dougherty, 2002).

### **3.3.Motivasyona etki eden faktörler**

Motivasyon, insan davranışlarını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Motivasyon, sadece algılama ve öğrenme gibi diğer bilişsel faktörleri etkilemekle kalmaz, aynı zamanda bireyin örgütsel ortamda toplam performansını da etkiler. Bu nedenle yöneticiler organizasyona daha fazla önem vermektedirler. Motivasyon teriminin kökeni, Latince move (ihtiyaçlar) kelimesine dayanan “hareket etmek” anlamına gelen Latince “movere” kelimesine kadar izlenebilmektedir. Bernard Berelson (Steiner & Bernard Berelson, 1964) “Bir güdü; enerjileri, faaliyetlere veya hareketlere ve bu da davranışları hedeflere yönlendirir. Motifler, bir kişinin ihtiyacının ifadeleridir(Davis., 1981), dolayısıyla kişisel ve içseldirler.

Motivasyon, çabalarla sürdürülen örgütsel hedeflere yönelik yüksek düzeyde çaba gösterme isteği ve bazı bireysel ihtiyaçları karşılama yeteneğidir (Robbins, 1996). Kişinin iradesine göre hareket eden ve onu harekete geçiren herhangi bir duygu veya arzunun uyarılmasıdır (Lillis, 1985). Bu nedenle motivasyon, insanları bireysel ve örgütsel hedeflere ulaştırmak için işlerini daha iyi yapmaya teşvik etmektedir. Motive olmuş çalışanlar, işi yapmak için gerekli becerilere sahip olup olmadıklarına dair algıya sahip oldukları sürece daha üretken olabilmektedirler. Motivasyona dikkat etmek kadar iyi seçim yapmak ve eğitim yoluyla yeteneği geliştirmeye yönelik adımlar atmak da önemlidir. Kempner ve Everaert (1997), çalışanlardan daha yüksek performans almaya motive etmek için eğitim ve gelişim programlarının önemini vurguladılar. Karşılanmayan bir ihtiyacı giderme arzusu ve bu ihtiyacın karşılanacağına olan inancın gücü olan değerlilik ve beklentinin ürünüdür. Başka bir deyişle, bireye bir işi yerine getirme isteğini aşıl原因an şeydir. Dolayısıyla motivasyon, beklenen sonuçları elde etmek için harekete geçme ve gerçekleştirme isteğidir (Kapur & Puma, 1996).

### **3.4.Motivasyon Teorileri**

Motivasyon, örgütle ilgili amaçlara ulaşmak için üst düzeyde bir heyecan oluşturmanın yoludur ve bu durum bazı bireysel ihtiyaçların karşılanmasıyla sağlanmaktadır. Temel olarak motivasyon, bireysel çalışanın ihtiyaçlarını veya taleplerini tatmin ederek örgütsel ana hedeflere ulaşmak anlamına gelmektedir. Pinder'e (Ahmad, Mukaddes, Rashed, & Samad, 2010) göre iş motivasyonu, işle ilgili davranışı başlatan ve onun

biçimini, yönünü, yoğunluğunu ve süresini belirleyen bir dizi iç ve dış güç olarak görülebilmektedir. Konsept, özellikle iş bağlamıyla ilgilidir ve hem çevresel güçlerin hem de kişinin doğasında bulunanların iş davranışı üzerindeki etkisini içermektedir. İş yerinde iş motivasyonunun etkisi gözlemlenebilir ve dolayısıyla ölçülebilir davranışlar şeklinde karşımıza çıkar fakat bunlar kişisel ve varsayımsal birer özellik taşır.

Verimliliği artırmak, çalışanlarını motive etmek için uygun mekanizmalar tasarlayarak ister özel ister kamu olsun, işverenlerin dikkatini çeken ve onları oldukça zorlayan bir durumdur. Bu zorluğun ciddiyeti, yönetimin çalışan motivasyonu ile kurumsal üretkenlik arasındaki güçlü fonksiyonel korelasyon algısından anlaşılabilir. Yıllardır işverenler, işçilerin motivasyonunu işe katkılarıyla etkili bir şekilde ilişkilendirmek amacıyla farklı stratejiler deniyorlar. Ouchi (Ouchi W. , 1987), motivasyonun önemini üretkenlikle ilgili olarak açıklamıştır ve Japonya'nın ulusal verimliliğinin neden yükseldiğini araştırmıştır. Japon başarısının sırrının, Japon yöneticilerin işçilerin refahı ve gelişimi için gösterdiği büyük endişe olduğunu söyleyerek daha da ileri gitmiştir. Motivasyonun verimlilik ve kalite için en önemli faktör olduğu gerçeği yeni bir keşif değildir. İlk kez 1930'lu yıllarda Elton Mayo tarafından yürütülen çalışmalara işaret edilmiştir. O zamandan beri yazılım geliştirme de dahil olmak üzere birçok endüstride aynı sonuçları doğrulayan birçok çalışma yapılmıştır.

Motivasyon; yöneticilerin, memurların ve diğer çalışanların, iş yerinde neden farklı davrandıklarını ve örgütsel hedeflere ulaşmak için ellerinden gelenin en iyisini yapmaları için davranışlarını nasıl manipüle edeceklerini bilmeleri ve anlamaları için çok önemlidir. İşin istenilen hızda ve zamanda ilerleyebilmesi için çalışanları motive etmek her katmandaki yöneticilerin hedefidir. Çalışanlar, kuruluşa yönelik çaba, bağlılık, sadakat, güven ve coşku gibi girdilerinin, finansal ve finansal olmayan faydalar veya teşvikler gibi çıktılar tarafından adil ve yeterli bir şekilde ödüllendirildiğini hissedersen motive olmaya ve daha yüksek verimliliğe yönelik girdiler sağlamaya devam etmektedirler. Çalışanların motivasyonu, bu tür bir eşitliğin olmadığı algısı nedeniyle düşmektedir (Ahmad, Mukaddes, Rashed, & Samad, 2010).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi, dünyadaki en iyi bilinen motivasyon teorilerinden biri olmalıdır ve farklı motivasyon teorilerini incelemeye başlamak için iyi bir başlangıç noktasıdır. Maslow, insanların her zaman bir şeyler isteme eğiliminde olduğu ve ne istediklerinin zaten sahip olduklarına bağlı olduğu fikriyle başlar.

İnsanların temel ihtiyaçlarının karşılanması için araması gereken beş farklı ihtiyaç seviyesi olduğunu öne sürmüştür (Salanova & Kirmanen, 2010). İlk veya en düşük seviye, fizyolojik ihtiyaçlardır. Örneğin; yemek, su, barınma ve giyecek gibi... Bu ihtiyaçlar karşılanmadan önce kişinin başka ihtiyacı yoktur denilir. İnsanlar açlık, susuzluk veya üşüme hissetmediklerinde ihtiyaçları ikinci bir seviyeye gitmektedir. İkinci en düşük seviye, güvenlik ihtiyaçlarıdır. Bu düzeyde kişinin ailesinde ve toplumda kendini güvende ve şiddete karşı korunmuş hissetmesi gerekmektedir. Güvenlik ihtiyacı; iş güvenliği, tasarruf ve sağlık, ruh sağlığı, yaşlılık ve maluliyet sigortaları ile kendini gösterir. Sevgi ve ait olma ihtiyaçları Maslow'un hiyerarşisinin üçüncü seviyesidir. İnsanlar kendilerini güvende hissettikten sonra sevgi aldıklarını ve verdiklerini, takdir edildiklerini ve iyi arkadaşlıklar kurduklarını hissetmeye ihtiyaç duyarlar. Dördüncü seviye, saygı ihtiyaçlarıdır. Benlik saygısı ile benzersiz olma ve diğer bireylerden saygı görme ihtiyacıdır. İnsanlar kendilerini yüksek seviyede değerlendirmek isterler ve başarılarına bağlı olarak diğer insanlardan takdir alırlar. Bu ihtiyaçların eksikliği; aşağılık, çaresizlik ve zayıflığa neden olabilmektedir. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin en üst seviyesi, kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır. Bu ihtiyacın gelişimi, diğer dört alt seviyedeki tatmine dayanmaktadır. Kendini gerçekleştirme ihtiyacına ve bir kişinin potansiyele sahip olduğu şeyde gerçekleştirilme eğilimine atıfta bulunmaktadır.

Herzberg'in Motivasyon/Hijyen Teorisi, İki Faktör Teorisi olarak da bilinir. Herzberg, 1950'lerde Pittsburg'da iş tatmini çalışmasına başladı. Herzberg'in çalışmalarının temeli Maslow'un 'İhtiyaçlar Hiyerarşisi'dir. İş tatminine neden olan şeylerin, iş tatminsizliğine neden olan şeylerin tersi olduğu fikriyle başladı ancak binlerce kitap üzerinde çalıştıktan sonra herhangi bir yönerge çizemedi. Katılımcılardan işlerinde kendilerini olumlu ve olumsuz hissettiren şeyleri belirlemelerini istediği bir anket yaptı. Sonuç olarak Herzberg, insanları mutlu eden şeyin ne yaptıkları veya nasıl kullanıldıkları, insanları mutsuz eden şeyin ise onlara nasıl davranıldığı olduğunu keşfetti. İnsanları işte tatmin eden şeyler, tatminsizliğe sebep olanlardan farklıdır, bu yüzden bu iki duygu zıt olamaz. Bu bulgulara dayanarak Herzberg, Motivatörler ve Hijyen Faktörleri Teorisi'ni ortaya koydu. Her iki faktör de çalışanları motive edebilmektedir ancak farklı nedenlerle çalışırlar. Hijyen faktörleri, çalışanlarda yalnızca kısa vadeli memnuniyete neden olmaktadırken motive ediciler büyük olasılıkla daha uzun vadeli iş tatminine neden olmaktadır.

Beklenti kavramı ilk olarak Vroom tarafından formüle edilmiştir. Bu eylem veya çabanın bir sonuca yol açma olasılığını ifade etmektedir. Beklenti kavramı Vroom tarafından daha ayrıntılı olarak şu şekilde tanımlanmıştır: “Birey belirsiz sonuçlar içeren alternatifler arasında seçim yaptığında, davranışının yalnızca bu sonuçlar arasındaki tercihlerinden değil aynı zamanda ne derece bu sonuçların mümkün olduğuna inanmaktadır. Beklenti, belirli bir eylemi belirli bir sonucun izleyeceği olasılığına ilişkin anlık inanç olarak tanımlanır. Beklentiler güçleri açısından tanımlanabilmektedir. Maksimum güç, eylemi sonucun izleyeceğine dair öznel kesinlik ile gösterilmezken, minimum güç, eylemin ardından sonucun gelmeyeceğinin öznel kesinliği ile gösterilmektedir.(Wan, 2009)”

### **3.5.Pandeminin Sağlık Çalışanları motivasyonuna etkisi**

Hastanelerin bu tür zor koşullar altında bile çalışmaya devam edebilmelerini sağlamak için sağlık çalışanlarının profesyonel tutumlarını hangi faktörlerin etkilediğini belirlemek çok önemlidir. Özellikle, SARS salgınının neden olduğu acil durumu, böyle bir soruşturmanın önemini vurgulayarak, sağlık çalışanlarını varsayımsal pandemilere potansiyel tepkileri konusunda sorgulayan çeşitli çalışmalara yol açmıştır. Alman hastanelerinde sağlık çalışanlarının %28'i, kendileri ve aileleri için endişelendiklerinden dolayı pandemide çalışmaktan çekindiklerini bildirmişlerdir (Boris, Frank, & Bernd, 2006). Varsayımsal bir influenza pandemisi ile başvuran ABD halk sağlığı çalışanları arasında, %46.2'si çalışmak istemeyeceklerini belirtirken (Ran, Saad, Daniel, & George, 2006), %21.7'si aynı şeyi bir SARS pandemisi için söylemiştir. Bu arada, Singapur'daki birinci basamak hekimlerinin %27,7'si kuş gribi pandemisine karşı tutumlarını açıklayarak enfekte bireylere bakmayacaklarını belirtmişlerdir (Teck, et al., 2008). Kanada'daki aile hekimleri de benzer şekilde yanıt vererek halk sağlığı yetkilileri tarafından istendiğinde bile bir pandemide çalışmayacaklarını belirtmişlerdir(William, Huston, Martin, & Soto, 2006). Araştırma, genel olarak uyruğa bakılmaksızın sağlık çalışanlarının üçte biri kadarının bir pandemi sırasında çalışması istendiğinde tereddüt göstermesinin muhtemel olduğunu göstermiştir.

Sağlık çalışanlarından, profesyonel olmaları ve sağlık çalışanlarının davranış kurallarının temellerini oluşturan hastalara bakma görevlerini, onları büyük kişisel riske atmasına rağmen yerine getirmeleri beklenmektedir (Damery, et al., 2010).

Bununla birlikte sağlık çalışanlarının, kendi sağlıkları veya aileleri ile ilgili çok sayıda başka görevleri olması muhtemel olduğundan bu görev koşulsuz değildir (Selgelid, 2009). Sağlık alışanlarının bu görevi, COVID-19 salgını ışığında ortaya çıkmış bir odak noktasıdır. Sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla etkilendiği Polonya da dahil olmak üzere yıkıcı ve uzun süreli bir etkiye sahip uluslararası bir krizdir. Soğuk mevsimde durumun iyileşmesi pek olası değildir, bu da beraberinde pek çok komplikasyonu özellikle de influenzayı getirmektedir.

Sağlık alışanları iki zor durumda hizmet verirler; hem kendilerini potansiyel enfeksiyona maruz bırakırken hem de hastalara bakmanın yükünü taşırlar. Bununla birlikte COVID-19 hastaları veya geleneksel hastalar için uygun sağlık standartlarını sürdürmek, ilgili risklerden bağımsız olarak sağlıklı kalmalarını ve işe gelmelerini gerektirdiğinden onların pandemiye katkıları halk sağlığı etkinliği için çok önemlidir. Mevcut araştırmalar, bir influenza pandemisinin ciddiyetine ve olumsuz etkilerinin boyutuna göre önemli bir devamsızlık görebileceğini göstermektedir (Ives , Greenfield, Parry , & et al, 2009). Bu nedenle pandemi planlaması, sağlık çalışanlarının çalışma yeteneğinin önündeki engellerin üstesinden gelmeye dayanır. Örneğin, farklı bir hastaneye atanmaları durumunda esnek çalışma saatleri veya ulaşım sağlanması gibi. Böyle bir planlama, çalışma yeteneğinin önündeki bu engellerin aşılmasının çalışma isteğini artıracadı varsayımını yapar ve sonuç olarak istek ve çalışma yeteneği birbirini tamamlamış olur. Yine de pratik çözümler geliştirmek kaçınılmaz olarak isteklilikte bir artışa yol amayabilmektedir nk bu muhtemelen birkaç belirleyiciden kaynaklanmaktadır. Örneğin, sağlık çalışanlarının çok sayıda sosyal veya ailevi meseleye ek olarak hazırlık planlamasında dikkate alınma algısı, bu nedenle de sağlık çalışanlarının bir kriz sırasında iş yerinde kendilerini riske atmaya istekli olmalarının bunlardan daha fazla etkilenmesi muhtemeldir(Damery , Wilson , Draper, & et al, 2009).

Hastanelerde yapılan araştırmalar, çalışanların etkinlik algılarının ve kendilerine yönelik tehdidin bir krizde çalışma isteklerini büyük lde şekillendirdiğini göstermiştir. Bu arada sağlık çalışanlarının profesyonel davranışlarını bilgilendiren hem teşvik edici hem de caydırıcı unsurlar bulunmaktadır. Yukarıdakilere dayanarak teşvikler (rn. motivasyon) ve caydırıcılar (rn. tereddüt) arasındaki çatışmanın sağlık çalışanlarının çalışma istekliliğini etkilemesi muhtemeldir(Seale , Leask , Po , & et al, 2009). Bu nedenle sağlık alışanlarında motivasyonu ve tereddütü neyin etkilediğine

dair bir fikir edinmek, istekliliklerini sürdürmek ve böylece hastanelerin acil durumlarda sorunsuz çalışmasını sağlamak için çok önemlidir. Bu çerçevede bu çalışma, Azerbaycan hastanelerinde çalışan sağlık çalışanları arasında COVID-19 salgını sırasında çalışmak için motivasyon belirleyicilerini incelemektedir.



## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın evreni ve örneklem seçimi, veri toplama araçları, hipotezler ve yapılan istatistiksel analizler hakkında bilgi verilecektir.

#### **4.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi**

İş dünyasında etik davranma küresel olarak önem taşıyan bir olgudur. Örgütler küresel olarak genişledikçe farklı beklenti ve değerlere sahip olan ancak örgütsel amaçlar ve hedeflere ulaşmak için birlikte çalışan birçok insanı içermektedir. İş dünyasında etik, insanların işlerinde dürüstlük, adalet ve sorumluluk gibi değerlerini nasıl ifade ettiklerini gösterdiği için örgütlerde önemli roller üstlenmektedir. Bu, kamu ya da özel sektör fark etmeksizin iş dünyasının tamamını kapsamaktadır.

Örgütler için etik değerlerin oluşturulması bir mecburiyet değilken yaşadığımız toplumda başarıya ulaşmak için olmazsa olmaz bir unsur haline gelmiştir. Örgütsel etiğe önem verilmemesi, bireyin iş veriminde düşüşe, işe devamsızlığın artmasına ve iş yerinde olmaması gereken davranışlarda artışa neden olduğu bazı araştırmalarda görülmüştür. Bundan dolayı etik değerler toplumda, özellikle örgütsel hayatta önemli bir olgu haline gelmiştir. Doğru tanımlanmış değerler doğru olmayan davranışları azaltır ve dolayısıyla etik davranışları da desteklemiştir.

Örgütlerde çalışanların algıladıkları etik yönetim ile örgütsel etik değerleri gözetmek örgüt kültürünü oluştururken var olması gereken önemli unsurlardan biri olduğu unutulmamalıdır. Etik yönetim sayesinde oluşan etik iklim, bireylerin örgütte olan bağlılıklarını, performans ve motivasyonunu arttırmak için önemli bir aracı rol oynamakta ve yöneticinin dürüst, güvenilir olması, çalışanlara adaletli davranması ve onlara iletişimde olması motivasyonu daha da güçlendirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, istenilen kalitede ve zamanda mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Ayrıca sağlık sektörü, hastaların tatminin sağlanması bakımından en problemlilerden biri olarak gözükmektedir. Bu sektör çalışanlarının motivasyonlarının yükselmesinde etik yönetimin büyük önemi bulunmaktadır.

Buradan hareketle bu çalışmanın amacı, Azerbaycan Bakü'de hizmet veren özel ve devlet hastanelerinde farklı görevlerde çalışan 425 sağlık personeline yönelik olarak

etik yönetim yaklaşımlarının motivasyona etkisini regresyon analizi ve korelasyon analizi yardımıyla incelemektir. Ayrıca demografik özellikler için, etik yönetim yaklaşımlarının ve motivasyonun anlamlı farklılık gösterip göstermediği araştırılacaktır. Çalışmamızın gelecekte yapılacak olan benzer araştırmalara ışık tutacağı amaçlanmaktadır.

#### 4.2 Araştırmanın Deseni

Araştırma nicel araştırma yöntemlerinden tarama deseni ile hazırlanmıştır. Tarama deseni, bir evren içerisinde seçilen bir örneklem üzerinde yapılan çalışmalar ile evren genelindeki eğilim, tutum ve görüşlerin nicel olarak betimlenebilmesini sağlar. Tarama deseni, bir grubun belirli bir konu ya da sorun hakkındaki görüşlerinin bir dizi soru aracılığıyla belirlenmesidir. Seçilen grup içindeki bireylerden grubun mevcut durumunu belirlemeyi, görüş, inanç ve tutumları hakkında bilgi elde etmeyi sağlar. Örnekleme yöntemi adına seçkili örnekleme şekillerinden kolay rastlantısal örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Tesadüfen seçilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle çalışma gerçekleştirilmiştir.

#### 4.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini, Bakü’de hizmet veren devlet ve özel toplam 16 hastanede görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme çalışmaya gönüllü katılan 425 sağlık personelinde oluşmaktadır. Tablo 9’da hastaneler ve personel sayıları yer almaktadır. Evren toplam 1316 kişiden oluşmaktadır.

**Tablo 9.** Örnekleme Oluşturan Hastaneler ve çalışan sayıları

Olimp Hospital- 78 çalışan	Medical Center "ELMED"-59 çalışan
Azerbaycan Tıp Üniversitesi Hastanesi-189 çalışan	Central Clinic Hospital-65 çalışan
Oksijen Klinik Hastanesi-86 çalışan	Caspian International Hospital-71 çalışan
Baku City Hospital-67 çalışan	Baku Medical Plaza-82 çalışan
Bakü Sağlık Merkezi-92 çalışan	Republic Diagnostic Center-74 çalışan
Republic Hospital- 85 çalışan	Merkezi Gümrük Hastanesi-94 çalışan
Ulusal Onkoloji Merkezi-69 çalışan	Liv Bona Dea Hospital-56 çalışan
Merkezi Klinik Hastanesi-86 çalışan	Leyla Medical Center-63 çalışan

Belirli anakütleden çekilecek örnek sayısı Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) tarafından geliştirilen tabloda 0.05 örnekleme hatası için p=0.50 ve q=0.50 için 333 kişi şeklinde saptanmıştır. Araştırmada tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini gönüllü katılmayı kabul eden 425 kişi oluşturmaktadır.

**Tablo 10.** Örneklem Büyüklükleri Tablosu

Anakütle büyüklüğü	± 0.03 örnekleme hatası (d)			±0.05 örnekleme hatası (d)			±0.10 örnekleme hatası (d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7
	100	92	87	90	80	71	77	49	38
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100 milyon	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

**Kaynak:** (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004)

Belirlenen evrenden örneklem hacmini belirlemek için kullanılan formül aşağıdaki gibidir:

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{d^2 (N-1) + t^2 * p * q}$$

n= Örneklem büyüklüğü

N= Anakütle (evren) (1316 kişi)

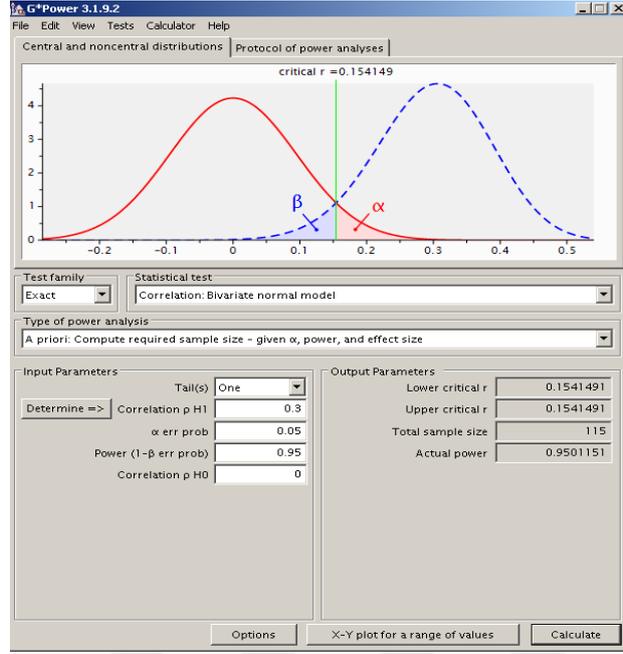
p=Olayın gerçekleşme olasılığı (0,5)

q= Olayın gerçekleşmeme olasılığı (0,5)

t= t test düzeyi (1,96)

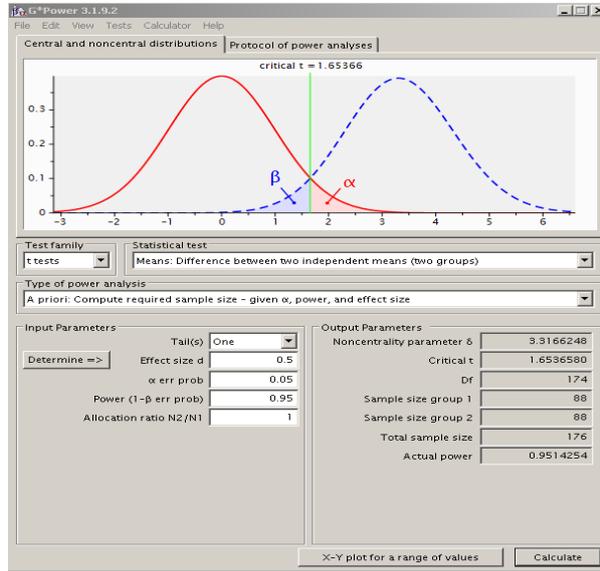
d=Hata payı (%5)

Anket araştırmalarında yeni yaklaşımlarda, “uygulanacak analiz için en az kaç örneklem gereklidir?” sorusuna cevap için Güç Analizi (Power Analysis) yapılmasını önermektedir. Çalışmada ilişki ve grup farklılıkları analizi yapılacağı için bu iki yönetime yönelik Power Analiz (güç analizi) sonuçları verilerek, en az kaç örneklem gerekeceği belirlenmiştir. Power analiz G\*POWER 3.1 sürümü ile yapılmıştır. İstatistik anlamlılık  $\alpha=0.05$  alınmıştır.



**Şekil 2:** İlişki Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı

Güç analizi sonucunda ilişki analizi için minimum 115 örneklem ile çalışılması halinde çalışmanın geçerliliği belirlenmiştir. Bu çalışmada 425 kişi ile uygunluk sağlanmıştır.



**Şekil 3.** Grup Farklılığı Analizi İçin Güç Analizi Sonuçları Ekran Çıktısı

Güç analizi sonucunda grup farklılığı analizlerinde minimum 176 örneklem ile çalışılması halinde çalışmanın geçerliliği belirlenmiştir. Örneklem 425 kişi olduğu için gerekli sayıya ulaşılmıştır.

#### 4.4 Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtları

Araştırmaya cevap veren katılımcıların ölçme araçlarındaki soruları cevaplandırırken gerçek duygu ve düşüncelerini yansıttıkları kabul edilmiştir. Araştırmaya katılanların ankete istekle yanıt verdiği ve anketi doğru ve eksiksiz şekilde cevapladıkları varsayılmıştır. Katılımcıların soruları cevaplarırken kelimeleri gerçek manasıyla anladıkları kabul edilmiştir. Oluşabilecek kavram yanılgıları göz ardı edilmiştir. Anketin örneklem sayısının artırılmasında zorluklar yaşanmış, sağlık çalışanları meşgul olduklarını belirterek katılım konusunda isteksiz davranarak önemli bir kısıtı oluşturmuşlardır. Ayrıca çalışma Bakü ile sınırlı tutulmuştur.

#### 4.5 Veri Toplama Aracı

Araştırmada verilerin elde edilebilmesi için hazırlanan anketin ilk bölümü olan demografik ve genel bilgiler formu (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, görev) çoktan seçmeli olarak hazırlanmıştır.

**Etik Yönetim Ölçeği:** Etik yönetim ölçeği Yıldırım (2010) tarafından hazırlanan “Etik Liderlik ve Örgütsel Adalet İlişkisi Üzerine Bir Uygulama” adlı Yüksek Lisans tezinden alınmıştır. İklimsel etik, davranışsal etik ve karar vermede etik olmak üzere 3 alt boyuttan ve toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters ifade yoktur. Hem ortalama puan hem de toplam puan ile çalışılmaktadır. Ölçek “1=kesinlikle katılmıyorum” ve 5=kesinlikle katılıyorum” biçiminde 5’li Likert yapısındadır.

**Motivasyon Ölçeği:** Motivasyon ölçeği Karacaoğlu (2019) tarafından hazırlanan “Örgütsel Motivasyon ve Halk Kütüphanesi Çalışanlarının Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği” adlı Yüksek Lisans tezinden alınmıştır. İş ile alakalı motivasyon ve iş dışı motivasyon olmak üzere 2 alt boyuttan ve toplam 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters ifade yoktur. Ölçekte ortalama puan ile çalışılmaktadır. Ölçek “1=kesinlikle katılmıyorum” ve 5=kesinlikle katılıyorum” biçiminde 5’li Likert yapısındadır.

#### 4.6 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Anket aracılığıyla elde edilen veriler bilgisayar ortamında, IBM SPSS Statistics 27.0 sürümü kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Çalışmada anlamlılık düzeyi  $\alpha = 0.05$  olarak alınmıştır. İlk olarak anketteki demografik ve genel bilgiler soruları için daha sonra anketin ikinci

bölümündeki ölçeklere yönelik olarak sıklık (frekans) ve yüzde dağılım bilgileri verilmiştir. Hipotezlerin test edilmesi ve buna hangi testin uygun olduğunun belirlenmesi için verilerin dağılımının normal olup olmadığı sınıanmıştır. SPSS programı içinde yer alan Kolmogorov-Simirnov ve Shapiro-Wilk normal dağılım testi yapılmıştır. Bu testler sonucunda, ölçeklerden elde edilen maddelerin oluşturduğu boyutlar normal dağılımlı olmadığı için ( $p<0.05$ ), analizlerde normal dağılım gerektirmeyen non-parametrik yöntemler kullanılmıştır. Grup farklılığı analizlerinde, iki grup için t testi yerine non-parametrik karşılığı olan ve 2'li grup için uygunluk gösteren Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır. İkiiden fazla grup için Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Anlamlı farklılıkların kaynağının belirlenmesinde ortalama sıra (mean rank) değerlerine bakılmıştır. İlişkilerin belirlenmesi için normal dağılım sağlanmadığından Pearson ilişki analizi yerine Kendall's tau-b ilişki analizi kullanılmıştır. Ayrıca ilişkilerin belirlenmesi amaçlı regresyon modeli analiz edilmiştir. Regresyon modelinde en küçük kareler varsayımlarının sağlanması için Newey-West algoritması altında çözümler gerçekleştirilmiştir.

#### 4.7 Anketin Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirlik sınaması için kullanılan testler; “Cronbach Alpha (CA), İkiye Bölme (split), Paralel ve Mutlak Kesin Paralel (strict)” şeklindedir. Kullanılan tüm kriterlerden bulunan sonuç %70'i geçtiğinde iç tutarlık ve güvenilirlik sağlanmış olur. Tablo 11'den görüleceği gibi 4 kriter sonuçlarında %70 değeri geçilmiş, güvenilirlik sağlanmıştır. Böylece analiz çıktılarının da güvenilir olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 11.** Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları

Kriterler	Anketin Güvenirlilik Sonuçları
Cronbach_Alpha	0.894
Split	0.892-0.896
Parelel	0.893
Strict	0.894

#### 4.8 Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmada geliştirilen hipotezler şöyledir;

**H1:** Etik yönetim ile çalışanların motivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

**H2:** İklımsel etik algısı, davranışsal etik algısı ve karar vermede etik boyutları ile iş ile alakalı motivasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

**H3:** İklımsel etik algısı, davranışsal etik algısı ve karar vermede etik boyutları ile iş dışı motivasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

**H4:** İklımsel etik algısı, davranışsal etik algısı ve karar vermede etik boyutları ile motivasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

**H5:** Cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve kurumdaki görevi açısından etik yönetim ve motivasyon ana boyutları ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak farklılık vardır.



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, demografik ve genel bilgilerin yüzde dağılımları, ankete yönelik cevapların yüzde dağılımları, hipotezlerin sınanmasına yönelik grup farklılığı ve ilişki analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

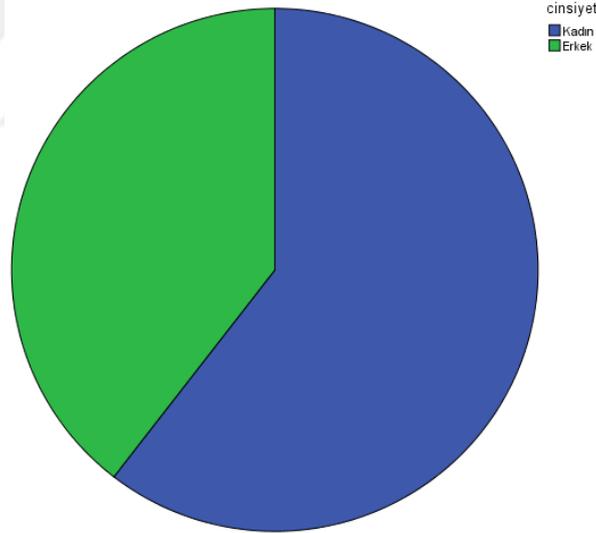
#### 5.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik ve genel özelliklere ilişkin bilgileri sunulmuştur.

**Tablo 12.** Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık ve Yüzde Dağılımı

Cinsiyetiniz	<i>f</i>	%
Kadın	257	60,5
Erkek	168	39,5
Toplam	425	100,0

Katılımcıların %60,5'i kadın, %39,5'i erkek bireylerden oluşmaktadır.



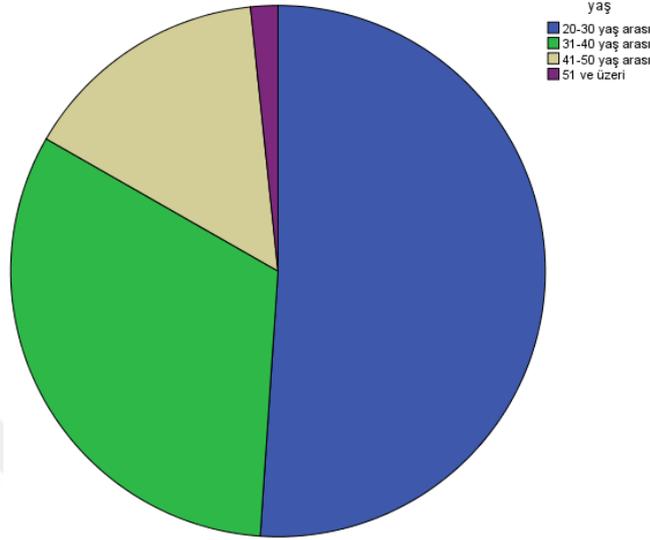
**Şekil 4.** Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

**Tablo 13.** Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık ve Yüzde Dağılımı

Yaş	<i>f</i>	%
20-30	217	51,1
31-40	137	32,2
41-50	64	15,1

51 ve üzeri	7	1,6
Toplam	425	100,0

Katılımcıların %51,1'i 20-30 yaş arasında, %32,2'si 31-40 yaş arasında, %15,1'i 41-50 yaş arasında ve %1,6'sı ise 51 yaşından büyük olarak belirlenmiştir.

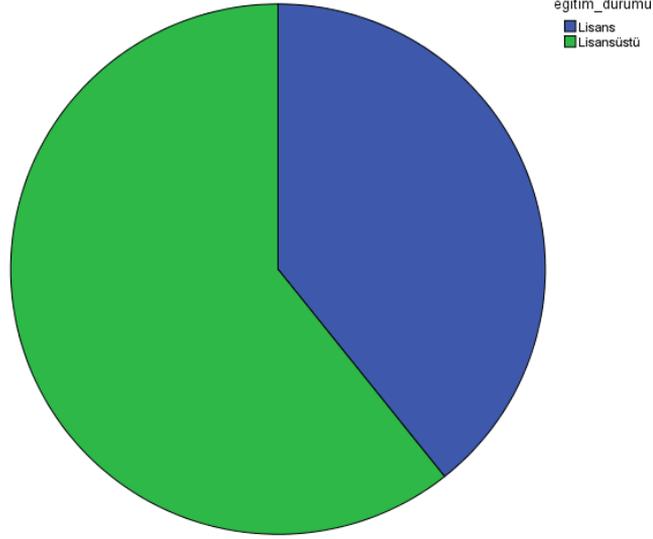


**Şekil 5.** Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

**Tablo 14.** Eğitim Durumuna Yönelik Sıklık ve Yüzde Dağılımı

Eğitim Durumu	<i>f</i>	%
Lisans	167	39,3
Lisansüstü	258	60,7
Toplam	425	100,0

Katılımcıların %39,3'ü lisans, %60,7'si lisansüstü eğitim düzeyindedir.

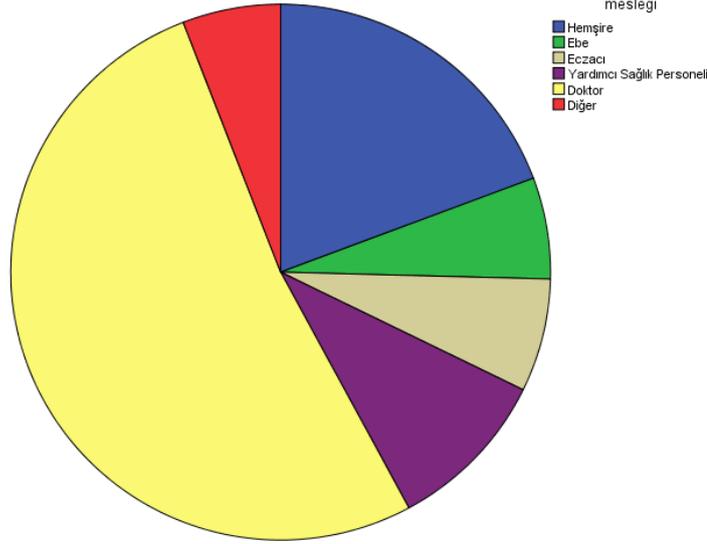


**Şekil 6.** Eğitim Durumuna Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

**Tablo 15.** Kurumdaki Görevine Yönelik Sıklık ve Yüzde Dağılımı

<b>Kurumdaki Görevi</b>	<b><i>f</i></b>	<b>%</b>
Hemşire	82	19,3
Ebe	26	6,1
Eczacı	29	6,8
Yardımcı Sağlık Personeli	42	9,9
Doktor	221	52,0
Diğer	25	5,9
<b>Toplam</b>	<b>425</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların %19,3'ü hemşire, %6,1'i ebe, %6,8'i eczacı, %9,9'u yardımcı sağlık personeli, %52,0'si doktor, %5,9'u ise diğer olarak kurumda görev yapmaktadır.



Şekil 7. Kurumdaki Görevlerine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

## 5.2 Ölçeklere Yönelik Yüzde Dağılım Bilgileri

Çalışmanın bu aşamasında kullanılan ölçeklere yönelik cevap yüzdeleri ve ortalama cevaplara yer verilmiştir.

Tablo 16. Etik Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ort. ± Ss.			
						Ort.	±	Ss.	
1	Yöneticimiz, astları teşvik eder.	12,0	16,9	11,1	35,1	24,9	3,44	±	1,34
2	Yöneticimiz, kendi düşüncelerini, sevgiyi temel alan yaklaşımla yaymaya çalışır.	7,1	15,1	14,1	48,9	14,8	3,49	±	1,13
3	Yöneticimiz, geleceğe dönük somut hedefler ortaya koyar.	9,6	12,2	19,5	41,4	17,2	3,44	±	1,19
4	Yöneticimiz, kendi işlerini sorumluluk duygusu içinde yapar.	8,7	11,5	19,3	38,4	22,1	3,54	±	1,20
5	Yöneticimiz, astların yaratıcılığının ortaya çıkması için uygun ortam hazırlar.	10,1	11,1	21,9	37,2	19,8	3,45	±	1,21
6	Yöneticimiz, öğrenme konusunda isteklidir.	8,9	12,5	18,8	36,9	22,8	3,52	±	1,22
7	Yöneticimiz, astların farklı düşünebileceğini kabul eder.	8,9	14,6	18,4	38,4	19,8	3,45	±	1,21
8	Yöneticimiz, astların başarısını adaletli bir şekilde ödüllendirir.	8,7	12,5	19,5	38,4	20,9	3,50	±	1,20
9	Yöneticimiz, kurumun kurallarını doğru bir şekilde ödüllendirir.	10,4	11,3	18,4	40,2	19,8	3,48	±	1,22

10	Yöneticimiz, tartışmalar için özgür ortamlar yaratır.	11,1	15,1	18,4	38,4	17,2	3,36	±	1,24
11	Yöneticimiz, mesleki etkinliğini artırmaya yönelik çaba içerisindedir.	9,6	11,8	18,4	41,9	18,4	3,48	±	1,20
12	Yöneticimiz, hatalarını kabul eder.	11,1	14,1	19,8	36,0	19,1	3,38	±	1,25
13	Yöneticimiz, bencil davranışlar sergilemez.	8,9	12,9	20,5	38,1	19,5	3,46	±	1,20
14	Yöneticimiz, astlara adaletli davranır.	9,2	12,0	21,6	38,4	18,8	3,46	±	1,19
15	Yöneticimiz, tartışmalara yapıcı ve anlayışla katılır.	9,2	13,2	18,6	38,6	20,5	3,48	±	1,22
16	Yöneticimiz, sabırlıdır.	8,2	15,3	17,4	39,1	20,0	3,47	±	1,21
17	Yöneticimiz, alçak gönüllüdür.	9,4	13,9	19,8	36,5	20,5	3,45	±	1,23
18	Yöneticimiz, insanlara eşit davranır.	8,2	13,6	20,9	38,4	18,8	3,46	±	1,18
19	Yöneticimiz, tüm astlara sevgiyle davranır.	9,9	12,5	21,6	35,1	20,9	3,45	±	1,23
20	Yöneticimiz, astlara şefkatle yaklaşır.	8,2	14,6	21,6	36,9	18,6	3,43	±	1,19
21	Yöneticimiz, etrafındaki insanlara saygı gösterir.	9,4	11,3	17,2	43,8	18,4	3,50	±	1,19
22	Yöneticimiz, astlar arasında arabozucu değildir.	8,0	11,5	22,1	39,3	19,1	3,50	±	1,16
23	Yöneticimiz, merhametlidir.	9,2	11,5	19,3	39,1	20,9	3,51	±	1,21
24	Yöneticimiz, astlara içten davranır.	7,8	14,1	20,9	34,8	22,4	3,50	±	1,20
25	Yöneticimiz, astları, sahip oldukları kişisel özelliklerden dolayı yargılamaz.	8,9	11,8	17,2	44,0	18,1	3,51	±	1,18
26	Yöneticimiz, yapılan hizmetlerden dolayı insanlara minnet duygusu besler.	10,8	11,3	19,1	40,5	18,4	3,44	±	1,22
<b>İklımsel Etik Alt Boyutu Ortalaması</b>		<b>3,47</b>							
27	Yöneticimiz, kendi kendini değerlendirebilir.	10,4	16,7	18,1	38,1	16,7	3,34	±	1,23
28	Yöneticimiz, doğru sözlüdür.	8,2	12,7	19,5	43,3	16,2	3,47	±	1,15
29	Yöneticimiz, dürüst davranır.	8,5	12,2	23,8	39,5	16,0	3,42	±	1,15
30	Yöneticimiz, olaylar karşısında cesaretli davranır.	8,7	14,6	19,5	36,9	20,2	3,45	±	1,21
31	Yöneticimiz, faaliyetleri gerçeklik ilkesine göre yapar.	9,4	12,0	23,5	36,7	18,4	3,43	±	1,19
32	Yöneticimiz, bireysel hakları korur.	8,5	11,5	20,9	38,4	20,7	3,51	±	1,19
33	Yöneticimiz, içinde bulunduğu toplumun değerlerine saygı gösterir.	10,4	10,1	15,1	43,3	21,2	3,55	±	1,22
<b>Davranışsal Etik Alt Boyutu Ortalaması</b>		<b>3,45</b>							
34	Yöneticimiz, çözümler üretmede sistemli yaklaşır.	10,8	13,4	14,1	44,2	17,4	3,44	±	1,23
35	Yöneticimiz, politik konularda kazanç sağlamaya yönelik çalışmalarda bulunmaz.	9,2	13,6	32,0	36,0	9,2	3,22	±	1,09
36	Yöneticimiz, dini konularda fayda amaçlı faaliyetlerde bulunmaz.	8,7	11,1	33,4	37,6	9,2	3,28	±	1,06

37	Yöneticimiz, ekonomik alanda kişisel kazanç sağlayıcı faaliyetlerde bulunmaz.	8,7	15,1	33,4	33,2	9,6	3,20	±	1,09
38	Yöneticimiz, mesleki sorumluluklarını dürüstlük duygusu içerisinde yapar.	7,8	13,9	18,8	44,7	14,8	3,45	±	1,14
39	Yöneticimiz, kurumda ortak alınan kararları etkili biçimde uygular.	9,2	13,6	13,9	45,9	17,4	3,49	±	1,19
40	Yöneticimiz, kurumda yapılan işlerde ölçüyü belirler.	8,7	13,2	15,5	44,7	17,9	3,50	±	1,18
41	Yöneticimiz, kötü sayılabilecek alışkanlıklara sahip değildir.	9,2	11,3	16,7	43,1	19,8	3,53	±	1,19
42	Yöneticimiz, davranışlarının sınırlarını bilir.	7,5	11,8	16,5	44,7	19,5	3,57	±	1,15
<b>Karar Vermede Etik Alt Boyutu Ortalaması</b>		<b>3,41</b>							
<b>ETİK ÖLÇEĞİ GENEL ORTALAMA</b>		<b>3,45</b>							

**Önerme 1:** “Yöneticimiz, astları teşvik eder.” Önermesine katılımcıların %12,0’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %16,9’u “Katılmıyorum”, %11,1’i “Fikrim Yok”, %35,1’i “Katılıyorum” , %24,9’u “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,44 ve standart sapma değeri ise 1,34olarak bulunmuştur.

**Önerme 2:** “Yöneticimiz,kendi düşüncelerini,sevgiyi temel alan yaklaşımla yaymaya çalışır.” Önermesine katılımcıların %7,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %15,1’i “Katılmıyorum”, %14,1’i “Fikrim Yok”, %48,9’u “Katılıyorum” , %14,8’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,49 ve standart sapma değeri ise 1,13 olarak bulunmuştur.

**Önerme 3:** “Yöneticimiz,geleceğe dönük somut hedefler ortaya koyar.” Önermesine katılımcıların %9,6’sı “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,2’si “Katılmıyorum”, %19,5’i “Fikrim Yok”, %41,4’ü “Katılıyorum” , %17,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,44 ve standart sapma değeri ise 1,19 olarak bulunmuştur.

**Önerme 4:**“Yöneticimiz,kendi işlerini sorumluluk duygusu içinde yapar.” Önermesine katılımcıların %8,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,5’i “Katılmıyorum”, %19,30’ü “Fikrim Yok”, %38,4’ü “Katılıyorum” , %22,1’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,54 ve standart sapma değeri ise 1,20 olarak bulunmuştur.

**Önerme 5:**“Yöneticimiz,astların yaratıcılığının ortaya çıkması için uygun ortam hazırlar.” Önermesine katılımcıların %10,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,1’i

“Katılmıyorum”, %21,9’u “Fikrim Yok”, %21,9’u “Katılıyorum” , %37,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,45 ve standart sapma değeri ise 1,21 olarak bulunmuştur.

**Önerme 6:**“Yöneticimiz,öğrenme konusunda isteklidir.” Önermesine katılımcıların %8,9’u “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,5’i “Katılmıyorum”, %18,8’i “Fikrim Yok”, %36,9’u “Katılıyorum” , %22,8’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,52 ve standart sapma değeri ise 1,22 olarak bulunmuştur.

**Önerme 7:**“Yöneticimiz,astların farklı düşünebileceğini kabul eder.” Önermesine katılımcıların %8,9’u “Kesinlikle Katılmıyorum” , %14,6’sı “Katılmıyorum”, %18,4’ü “Fikrim Yok”, %38,4’ü “Katılıyorum” , %19,8’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,45 ve standart sapma değeri ise 1,21 olarak bulunmuştur.

**Önerme 8:**“Yöneticimiz,astların başarısını adaletli bir şekilde ödüllendirir.” Önermesine katılımcıların %8,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,5’i “Katılmıyorum”, %19,5’i “Fikrim Yok”, %28,4’ü “Katılıyorum” , %20,9’u “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,50 ve standart sapma değeri ise 1,20 olarak bulunmuştur.

**Önerme 9:**“Yöneticimiz,kurumun kurallarını doğru bir şekilde ödüllendirir.” Önermesine katılımcıların %10,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,3’ü “Katılmıyorum”, %18,4’ü “Fikrim Yok”, %40,2’si “Katılıyorum” , %19,8’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,48 ve standart sapma değeri ise 1,22 olarak bulunmuştur.

**Önerme 10:**“Yöneticimiz,tartışmalar için özgür ortamlar yaratır.” Önermesine katılımcıların %11,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %15,1’i “Katılmıyorum”, %18,4’ü “Fikrim Yok”, %38,4’ü “Katılıyorum” , %17,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,36ve standart sapma değeri ise 1,24 olarak bulunmuştur.

**Önerme 11:**“Yöneticimiz,meslekietkinliliğini artırmaya yönelik çaba içerisindedir.” Önermesine katılımcıların %9,6’sı “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,8’i “Katılmıyorum”, %18,4’ü “Fikrim Yok”, %41,9’u “Katılıyorum” , %18,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,48 ve standart sapma değeri ise 1,20 olarak bulunmuştur.

**Önerme 12:**“Yöneticimiz,hatalarını kabul eder.” Önermesine katılımcıların %11,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %14,1’i “Katılmıyorum”, %19,8’i “Fikrim Yok”,

%36,0'ı “Katılıyorum” , %19,1'i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,38 ve standart sapma değeri ise 1,25 olarak bulunmuştur.

**Önerme 13:**“Yöneticimiz,bencil davranışlar sergilemez.” Önermesine katılımcıların %8,9'u “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,9'u “Katılmıyorum”, %20,5'i “Fikrim Yok”, %38,1'i “Katılıyorum” , %19,5'i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,46 ve standart sapma değeri ise 1,20 olarak bulunmuştur.

**Önerme 14:**“Yöneticimiz,astlara adaletli davranır.” Önermesine katılımcıların %9,2'si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,0'si “Katılmıyorum”, %21,6'sı “Fikrim Yok”, %38,4'ü “Katılıyorum” , %18,8'i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,46 ve standart sapma değeri ise 1,19 olarak bulunmuştur.

**Önerme 15:**“Yöneticimiz,tartışmalara yapıcı ve anlayışla katılır.” Önermesine katılımcıların %9,2'si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,2'si “Katılmıyorum”, %18,6'sı “Fikrim Yok”, %38,4'ü “Katılıyorum” , %17,2'si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,36 ve standart sapma değeri ise 1,24 olarak bulunmuştur.

**Önerme 16:**“Yöneticimiz,sabırlıdır.” Önermesine katılımcıların %8,2'si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %15,3'ü “Katılmıyorum”, %17,4'ü “Fikrim Yok”, %39,1'i“Katılıyorum” , %20,0'si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,47 ve standart sapma değeri ise 1,21 olarak bulunmuştur.

**Önerme 17:**“Yöneticimiz,alçak gönüllüdür.” Önermesine katılımcıların %9,4'ü “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,9'u “Katılmıyorum”, %19,8'i “Fikrim Yok”, %36,5'i “Katılıyorum” , %20,5'i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,45 ve standart sapma değeri ise 1,23 olarak bulunmuştur.

**Önerme 18:**“Yöneticimiz,insanlara eşit davranır.” Önermesine katılımcıların %8,2'si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,5'si “Katılmıyorum”, %20,9'u “Fikrim Yok”, %38,4'ü “Katılıyorum” , %18,8'i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,46ve standart sapma değeri ise 1,18 olarak bulunmuştur.

**Önerme 19:**“Yöneticimiz,tüm astlara sevgiyle davranır.” Önermesine katılımcıların %9,9'u “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,5'i “Katılmıyorum”, %21,6'sı “Fikrim Yok”, %35,1'i “Katılıyorum” , %20,9'u “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,45 ve standart sapma değeri ise 1,23 olarak bulunmuştur.

**Önerme 20:**“Yöneticimiz,astlara şefkatle yaklaşır.” Önermesine katılımcıların %8,2'si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %14,6'sı “Katılmıyorum”, %21,6'sı “Fikrim

Yok”, %36,9’u “Katılıyorum”, %18,6’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,43 ve standart sapma değeri ise 1,19 olarak bulunmuştur.

**Önerme 21:**“Yöneticimiz,etrafındaki insanlara saygı gösterir.” Önermesine katılımcıların %9,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,3’ü “Katılmıyorum”, %17,2’si “Fikrim Yok”, %43,8’i “Katılıyorum” , %18,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,50 ve standart sapma değeri ise 1,19 olarak bulunmuştur.

**Önerme 22:**“Yöneticimiz,astlar arasında arabozucu değildir.” Önermesine katılımcıların %8,0’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,5’i “Katılmıyorum”, %22,1’i “Fikrim Yok”, %39,3’ü “Katılıyorum” , %19,1’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,5 ve standart sapma değeri ise 1,16 olarak bulunmuştur.

**Önerme 23:**“Yöneticimiz,merhametlidir.” Önermesine katılımcıların %9,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,5’i “Katılmıyorum”, %19,3’ü “Fikrim Yok”, %39,1’i “Katılıyorum” , %20,9’u “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,51 ve standart sapma değeri ise 1,21 olarak bulunmuştur.

**Önerme 24:**“Yöneticimiz, astlara içten davranır.” Önermesine katılımcıların %7,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %14,1’i “Katılmıyorum”, %20,9’u “Fikrim Yok”, %34,8’i “Katılıyorum” , %22,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,50 ve standart sapma değeri ise 1,20 olarak bulunmuştur.

**Önerme 25:**“Yöneticimiz, astları, sahip oldukları kişisel özelliklerden dolayı yargılamaz.” Önermesine katılımcıların %8,9’u “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,8’i “Katılmıyorum”, %17,2’si “Fikrim Yok”, %44,0’ü “Katılıyorum” , %18,1’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,51 ve standart sapma değeri ise 1,18 olarak bulunmuştur.

**Önerme 26:**“Yöneticimiz, yapılan hizmetlerden dolayı insanlara minnet duygusu besler.” Önermesine katılımcıların %10,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,3’ü “Katılmıyorum”, %19,1’i “Fikrim Yok”, %40,5’i “Katılıyorum” , %18,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,44 ve standart sapma değeri ise 1,22 olarak bulunmuştur.

**Önerme 27:**“Yöneticimiz, kendi kendini değerlendirebilir.” Önermesine katılımcıların %10,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum” , %16,7’si “Katılmıyorum”, %18,1’i “Fikrim Yok”, %38,1’i “Katılıyorum” , %16,7’si “Tamamen Katılıyorum”

yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,34 ve standart sapma değeri ise 1,23 olarak bulunmuştur.

**Önerme 28:**“Yöneticimiz, doğru sözlüdür.” Önermesine katılımcıların %8,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,7’si “Katılmıyorum”, %19,5’i “Fikrim Yok”, %43,3’ü “Katılıyorum” , %16,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,47 ve standart sapma değeri ise 1,15 olarak bulunmuştur.

**Önerme 29:**“Yöneticimiz, dürüst davranır..” Önermesine katılımcıların %8,5’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,2’si “Katılmıyorum”, %23,8’i “Fikrim Yok”, %39,5’i “Katılıyorum” , %16,0’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,42 ve standart sapma değeri ise 1,15 olarak bulunmuştur.

**Önerme 30:**“Yöneticimiz, olaylar karşısında cesaretli davranır.” Önermesine katılımcıların %8,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %14,6’sı “Katılmıyorum”, %19,5’i “Fikrim Yok”, %36,9’u “Katılıyorum” , %20,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,45 ve standart sapma değeri ise 1,21 olarak bulunmuştur.

**Önerme 31:**“Yöneticimiz, faaliyetleri gerçeklik ilkesine göre yapar.” Önermesine katılımcıların %9,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum” , %12,0’si “Katılmıyorum”, %23,5’i “Fikrim Yok”, %36,7’si “Katılıyorum” , %18,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,43 ve standart sapma değeri ise 1, olarak bulunmuştur.

**Önerme 32:**“Yöneticimiz, bireysel hakları korur..” Önermesine katılımcıların %8,5’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,5’i “Katılmıyorum”, %20,9’u “Fikrim Yok”, %38,4’ü “Katılıyorum” , %20,7’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,51 ve standart sapma değeri ise 1,19 olarak bulunmuştur.

**Önerme 33:**“Yöneticimiz, içinde bulunduğu toplumun değerlerine saygı gösterir..” Önermesine katılımcıların %10,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum” , %10,1’i “Katılmıyorum”, %15,1’i “Fikrim Yok”, %43,3’ü “Katılıyorum” , %21,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,55 ve standart sapma değeri ise 1,22 olarak bulunmuştur.

**Önerme 34:**“Yöneticimiz, çözümler üretmede sistemli yaklaşır.” Önermesine katılımcıların %10,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,4’ü “Katılmıyorum”, %14,1’i “Fikrim Yok”, %44,2’si “Katılıyorum” , %17,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,44 ve standart sapma değeri ise 1,23 olarak bulunmuştur.

**Önerme 35:**“Yöneticimiz, politik konularda kazanç sağlamaya yönelik çalışmalarda bulunmaz..” Önermesine katılımcıların %9,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,6’sı “Katılmıyorum”, %32,0’si “Fikrim Yok”, %36,0’sı “Katılıyorum” , %9,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,22 ve standart sapma değeri ise 1,09 olarak bulunmuştur.

**Önerme 36:**“Yöneticimiz, dini konularda fayda amaçlı faaliyetlerde bulunmaz..” Önermesine katılımcıların %8,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,6’sı “Katılmıyorum”, %32,0’si “Fikrim Yok”, %36,0’sı “Katılıyorum” , %9,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,28 ve standart sapma değeri ise 1,06 olarak bulunmuştur.

**Önerme 37:**“Yöneticimiz, ekonomik alanda kişisel kazanç sağlayıcı faaliyetlerde bulunmaz.” Önermesine katılımcıların %8,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %15,1’i “Katılmıyorum”, %33,4’ü “Fikrim Yok”, %32,2’si “Katılıyorum” , %9,6’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,20 ve standart sapma değeri ise 1,09 olarak bulunmuştur.

**Önerme 38:**“Yöneticimiz, mesleki sorumluluklarını dürüstlük duygusu içerisinde yapar.” Önermesine katılımcıların %7,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,9’u “Katılmıyorum”, %18,8’i “Fikrim Yok”, %44,7’si “Katılıyorum” , %14,8’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,45 ve standart sapma değeri ise 1,14 olarak bulunmuştur.

**Önerme 39:**“Yöneticimiz, kurumda ortak alınan kararları etkili biçimde uygular.” Önermesine katılımcıların %9,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,6’sı “Katılmıyorum”, %13,9’u “Fikrim Yok”, %45,9’u “Katılıyorum” , %17,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,49 ve standart sapma değeri ise 1,19 olarak bulunmuştur.

**Önerme 40:**“Yöneticimiz, kurumda yapılan işlerde ölçüyü belirler.” Önermesine katılımcıların %8,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %13,2’si “Katılmıyorum”, %15,5’i “Fikrim Yok”, %44,7’si “Katılıyorum” , %17,9’u “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,50 ve standart sapma değeri ise 1,18 olarak bulunmuştur.

**Önerme 41:**“Yöneticimiz, kötü sayılabilecek alışkanlıklara sahip değildir.” Önermesine katılımcıların %9,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,3’ü “Katılmıyorum”, %16,7’si “Fikrim Yok”, %43,1’i “Katılıyorum” , %19,8’i

“Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,53 ve standart sapma değeri ise 1,19 olarak bulunmuştur.

**Önerme 42:**“Yöneticimiz, davranışlarının sınırlarını bilir.” Önermesine katılımcıların %7,5’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %11,8’i “Katılmıyorum”, %16,5’i “Fikrim Yok”, %44,7’si “Katılıyorum” , %19,5’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,57 ve standart sapma değeri ise 1,15 olarak bulunmuştur.

**Tablo 17.** Motivasyon Ölçeğine Yönelik Yüzde Dağılım

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum	Ort. ± Ss.			
1	Bu kurumda çalışanlar, iyi işler yaptıkları zaman takdir edilir.	11,8	17,2	4,9	36,2	29,9	3,55	±	1,38
2	Bu kurum başkalarının çalışmak isteyeceği bir kurumdur.	8,7	8,7	20,5	44,5	17,6	3,54	±	1,14
3	Bu kurumda kendimi geliştiremediğimi düşünüyorum.	19,3	38,8	17,6	17,2	7,1	2,54	±	1,79
4	İşimi severek yapıyorum.	6,4	8,9	12,5	50,6	21,6	3,72	±	1,09
5	Toplumda saygınlığı olan bir kurumda çalışıyorum.	8,7	6,1	17,2	46,6	21,4	3,66	±	1,14
6	Bu kurumda başarı ödüllendirilir.	9,4	12,5	21,6	33,2	23,3	3,48	±	1,24
7	Bu kurum bana sürekli yeni şeyler öğrenme fırsatı sunuyor.	8,0	8,7	18,4	50,8	14,1	3,54	±	1,09
8	Yaptığım işte yeterli düzeyde yetki ve sorumluluk sahibiyim.	8,2	9,6	12,9	47,1	22,1	3,65	±	1,17
9	Bu kurumda çalışmaktan gurur duyuyorum.	9,2	7,8	18,1	42,6	22,4	3,61	±	1,18
10	Bu kurum iyi çalışan ile kötü çalışanı birbirinden ayırmaz.	9,9	24,7	19,3	39,5	6,6	3,08	±	1,14
11	İşimde yükselmek için bana yeterli düzeyde fırsat sunuluyor.	10,1	7,8	21,4	50,6	10,1	3,43	±	1,10
12	Bu işte bilgi ve becerilerimi tam anlamıyla kullanma fırsatı buluyorum.	8,2	8,5	19,3	49,2	14,8	3,54	±	1,10
13	Yaptığım işi saygıdeğer bir iş olarak görüyorum.	7,3	7,8	15,8	46,1	23,1	3,70	±	1,13
14	Bu kurumda ilerleme imkanım olduğunu düşünmüyorum.	12,7	41,4	23,5	18,1	4,2	2,60	±	1,06
15	Bu kurum çalışanlarını daha ileri pozisyonlar için hazırlar.	7,8	8,9	25,6	47,1	10,6	3,44	±	1,05
16	Kurumum bana kendimi geliştirme imkanı sunar.	9,2	8,2	21,9	44,0	16,7	3,51	±	1,14
	<b>İş İle Alakalı Motivasyon Alt Boyutu Ortalama</b>	<b>3,51</b>							
17	Birlikte çalıştığım arkadaşlarla iyi bir takım oluşturuyoruz.	8,5	7,8	9,4	55,3	19,1	3,69	±	1,12
18	Piyasa koşullarına göre bu kurumda aldığım ücret tatmin edici.	8,9	13,2	17,6	49,6	10,6	3,40	±	1,12

19	Yöneticim işlerin hep kendi istediği doğrultuda yapılmasını ister;bana söz hakkı tanımaz.	14,1	50,4	12,7	19,1	3,8	2,48	±	1,07
20	İş yerimin fiziki çalışma koşullarından(aydınlıkta,havalandırma vb.) memnunum.	8,0	7,5	9,4	45,2	29,9	3,81	±	1,18
21	Yöneticim özel hayatımda yaşadığım sorunlara karşı duyarlıdır.	11,3	13,4	16,2	47,1	12,0	3,35	±	1,19
22	Bu kurumun çalışanlarına sunduğu teknolojik olanakları yeterli bulmuyorum.	16,0	56,7	12,0	10,4	4,9	2,32	±	1,02
23	Çalışma arkadaşlarımla iyi geçinirim.	8,5	6,4	8,7	50,8	25,6	2,32	±	1,02
24	Aldığım ücret geçimimi sağlamaya yetmiyor.	11,5	13,2	19,3	42,4	13,6	3,79	±	1,15
25	Bu kurumda hoşlanmadığım kişilerle birlikte çalışmak zorunda kalıyorum.	14,1	50,8	13,6	16,2	5,2	2,48	±	1,08
26	Ücret olarak yaptığım işin karşılığını aldığımı düşünüyorum.	9,2	14,1	18,6	50,1	8,0	3,34	±	1,10
27	Yöneticim benimle ilgili konularda bana bilgi vermeden karar vermez.	10,8	14,1	12,7	52,9	9,4	3,36	±	1,16
28	Yöneticim kolay kolay yaptığım bir işi beğenmez.	12,9	47,5	14,4	21,2	4,0	2,56	±	1,08
29	İşimi yapmak için ihtiyaç duyduğum malzemeleri elde etme açısından sıkıntı çekmiyorum.	8,9	7,8	8,2	49,4	25,6	3,75	±	1,18
30	İş arkadaşlarımla birlikte olmak, yaptığım işi keyifle yapmamı sağlıyor.	7,1	8,7	13,4	51,8	19,1	3,67	±	1,10
31	Başkalarıyla karşılaştığımda aldığım ücreti yeterli bulmuyorum.	12,5	13,4	18,1	38,4	17,6	3,35	±	1,27
32	Her an işime son verileceği endişesi taşıyorum.	16,0	48,2	20,5	12,2	3,1	2,38	±	0,99
33	Gelecekte işimi kaybetmeyeceğim konusunda kurumum bana güven duygusu veriyor.	9,9	8,9	26,4	43,1	11,8	3,38	±	1,12
34	İş arkadaşlarımla olan ilişkilerimden memnunum.	8,0	7,5	11,1	50,4	23,1	3,73	±	1,14
35	Yöneticim işime gerektiğinden fazla müdahale eder.	16,5	46,1	15,3	17,6	4,5	2,48	±	1,10
	<b>İş Dışı Motivasyon Alt Boyutu Ortalama</b>	<b>3,22</b>							
	<b>MOTİVASYON ÖLÇEĞİ GENEL ORTALAMA</b>	<b>3,36</b>							

**Önerme 1:** “Bu kurumda çalışanlar, iyi işler yaptıkları zaman takdir edilir.” Önermesine katılımcıların %11,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %17,2’si “Katılmıyorum”, %4,9’u “Fikrim Yok”, %36,2’si “Katılıyorum” , %29,9’u “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,55 ve standart sapma değeri ise 1,38 olarak bulunmuştur.

**Önerme 17:** “Birlikte çalıştığım arkadaşlarla iyi bir takım oluşturuyoruz.” Önermesine katılımcıların %8,5’i “Kesinlikle Katılmıyorum” , %8’i “Katılmıyorum”, %9,4’ü “Fikrim Yok”, %55,3’ü “Katılıyorum” , %19,1’i

“Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,69 ve standart sapma değeri ise 1,12 olarak bulunmuştur.

**Önerme 2:** “Bu kurum başkalarının çalışmak isteyeceği bir kurumdur.” Önermesine katılımcıların %8,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %8,7’si “Katılmıyorum”, %20,5’i “Fikrim Yok”, %44,5’i “Katılıyorum”, %17,6’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,54 ve standart sapma değeri ise 1,14 olarak bulunmuştur.

**Önerme 3:** “Bu kurumda kendimi geliştiremediğimi düşünüyorum.” Önermesine katılımcıların %19,3’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %38,8’i “Katılmıyorum”, %17,6’sı “Fikrim Yok”, %17,2’si “Katılıyorum”, %7,1’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,72 ve standart sapma değeri ise 1,09 olarak bulunmuştur.

**Önerme 4:** “İşimi severek yapıyorum.” Önermesine katılımcıların %6,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %8,9’u “Katılmıyorum”, %12,5’i “Fikrim Yok”, %50,6’sı “Katılıyorum”, %21,6’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,72 ve standart sapma değeri ise 1,09 olarak bulunmuştur.

**Önerme 5:** “Toplumda saygınlığı olan bir kurumda çalışıyorum.” Önermesine katılımcıların %8,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %6,1’i “Katılmıyorum”, %17,2’si “Fikrim Yok”, %46,6’sı “Katılıyorum”, %21,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,66 ve standart sapma değeri ise 1,14 olarak bulunmuştur.

**Önerme 6:** “Bu kurumda başarı ödüllendirilir.” Önermesine katılımcıların %9,4’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %12,5’i “Katılmıyorum”, %21,6’sı “Fikrim Yok”, %33,2’si “Katılıyorum”, %23,3’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,48 ve standart sapma değeri ise 1,24 olarak bulunmuştur.

**Önerme 7:** “Bu kurum bana sürekli yeni şeyler öğrenme fırsatı sunuyor.” Önermesine katılımcıların %8,0’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %8,7’si “Katılmıyorum”, %18,4’ü “Fikrim Yok”, %50,8’i “Katılıyorum”, %14,1’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,54 ve standart sapma değeri ise 1,09 olarak bulunmuştur.

**Önerme 8:** “Yaptığım işte yeterli düzeyde yetki ve sorumluluk sahibiyim.” Önermesine katılımcıların %8,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %9,6’sı “Katılmıyorum”, %12,9’u “Fikrim Yok”, %47,1’i “Katılıyorum”, %22,1’i

“Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,65 ve standart sapma değeri ise 1,17 olarak bulunmuştur.

**Önerme 9:** “Bu kurumda çalışmaktan gurur duyuyorum.” Önermesine katılımcıların %9,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %7,8’i “Katılmıyorum”, %18,1’i “Fikrim Yok”, %42,6’sı “Katılıyorum”, %22,4’ü “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,61 ve standart sapma değeri ise 1,18 olarak bulunmuştur.

**Önerme 10:** “Bu kurum iyi çalışan ile kötü çalışanı birbirinden ayırmaz.” Önermesine katılımcıların %9,9’u “Kesinlikle Katılmıyorum”, %24,7’si “Katılmıyorum”, %19,3’ü “Fikrim Yok”, %39,5’i “Katılıyorum”, %6,6’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,08 ve standart sapma değeri ise 1,14 olarak bulunmuştur.

**Önerme 11:** “İşimde yükselmek için bana yeterli düzeyde fırsat sunuluyor.” Önermesine katılımcıların %10,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %7,8’i “Katılmıyorum”, %21,4’ü “Fikrim Yok”, %50,6’sı “Katılıyorum”, %10,1’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,43 ve standart sapma değeri ise 1,10 olarak bulunmuştur.

**Önerme 12:** “Bu işte bilgi ve becerilerimi tam anlamıyla kullanma fırsatı buluyorum.” Önermesine katılımcıların %8,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %8,5’i “Katılmıyorum”, %19,3’ü “Fikrim Yok”, %49,2’si “Katılıyorum”, %14,8’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,54 ve standart sapma değeri ise 1,10 olarak bulunmuştur.

**Önerme 13:** “Yaptığım işi saygıdeğer bir iş olarak görüyorum.” Önermesine katılımcıların %7,3’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %7,8’i “Katılmıyorum”, %15,8’i “Fikrim Yok”, %46,1’i “Katılıyorum”, %23,1’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,70 ve standart sapma değeri ise 1,13 olarak bulunmuştur.

**Önerme 14:** “Bu kurumda ilerleme imkanım olduğunu düşünmüyorum..” Önermesine katılımcıların %12,7’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %41,4’ü “Katılmıyorum”, %23,5’i “Fikrim Yok”, %18,1’i “Katılıyorum”, %4,2’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,60 ve standart sapma değeri ise 1,06 olarak bulunmuştur.

**Önerme 15:** “Bu kurum çalışanlarını daha ileri pozisyonlar için hazırlar.” Önermesine katılımcıların %7,8’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %8,9’u “Katılmıyorum”, %25,6’sı “Fikrim Yok”, %47,1’i “Katılıyorum”, %10,6’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını

vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,44 ve standart sapma değeri ise 1,05 olarak bulunmuştur.

**Önerme 16:** “Kurumum bana kendimi geliştirme imkanı sunar.” Önermesine katılımcıların %9,2’si “Kesinlikle Katılmıyorum”, %8,2’si “Katılmıyorum”, %21,9’u “Fikrim Yok”, %44,0’ü “Katılıyorum”, %16,7’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,51 ve standart sapma değeri ise 1,14 olarak bulunmuştur.

**Önerme 17:** “Birlikte çalıştığım arkadaşlarla iyi bir takım oluşturuyoruz..” Önermesine katılımcıların %8,5’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %7,8’i “Katılmıyorum”, %9,4’ü “Fikrim Yok”, %55,3’ü “Katılıyorum”, %19,1’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,69 ve standart sapma değeri ise 1,12 olarak bulunmuştur.

**Önerme 18:** “Piyasa koşullarına göre bu kurumda aldığım ücret tatmin edici.” Önermesine katılımcıların %8,9’u “Kesinlikle Katılmıyorum”, %13,2’si “Katılmıyorum”, %17,6’sı “Fikrim Yok”, %49,6’sı “Katılıyorum”, %10,6’sı “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,40 ve standart sapma değeri ise 1,12 olarak bulunmuştur.

**Önerme 19:** “Yöneticim işlerin hep kendi istediği doğrultuda yapılmasını ister, bana söz hakkı tanımaz.” Önermesine katılımcıların %14,1’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %50,4’ü “Katılmıyorum”, %12,7’si “Fikrim Yok”, %19,1’i “Katılıyorum”, %3,8’i “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,48 ve standart sapma değeri ise 1,07 olarak bulunmuştur.

**Önerme 20:** “İş yerimin fiziki çalışma koşullarından(aydınlatma,havalandırma vb.) memnunum.” Önermesine katılımcıların %8,0’i “Kesinlikle Katılmıyorum”, %7,5’i “Katılmıyorum”, %9,4’ü “Fikrim Yok”, %45,2’si “Katılıyorum”, %29,9’u “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,81 ve standart sapma değeri ise 1,18 olarak bulunmuştur.

**Önerme 21:** “Yöneticim özel hayatımda yaşadığım sorunlara karşı duyarlıdır.” Önermesine katılımcıların %11,3’ü “Kesinlikle Katılmıyorum”, %13,4’ü “Katılmıyorum”, %16,2’si “Fikrim Yok”, %47,1’i “Katılıyorum”, %12,0’si “Tamamen Katılıyorum” yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,35 ve standart sapma değeri ise 1,19 olarak bulunmuştur.

**Önerme 22:** “Bu kurumun çalışanlarına sunduğu teknolojik olanakları yeterli bulmuyorum.” Önermesine katılımcıların %16,0’sı “Kesinlikle Katılmıyorum”,

%56,7'si "Katılmıyorum", %12,0'si "Fikrim Yok", %10,4'ü "Katılıyorum", %4,9'u "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,32 ve standart sapma değeri ise 1,02 olarak bulunmuştur.

**Önerme 23:** "Çalışma arkadaşlarımla iyi geçinirim." Önermesine katılımcıların %8,5'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %6,4'ü "Katılmıyorum", %8,7'si "Fikrim Yok", %50,8'i "Katılıyorum", %25,6'sı "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,32 ve standart sapma değeri ise 1,02 olarak bulunmuştur.

**Önerme 24:** "Aldığım ücret geçimimi sağlamaya yetmiyor." Önermesine katılımcıların %11,5'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %13,2'si "Katılmıyorum", %19,3'ü "Fikrim Yok", %42,4'ü "Katılıyorum", %13,6'sı "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,79 ve standart sapma değeri ise 1,15 olarak bulunmuştur.

**Önerme 25:** "Bu kurumda hoşlanmadığım kişilerle birlikte çalışmak zorunda kalıyorum." Önermesine katılımcıların %14,1'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %50,8'i "Katılmıyorum", %13,6'sı "Fikrim Yok", %16,2'si "Katılıyorum", %5,2'si "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,48 ve standart sapma değeri ise 1,08 olarak bulunmuştur.

**Önerme 26:** "Ücret olarak yaptığım işin karşılığını aldığımı düşünüyorum." Önermesine katılımcıların %9,2'si "Kesinlikle Katılmıyorum", %14,1'i "Katılmıyorum", %18,6'sı "Fikrim Yok", %50,1'i "Katılıyorum", %8,0'i "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,34 ve standart sapma değeri ise 1,10 olarak bulunmuştur.

**Önerme 27:** "Yöneticim benimle ilgili konularda bana bilgi vermeden karar vermez." Önermesine katılımcıların %10,8'i "Kesinlikle Katılmıyorum", %14,1'i "Katılmıyorum", %12,7'si "Fikrim Yok", %52,9'u "Katılıyorum", %9,4'ü "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,36 ve standart sapma değeri ise 1,16 olarak bulunmuştur.

**Önerme 28:** "Yöneticim kolay kolay yaptığım bir işi beğenmez.." Önermesine katılımcıların %12,9'u "Kesinlikle Katılmıyorum", %47,5'i "Katılmıyorum", %14,4'ü "Fikrim Yok", %21,2'si "Katılıyorum", %4,0'ü "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,56 ve standart sapma değeri ise 1,08 olarak bulunmuştur.

**Önerme 29:** "İşimi yapmak için ihtiyaç duyduğum malzemeleri elde etme açısından sıkıntı çekmiyorum." Önermesine katılımcıların %8,9'u "Kesinlikle Katılmıyorum",

%7,8'i "Katılmıyorum", %8,2'si "Fikrim Yok", %49,4'ü "Katılıyorum" , %25,6'sı "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,75 ve standart sapma değeri ise 1,18 olarak bulunmuştur.

**Önerme 30:** "İş arkadaşlarım ile birlikte olmak, yaptığım işi keyifle yapmamı sağlıyor." Önermesine katılımcıların %7,1'i "Kesinlikle Katılmıyorum" , %8,7'si "Katılmıyorum", %13,4'ü "Fikrim Yok", %51,8'i "Katılıyorum" , %19,1'i "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,67 ve standart sapma değeri ise 1,10 olarak bulunmuştur.

**Önerme 32:** "Her an işime son verileceği endişesi taşıyorum." Önermesine katılımcıların %16,0'sı "Kesinlikle Katılmıyorum" , %48,2'si "Katılmıyorum", %20,5'i "Fikrim Yok", %12,2'si "Katılıyorum" , %3,1'i "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,38 ve standart sapma değeri ise 0,99 olarak bulunmuştur.

**Önerme 33:** "Gelecekte işimi kaybetmeyeceğim konusunda kurumum bana güven duygusu veriyor." Önermesine katılımcıların %9,9'u "Kesinlikle Katılmıyorum" , %8,9'u "Katılmıyorum", %26,4'ü "Fikrim Yok", %43,1'i "Katılıyorum" , %11,8'i "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,38 ve standart sapma değeri ise 1,12 olarak bulunmuştur.

**Önerme 34:** "İş arkadaşlarım ile olan ilişkilerimden memnunum." Önermesine katılımcıların %8,0'i "Kesinlikle Katılmıyorum" , %7,5'i "Katılmıyorum", %11,1'i "Fikrim Yok", %50,4'ü "Katılıyorum" , %23,1'i "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 3,73 ve standart sapma değeri ise 1,14 olarak bulunmuştur.

**Önerme 35:** "Yöneticim işime gerektiğinden fazla müdahale eder.." Önermesine katılımcıların %16,5'i "Kesinlikle Katılmıyorum" , %46,1'i "Katılmıyorum", %15,3'ü "Fikrim Yok", %17,6'sı "Katılıyorum" , %4,5'i "Tamamen Katılıyorum" yanıtını vermiştir. Bu önerme için ortalama 2,48 ve standart sapma değeri ise 1,10 olarak bulunmuştur.

### 5.3 Korelasyon Analizi

Çalışmada ana boyut ve alt boyut ilişkilerinin belirlenmesi amaçlı korelasyon analizi uygulanmıştır.

**Tablo 18.** Etik ile Motivasyon Korelasyon Analizi

		<b>İş ile Alakalı Motivasyon Alt Boyutu</b>	<b>İş Dışı Motivasyon Alt Boyut</b>	<b>Motivasyon Ölçeği Genel Boyutu</b>
<b>İklimsel Etik Alt Boyutu</b>	r	0,784*	0,730*	0,784*
	p	0,000	0,000	0,000
<b>Davranışsal Etik Alt Boyutu</b>	r	0,772*	0,700*	0,763*
	p	0,000	0,000	0,000
<b>Karar Vermede Etik Alt Boyutu</b>	r	0,713*	0,699*	0,725*
	p	0,000	0,000	0,000
<b>Etik Ölçeği Genel Boyutu</b>	r	0,789*	0,746*	0,792*
	p	0,000	0,000	0,000

\*0,05 için anlamlı ilişki

İklimsel etik alt boyutu ile iş ile alakalı motivasyon alt boyutu %78,4 ( $r=0,784$ ,  $p=0,000$ ), iş dışı motivasyon alt boyutu %73,0 ( $r=0,730$ ,  $p=0,000$ ) ve motivasyon genel boyutu %78,4 ( $r=0,784$ ,  $p=0,000$ ) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

Davranışsal etik alt boyutu ile iş ile alakalı motivasyon alt boyutu %77,2 ( $r=0,772$ ,  $p=0,000$ ), iş dışı motivasyon alt boyutu %70,0 ( $r=0,700$ ,  $p=0,000$ ) ve motivasyon genel boyutu %76,3 ( $r=0,763$ ,  $p=0,000$ ) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

Karar vermede etik alt boyutu ile iş ile alakalı motivasyon alt boyutu %71,3 ( $r=0,713$ ,  $p=0,000$ ), iş dışı motivasyon alt boyutu %69,9 ( $r=0,699$ ,  $p=0,000$ ) ve motivasyon genel boyutu %72,5 ( $r=0,725$ ,  $p=0,000$ ) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

Etik ölçeği genel boyutu ile iş ile alakalı motivasyon alt boyutu %78,9 ( $r=0,789$ ,  $p=0,000$ ), iş dışı motivasyon alt boyutu %74,6 ( $r=0,746$ ,  $p=0,000$ ) ve motivasyon genel boyutu %79,2 ( $r=0,792$ ,  $p=0,000$ ) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

#### 5.4 Regresyon Analizi

Çalışmada etik yönetim boyutunun (bağımsız değişken) motivasyon boyutuna (bağımlı değişken) etkisinin belirlenmesi amaçlı, regresyon analizi uygulanmıştır. Ayrıca, etik yönetimin alt boyutları olan, iklimsel etik, davranışsal etik ve karar vermede etğin motivasyon alt boyutları olan iş ile alakalı olan ve iş dışı motivasyon üzerindeki etkileri regresyon analizi ile tahmin edilmiştir. Regresyon tahmin katsayılarının yorumlanabilir nitelikte olması için t testi  $H_1$ , F testi  $H_1$  ve  $R^2$  belirginlik katsayısı değerinin yüksek olması aynı zamanda; hata oranı düzgüsel dağılımlı olmalı, otokorelasyon bulunmamalı, heteroskedasite olmamalı varsayımlarının da sağlanması

gerekmektedir. Ancak bu koşullar altında katsayılar güvenilebilir ve yorumlanabilir nitelikte olacaktır.

**Tablo 19.** Etik Yönetimin Motivasyona Etkisine Yönelik Regresyon Analizi

Sonuçları

Bağımsız değişkenler	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış katsayı	t istatistiği	p
	$\beta$	Std. Hata	$\beta$		
Sabit	1.617	.056		28.772	.000*
Etik Yönetim	.507	.016	.844	32.411	.000*
R <sup>2</sup> = 0.716 F <sub>hesap</sub> =29.45 F <sub>anamlılık</sub> =0.000, Harvey test (p) = 0.126, LM test (p)= 0.138 Jarque-Bera (p)=0.245					

**Bağımlı Değişken: MOTİVASYON**

\*0.05 için anlamlı değişken

Tablo 19'daki regresyon denkleminde, etik yönetimmotivasyon üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıkmıştır (p<0.05). Etik yönetim değişkeniçalışan motivasyonunu R<sup>2</sup> =%71.6 açıklama gücüne sahiptir. Etik yönetim algısı 1 br. arttığında motivasyon 0.844 br. artış gösterecektir. Böylece, ana hipotez H<sub>1</sub> sağlanmıştır.

Modelin varsayımları sınamaları için ilk olarak normallik varsayımı Jarque-Bera testi ile sınanmıştır ve p>0.05 olduğundan normal dağılımı belirten H<sub>0</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Otokorelasyon sınaması için LM testi uygulanmıştır ve p>0.05 olduğundan otokorelasyon bulunmadığını belirten H<sub>0</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Heteroskedasite probleminin sınanmasında Harvey testi uygulanmıştır ve p>0.05 olduğundan homoskedasiteyi belirten H<sub>0</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 20.** Etik Yönetim Alt Boyutlarının İş ile Alakalı Motivasyon Alt Boyutuna

Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız değişkenler	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış katsayı	t istatistiği	p
	$\beta$	Std. Hata	$\beta$		
Sabit	1.218	.074		16.495	.000*
İklimsel Etik	.348	.045	.463	7.730	.000*
Davranışsal Etik	.202	.048	.274	4.183	.000*
Karar Vermede Etik	.114	.047	.144	2.421	.016*
R <sup>2</sup> = 0.762, F <sub>hesap</sub> =38.21 F <sub>anamlılık</sub> =0.000, Harvey test (p) = 0.135, LM test (p)= 0.151, Jarque-Bera (p)=0.277					

**Bağımlı Değişken: İŞ İLE ALAKALI MOTİVASYON**

\*0.05 için anlamlı değişken

Tablo 20'deki regresyon denkleminde, etik yönetim alt boyutları iş ile alakalı motivasyon alt boyutu üzerinde anlamlı ilişkili çıkmıştır ( $p < 0.05$ ). Etik yönetim alt boyutları iş ile alakalı motivasyon alt boyutunu  $R^2 = \%76.2$  açıklama gücüne sahiptir. İklimsel etik algısı 1 br. arttığında iş ile alakalı motivasyon algısı 0.463 br. artış gösterecektir. Davranışsal etik algısı 1 br. arttığında iş ile alakalı motivasyon algısı 0.274 br. artış gösterecektir. Karar vermede etik algısı 1 br. arttığında iş ile alakalı motivasyon algısı 0.144 br. artış gösterecektir. İş ile alakalı motivasyon üzerinde katsayı değeri büyük olan iklimsel etik çıkmıştır. Böylece, hipotez  $H_2$  sağlanmıştır.

Bu tahmin neticeleri için hata paylarının düzgüsel dağılımlı olduğu (Jarque-Bera ( $p$ )=0.277), otokorelasyon bulunmadığı (LM test ( $p$ )= 0.151), homoskedasitenin sağlandığı (Harvey test ( $p$ ) = 0.135) belirlenmiştir.

**Tablo 21.** Etik Yönetim Alt Boyutlarının İş Dışı Motivasyon Alt Boyutuna Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız değişkenler	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış katsayı	t istatistiği	p
	$\beta$	Std. Hata	$\beta$		
Sabit	2.017	.049		41.446	.000*
İklimsel Etik	.173	.030	.411	5.838	.000*
Davranışsal Etik	.151	.027	.340	5.677	.000*
Karar Vermede Etik	.126	.031	.284	4.056	.000*
$R^2 = 0.780$ , $F_{hesap} = 40.02$ $F_{anlamlılık} = 0.000$ , Harvey test ( $p$ ) = 0.148, LM test ( $p$ )= 0.166, Jarque-Bera ( $p$ )=0.284					

**Bağımlı Değişken: İŞ DIŞI MOTİVASYON**

\*0.05 için anlamlı değişken

Tablo 21'deki regresyon denkleminde, etik yönetim alt boyutları iş dışı motivasyon alt boyutu üzerinde anlamlı ilişkili çıkmıştır ( $p < 0.05$ ). Etik yönetim alt boyutları iş dışı motivasyon alt boyutunu  $R^2 = \%78.0$  açıklama kuvvetine sahiptir. İklimsel etik algısı 1 br. arttığında iş dışı motivasyon algısında 0.411 br. artma görülecektir. Davranışsal etik algısı 1 br. arttığında iş dışı motivasyon algısında 0.340 br. artma görülecektir. Karar vermede etik algısı 1 br. arttığında iş dışı motivasyon algısında 0.284 br. artma görülecektir. İş dışı motivasyon üzerinde katsayı değeri büyük olan iklimsel etik çıkmıştır. Böylece, hipotez  $H_3$  sağlanmıştır.

Bu tahmin sonuçları için hata paylarının normal dağılımlı olduğu (Jarque-Bera (p)=0.284), otokorelasyon bulunmadığı (LM test (p)=0.166), homoskedasitenin sağlandığı (Harvey test (p) = 0.148) belirlenmiştir.

**Tablo 22.** Etik Yönetim Alt Boyutlarının Motivasyona Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız değişkenler	Standartlaştırılmamış		Standartlaştırılmış katsayı	t istatistiği	p
	$\beta$	Std. Hata	$\beta$		
Sabit	1.618	.056		28.705	.000*
İklimsel Etik	.260	.034	.456	7.567	.000*
Davranışsal Etik	.126	.037	.225	3.423	.001*
Karar Vermede Etik	.120	.036	.201	3.340	.001*
R <sup>2</sup> = 0.773, F <sub>hesap</sub> =39.64 F <sub>anamlılık</sub> =0.000, Harvey test (p) = 0.159, LM test (p)= 0.173, Jarque-Bera (p)=0.275					

**Bağımlı Değişken: MOTİVASYON**

\*0.05 için anlamlı değişken

Tablo 22'deki regresyon denkleminde, etik yönetim alt boyutları motivasyon üzerinde anlamlı ilişkili çıkmıştır (p<0.05). Etik yönetim alt boyutları motivasyon boyutunu R<sup>2</sup> =%77.3 açıklama gücüne sahiptir. İklimsel etik algısı 1 br. arttığında motivasyon boyutu 0.456 br. artış gösterecektir. Davranışsal etik algısı 1 br. arttığında motivasyon boyutu 0.225 br. artış gösterecektir. Karar vermede etik algısı 1 br. arttığında motivasyonboyutu 0.201 br. artış gösterecektir. Motivasyon üzerinde katsayı değeri büyük olan iklimsel etik çıkmıştır. Böylece, hipotez H<sub>4</sub> sağlanmıştır.

Bu tahmin sonuçları için hata paylarının normal dağılımlı olduğu (Jarque-Bera (p)=0.275), otokorelasyon bulunmadığı (LM test (p)=0.173), homoskedasitenin sağlandığı (Harvey test (p) = 0.159) belirlenmiştir.

## 5.5 Boyutlara Yönelik Tanımlayıcı İstatistik Bilgiler ve Normallik Test

### Sonuçları

Yapılacak analizlerin belirlemesinde normallik testi sonuçlarına göre karar verileceği için Tablo 23'de her bir boyut için tanımsal bilgilerin yanı sıra normallik test sonuçları da verilmiştir.

**Tablo 23.** Boyutlara Yönelik Tanımlayıcı İstatistik Bilgiler ve Normallik Test

Sonuçları

Boyutlar	Ortalama	Ss.	Asimetri	Basıklık	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
					ist	P	ist	p
<i>İklimsel Etik Alt Boyutu</i>	3,4674	1,07096	-0,808	-0,362	0,146	0,000	0,906	0,000
<i>Davranışsal Etik Alt Boyutu</i>	3,4532	1,09258	-0,745	-0,406	0,145	0,000	0,92	0,000
<i>Karar Vermede Etik Alt Boyutu</i>	3,4084	1,01737	-0,801	-0,143	0,162	0,000	0,925	0,000
<b>Etik Ölçeği Genel Boyutu</b>	3,443	1,01682	-0,798	-0,307	0,141	0,000	0,916	0,000
<i>İş ile Alakalı Motivasyon Alt Boyutu</i>	3,5089	0,8045	-0,743	-0,301	0,138	0,000	0,925	0,000
<i>İş Dışı Motivasyon Alt Boyutu</i>	3,2189	0,45127	-0,479	-0,028	0,113	0,000	0,969	0,000
<b>Motivasyon Ölçeği Genel Boyutu</b>	3,3636	0,61101	-0,724	-0,327	0,116	0,000	0,935	0,000

Görülebileceği üzere, her iki normallik testi sonucunda  $p < 0.05$  olduğundan normal dağılımın sağlanmadığını belirten  $H_1$  hipotezi kabul edilir. Bu durumda grup farklılığı analizlerinde non-parametrik yöntemler kullanılacaktır.

### 5.6 Grup Farklılığı Analizleri

Grup farklılıklarının analizinde 2 grup için Mann-Whitney-U testi ile 3 ve üzeri grup için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Farkın kaynağı için ortalama değerlerine bakılmıştır.

**Tablo 24.** Cinsiyet Açısından Mann-Whitney U Sınaması Sonuçları

Boyut	Grup	n	Ortalama Sıra	Cevap Ortalaması	Mann-Whitney U	p
<i>İklimsel Etik Alt Boyutu</i>	Kadın	257	217,89	3,52	20330,5	0,310
	Erkek	168	205,51	3,39		
<i>Davranışsal Etik Alt Boyutu</i>	Kadın	257	222,18	3,54	19229,5	0,059
	Erkek	168	198,96	3,32		
<i>Karar Vermede Etik Alt Boyutu</i>	Kadın	257	218,71	3,47	20121	0,235
	Erkek	168	204,27	3,32		
<b>Etik Ölçeği Genel Boyutu</b>	Kadın	257	219,95	3,51	19803	0,149
	Erkek	168	202,38	3,34		
<i>İş ile Alakalı Motivasyon Ölçeği</i>	Kadın	257	220,75	3,57	19595,5	0,107
	Erkek	168	201,14	3,41		
<i>İş Dışı Motivasyon Ölçeği</i>	Kadın	257	221,30	3,25	19454	0,084
	Erkek	168	200,30	3,17		

<b>Motivasyon Ölçeği Genel Boyutu</b>	Kadın	257	220,64	3,41	19625	0,113
	Erkek	168	201,32	3,29		

Cinsiyet açısından etik yönetim ve motivasyon için alt boyutları dahil olmak üzere anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Kadınlar ve erkekler bu kavramlar için aynı bakış açısına sahiptir. Cevap ortalama değerlerine bakıldığında, ağırlıklı olarak “kararsızım” yönüyle verilen cevaplar görülmektedir.

**Tablo 25.** Yaş Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyut	Grup	n	Ortalama Sıra	Cevap Ortalaması	Ki-kare değeri	p
<i>İklimsel Etik Alt Boyutu</i>	20-30 yaş	217	194,67	3,30	15,591	0,001*
	31-40 yaş	137	233,16	3,65		
	41-50 yaş	64	218,65	3,53		
	<b>51 ve üzeri</b>	<b>7</b>	<b>335,14</b>	<b>4,42</b>		
<i>Davranışsal Etik Alt Boyutu</i>	20-30 yaş	217	197,06	3,28	10,902	0,012*
	31-40 yaş	137	231,24	3,65		
	41-50 yaş	64	217,73	3,54		
	<b>51 ve üzeri</b>	<b>7</b>	<b>306,93</b>	<b>4,27</b>		
<i>Karar Vermede Etik Alt Boyutu</i>	20-30 yaş	217	197,54	3,25	11,670	0,009*
	31-40 yaş	137	230,76	3,59		
	41-50 yaş	64	215,69	3,46		
	<b>51 ve üzeri</b>	<b>7</b>	<b>319,93</b>	<b>4,22</b>		
<b>Etik Ölçeği Genel Boyutu</b>	20-30 yaş	217	195,63	3,28	13,572	0,004*
	31-40 yaş	137	232,26	3,63		
	41-50 yaş	64	218,52	3,51		
	<b>51 ve üzeri</b>	<b>7</b>	<b>324,14</b>	<b>4,30</b>		
<i>İş ile Alakalı Motivasyon Ölçeği</i>	20-30 yaş	217	182,94	3,31	30,214	0,000*
	31-40 yaş	137	240,84	3,70		
	41-50 yaş	64	242,39	3,70		
	<b>51 ve üzeri</b>	<b>7</b>	<b>331,21</b>	<b>4,16</b>		
<i>İş Dışı Motivasyon Ölçeği</i>	20-30 yaş	217	184,24	3,11	24,890	0,000*
	31-40 yaş	137	242,12	3,33		
	41-50 yaş	64	241,3	3,33		
	<b>51 ve üzeri</b>	<b>7</b>	<b>275,93</b>	<b>3,48</b>		
<b>Motivasyon Ölçeği Genel Boyutu</b>	20-30 yaş	217	182,61	3,21	29,429	0,000*
	31-40 yaş	137	241,74	3,51		
	41-50 yaş	64	243,52	3,52		
	<b>51 ve üzeri</b>	<b>7</b>	<b>313,5</b>	<b>3,82</b>		

\*0,05 için anlamlı farklılık

Ele alınan iki ana boyut ve alt boyutlar için yaş açısından anlamlı farklılıklar belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Analizde, 51 yaş ve üzeri için hem etik yönetim ve alt boyutları hem de motivasyon ve alt boyutları için anlamlı yüksek skor değeri elde edilmiştir. Yaş artışı aynı zamanda tecrübeyi beraberinde getireceği için meslekte uzun yıllar geçirmiş kişilerin ele alınan kavramlar olan etik yönetim ve motivasyona daha fazla önem verdiği görülmüştür.

**Tablo 26.** Eğitim Durumu Açısından Mann-Whitney U Sınaması Sonuçları

Boyut	Grup	n	Ortalama Sıra	Puan Ortalaması	Mann-Whitney U	P
<i>İklimsel Etik Alt Boyutu</i>	Lisans	167	206,55	3,38	20465,5	0,383
	Lisansüstü	258	217,18	3,52		
<i>Davranışsal Etik Alt Boyutu</i>	Lisans	167	210,49	3,38	21124	0,734
	Lisansüstü	258	214,62	3,50		
<i>Karar Vermede Etik Alt Boyutu</i>	Lisans	167	200,98	3,29	19535	0,104
	Lisansüstü	258	220,78	3,49		
<b>Etik Ölçeği Genel Boyutu</b>	Lisans	167	203,83	3,35	20012	0,216
	Lisansüstü	258	218,93	3,50		
<i>İş ile Alakalı Motivasyon Ölçeği</i>	Lisans	167	206,3	3,44	20424	0,365
	Lisansüstü	258	217,34	3,55		
<i>İş Dışı Motivasyon Ölçeği</i>	Lisans	167	194,79	3,15	18501,5	0,014*
	<b>Lisansüstü</b>	<b>258</b>	<b>224,79</b>	<b>3,26</b>		
<b>Motivasyon Ölçeği Genel Boyutu</b>	Lisans	167	201,25	3,30	19581	0,113
	Lisansüstü	258	220,6	3,41		

\*0,05 için anlamlı farklılık

Eğitim durumu açısından sadece iş dışı motivasyon için anlamlı farklılık elde edilmiştir ( $p<0.05$ ). Diğer boyutlar için anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Lisansüstü eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarının anlamlı şekilde iş dışı motivasyon skoru için yüksek olduğu ve diğer gruplara göre daha önem verdiği görülmüştür.

**Tablo 27.** Kurumdaki Görevi Açısından Kruskal-Wallis Sınaması Sonuçları

Boyut	Grup	n	Ortalama Sıra	Cevap Ortalaması	Ki-kare değeri	P
<i>İklimsel Etik Alt Boyutu</i>	Hemşire	82	222,63	3,5750	5,107	0,412
	Ebe	26	244	3,6138		
	Eczacı	29	217,1	3,4393		

	Yardımcı Sağlık Personeli	42	186,88	3,2424		
	Doktor	221	213	3,4728		
	Diğer	25	188,28	3,3252		
<i>Davranışsal Etik Alt Boyutu</i>	Hemşire	82	236,01	3,5895	10,759	0,039*
	<b>Ebe</b>	<b>26</b>	<b>242,12</b>	<b>3,6158</b>		
	Eczacı	29	232,57	3,5807		
	Yardımcı Sağlık Personeli	42	188,46	3,1969		
	Doktor	221	208,46	3,4305		
	Diğer	25	165,92	3,0580		
<i>Karar Vermede Etik Alt Boyutu</i>	Hemşire	82	217,98	3,5209	5,963	0,310
	Ebe	26	242,54	3,5219		
	Eczacı	29	223,83	3,4597		
	Yardımcı Sağlık Personeli	42	197,37	3,2438		
	Doktor	221	214,33	3,4210		
	Diğer	25	167,86	3,0268		
<b>Etik Ölçeği Genel Boyutu</b>	Hemşire	82	225,89	3,5880	8,134	0,149
	Ebe	26	242,83	3,5838		
	Eczacı	29	230,21	3,4938		
	Yardımcı Sağlık Personeli	42	188,07	3,2288		
	Doktor	221	212,31	3,4414		
	Diğer	25	167,76	3,1356		
<i>İş ile Alakalı Motivasyon Ölçeği</i>	Hemşire	82	229,07	3,6168	11,068	0,000*
	<b>Ebe</b>	<b>26</b>	<b>251,71</b>	<b>3,6946</b>		
	Eczacı	29	186,28	3,3210		
	Yardımcı Sağlık Personeli	42	178,42	3,3074		
	Doktor	221	214,2	3,5218		
	Diğer	25	198,48	3,4044		
<i>İş Dışı Motivasyon Ölçeği</i>	Hemşire	82	220,24	3,2479	5,873	0,319
	Ebe	26	220,17	3,2458		
	Eczacı	29	187,22	3,1138		
	Yardımcı Sağlık Personeli	42	180,5	3,1093		
	Doktor	221	220,76	3,2495		
	Diğer	25	197,7	3,1312		
<b>Motivasyon Ölçeği Genel Boyutu</b>	Hemşire	82	226,26	3,4321	7,402	0,192
	Ebe	26	240,1	3,4688		
	Eczacı	29	185,09	3,2172		
	Yardımcı Sağlık Personeli	42	180,39	3,2079		
	Doktor	221	216,75	3,3856		
	Diğer	25	195,34	3,2672		

\*0,05 için anlamlı farklılık

Kurumdaki görev açısından davranışsal etik alt boyutu ve iş ile alakalı motivasyon alt boyutu anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Diğer boyutlar için anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Ebe olarak çalışan personelin davranışsal etik alt boyutu ve iş ile alakalı motivasyon alt boyutu için anlamlı yüksek skora sahip olduğu görülmüştür. Ebe olarak çalışanlar bu kavramlara daha fazla önem vermektedir. Böylece, H5 kısmen sağlanmıştır.



## TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

### Tartışma

Bu çalışmada, Azerbaycan Bakü’de hizmet veren özel ve devlet hastanelerinde farklı görevlerde çalışan 425 sağlık personeline yönelik olarak etik yönetim yaklaşımlarının motivasyona etkisi regresyon analizi ve korelasyon analizi yardımıyla incelenmiştir. Ayrıca demografik özellikler için etik yönetim yaklaşımlarının ve motivasyonun anlamlı farklılık gösterip göstermediği ortaya konulmuştur.

Katılımcıların %60,5’i kadın, %39,5’i erkek bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %51,1’i 20-30 yaş arasında, %32,2’si 31-40 yaş arasında, %15,1’i 41-50 yaş arasında ve %1,6’sı ise 51 yaşından büyük olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %39,3’ü lisans, %60,7’si lisansüstü eğitim düzeyindedir. Katılımcıların %19,3’ü hemşire, %6,1’i ebe, %6,8’i eczacı, %9,9’u yardımcı sağlık personeli, %52,0’si doktor, %5,9’u ise diğer olarak kurumda görev yapmaktadır.

Çalışmada, iklimsel etik alt boyutu ortalaması 3,47; davranışsal etik alt boyutu ortalaması 3,45; karar vermede etik alt boyutu ortalaması 3,41 ve etik yönetim yaklaşımları ölçeği genel ortalama 3,45 olarak belirlenmiştir. İş ile alakalı motivasyon alt boyutu ortalaması 3,51; iş dışı motivasyon alt boyutu ortalaması 3,22 ve motivasyon ölçeği genel ortalaması 3,36 olarak elde edilmiştir. Etik yönetim yaklaşımları ölçeği genel boyut “kararsızım” ve motivasyon ölçeği genel boyut “kararsızım” yönüyle cevaplandırılmıştır.

Çalışmada güvenilirlik kriteri Cronbach-Alpha (CA) değeri iklimsel etik alt boyutu için 0.904, davranışsal etik alt boyutu için 0.908, karar vermede etik alt boyutu için 0.906 ve etik yönetim genel boyutu için 0.908 olarak elde edilmiştir. İş ile alakalı motivasyon alt boyutu için 0.897, iş dışı motivasyon alt boyutu için 0.890 ve motivasyon ölçeği genel boyutu için 0.899 çıkmıştır. Hem alt boyutlar hem de genel boyutlara yönelik 0.70 değerinin üzerinde CA değeri elde edildiği için ankette iç tutarlık sağlanmıştır.

Korelasyon analizi sonucuna göre, iklimsel etik alt boyutu ile iş ile alakalı motivasyon alt boyutu %78,4 ( $r=0,784$ ,  $p=0,000$ ), iş dışı motivasyon alt boyutu %73,0 ( $r=0,730$ ,  $p=0,000$ ) ve motivasyon genel boyutu %78,4 ( $r=0,784$ ,  $p=0,000$ ) oranında pozitif

yönde anlamlı ilişkilidir. Davranışsal etik alt boyutu ile iş ile alakalı motivasyon alt boyutu %77,2 ( $r=0,772$ ,  $p=0,000$ ), iş dışı motivasyon alt boyutu %70,0 ( $r=0,700$ ,  $p=0,000$ ) ve motivasyon genel boyutu %76,3 ( $r=0,763$ ,  $p=0,000$ ) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Karar vermede etik alt boyutu ile iş ile alakalı motivasyon alt boyutu %71,3 ( $r=0,713$ ,  $p=0,000$ ), iş dışı motivasyon alt boyutu %69,9 ( $r=0,699$ ,  $p=0,000$ ) ve motivasyon genel boyutu %72,5 ( $r=0,725$ ,  $p=0,000$ ) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Etik ölçeği genel boyutu ile iş ile alakalı motivasyon alt boyutu %78,9 ( $r=0,789$ ,  $p=0,000$ ), iş dışı motivasyon alt boyutu %74,6 ( $r=0,746$ ,  $p=0,000$ ) ve motivasyon genel boyutu %79,2 ( $r=0,792$ ,  $p=0,000$ ) oranında pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre etik yönetim motivasyon üzerinde pozitif yönde (olumlu yönde) anlamlı ilişkili çıkmıştır ( $p<0.05$ ). Etik yönetim değişkeni çalışan motivasyonunu  $R^2 = \%71.6$  açıklama gücüne sahiptir. Etik yönetim algısı 1 br. arttığında motivasyon 0.844 br. artış gösterecektir. **Böylece, ana hipotez H1 sağlanmıştır.** Etik yönetim alt boyutları iş ile alakalı motivasyon alt boyutu üzerinde anlamlı ilişkili çıkmıştır ( $p<0.05$ ). Etik yönetim alt boyutları iş ile alakalı motivasyon alt boyutunu  $R^2 = \%52.1$  açıklama gücüne sahiptir. İklimsel etik algısı 1 br. arttığında iş ile alakalı motivasyon algısı 0.463 br. artış gösterecektir. Davranışsal etik algısı 1 br. arttığında iş ile alakalı motivasyon algısı 0.274 br. artış gösterecektir. Karar vermede etik algısı 1 br. arttığında iş ile alakalı motivasyon algısı 0.144 br. artış gösterecektir. İş ile alakalı motivasyon üzerinde katsayı değeri büyük olan iklimsel etik çıkmıştır. **Böylece, hipotez H2 sağlanmıştır.** Etik yönetim alt boyutları iş dışı motivasyon alt boyutu üzerinde anlamlı ilişkili çıkmıştır ( $p<0.05$ ). Etik yönetim alt boyutları iş dışı motivasyon alt boyutunu  $R^2 = \%78.0$  açıklama gücüne sahiptir. İklimsel etik algısı 1 br. arttığında iş dışı motivasyon algısı 0.411 br. artış gösterecektir. Davranışsal etik algısı 1 br. arttığında iş dışı motivasyon algısı 0.340 br. artış gösterecektir. Karar vermede etik algısı 1 br. arttığında iş dışı motivasyon algısı 0.284 br. artış gösterecektir. İş dışı motivasyon üzerinde katsayı değeri büyük olan iklimsel etik çıkmıştır. **Böylece, hipotez H3 sağlanmıştır.** Etik yönetim alt boyutları motivasyon üzerinde anlamlı ilişkili çıkmıştır ( $p<0.05$ ). Etik yönetim alt boyutları motivasyon boyutunu  $R^2 = \%77.3$  açıklama gücüne sahiptir. İklimsel etik algısı 1 br. arttığında motivasyon boyutu 0.456 br. artış gösterecektir. Davranışsal etik algısı 1 br. arttığında motivasyon boyutu 0.225 br. artış gösterecektir. Karar vermede etik algısı 1

br. arttığında motivasyon boyutu 0.201 br. artış gösterecektir. Motivasyon üzerinde katsayı değeri büyük olan iklimsel etik çıkmıştır. **Böylece, hipotez H4 sağlanmıştır.**

Araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarında etik yönetim davranışı algısının çalışanların motivasyonlarına tesirinin olumlu yönde olduğu görülmüştür. Buna göre, etik yönetim davranışı algısı çoğaldıkça motivasyon düzeylerinin de yükseleceği görülmüştür. Bu neticeler, Vittel ve Davis (1991), Viswesvaran ve Deshpande (1996), Viswesvaran vd., (1998), Somers (2001), Koh ve Boo (2004), Elkins (2007), Pettijohn ve Taylor (2008), Çevirgen ve Üngören (2009), Fu, Deshpande ve Zhao (2011) ve Prottas (2013)'ın birlikte ortaya çıkardığı çalışmalarla benzerlik taşımaktadır. Etik ilke ve kuralların tatbik edilmesi, bir etik iklimin yaratılması, etik kodların iyileştirilmesinin yaygınlaşması; müdürlerin, personeller arasında seçicilik gösterme veya birini diğerine göre kayırma, hakaret ve yıldırma gibi etik olmayan hareketlerden kaçınılmasının personellerin motivasyon ve iş tatminleri üzerinde olumlu bir etki yapacağı görülmüştür.

Araştırma sonuçlarında, bir iş çıktısı olan motivasyonun dışında diğer önemli bir iş çıktısı iş tatmini ile önemini vurgulayan çalışmalar mevcuttur. İş etiğinin iş tatminine etkide bulunduğunu gösteren Elkins (2007), Awan, Abbas ve Qureshi (2012), kurumsal sosyal sorumluluğun sadece etik boyutunun iş doyumuna pozitif tesir ettiğini bildiren Lee vd., (2011) çalışmalarında da pozitif yönlü ilişkiler belirlenmiştir.

Literatürde etik yönetimin önemli bir çıktısı olan etik örgüt iklimi ve etik liderlik kavramlarına yönelik farklı çalışmalar yer almaktadır.

Wimbush ve Shepard (1994) ve Elçi (2005), etik iklimin yasal ve normatif yönleri ile sağlam niteliksel ve niceliksel performans arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Deshpande (1996), iyiliksever bir etik iklime sahip olduğuna inanan çalışanların diğer çalışanlara göre işlerinden daha fazla doyum aldıkları sonucuna varmıştır ve araçsal (bencil ve kişisel ve kurumsal) etik iklimlerin iş doyumunu ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bağımsızlık (ilkesel) ve verimlilik (bencil - evrensel düzeyde) kuralları ve etik iklimlerin iş doyumunu üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. Koh ve Boo (2001), etik iklim ile iş tatmini ve motivasyon arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varmışlardır. Cullen ve diğerleri (2003), yardımsever bir etik iklim ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki ve bencil bir etik iklim ile örgütsel bağlılık arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır. Ayrıca beyaz yakalı çalışanlar açısından

bakıldığında ilkeli bir etik iklim ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki varken mavi yakalılar için bu duruma bakıldığında herhangi bir ilişki bulunamamıştır.

Kish-Gephart ve diğerleri (2010) yaptıkları çalışmada bencil etik iklimler ile etik olmayan davranış ve niyetler arasında pozitif, yardımsever ve ilkeli iklimler arasında negatif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. DeConinck (2010) tarafından yapılan bir araştırma, etik iklim ile çalışan performansı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Eren ve Hayatoğlu (2011), etik iklimin iş performansını olumlu yönde etkilediğini bulmuşlardır. Büte (2011) tarafından yapılan bir araştırma, etik iklimin bireysel performansı olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Shin (2012) etik liderlik, etik iklim, iklim kuvveti ve örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilgili yaptığı çalışmada bulunduğu sonuçta etik liderlik, etik iklimin ve ılımlı iklim gücünün etik iklim ve örgütsel vatandaşlıkla ilişkili olduğunu göstermiştir.

Jaramillo ve diğerlerinin (2013) araştırma sonuçları da etik iklimin iş performansını iyileştirdiğini göstermektedir. Karatepe (2013), çalışanların şirketin etik iklimi hakkında olumlu bir algıya sahip olduklarında işte daha iyi performans gösterdikleri sonucuna varmıştır. Aksoy (2013) tarafından yapılan araştırma da etik iklimin çalışanların iş performansını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Demirtaş (2013), etik liderlik davranışının algılanan etik iklimler üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırmalar etik liderliğin, bağımsız etik boyutu dışında, etik iklimin alt boyutlarını doğrudan ve dolaylı olarak etkilediğini ve dolayısıyla örgütsel politik algıların aracılık rolü oynadığını bulmuştur. Philipp ve Lopez (2013), etik liderlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel yurttaşlık davranışı üzerine yaptıkları çalışmalarında, ilişkiye bağlılık ile örgütsel yurttaşlık davranışı ve etik liderlik arasında pozitif ilişkiler bulmuşlardır. Etik liderliğin yüksek olduğu zaman bu ilişkinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ruiz-Palomino ve Martínez-Cañas (2014), etik kültür, etik niyetler ve örgütsel vatandaşlık üzerine yaptıkları çalışmada, etik kültürün örgütsel vatandaşlık ve etik niyetlerle çok güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bunun beraberinde üye-örgüt uyumu odak noktasına alındığında bu kavramın da örgütsel vatandaşlıkla olan ilişkisini ortaya koymuşlardır.

Ming-Xia (2014), çalışmalarında örgütsel özdeşleşmenin etik liderlik ve çalışan sesliliği davranışıyla ilişkisinde aracı değişken olduğu ileri sürülmektedir. Sökmen ve arkadaşlarının(2015), yaptıkları bir çalışmada örgütsel özdeşleşme ve yönetici etik

davranışları arasında da pozitif yönlü ve anlamlı bir etkileşim olduğunu tespit etmiştir. Qi, Alkan Palalar ve Arıkboğa F. (2017)'nin yaptıkları çalışmanın sonuçları etik liderliğin örgütsel özdeşleşme üzerindeki olumlu tesirini göz önüne sermektedir. Başar (2017), tarafından yapılan çalışmada, banka çalışanların etik liderlik algıları ile örgütsel özdeşleşme düzeyleri arasında aynı yönlü bir ilişki yer aldığı tespit edilmiştir. Yine başka bir çalışmada, otellerde çalışanların etik liderlik ile örgütsel özdeşleşme arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki vardır.

Çalışmada demografik ve genel bilgilere yönelik grup farklılığı analizlerine yer verilmiştir. Bu analizlerde cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve kurumdaki görevi açısından etik yönetim ile motivasyonun ve alt boyutlarının bazıları için anlamlı farklılık elde edilmiştir. **Bu nedenle, H<sub>5</sub> hipotezi kısmen sağlanmıştır.**

Cinsiyet açısından etik yönetim ve motivasyon için alt boyutları dahil olmak üzere anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Kadınlar ve erkekler bu kavramlar için aynı bakış açısına sahiptir. Cevap ortalama değerlerine bakıldığında, ağırlıklı olarak “kararsızım” yönüyle verilen cevaplar görülmektedir.

Bireylerin etik açıdan değerlendirilebilecek herhangi bir konuda etik davranmaya ilişkin niyetleri farklılık gösterebilir. Bu farklılığın nedenleri üzerine literatürde pek çok araştırma yer almaktadır. Bireylerin etik niyetlerinin farklı olmasının nedenlerinden biri de cinsiyet değişkenidir. İlgili yazıda, kadınların erkeklerden daha yüksek düzeyde etik niyet sahibi ve etik yönetim kavramlarına daha hassas olduğuna dair bulgular mevcuttur (Akaah, 1989; Singhapakdi, 1999; (Singhapakdi A. M., 2000a); Cohen et al., 2001; (Singhapakdi A. , 2004) (Oumlil, 2009)). Buna ek olarak Alleyne ve arkadaşları (2010) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada kullanılan üç senaryodan ikisinde kadınların erkeklerden daha yüksek etik niyet düzeyine sahip olduğu saptanmış, bir senaryoda ise anlamlı bir fark saptanamamıştır. Diğer taraftan kadın ve erkeklerin etik yönetim kavramları açısından farklılaşmadığını ortaya koyan çalışmalara da rastlanmaktadır ((Jones & Kavanagh, 1996); (Tse, 1997); (Shafer, 2001), (Singhapakdi A. M., 2000a); (Razzaque, 2002) (Alleyne, 2010)). Bu sonuçlar çalışmamız ile paralel çıkmıştır.

Ele alınan iki ana boyut ve alt boyutlar için yaş açısından anlamlı farklılıklar belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Analizde, 51 yaş ve üzeri için hem etik yönetim ve alt boyutları hem de motivasyon ve alt boyutları için anlamlı yüksek skor değeri elde edilmiştir. Yaş artışı aynı zamanda tecrübeyi beraberinde getireceği için meslekte uzun yıllar geçirmiş kişilerin ele alınan kavramlar olan etik yönetim ve motivasyona daha fazla önem verdiği görülmüştür.

Bireylerin yaş düzeyi çok fazla mevzuda kişinin vereceği karara tesir ettiği gibi, etik yönetim müddetinde de etkileri vardır. Literatürde bu etkinin incelendiği bir çok çalışma vardır. Farklı yaş aralığında olan kişilerin etik kavramlarına bakış açısının farklı olup olmadığını araştıran çalışmalar ise çok kısıtlıdır. Bu çalışmaların bazısında yaş açısından etik yönetim algısının farklı olmadığı sonucuna varılmıştır (Singhapakdi, 2000a) Shafer et al., 2001). Diğer yandan Alleyne vd. (2010) yaptığı bir araştırmada bazı yaş gruplarının etik niyetler açısından başkalarından farklı olduğu neticesine gelmiştir. Literatürde bu sonuçlara benzer neticeler alınmış bazı çalışmalar vardır ((Singhapakdi, 2000a)(Singhapakdi A. K., 2001)(Peterson, 2001); (Christie, Kwon, Stoeberl, & Baumhart, 2003); (Fleischman G., 2003)). Bu çalışmada da etik yönetim algısı için yaş açısından anlamlı farklılıklar elde edilmiştir.

Eğitim durumu açısından sadece iş dışı motivasyon için anlamlı farklılık elde edilmiştir ( $p<0.05$ ). Diğer boyutlar için anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Lisansüstü eğitim düzeyine sahip sağlık çalışanlarının anlamlı şekilde iş dışı motivasyon skoru için yüksek olduğu ve diğer gruplara göre daha önem verdiği görülmüştür.

Etik yönetim yoluyla bireysel eğitim başarısının algılanmasına ilişkin araştırma sayısı oldukça sınırlıdır. Ancak bireylerin eğitim seviyeleri yükseldikçe birçok yönden ilerledikleri bilinmektedir. Ahlaki eyleme yönelme noktasında bu gelişmeyi beklemek yanlış olmaz. Singhapakdi (2004) tarafından insanların etik konulara ilişkin davranışsal niyetlerinin eğitim düzeylerine göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kısmi farklılıklar bulunmuştur. Bu çalışma, eğitim durumuna bağlı olarak etik yönetim algılarında anlamlı bir farklılık bulamamıştır.

Kurumdaki görev açısından davranışsal etik alt boyutu ve iş ile alakalı motivasyon alt boyutu anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Diğer boyutlar için anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ). Ebe olarak çalışan personelin davranışsal etik alt boyutu ve iş ile alakalı motivasyon alt boyutu için anlamlı yüksek skora sahip olduğu görülmüştür. Ebe olarak çalışanlar bu kavramlara daha fazla önem vermektedir.

Bir hizmet sektörü olarak sağlık kurumlarının en etkin kaynağı kendi iş gücüdür ve sağlık kurumlarının verimliliği sağlık personelleri ile alakalıdır. Motivasyon, her işte ehemiyetlidir. Sağlık hizmetlerinin insan merkezli olması, bunun için oldukça özenli ve devamlı çalışmayı gerektirmesi, mesleğin verebileceği en iyi hizmeti vermesi nedeniyle sağlık alanında çalışanlarda motivasyonun daha mühim olduğu malumdur(Oflezer, Ateş, Bektaş, & İrbán, 2011). Sağlık müesseselerinde kullanılan teknik donanım ve ekipmanların yanı sıra bu kurumlarda çalışan sağlık personellerinin de sağlık hizmetlerinin sunumunda tesiri büyüktür. Sağlık kuruluşlarında hastaların tedavisinde özellikle içten bir dikkat ve moral mühimdir. Bunu sağlamak için sağlık çalışanları üzerinde büyük sorumluluk oluşmaktadır . Bir sağlık personelinin bir hastaya yaklaşımı, hastanın yanıtına rehberlik eder. Sağlık personellerinin tutum ve davranışları, insanların sağlık bakım tesislerini nasıl gördüklerini de etkiler. Motive olmuş sağlık çalışanları kaliteli sağlık hizmetleri sunar. Bu nedenle sağlık çalışanlarının motivasyonu, hem iyi hizmet hem de sağlık tesislerinin başarısı için kritik öneme sahiptir.

Özdemir (2004) tarafından İstanbul'da bir üniversite hastanesinde 520 hemşire üzerinde yapılan sağlık sektörü motivasyonu araştırmasında, hemşirelerin motivasyon araçlarıyla orta düzeyde, yönetici-personel ilişkileriyle yüksek düzeyde, genel olarak orta düzeyde motivasyonla motive oldukları görülmüştür. Hemşireler %28,7 fiziksel kondisyon, %29,8 başarı, %46,0 maaş ve %34,4 sosyal aktiviteyi zayıf motivasyon araçları olarak bulmuşlardır. Hemşirelerin yönetici-çalışan ilişkisinde en yüksek motivasyon puanı yöneticinin hemşireye duyulan güveninde en düşük motivasyon puanı ise iş dışı sorunlarla ilgilenen yöneticiler için bulundu.

Manongi ve diğerleri (2006), Tanzania'da çalışan sağlık çalışanlarını motive etmek üzerine yaptıkları bir çalışmada, bu işletmelerin etkililiğinin yükselmesi için sağlık personellerinin motive olmaları, eğitim ve maharetlerini kullanabilmeleri gerektiği görülmüştür. Araştırmada ekonomik araçların önemli olmasına rağmen sağlık

çalışanlarının motivasyonu için yeterli olmadığı, destekleyici denetim, performans değerlendirme, kariyer gelişimi ve şeffaf yönetim ilkelerinin de sağlık sisteminin gelişmesi için öncelikli olması gerektiği belirlenmiştir.

Dargahi ve arkadaşları (2012) İranlı sağlık çalışanlarının iş-yaşam kalitesi ve motivasyonları üzerine yaptığı çalışmada, yetersiz ücret ve ödül sistemlerinden, aşırı iş yükünden, iyileştirilmiş çalışma koşullarına duyulan ihtiyaçtan, örgütsel karar alma süreçlerine katılım eksikliğinden, kariyer eksikliğinden ve emeklilikten muzdarip olduklarından dolayı motivasyonlarının düşük olduğu görülmüştür.

## **Sonuç**

Rekabetin oldukça yüksek olduğu bir ortamda işletmelerin varlığını sürdürebilmesi ve büyüme potansiyelini gerçekleştirebilmesi, işletme kimliğinin canlı yansıması olan ve taşıyıcı gücünü oluşturan iş görenlerin almış oldukları sorumlulukları yerine getirirken ahlaki boyutları göz önünde bulundurarak hareket etmelerini sağlamak amacıyla işletmelerin etik iklim yapısına sahip olması bir gerekliliktir. Ayrıca kurum içinde üst düzey yöneticiler tarafından oluşturulan etik norm ve kuralların uygulanabildiği bir liderlik tarzı da örgüt üyeleri üzerinde oluşan işletme imajını pozitif yönde etkileyerek çalışan memnuniyeti, çalışan motivasyonu ve iş tatminini artırıp örgütsel bağlılığı yükselterek işten ayrılma niyetini minimum seviyelere düşürecektir (Pelit & Arslantürk, 2011).

Bir kurumda, örgütsel açıdan etik ikliminin oluşması, etiğin biçimsel olarak işletmenin normal bir parçası ve düzeni haline gelmesini sağlamakta ve aynı zamanda işletmenin tüm stratejilerinde, yöneticiler ile çalışanların tüm faaliyetlerinde ve günlük kararlarında yönlendirici bir rol üstlenmesine neden olmaktadır (Büte, 2011). Böylece etik, çalışanların örgütsel bağlılıkları, örgütsel vatandaşlık davranışları, iş tatminleri, örgütsel adalet algıları, işten ayrılma niyetleri vb. değişkenlerle de ilişkili hale gelmekte ve tüm örgütü kapsayan bir etik anlayışın doğmasına neden olmaktadır. Bu anlayış da “Örgütsel Etik” olarak ifade bulmaktadır (Akbaş, 2010). Örgütsel etik, örgüt içinden ve dışından kaynaklanan sorunların çözümünde, örgütün ve iş görenlerin nasıl bir yol izlemesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca örgütsel etik, örgüt kültürünü de önemli ölçüde etkileyerek örgütün ve paydaşlarının gerçekleştirmesi gereken davranışları da tanımlamaktadır. Öyle ki örgüt kültürü, örgüt içinde paylaşılan ortak

değer ve normlar olduğuna göre, etik de bu değer ve normların şekillendirildiği bir yapıya sahip olacaktır. Dolayısıyla etik değerlere dayalı bir örgüt kültürünün oluşması, örgütsel etik açısından oldukça önemlidir. Böylece örgütün iç ve dış çevrede tutarlı ve güvenilir olması sağlanacaktır.

Evrensel etik değerler doğrultusunda geliştirilmiş iş yeri kurallarının belirlenmesi, çalışma şartlarını iyileştirebilecek bir fırsat olarak görülerek işletmelerin küresel alanda ve pek çok alanda elde edeceği kazanımları artıracaktır. Küreselleşme sürecinde işletmelerin rekabet gücünü elde tutmaları etik değerlere sahip çıkmaları ile mümkün olacaktır. Bu bakımdan işin sürekliliğini sağlayan en önemli etkenlerden biri işletmelerin etik karar verebilmesidir. Günümüzde yoğun rekabet şartlarında işletmeler, etik liderler, etik yönetim biçimi ve etik karar verme güçleriyle ayakta kalabileceklerdir. Dolayısıyla insanların mutlu bir toplumda onurlu bir hayat sürmelerini mümkün kılacak etik ilkeler ve temel değerler noktasında anlaşmaları zorunlu hale gelmiştir.

Etik değerlere sahip çıkmanın artık ne kadar önemli olduğu ve bunun bir kurumsallaşma sürecinin parçası olması gerektiğini örgütler fark etmiş ancak uygulamaya istenilen ölçülerde geçirememişlerdir. Çünkü örgütsel etiğin etik yönetimi boyutunda eksiklikler ve aksamalar söz konusu olmaktadır. Genelde örgütler, etik kodlar vb. değerler doğrultusunda, etiği kurumsallaştırmakta fakat bu sürecin sonrasında nasıl yönetileceği çok da planlanmamaktadır. Ayrıca daha sonra ortaya çıkan etik sorunların çözümünde de daha önceden belirledikleri bir çözüm sürecini hayata geçirmekte başarılı olmama durumu da mümkündür.

İş dünyasının en çok tartışılan konularından biri olan etik; bireylere, çalışanlara, işletmelere ve topluma doğru ile yanlış birbirinden ayırmada rehberlik eder. Etiğin bir uygulama alanı olan iş etiği, genel olarak “iş yerinde neyin doğru, neyin yanlış olduğunu bilmek ve doğru olanı yapmak” anlamına gelir. İşletme, insanların ihtiyaçlarını karşılamak ve belirli bir kar elde etmek için oluşturulmuş ekonomik bir varlıktır. Ancak bu ekonomik hayat sosyal ve toplumsal hayattan ayrılmaz. İşletmeler faaliyet gösterdikleri toplumun gelenek, görenek ve ahlak kurallarından etkilenirler (Ülgen & Mirze, 2004).

Etik, toplumu oluşturan bireylerin ve toplumların bütünlüğünü ve devamlılığını sağlamak için zaman içinde oluşan tüm ahlak ve ahlaki değerleri kapsayan bir alandır. Etik kurallar sadece toplumsal yaşamdaki değer yargıları değildir. Teknolojinin hızlı bir şekilde geliştiği ve insanların bireyselleştiği günümüz dünyasında etiğin bir alt alanı olarak iş etiği önem kazanmaktadır. İş etiği, bir iş ortamında doğruyu ve yanlışı belirleyen etik alanlarından biridir. İş etiği; zaman içerisinde iş ortamında faaliyet gösteren kişilerin etik değer yargılarını ve iş ortamındaki etik kuralları içermektedir. Etik kurallar ve yerleşik ilkeler, düzenli bir iş ortamının oluşmasını ve çalışanların daha iyi bir ortamda çalışmalarını sağlar. Aynı zamanda bir iş ortamında ortaya çıkabilecek etik olmayan davranışlar olan yalan söyleme ve hile yapma gibi kötü davranışların da önüne geçer. Bu, yapılan ve üretilen işlerin kalitesini, verimliliğini ve sürekliliğini artırır.

Sağlık hizmetlerinde iş ahlakı çok önemlidir. Sağlık hizmetleri, toplumun ve onu oluşturan bireylerin sağlığını geliştirmeyi, hastalıkların yayılmasının karşısını almayı ve hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamayı amaçlar. Tıbbi hizmetler, tüm tıbbi kurum ve kuruluşlarında tıp uzmanları tarafından verilmektedir. Sağlık; hizmet sunulan, kolayca tüketilen bir iştir. Bu nedenle tıpta etik önemli bir yer tutmaktadır.

Diğer yandan motivasyon, ‘çeşitli uyarıcıların etkisi ile kişilerin belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi arzu ve istekleri ile davranmaları’ şeklinde tanımlanabilir (Sökmen, Bilsel, & Erbil , 2013). Yöneticiler, ancak yüksek düzeyde motive olmuş çalışanlara sahip olduklarında etkili ve üretken örgütsel hedeflere ulaşabilirler. Bazı evrensel motivasyon araçları vardır ancak her kişi, toplum ve kuruluş için işe yarayan motivasyon modelleri bulmak zordur. Motivasyon araçları; ekonomik araçlar, psikososyal araçlar, örgütsel ve yönetimsel araçlardır (Şimşek, Akgemci, & Çelik, 2005).

Yöneticiler; çalışanları örgüte katılmaları, örgütte kalmaları, düzenli olarak işe gelmeleri, örgüt içinde daha şevkli çalışmalarını, yüksek verimlilik ve kalite seviyelerine ulaşmaları, iş yerinde iyi sivil davranış sergilemeleri için motive etmelidirler ( Bateman & Snell, 2007). Motivasyonu kavramak, insanları etkili bir biçimde idare etmek için kritik öneme sahiptir ve insanların etik davranışlarının açıklanmasında

yardımcı olur ( Ferrell, Fraedrich, & Ferrell, 2011). Motivasyon ve etik bağlamında psikolojik sözleşme, güven ve saygı kavramları ön plana çıkmaktadır.

İşverenler tarafından motivasyonu sağlamak için önerilen ödüllendirme planları ve çalışan yükümlülükleri sözleşmeye dayalıdır ancak her iki taraf da bu sözleşmeye uymak için ahlaki yükümlülüklerini yerine getirmediginde motivasyon sorunları ortaya çıkabilir.

Çalışan motivasyonunu etkileyen faktörler arasında ekonomik faktörler oldukça önemlidir. Ekonomik faktörler denildiğinde; ücretler, finansal ödüller, ikramiyeler, kar paylaşımı anlaşılır. Çalışanlar, kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin ihtiyaçlarını rahatlıkla karşılayabilmelidir. Bu, onun işine odaklanmasını sağlar ve çalıştığı kuruma olan bağlılığını artırır. Çalışanlar başarılarıyla, mükemmel performanslarıyla takdir edildiğinde ve bazen ekonomik ödüller, ikramiyeler veya primler verildiğinde motive edilebilirler. Hatta diğer çalışanları daha çok çalışmaya ve daha iyi bir iş çıkarmaya motive eder.

Motivasyonu etkileyen bir başka amilde psikososyal amillerdir. Çalışanlar performanslarının takdir edilmesini beklerler. İyi performans gösteren ancak takdir görmeyen çalışanlar, işlerinde daha az etkili olmaya başlarlar. Çalışanların fikirlerini alarak ve onları karar verme sürecine dahil ederek, çalışanların kendilerini önemli hissetmeleri ve kuruma oldukça bağlanmalarına katkıda bulunacaktır ( Dieleman, Cuong, Anh , & Martineau, 2003). Böylece çalışanların kurumun maksatları doğrultusunda daha fedakarca çalışmaları sağlanabilir.

Personele sosyal güvence ve iş güvenliğinin yaratılması personel motivasyonu üzerinde olumlu tesirde bulunacaktır. Güvence yaratmasıyla çalışan, ona değer verildiğini görecektir ve bu, onun iş gücüne de yansıtacaktır. Personelin, iş arkadaşlarına ve kuruma güvenmesi ya da güvensizlik yaratması motivasyonu direkt etkiler. Bir başka konu atama, hak ve yükümlülükler verilirken adalet çerçevesinde karar verilmesidir. Hak ve sorumluluklar verilirken personelin katkı ve kabiliyeti dikkate alınmalıdır. Çalışan bu konulara çok önem verir ve en küçük bir adaletsizlik hissettiğinde motivasyonunda gerileme görülebilir. Kurum yönetimi tarafından personeller kendi becerilerini geliştirmek için desteklenir, mesleki eğitim almaları için gerekli ortam yaratılabilir(Oflezer, Ateş, Bektaş, & İrban, 2011).

Bu çalışmada sağlık sektörü çalışanları için etik yönetimin motivasyon üzerinde pozitif yönlü etkisi belirlenmiştir. Sağlık alanında oldukça fazla değişiklik ve inkişaf vardır. Sağlık kuruluşları başarı göstermiş olabilmek için bu gelişimleri yakından izlemeli ve çalışanlar bu mevzularla alakalı bilgilendirilmelidir. Sağlık mensuplarının motivasyonuna tesir gösteren örgütsel ve yönetsel etkenlerin ilk sırasında; etkileşim, hedef ortaklığı, hak ve yükümlülükler, fizyolojik iş şartları gelmektedir. Sağlık mensupları değişik meslek heyetinden oluşur. Ancak beraberce çalışırlarsa başarıya ulaşabilirler. Bunun yapılması için tıp kuruluşlarının yöneticilerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Kurum personellerine kurumun amaçları uygun biçimde anlatılmalı ve öğretilmelidir. İşçilerin belirlenen maksat uğruna birlikte çalışmaları sağlanmalıdır.

## Öneriler

Hizmet bölümünde yer edinen sağlık kuruluşları çalışma alanı itibariyle değişik ayrıcalıklara malik insan kaynağı ile kadro çalışması halinde hizmet göstermektedir. Dolayısıyla etik yönetime, etik iklime ve etik liderlere ihtiyaç duyan sağlık kuruluşlarının başarılı olması yönetim ve çalışanlar arasındaki iletişimin seviyesi ile alakalıdır.

Sağlık organizasyonlarında yirmi dört saat yoğun ve kesintisiz sağlık bakım hizmeti sunan sağlık çalışanlarının, etik yönetim algılarının motivasyonlarına etkisinin incelendiği araştırmanın bulgularından yola çıkarak aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Etik kurallar ve standartlar, bir örgüt içindeki rolleri ve beklentileri tanımlar ve etik iklimi güçlendirmek için önemli araçlar olarak kullanılır. Bir örgüt içindeki etik iklimi güçlendirmek için etik kurallara sahip olmak yeterli değildir. Üst yönetim bu etik kurallara uymalı ve ilgili uygulamaları hayata geçirmelidir.
- Çalışanların etik değerleri gelişmemiş ise genel olarak etik davranış sergileyemeyebilirler. Burada yöneticiye önemli bir görev düşmektedir. Liderlerin örgütsel etkinlik ve verimliliği sağlamanın yanı sıra etik konulara duyarlı olmak, etik ilkeleri eyleme dönüştürmek ve çalışanlarına etik rol model olmak için adımlar atmaları öncelikli hedeftir.

- Etik davranışın benimsenmesi üst yönetim düzeyinde başlamalı ve diğer düzeylerdeki yöneticiler aracılığıyla alt düzey personele iletilmelidir. İş yerinde etik anlayışın gelişimi, liderlik pozisyonundakilerin yüksek etik standartları ve çalışanlara karşı örnek davranışları ile pekiştirilir.
- Kurumlarımızda çalışanların etik gibi hassas konularda birbirlerini uyarabilecekleri, yöneticilerin çekinmeden dile getirebilecekleri demokratik bir iletişim ortamı sağlanması gereklidir.
- Etik ilkelere uyulup uyulmadığı kontrol edilmeli ve bu konuda hataya yer verilmemelidir.
- Etik değerlere olan bağlılık, karar alma müddetinde de görülmeli, etik değerlere sadık olmalı ve kararların neticelerini etik yönünden sorgulamalıdır.
- Atama ve yeni vazife verildiği zaman, etik davranışlara önem veren ve böyle davranan kişilere üstünlük verilmelidir.
- Hizmet içi eğitimlerinde iş etiği ilkeleri sürekli olarak vurgulanmalıdır. Bilgi ve beceri eğitimine ek olarak etik değer temelli tutum geliştirme eğitimine yer verilmelidir.
- Kurumda etik olmayan hareketler belirlenerek bu davranışlara sebep olan konular ve insanlar bulunup etik olmayan hareketlerin ürettiği hasarlar hakkında konuşmalar yapılmalı ve herkesçe mesuliyet alınmalıdır.

Bütün kuruluşlarda olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da iletişim çok önemlidir. İyi bir iletişim ağı sayesinde büyük işlere imza atılabileceği gibi iletişimdeki uygunsuzluklar nedeniyle çalışmaların verimi gerileyebilir hatta kurum varlığı tehlikeyle yüzleşebilir. Personeller arası, personelle kurum rehberi arası ve personelle hastalar arası iletişimin sorunsuz bir şekilde ilerlemesi gerekmektedir. İşçiler arası sağlam bir ilişki, personel motivasyonu için çok önem taşımaktadır. Ancak çalışanlarla kurum rehberleri arası iletişim de yüksek derecede ehemmiyetlidir. Emir-komut bağı mükemmel bir düzeyde olmalıdır.

Personelin sıkıntılarını, arz ve tekliflerini çekinmeden müdürlerine söyleyebilmeleri gerekmektedir. Atama, salahiyet ve yükümlülüklerde adaletli olunması, işçilerin katkı ve kabiliyetinin dikkate alınması zorunludur. Bu çevredeki ufak bir haksızlık dahi

işçilerin motivasyonlarını azaltabilir. İş ortamının fiziksel şartları işin ve personelin karakterine uygun şekilde olması gerekmektedir. Özellikle sağlık alanında çalışma yerlerinin temizlik, sıcaklık ve ışık açısından işin yapısına uygun tarzda oluşturulması, işin verimliliğini ve çalışanın motivesini yükseltmek gerekli durumlardır.

Bu araştırma, Bakü'de faaliyet gösteren özel ve devlet hastane çalışanları için gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla araştırmanın sağlık bölümü çalışanları haricinde başka sektör çalışanlarına göre yapılması ve farklı şehirler için tekrarlanması alanyazına katkı sağlayacaktır. Farklı değişken bileşimleri ve yapısal eşitlik modeli gibi farklı üst düzey yöntemlerle çalışma genişletilebilir.



## KAYNAKÇA

- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. *T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No. 770, Ankara.*, 125.
- Bai, Y., Yao, L., Wei, T., Tian, F., Jin, D., & Chen, C. (2020). COVID 19. *JAMA*, 52.
- Ferlie, E., McGivern, G., & Fitzgerald, L. (2012). A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England. *Social Science & Medicine*, 74(3), 340-347.
- Gong, J., Dong, H., & Xia, S. (2020). Correlation analysis between disease severity and inflammation-related parameters in patients with COVID-19 pneumonia. 25.
- Guan, W.-J., Liang, W.-H., Zhao, Y., Liang, H.-R., Chen, Z.-S., Li, Y., . . . et al. (2020). Comorbidity and its impact on 1,590 patients with COVID-19 in China. *A Nationwide Analysis. medRxiv.*, 63.
- Handler, A., Issel, M., & Turnoc, B. (2001). Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. *Am J Public Health*;91. *Medline:11499110 doi:10.2105/AJPH.91.8.1235*, 1235-9.
- Koonmee, K., Singhapakdi, A., Virakul, B., & Lee, D. (2009). Ethics Institutionalization, Quality of Work Life, and Employee Job-Related Outcomes: A Survey of Human Resource Managers in Thailand. *Journal of Business Research*, 63:20-26.
- Leebov, W., Jean, C., & Ersoz, C. (2003). "The healthcare manager's guide to continuous quality improvement", iUniverse. 21.
- Li, L., Huang, T., & Wang, Y. (2020). 2019 novel coronavirus patients' clinical characteristics, discharge rate and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol* 2020; 92, 577-583.
- Melé, D. (2005). Ethical Education in Accounting: Integrating Rules, Values and Virtues. *Journal of Business Ethics*, 57:97-109.
- Oosterhout, v., Heugens, P., & Kaptein, M. (2006). The Internal Morality of Contracting: Advancing the Contractualist Endeavor in Business Ethics. *Academy of Management Review*, 521-539.
- Walshe, K., Smith, J., & (Eds.). (2016). Healthcare management. *Maidenhead: Open University Press*.
- Bateman, T., & Snell, S. (2007). Yönetim-Management.

- Dieleman, M., Cuong, P., Anh, L., & Martineau, T. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam.
- Ferrell, O., Fraedrich, J., & Ferrell. (2011). Business Ethics: Ethical Decision Making & Cases.
- Ahmad, S., Mukaddes, A., Rashed, C., & Samad, M. (2010). Implementation of motivation - Theory in apparel industry. *International Journal of Logistics and Supply Chain Management.*, 103-108.
- Akbaş, T. (2010). Örgütsel Etik İklimin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi: Mobilya Sanayi Büyük Ölçekli İşletmelerinde Görgül Bir Araştırma. 121.
- Alshmemri, M., Shahwan-Akl, L., & Maude, P. (2017). Herzberg's two-factor theory. *Life Science Journal.*, 14(5), 12-16.
- Anisimov, S. (2015). Morality and behavior. *Moskova.: Mysl*, 155s.
- Axworthy, L. (2001). Global Governance. *Human Security and Global Governance: Putting People First*, 7,19.
- Bank, W. (2003). Turkey reforming the health sector for improved access and efficiency, . *Volume 1 Main Report. Report No. 24358-TU*.
- Belek, İ. (2001). Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası. *Sorun Yayınları 3. Baskı, İstanbul.*, 13.
- Belluz, J. (2020). China's cases of Covid-19 are finally declining. *A WHO expert explains why.* <https://www.vox.com/2020/3/2/21161067/coronavirus-covid19-china>.
- Beyannameyi, İ. H. (1948). Madde 25. *İnsan Hakları Evrensel Beyannameyi*. Paris.
- Bhattacharyya, D. (2007). Human Resource Research Methods. *New Delhi: Oxford University Press*.
- Bian, H., Zheng, Z.-H., & Wei, D. (2020). Meplazumab treats COVID-19 pneumonia: an open-labelled, concurrent controlled add-on clinical trial. 60.
- Boris, E., Frank, H., & Bernd, S. (2006). Influenza pandemic and professional duty: family or patients first? *A survey of hospital employees.* *BMC Public Health.*, 6:311.
- Buttigieg, S., Rathert, C., & von Eiff, W. (2015). International best practices in healthcare management. 4.
- Büte, M. (2011). Etik İklim, Örgütsel Güven ve Bireysel Performans Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 25, Sayı: 1*, 173.
- Constitution. (1946). Charter of the World Health Organization. *Legal system"Consultant*. New York.

- Cooksey, D. (2006). A review of UK health research funding. *London: Stationary Office*.
- Damery, S., Wilson, S., Draper, H., & et al. (2009). Will the NHS continue to function in an influenza pandemic? A survey of healthcare workers in the West Midlands, UK. *BMC Public Health*, 9:142.
- Damery, S., Draper, H., Wilson, S., Greenfield, S., Ives, J., Parry, J., & Sorell, T. (2010). Healthcare workers' perceptions of the duty to work during an influenza pandemic. *Journal of Medical Ethics*, 36(1), 12–18.
- Davis., K. (1981). *Human behaviour at work, Organisational Behaviour, McGraw – Hill, New York.*, P.43.
- Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press, Ann Arbor. 5.
- Dreher, G., & Dougherty, T. (2002). Human Resource Strategy. *A behavioural perspective for the general manager. Irwin, San Francisco: McGraw-Hill*.
- DSÖ. (2020). Coronavirus (Covid-19).
- Du, Z., Wang, L., Cauchemez, S., Xu, X., & Wang, X. (2020). Risk for Transportation of 2019 Novel Coronavirus Disease from Wuhan to Other Cities in China. *Emerg. Infect. Dis.* 2020, 11.
- European Central Bank. (2020). *Press Release: Pandemic Emergency Purchase Programme (PEPP). Frankfurt, Germany*.
- Evans, D., Tandon, A., Murray, C., & Lauer, J. (2000). The comparative efficiency of national health systems in producing health: an analysis of 191 countries. . *World Health Organization; Geneva*.
- FDA. (2020). <https://www.fda.gov/drugs/drug-safetyand-availability>.
- Field, M. (1980). A Contemporary American Dialectic Social Science and Medicine. *The Health System and the Polity*, 397-413.
- Fitzgerald, L. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in healthcare. *Human Relations*, 55(12), 1429-1449.
- Freeman, R., & Lorraine, F. (2010). Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 163-178.
- Frenk, J., & Avedis, D. (1987). Health Policy and Planning . *State intervention in medical care: types, trends and variables*.
- Gakidou, E., Murray, C., & Frenk, J. (2000). Measuring preferences on health system performance assessment. *World Health Organization; Geneva*.

- Goldsmith, J. (1989). A radical prescription for hospitals. *Harvard Business Review*, 104-111.
- Gorbalenya , A. (2020). Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: the species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group. . *BioRxiv*.doi: 10.1101/2020.02.07.937862.
- Hafner, T., & Shiffman, J. (2013). The emergence of global attention to health systems strengthening. *Health Policy Plan*.Medline:22407017 doi:10.1093/heapol/czs023, 28:41-50.
- Hassard, J., McCann, L., & Morris, J. (2009). Managing in the modern Corporation. Cambridge, 8.
- HealthAssembly, W. (1995). ) *Communicable Disease Prevention and Control: New, Emerging and Re-emerging Infectious Diseases* .
- Holshue, M., DeBolt, C., & Lindquist, S. (2020). . First Case of 2019. *Novel Coronavirus*. 382, 929-936.
- <https://www.statista.com/statistics/1043366/novel-coronavirus-2019ncov-cases-worldwide-by-country/>. (2020).
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>. (2020).
- <https://www.who.int/news>. (2020).
- Huang, C., Wang , Y., Li , X., Ren, L., Zhao, J., & Hu , Y. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 11.
- Hutchinson, A. (2020). “More Nations Are Looking to Use Cell Phone Data to Track the COVID-19 Outbreak, Raising Privacy Concerns”. in *Social Media Today*,.
- Ives, J., Greenfield, S., Parry, J., & et al. (2009). Healthcare workers’ attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. *BMC Public Health*, 9:56.
- Jabari, H. (2006). Mechanism of decentralization of health system in Asian developing countries, Europe and Latin America and designing a model for Iran. [PhD thesis]. *Tehran: Islamic Azad University Science and Research Branch*, 3.
- Jamshid Beigi , E. (2002). First report of governmental comities on structure of health network. *Tehran: Ministry of Health and Medical Education*, 10-16.
- Joss, R., & Kogan, M. (1995). Advancing Quality: Total Quality Management in the National Health Service. *Open University Press. Buckingham*, 141.
- Joumard, I., André, C., & Nicq, C. (2017). Joumard I, André C, Nicq C. Health care systems: efficiency and institutions. OECD Economics Department Working Paper No. 769. 2010. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1616546](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1616546).

- Kanungo, R., & Mendonca, M. (1996). *Ethical Dimensions of Leadership*. . *Thousand Oaks, CA: Sage Publications*.
- Kapur, S., & Puma, B. (1996). *Personnel Management and Industrial relations*, S.K.Publishing, New Delhi., P, 163 – 165.
- Koblyakov, V. (2019). *Ethical consciousness*. *Leningrad.: LSU*, -223s.
- Labour, I. (2020). *COVID-19 and the World of Work: Impact and Policy Responses*. *ILO Monitor 1st ed. Geneva, Switzerland*.
- Ladatko, L. (2006). *Ethics and culture of management*. . *Moscow Phoenix*, 317.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*.
- Lavrinenko, V. (1997). *Psychology and ethics of business communication*. *Moskov: UNITI*, 279.
- Lawler, E. (2003). *Treat people right*. *San Francisco: Jossey-Bass Inc. McGraw- Hill Irwin*.
- Lepper, M., & Greene, D. (2016). *The hidden costs of reward*. *New York: Psychology Press*.
- Lillis, J. (1985). *What makes summary run?* . *Advanced management Journal*, July., P,15.
- Lohr, K. (1991). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, Vol. I. *National Academy Press, Washington, DC*, 22.
- McLaughlin, C., & Kaluzny, A. (2006). *Continuous Quality Improvement in Health Care 3rd ed*. *Jones and Bartlett Publishers. Sudbury*, 52.
- Mechanic, D., & Meyer, S. (2000). *Concept of trust among patients with serious illness*. *Journal of social science and medicine*, 51,657-668.
- Mechnikov, I. (2011). *Sketches on the nature of man*. . *Moscow.: Academy of Sciences*, 288.
- Miner, J. B. (2015). *Organizational behavior: Essential theories of motivation and leadership*. *New York: Routledge*.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. . *Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall*. , 444.
- Morris, J., & Farrell, C. (2007). *The ‘post-bureaucratic’ public sector organization: New organizational forms and HRM in ten UK public sector organizations*. *International Journal of Human Resource Management*, 18(9), 1575-1588.
- Murray, C., & Frenk, J. (2000). *WHO framework for health system performance assessment. Evidence and Information for Policy*. *World Health Organization; Geneva.*, 22.

- Murray, C., & Frenk, J. (2001). World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *Lancet*. 2001; *Medline*:11425395 *doi*:10.1016/S0140-6736(00)04826-1, 357:1698- 700.
- NACCHO. (2014). Local health department budget cuts and ob losses.
- National Bureau of Statistics of China. . (2020). *Press Release: Industrial Production Operation in the First Two Months of 2020*. .
- National Bureau of Statistics of China. . (2020). *Press Release: Industrial Profits in the First Two Months of 2020*. .
- Negi, R. (2009). Determining customer satisfaction through perceived service quality: A study of Ethiopian mobile users. *International Journal of Mobile Marketing*., 11.
- Nilsson, K. (2017). The influence of work environmental and motivation factors on seniors' attitudes to an extended working life or to retire. A cross sectional study with employees 55-74 years of age. *Open Journal of Social Sciences*, 5(07), pp. 30.
- OECD. (2005). Organisation for Economic Co-operation and Development Reviews of Health Systems. Mexico, Paris.
- OECD. (2020). Organisation for Economic Co-operation and Development. . *OECD Interim Economic Assessment Coronavirus. The World Economy at Risk. Paris, France*.
- Oflezer, C., Ateş, M., Bektaş, G., & İrbán, A. (2011). Bir Kamu Hastanesinde Çalışan İşçilerin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler.
- On, B. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlığın Geliştirilmesi İle İlgili Görüşleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, s. 9, Ankara*.
- Organization, W. H. (2004). Standards for Health Promotion in Hospitals.s.8.
- Organization, W. H., & Geneva, S. (2020). WHO: coronavirus disease 2019(COVID19).
- Ouchi, W. (1987). Management in action, Theory Z, is it the key to the motivation? *In W.Ouchi, Fundamentals of Managements (6th ed.)*. Homewood Juinpis: Business Publication Inc.
- Øvretveit, J. (1992). Health Service Quality. *An Introduction to Quality Methods for Health Services,Blackwell,Oxford*, 4.
- Öztek, Z. (2001). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri". *Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı 1, Yıl 7, Sayı 39, Mayıs-Haziran*.

- Page, L. (2008). Do not show me the money? . *The growing popularity of non-monetary incentives in the workplace.*
- Pelit, E., & Arslantürk, Y. (2011). Turizm İşletmelerinin İş Etiğine Yönelik Uygulamalarının Çalışma Yeri Tercihindeki Önemi: Turizm Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. 168.
- Phan, L., Nguyen, T., & Luong , Q. (2020). Importation and human-to-human transmission of a novel coronavirus in Vietnam. *N Engl J Med*; 382:, 872-874.
- Pierce, B. (2020). Covid-19: Cash Born Analysis. *Montreal, Canada: IATA Publication.*
- Pinder, C. C. (2008). Work motivation in organizational behavior. (2nd ed.). *New York: Psychology Press.*
- Prüss-Üstün, & A. and Corvalán, C. (2006). The World Health Organization. *Preventing Disease Through Healthy Environments: Towards an Estimate of the Environmental Burden of Disease*, 52.
- Ran, B., Saad, O., Daniel, B., & George, E. (2006). Local public workers' perceptions toward responding to an influenza pandemic. *BMC Public Health*; , 6:99.
- Rankings, B. (2013). Bloomberg Rankings. Most efficient health care. . <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>. .
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare. *Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. Health Policy*, 115(1), 1-8.
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet* 395, 1225-8.
- Reports, W. (2020). Wuhan Reports no New Coronavirus Cases for 3rd Straight Day. <https://www.nydailynews.com/coronavirus/ny-coronavirus-wuhan-no-new-cases-20200321>.
- Robbins, S. (1996). *Organisational Behaviour Concepts, Controversies and Applications*, 7 th edition, Prentice – Hall Inc; USA.
- Rosen, G. (2015). A History of Public Health. *Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.*
- S.P., R. (1996). *Organisational Behaviour Concepts, Controversies and Applications*, 7 th edition, Prentice – Hall Inc; USA.
- Salanova, A., & Kirmanen, S. (2010). Employee Satisfaction and Work Motivation – Research in Prisma Mikkeli. . *Mikkeli University of Applied Sciences.*
- Savas, S., Karahan , O., & Saka, O. (2002). Health Care Systems in Transition. *Turkey. Copenhagen.*

- Schuster, M., McGlynn, E., & Brook, R. (1998). "How good is the quality of healthcare in the United States?". , *The Milbank Quarterly*, Vol. 76 No. 4, 518.
- Seale, H., Leask, J., Po, K., & et al. (2009). Will they just pack up and leave? Attitudes and intended behaviour of hospital healthcare workers during an influenza pandemic. *BMC Health Serv Res*, 9:30.
- Selgelid, M. (2009). Pandethics. *Public Health*; *Public Health*;, 123:255–9.
- Shadpoor, K., & Pilehroodi, S. (2003). Health for all and primary health care in 20th & 21st century. *3rd ed. Tehran: Tandis Publication*;, 52.
- Sökmen, A., Bilsel, M., & Erbil, C. (2013). Örgütsel Adaletin Çalışan Motivasyonu ve Performansı Üzerindeki Etkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Araştırma.
- Statement from the National Public Health Emergency Team - Wednesday 18 March. (2020). *Government of Ireland*.
- Steiner, G., & Bernard Berelson. (1964). *Human Behaviour, Harcourt, Brace, New York*., P.240.
- Stolyarenko, L. (2005). Psychology of business communication and management. *Moscow: Phoenix*, 409.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., & Coutts, A. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Sulke, S. (2011). Sağlık reformlarının Türk kamu hastanelerinin verimliliği üzerindeki etkileri. *İl Pazarları. MPRA Kağıt No: 34643*.
- Şimşek, Ş., Akgemci, T., & Çelik, A. (2005). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış.
- Şimşek, Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. . *TAF Prev Med Bull* 12(3)., 343-358.
- Tandon, A., Murray, C., Lauer, J., & Evans, D. (2000). Measuring overall health system performance for 191 countries. . *World Health Organization; Geneva: World Health Organization*.
- Tatar, M., Mollahaliloglu, S., Sahin, B., Aydin, S., Maresso, A., & HernandezQuevedo, C. (2011). Geçiş Sürecinde Sağlık Sistemleri, Avrupa Sağlık Sistemleri ve Politikaları Gözlemevi, DSÖ. *Türkiye: Sağlık Sistemi İncelemesi*. , , 13 (6), 1-186.
- Teck, W., Gerald, K., Seng, C., Meena, S., Kelvin, K., Sin, C., & David, K. (2008). A cross-sectional study of primary-care physicians in Singapore on their concerns and preparedness for an avian influenza outbreak. *Ann Acad Med Singapore*., 37:458–464.

- Terris, M. (1978). The Three World Systems of Medical Care. *Trends and Prospects, American Journal of Public Health*, 1125-1131.
- The General Administration of Customs of the People's Republic of China. . (2020). *Monthly Bulletin: Summary of Imports and Exports (in USD)*. Beijing, China.
- The US Department of Labour. (2020). *News Release: Unemployment Insurance Weekly Claims*. Washington, USA.
- Torrington, D., Hall, L., & Taylor, S. (2008). *Human Resource Management*. Harlow: Pearson Education Ltd.
- Tosi, H., Mero, N., & Rizzo, J. (2000). *Managing Organizational Behaviour*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell.
- Treatment, A. G. (up 2020). *A Guide to Curative Care Medical Treatment*.
- United Nations Conference on Trade and Development. . (2020). *The Covid-19 Shock to Developing Countries: Towards a "whatever it takes" programme for the two-thirds of the world's population being left behind*. Geneva, Switzerland.
- Ülgen, H., & Mirze, S. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim. 449.
- Volkan, Y. (2006). "Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye'de Sağlık Reformu" . *Doktora Tezi Ankara*. , 11.
- Wan, H. (2009). Employee Loyalty at the Workplace: The Impact of Japanese Style of Human Resource Management". *International Journal of Applied HRM* , 3 (1).
- Wang, D., Hu , B., & Hu , C. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan. *China. JAMA* .
- Weiss, J., Greenlick, M., & Jones, J. (1971). The impact of spatial factors. *Determinants of medical care utilization*, 50-57.
- WHO. (2012). Successful health system reforms:.. *A case of Turkey, World Health Organisation Regional Office for Europe*.
- WHO. (2020). [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) .
- WHO. (2020). Regional Office for Europe: . *Strengthening the Health Systems Response to COVID-19 - Technical Working Guide# 1 Copenhagen*.
- WHO. (2000). WHO. (2000). The world health report 2000: Health systems: Improving performance. . *Geneva: World Health Organization*.
- Wilder-Smith, A., Chiew, C., & Lee, V. (2020). Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *Lancet Infect Dis*. 20, 102-107.

- William, H., Huston, P., Martin, C., & Soto, E. (2006). Enhancing public health response to respiratory epidemics. *Can Fam Physician.*, 52:1254–1260.
- WT.TC. (2019). World Travel & Tourism Council. . *Travel & Tourism Economic Impact 2019 World. London, UK.*
- WTO. (2020). World Tourism Organization. . *News Release: International Tourism Arrivals Could Fall By 20-30% in 2020. Madrid, Spain.*
- Wu, Z., & McGoogan , J. (2020). Çin'de Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) salgınının özellikleri ve önemli dersleri- Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi. *JAMA Network'ten 72314 vaka raporunun özeti.*
- Yardım, N., Gögen, S., & Mollahaliloğlu, S. (2009). Sağlıkın Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye'de Mevcut Durum. *İst J Ist Faculty Med* 72, 29-35.
- Yıldırım, H. (2013). Türk sağlık sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi. *Ankara: SASAM.*
- Youde, J. (2005). Health Security and İnternational Relations Theory. *Enter the Fourth Horseman*, 6,193.
- Zhang, S., Diao , M., Yu, W., Pei, L., Lin, Z., & Chen, D. (2020). Estimation of the reproductive number of Novel Coronavirus (COVID-19) and the probable outbreak size on the Diamond Princess cruise ship: A data-driven analysis. *International Journal of Infectious Diseaes.*
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., . . . Lu, R. .: (2020). Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China,. *New Engl. J. Med.* 2020,382, 732.

## EKLER

### EK- A

Merhaba Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki anketin amacı hazırlamakta olduğumuz lisansüstü tez çalışması için bilimsel bilgi toplamaktır. Anket bulunduğunuz hastanede sağlık çalışanlarının motivasyonuna etik ilkelerin etkisini araştırma odaklıdır.

Ankete vereceğiniz cevaplar bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacaktır. Bu yüzden anketin herhangi bir yerine isim ve kimliğinizle ilgili bilgiler yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgiler saklı kalacaktır.

Araştırmanın sağlıklı bulgulara ulaşması anketteki ifadelere vereceğiniz cevaplara bağlı olduğundan, cevaplarınızın gerçek anlamda tutum ve görüşlerinizi yansıtmaları çok önemlidir. Bu ankete katılma derecenize göre “Kesinlikle Katılmıyorum” , “Katılmıyorum” , “Fikrim Yok” , “Katılıyorum” , “Tamamen Katılıyorum” seçeneklerinden size uygun olanını işaretlemeniz gerekmektedir.

Ankette yer alan soruların tümünü içtenlikle yanıtlamanızı ve gereken özeni göstermenizi diler, ilgi ve yardımlarınız için teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Maleyka HAJİYEVA  
İstanbul Gelişim Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Doç.Dr. Gülay TAMER  
İstanbul Gelişim Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

ETİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ	1	2	3	4	5
<b>İklımsel Etik</b>					
Yöneticimiz, astları teşvik eder.					
Yöneticimiz, kendi düşüncelerini, sevgiyi temel alan yaklaşımla yaymaya çalışır.					
Yöneticimiz, geleceğe dönük somut hedefler ortaya koyar.					
Yöneticimiz, kendi işlerini sorumluluk duygusu içinde yapar					
Yöneticimiz, astların yaratıcılığının ortaya çıkması için, uygun ortam hazırlar.					
Yöneticimiz, öğrenme konusunda isteklidir.					

Yöneticimiz, astların farklı düşünebileceğini kabul eder					
Yöneticimiz, astların başarısını adaletli bir şekilde ödüllendirir.					
Yöneticimiz, kurumun kurallarını doğru bir şekilde oluşturur.					
Yöneticimiz, tartışmalar için özgür ortamlar yaratır					
Yöneticimiz, mesleki etkinliğini artırmaya yönelik çaba içerisindedir					
Yöneticimiz, hatalarını kabul eder.					
Yöneticimiz, bencil davranışlar sergilemez.					
Yöneticimiz, astlara adaletli davranır.					
Yöneticimiz, tartışmalara yapıcı ve anlayışla katılır.					
Yöneticimiz, sabırlıdır.					
Yöneticimiz, alçak gönüllüdür.					
Yöneticimiz, insanlara eşit davranır.					
Yöneticimiz, tüm astlara sevgiyle davranır.					
Yöneticimiz, astlara şefkatle yaklaşır.					
Yöneticimiz, etrafındaki insanlara saygı gösterir.					
Yöneticimiz, astlar arasında arabozucu değildir.					
Yöneticimiz, merhametlidir					
Yöneticimiz, astlara içten davranır					
Yöneticimiz, astları, sahip oldukları kişisel özelliklerden dolayı yargılamaz.					
Yöneticimiz, yapılan hizmetlerden dolayı insanlara minnet duygusu besler.					
<b>Davranışsal Etik</b>					
Yöneticimiz, kendi kendini değerlendirebilir					
Yöneticimiz, doğru sözlüdür.					
Yöneticimiz, dürüst davranır.					
Yöneticimiz, olaylar karşısında cesaretli davranır.					

Yöneticimiz, faaliyetleri gerçeklik ilkesine göre yapar.					
Yöneticimiz, bireysel hakları korur.					
Yöneticimiz, içinde bulunduğu toplumun değerlerine saygı gösterir.					
<b>Karar Vermede Etik</b>					
Yöneticimiz, çözümler üretmede sistemli yaklaşır.					
Yöneticimiz, politik konularda kazanç sağlamaya yönelik çalışmalarda bulunmaz.					
Yöneticimiz, dini konularda fayda amaçlı faaliyetlerde bulunmaz.					
Yöneticimiz, ekonomik alanda kişisel kazanç sağlayıcı faaliyetlerde bulunmaz					
Yöneticimiz, mesleki sorumluluklarını dürüstlük duygusu içerisinde yapar.					
Yöneticimiz, kurumda ortak alınan kararları etkili biçimde uygular					
Yöneticimiz, kurumda yapılan işlerde ölçüyü belirler.					
Yöneticimiz, kötü sayılabilecek alışkanlıklara sahip değildir.					
Yöneticimiz, davranışlarının sınırlarını bilir.					

<b>MOTİVASYON ÖLÇEĞİ</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Bu kurumda çalışanlar, iyi işler yaptıkları zaman takdir edilir.					
Birlikte çalıştığım arkadaşlarla iyi bir takım oluşturuyoruz.					
Bu kurum başkalarının çalışmak isteyeceği bir kurumdur.					

Piyasa koşullarına göre bu kurumda aldığım ücret tatmin edici.					
Yöneticim işlerin hep kendi istediği doğrultuda yapılmasını ister; bana söz hakkı tanımaz.					
İşimi severek yapıyorum.					
Toplumda saygınlığı olan bir kurumda çalışıyorum.					
İş yerimin fiziki çalışma koşullarından (aydınlatma, havalandırma vb.) memnunum.					
Yöneticim özel hayatımda yaşadığım sorunlara karşı duyarlıdır.					
Bu kurumun çalışanlarına sunduğu teknolojik olanakları yeterli bulmuyorum.					
Çalışma arkadaşlarımla iyi geçinirim.					
Bu kurum bana sürekli yeni şeyler öğrenme fırsatı sunuyor.					
Yaptığım işte yeterli düzeyde yetki ve sorumluluk sahibiyim.					
Bu kurumda çalışmaktan gurur duyuyorum.					
Bu kurum iyi çalışan ile kötü çalışanı birbirinden ayırmaz.					
Bu kurumda hoşlanmadığım kişilerle birlikte çalışmak zorunda kalıyorum.					
Ücret olarak yaptığım işin karşılığını aldığımı düşünüyorum.					
Yöneticim benimle ilgili konularda bana bilgi vermeden karar vermez.					
İşimde yükselmek için bana yeterli düzeyde fırsat sunuluyor.					
Bu işte bilgi ve becerilerimi tam anlamıyla kullanma fırsatı buluyorum.					
Yaptığım işi saygıdeğer bir iş olarak görüyorum.					

Yöneticim kolay kolay yaptığım bir işi beğenmez.					
İşimi yapmak için ihtiyaç duyduğum malzemeleri elde etme açısından sıkıntı çekmiyorum.					
Bu kurumda ilerleme imkânım olduğunu düşünmüyorum.					
İş arkadaşlarım ile birlikte olmak, yaptığım işi keyifle yapmamı sağlıyor.					
Bu kurum çalışanlarını daha ileri pozisyonlar için hazırlar					
Her an işime son verileceği endişesi taşıyorum.					
Gelecekte işimi kaybetmeyeceğim konusunda kurumum bana güven duygusu veriyor					
Kurumum bana kendimi geliştirme imkanı sunar.					
İş arkadaşlarım ile olan ilişkilerimden memnunum					
Yöneticim işime gerektiğinden fazla müdahale eder.					

# ÖZGEÇMİŞ

## Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Hajiyeva Maleyka

Uyruğu : Azerbaycan

## Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek lisans	İstanbul Gelişim Üniversitesi: Sağlık Yönetimi	
Lisans	Bakü Devlet Üniversitesi: Biyoloji	2018
Lise	Akademik Zerife Eliyeva ad. lisey	2014

## Yabancı Dil

Azerice, Rusca, İngilizce

## Yayınlar

## Hobiler

Dizi, film çekimleri