



Cilt/Volume :7 Sayı/Issue :3 Yıl/Year :2021 (ARALIK) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

İÇİNDEKİLER

İNDEKSLER VE ARALIK SAYISI HAKEM LİSTESİ

- ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞANLARIN PSİKOLOJİK SÖZLEŞME ALGISI (Dr. Pelin YILIK, Dr. Ömer Faruk AVER, Semanur BOZKURT TÜRKCAN, Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK) (Araştırma Makalesi 434-455)
- HASTALARIN TÜKETİCİLEŞTİRİLMESİ VE HASTA GÜÇLENDİRME (Arş. Gör. Sema DALKILIÇ, Doç. Dr. Ramazan KURTOĞLU) (Derleme makale 456-471)
- HASTANELERDE MANEVİ DESTEK HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ (Dr. Öğr. Ü. Gülperembe OĞUZHAN, Arş. Gör. Gizem Zevde AYDIN, Onur YILMAZ) (Araştırma Makalesi 472 -488)
- GOOGLE ARAMA HACMİ VERİLERİ İLE TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİNE İLİŞKİN KAVRAMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ (Arş. Gör. Mustafa KAYA, Arş. Gör. Sinem SARIÇOBAN) (Araştırma Makalesi 489-504)
- HASTANE ÇALIŞANLARININ İŞYERİNDE DIŞLANMA ALGILARI İLE ÇALIŞAN SESSİZLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ (Rüya Zeliha ÇELİK BAYKOCA, Dr. Öğr. Ü. Eray Ekin SEZGİN) (Araştırma Makalesi 505-519)
- TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİ VE AŞISINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARIN BAZI DEĞİŞKENLER İLE İNCELENMESİ (Dr. Öğr. Ü. Nihal ALOĞLU, Doç. Dr. Mehtap SÖNMEZ) (Araştırma Makalesi 520-535)
- SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÜÇ MESAFESİ VE LİDERLİK TARZINA YÖNELİK KİŞSEL VE ÖRGÜTSEL ALGILARININ KARŞILAŞTIRILMASI (Dr. Öğr. Ü. Altuğ ÇAĞATAY, Dr. Öğr. Ü. Selman KIZILKAYA) (Araştırma Makalesi 536-560)
- SAĞLIK ALANINA YÖNELİK SOSYAL FRANCHISING UYGULAMALARI (Dr. Öğr. Ü. Fatma MANSUR, Arş. Gör. Gamze ARIKAN) (Derleme makale 561-573)
- OSMANLI İMPARATORLUĞUNDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE VAKIFLARIN ROLÜ (Öğr. Gör. Dr. Mahmut Fevzi GÜN) (Derleme Makale 574-584)
- BİMARHANELER HAKKINDA ALAN YAZIN ÇALIŞMASI (Ayşe SARI, Dr. Öğr. Ü. Sezgin ZABUN) (Derleme Makale 585-599)
- SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ÜSTÜN NİTELİKLİLİK ALGISI VE ÖRGÜTSEL MUHALEFET DAVRANIŞLARI İLİŞKİSİ: KONYA İLİNDE BİR UYGULAMA (Özge ÜSTÜN, Mehmet KILINÇ, Hamdi ÖZTÜRK, Serap KILINÇ) (Araştırma Makalesi 600-613)
- SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜNÜN EĞİTSEL VE AKADEMİK YAPISI (Öğr. Gör. Mustafa FİLİZ) (Araştırma Makalesi 614-624)
- HASTANELERDE STOK KONTROL YÖNETİMİ: İLAÇ STOKLARININ ABC, VED VE ABC-VED YÖNTEMLERİ İLE ANALİZİ (Dr. Nazife ÖZTÜRK, Rabia Nilüfer ERSOYOĞLU, Arş. Gör. Ferda IŞIKÇELİK,) (Araştırma Makalesi 625-638)
- SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA (Doç. Dr. Serkan DENİZ, Prof. Dr. Mesut ÇİMEN) (Araştırma Makalesi 639-646)
- TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE ÇÖZÜM ÖNERİSİ OLARAK DAVRANIŞSAL İKTİSAT (Arş. Gör. Ece DOĞUÇ) (Derleme makale 647-664)
- POSTOPERATİF YATIŞ SÜRESİNİN BELİRLEYİCİLERİ (Dr. Aysun Kandemir Türe, Prof. Dr. Bayram ŞAHİN) (Araştırma Makalesi 665-679)
- HASTA HEKİM İLETİŞİMİNİN HASTANIN ŞİKAYET ETME NİYETİNE ETKİSİ (Arş. Gör. Dr. Özgün ÜNAL, Arş. Gör. Dr. Ayhan DURMUŞ, Zehra Betül YILDIZ) (Araştırma Makalesi 680-694)
- İNTÖRN DOKTORLARIN TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE TÜKENMİŞLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA (Serpil KAYA, Prof. Dr. Selma AYDIN) (Araştırma Makalesi 695-712)
- SOSYAL PAZARLAMA LİTERATÜRÜNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ (Dr. Öğr. Ü. Selçuk Yasin YILDIZ, Dr. Öğr. Ü. Nurperihan TOSUN) (Araştırma Makalesi 713-725)
- SAĞLIK YÖNETİCİSİ ADAYLARININ MESLEKİ KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ (Dr. Öğr. Ü. Necla YILMAZ, Öğr. Gör. Ebru YILDIZ, Özge ÖZDİNÇ) (Araştırma Makalesi 726-739)
- SAĞLIK KURUMLARINDA, SANAL KAYTARMA KONUSUNDA YAPILAN ARAŞTIRMALARIN İNCELENMESİ (Dr. Aşlı EKİN, Dr. Öğr. Ü. Yıldırım Beyazıt GÜLHAN) (Derleme makale 740-753)

İNDEKSLER



HAKEMLER

Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK
Prof. Dr. Sezer KORKMAZ
Prof. Dr. Ali ÖZER,
Prof. Dr. Mustafa TAŞLIYAN
Prof. Dr. E. Haldun SÜMER
Prof. Dr. Gonca Mumcu
Prof. Dr. Levent Bekir Kıdık
Doç. Dr. Aykut EKİYOR
Doç. Dr. Asuman ATILLA
Doç. Dr. Fikriye YILMAZ
Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ
Doç. Dr. Arzu YİĞİT
Doç. Dr. Muhammet DÜŞÜKCAN
Doç. Dr. Özcan DEMİR
Doç. Dr. Yeliz MERCAN
Doç. Dr. Zafer ADIGÜZEL,
Doç. Dr. Mine BEKAR
Doç. Dr. Yasemin HARMANCI
Doç. Dr. Ümit NALDÖKEN
Dr. Oğuzhan YÜKSEL
Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN
Dr. Öğretim Üyesi Aydan KAYSERİLİ
Dr. Aysun Kandemir TÜRE
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAR
Arş. Gör. Dr. Jebağı Canberk AYDIN
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet ÇANKAYA
Dr. Öğr. Üyesi Tolga ÇAĞATAY
Dr. Burcu NAZLIOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Naim KARAGÖZ
Dr. Öğr. Üyesi Muhammed ARDIÇ
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet ÇANKAYA
Dr. Öğr. Üyesi Beyza ERKOÇ
Dr. Öğr. Üyesi Sayra LOTFİ
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAR
Dr. Duygu ÜREK
Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN
Dr. Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ
Dr. Öğr. Üyesi Didem DEMİR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
İnönü Üniversitesi
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Marmara Üniversitesi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Başkent Üniversitesi
Yozgat Bozok Üniversitesi
Süleyman Demirel Üniversitesi
Fırat Üniversitesi
Fırat Üniversitesi
Kırklareli Üniversitesi
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Kayseri Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bakanlığı
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Toros Üniversitesi
Kırıkkale Üniversitesi
Kırıkkale Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Hitit Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Artvin Çoruh Üniversitesi
Hitit Üniversitesi
Zonguldak Bülent Ecevit Üniv.
İstanbul Medipol Üniversitesi
Kırıkkale Üniversitesi
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Düzce Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Toros Üniversitesi

ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞANLARIN PSİKOLOJİK SÖZLEŞME ALGISI PERCEPTION OF PSYCHOLOGICAL CONTRACT ON PRIVATE HOSPITAL EMPLOYEES

Dr. Pelin YILIK

Kudret International Hospital, pelinyilik@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-4210-3898

Dr. Ömer Faruk AVER

Milli Eğitim Bakanlığı, farukaver@hotmail.com, orcid.org/0000-0003-3135-5130

Semanur BOZKURT TÜRKCAN

Bahçeşehir Üniversitesi, semanurbozkurt86@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-8901-9079

Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, zekai.ozturk@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0003-2569-7249
Makale Gönderim-Kabul Tarihi (10.11. 2021-15.12.2021)

Öz

Günümüzde işletmeler ve işletme personeli arasındaki ilişkileri kavrayabilmenin en önemli yollarından birisi psikolojik sözleşmedir. Literatürde birçok tanımı bulunan psikolojik sözleşme kavramı ilk kez 1960 yılında Agryris'in "Örgütsel Davranışı Anlamak" isimli kitabında yer almıştır. Psikolojik sözleşmeyi İşletme ve iş gören arasındaki ilişkiye dair algılanan karşılıklı sözler ve yükümlülükler şeklinde tanımlayabiliriz. Bu çalışmanın amacı işletmelerde işveren ve çalışan arasında var olan psikolojik sözleşmenin, çalışan ve işletme açısından önemi, etkileri ve sonuçlarını araştırmaktır. Çalışmanın uygulama bölümünde özel bir hastanede çalışan doktorlar, hemşireler ve diğer personelin hastane yönetimi ile ilgili psikolojik sözleşme algısı üzerine bir anket çalışması yapılmıştır. Ankete doktor, hemşire ve diğer personelden oluşan toplam 305 kişi katılmıştır. Anket verileri SPSS istatistik programı kullanılarak test edilmiştir. Çalışmada konuyla ilgili kavramsal çerçeve oluşturulurken literatür taraması yapılmış, uygulama kısmında ise özel bir hastanede çalışan personele psikolojik sözleşme algısı ile ilgili anket çalışması uygulanmıştır. Çalışanların gruplandıkları unvanlarına göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamsız bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Özel Hastane, Psikolojik Sözleşme.

Abstract

One of the most important ways to understand the relationship between businessmen and business people is the psychological contract. The concept of psychological contract, which has many definitions in the literature, first appeared in Agryris' book "Understanding Organizational Behavior" in 1960. Psychological contract; We can define it as perceived mutual promises and obligations about the relationship between employer and employee. The purpose of this study is to investigate the effects and consequences of the psychological contract between the employer and the employee. In this study, a survey was conducted on the psychological contract perception of the hospital management of doctors, nurses and other personnel working in a private hospital. A total of 305 people including doctors, nurses and other personnel including participated in the questionnaire. Survey data were tested using SPSS statistical program. While the conceptual framework related to the subject was established in the study, the literature survey was conducted and in the application part, the questionnaire study related to the psychological contract perception was applied to the personnel working in a private hospital. A significant difference was found between the views of the employees on the perception of psychological contract according to the titles they were grouped into. It has been revealed that there is a meaningless relationship between the psychological contract perception of the employees and their burnout levels.

Keywords: Hospital, Private Hospital, Psychological Contract

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık sektörünün büyümesiyle birlikte özel hastanelerin sayısında da büyük artışlar görülmüştür. Özellikle özel hastaneler arasında yaşanan rekabet dolayısıyla her özel hastane, hastalarına en iyi hizmeti sunabilmek adına personel seçiminde oldukça titiz davrandıklarını söyleyebiliriz. İşe alım sürecinde yapılan iş sözleşmesinin yanı sıra, işe alınacak personele işletme tarafından kurum kültürü ve kuralları ile ilgili bilgileri verildiğinde bir tür psikolojik sözleşmenin de yapıldığını söylenebiliriz.

Psikolojik sözleşme genel olarak, işçi ve işveren arasında resmi olmayan ve karşılıklı sorumluluklar ve beklentiler şeklinde tanımlanabilir. 1989 yılından itibaren Denise M. Rosseau psikolojik sözleşme ile ilgili yaptığı çalışmalar ile bu kavramın modern çağın işçi ve işveren ilişkilerine göre revize ederek yeni bir psikolojik sözleşme modeli ortaya koyarak psikolojik sözleşme kavramının daha açık ve anlaşılır hale gelmesinde büyük katkısı olmuştur. 1989 yılından itibaren psikolojik sözleşme ile ilgili araştırma yapan akademisyenler ve araştırmacılar çalışmalarında çalışmasında Rosseau'nun psikolojik sözleşme modeline yer vermektedirler (Aydın, 2016, s.34). Bu çalışmada hastane, özel hastaneler ve psikolojik sözleşme kavramları ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Uygulama kısmında ise özel bir hastanede çalışan personele "Psikolojik Sözleşme Algısı" ile ilgili anket uygulaması yapılmıştır.

Özel Hastane Kavramı

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın "Özel Hastaneler Yönetmeliği"nin 5. Maddesinde özel hastaneler tanımı şu şekilde yapılmıştır; "Özel hastaneler, faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleridir". Bu yönetmelikte asgari düzeyde olması gerekenler şu şekildedir; hastane binası, hizmet ve çalışan standartlarına uymak koşuluyla, 7/24 ve kesintisiz ve düzenli bir şekilde, bir ya da daha fazla uzmanlık alanlarında ayakta ve yatarak tedavi ve teşhis hizmeti verirler. Özel hastaneler en az yüz hasta yatağı bulundurmaktır (Öksüz, 2013, s.9).

Sağlık Bakanlığınca A, B, C ve D şeklinde gruplara ayrılan özel hastanelerin kaliteli bir hizmet vermelerine ve yatak kapasitelerine göre puanlandırmaya tabi tutulmaktadır. Girişimciliğin çoğalmasıyla birlikte özel hastane sayılarında da artış yaşanmış ve bu nedenle rekabet artmıştır. Bu rekabet içerisinde özel hastanelerin hizmet kalitesinde de artış yaşanmıştır (Zengin, 2015, s.36). Özel hastanelerin sahip olduğu yatak kapasitelerine, hizmet verdikleri uzmanlık alanlarına ve sahip oldukları teknik donanım ve teçhizatlara göre özel dal ve genel hastaneler şeklinde ayrılmaktadır (Zengin, 2015, s.36). 1967’de tüm hastanelerin toplam yatak sayısı 59 173, 2016 yılında ise bu sayı 217.771’e ulaşmıştır. 50 yıllık süre içerisinde Türkiye’deki toplam yatak sayısında yüzde dört yüz civarında bir artış yaşanmıştır. Özel hastanelerin 1967’de toplam yatak sayısı 3 652 iken; 2016 yılında ise 59 173’e ulaşmıştır (TÜİK, 2017).

Psikolojik Sözleşme Kavramı

Psikolojik sözleşme, çalışanları işletme yönetiminin egemenliği altına girmeye hazırlayan, çalışan sezgisine dayalı olan bir sözleşme türüdür (Demirkasımoğlu, 2012, s.21-22). İşgören ve işletme arasında var olan psikolojik sözleşmede, her iki tarafın ihtiyaçları belirli ölçülerde tatmin edilmesini gerekmektedir. Bir işletmede işe başlayan işgören, işi kabul ettiği andan itibaren yöneticilerinin talimatlarına uygun bir davranmayı kabul etmiştir. Bunun karşılığında ise işgören maaş ve sigorta gibi şeyler isterler (Demirkasımoğlu, 2012, s.23).

Psikolojik sözleşme kavramı ilk kez 1960’ta Agryris’in bir fabrikanın işçileri ve ustabaşları arasında yazılı olmayan fakat işçinin performansına yansıyan birtakım kuralların olduğunu fark etmesiyle başlamıştır. Agryris, ustabaşları ve işçiler arasında resmi olmayan, işçilerin kültürel normlarına saygı gösterip iş güvencesi vermesi koşuluyla; işçilerin de üretimde verimi sağlamaları beklentisine dayanmaktadır (Gemalmaz, 2014, s.16).

Harry Levinson ve arkadaşlarına göre psikolojik sözleşme; “Örgüt ile işgören arasındaki karşılıklı beklentilerin toplamından oluşan, yazılı olmayan ve bireylerin sözsüz kabulüne dayanan karşılıklı, üstü kapalı beklentiler” şeklinde tanımlanmaktadır. Levinson ve arkadaşlarına göre psikolojik sözleşmenin genel özellikleri şu şekildedir; yükümlülükler sözlü olarak değil, geçmiş deneyim ve ilişkilere dayalı gelişmektedir. İşçi ve işveren birbirlerine karşılıklı olarak bağımlıdır ve psikolojik sözleşmeler genel olarak duygusal konuları içermektedir (Gemalmaz, 2014, s.16).

Schein 1965’te yayınladığı “Örgütsel Psikoloji” kitabında, işletmelerde anlama ve yönetimin davranış şeklinin psikolojik sözleşmede önemine vurgu yapmıştır. Schein özellikle işçi ve işveren beklentilerin karşılıklı uyumun sağlanması üzerinde durmuştur. 1973 yılında Kotter ise psikolojik sözleşmenin uyum ve uyumsuzluğu ya da eşleşen ve eşleşmeyen beklentileri üzerinde durmuştur. Bir diğer deyişle, işletme ve çalışan beklentileri arasındaki tutarlılık ne derece yüksek ise, işçilerin verimlilik ve iş tatmini gibi konularda olumlu tavırları da o derece yüksek olmaktadır (Aydn, 2016).

Literatürde psikolojik sözleşme kavramının tanımından ziyade psikolojik sözleşmenin çalışan üzerinde iş tatmini ve örgütsel bağlılık gibi konularda ortaya çıkan sonuçları üzerinde ne tür etkileri olduğu araştırılmıştır (Islam, Khan, Khawaja and Ahmad, 2017; Rodwell, Ellershaw and Flower, 2015).

Ayrıca psikolojik sözleşme gönüllülük ilkesine dayalı olduğu ve resmi bir anlaşma olmadığı için, ortaya çıktığı zaman tüm detaylarını ortaya koymanın imkanı bulunmamaktadır. Ancak yine de psikolojik sözleşmenin genel özelliklerden kısaca söz edebiliriz. Bunlar (Dikili ve Bayraktaroglu, 2013, s.207);

- i) Psikolojik sözleşmeler, yazılı olmayan, algılara dayalı olan sözleşmelerdir.
- ii) Psikolojik sözleşmede taraflar yani yönetim-işçi arasında var olan karşılıklı yükümlülüğe dayalı bir ilişki söz konusudur.
- iii) Psikolojik sözleşmeler statik değil; zamana ve şahıslara göre değişkenlik göstermektedir. Psikolojik sözleşmenin yazılı bir anlaşmaya ya da konuşulmaması birkaç nedene bağlıdır. Bunun sebeplerini aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Demirkasımoğlu, 2012, s.24):
 - i) Tarafların karşılıklı beklentiler konusunda açık olmamaları ve beklentilerin ne şekilde yerine getirileceğinin bilinmemesi,
 - ii) İşletme ve işgörenlerin birbirlerinin beklentilerini bilememesi,
 - iii) Birtakım beklentilerin tamamen doğal ve temel beklentiler şeklinde görülmeleri,
 - iv) Kültürel kurallar beklentilerin konuşulmasına engel teşkil edilebilir.

1989 yılından itibaren Denise M. Rosseau psikolojik sözleşme ile ilgili yaptığı çalışmalar ile bu kavramın modern çağın işçi ve işveren ilişkilerine göre revize ederek yeni bir psikolojik sözleşme modeli ortaya koyarak psikolojik sözleşme kavramının daha açık ve anlaşılır hale gelmesinde büyük katkısı olmuştur. (Aydın, 2016, s.34);

Günümüzde psikolojik sözleşme kavramı, işletmelerin "personel ne ister?" sorusunu kendine sormasında ve verdiği cevapta yatmaktadır. İşveren çalışanlarından yüksek performans görmek, çalışanlarının örgütsel bağlılıklarını artırmak, sadakat, maksimum çaba, minimum düzeyde devamsızlık ve yüksek verimlilik almak isterler. Bu nedenle bu isteklere karşı işletmeler personelin ne isteyebileceği sorusunun cevap aramak zorundadır (Topçu, 2015, s.18). 1989 yılından itibaren Denise M. Rosseau psikolojik sözleşme ile ilgili yaptığı çalışmalar ile bu kavramın modern çağın işçi ve işveren ilişkilerine göre revize ederek yeni bir psikolojik sözleşme modeli ortaya koyarak psikolojik sözleşme kavramının daha açık ve anlaşılır hale gelmesinde büyük katkısı olmuştur (Aydın, 2016, s.34).

Eski yaklaşım daha çok güvenceye dayalı ve temkinli olmak ile ilgiliyken; yeni yaklaşımda ise daha özgürlükçü, bireysel ve sonuç odaklı olduğu görülmektedir. Psikolojik sözleşmeler; işlemsel sözleşme ve ilişkişel sözleşme şeklinde iki ana türü bulunmaktadır. İşlemsel sözleşmeler genelde ekonomik mübadeleye; ilişkişel sözleşmeler ise ekonomik mübadeleden ziyade sosyal ve duygusal öğelerin takasıyla ilgilidir (Aydın, 2016, s.44; Büyükyılmaz ve Çakmak, 2015, s.52).

Psikolojik Sözleşmenin Oluşum Süreci

Rousseau (2001) psikolojik sözleşmenin oluşum sürecini, kişinin yaşantısının erken döneminde ortaya çıkan karşılıklılık ve çok çalışma değerlerini ele almıştır. Psikolojik sözleşmenin temelini kişinin işe alım süreci öncesinde sahip olduğu profesyonel kurallar ve sosyal inançları oluşturmaktadır. Profesyonel kurallarla kişinin önceki çalışma hayatında elde etmiş olduğu deneyimlere bağlı olarak karşı tarafa ne verilmesi gerektiğini ve bunun karşılığında ise karşıdan neyin alınması gerektiği ile ilgili zihnin sahip olduğu inançları içermektedir.

Kişinin bu oluşum sürecinde önemli olan bir diğer unsur ise kişinin takas ilişkisiyle ilgili sosyal inançlarıdır. Bu inançları şu şekilde sıralanabilir; aile, okul, yaşlılar, çalışanlarla yaşanan etkileşimler ve daha önceki tecrübeler sonucunda meydana gelmekte ve bireyin istihdam ilişkisiyle ilgili görüşlerini ifade etmektedir. Psikolojik sözleşme oluşum sürecinden sonra işe alım süreci aşamasıdır. İşveren ve işe alınacak işgören takas ilişkisi içerisinde birbirlerine neler verebileceklerini belirtmektedirler. Rousseau'ya göre bu aşama psikolojik sözleşme oluşum sürecinin kilit noktasıdır (Aydın, 2016, s.49).

Psikolojik Sözleşmenin Örgütler Açısından Önemi

İş sözleşmelerinde yer alan koşulların işçi ve işveren arasında tam olarak anlaşılması, iki taraf için de iyi bir performansla sonuçlanabilmektedir. İş sözleşmesindeki anlaşma maddeleriyle birlikte işgörenin zihninde oluşan psikolojik sözleşmeyi de içermektedir. Yazılı iş sözleşmelerinde içerik her ne kadar kapsamlı olsa da, bireylerin zihnindeki sorumluluklarının tümüne yazılı sözleşmede yer vermenin imkanı yoktur. Bu nedenle psikolojik sözleşme yazılı sözleşmeden doğan bu boşluğu doldurarak işletmeler ve çalışanlar açısından var olan belirsizlikleri azaltmaktadır ya da tamamen belirsizlikleri gidermektedir. Böylece bu yolla belirsizliklerin giderilmesi ve gelecek öngörüsü ile birey iyi bir performans sonucunda istediği sonuçlara ulaşarak daha iyi motive olacaktır (Aydın, 2016, s.65).

Örgütler varlıklarını sürdürebilmek ve ulaşmak istedikleri misyonu gerçekleştirebilmek için işgörenlerinin örgüt amaçlarına uygun bir şekilde davranmalarını sağlamak zorundadır. Bu nedenle de psikolojik sözleşmenin etkin bir şekilde işlemesi gerekmektedir. Psikolojik sözleşmeyle işgörenler işletmelerine karşı sorumluluklarını açık bir şekilde belirleyebildiği ve işletmenin de buna karşılık olarak nasıl davranması gerektiğini bilmektedir. Kritik derecede önemli olan çıktıların elde edilebilmesinde ise karşılıklı olacak şekilde davranışların düzenlenmesi gerekmektedir. Örneğin; işletme, işgörenlerini hak ettikleri tarzda ödüllendirirse, işgörenler de daha istekli çalışarak ve işletmeye zarar verecek tüm eylemlerde uzak durarak karşılık verecektir. İşgörenin gayretleri karşısında işletmenin psikolojik sözleşmeyi etkin bir şekilde işlemesi de her iki tarafa da karşılıklı fayda sağlayacaktır (Ertuğrul, 2015, s.12).

Psikolojik Sözleşmenin İhlali ve Sonuçları

Psikolojik sözleşmelerde bulunan yükümlülüklerde işveren tarafından meydana gelebilecek herhangi bir ihlal, bireyin işletmeye duyduğu güveni zedeleyerek işten ayrılmak istemesine sebep olabilir. Bundan dolayı işletmeler tarafından bu sözleşmelerin ihlaline neden olan sebepler belirlenerek, bu sebepleri ortadan kaldıracı önlemler alınmalıdır. İşgörenler için yararlı bir psikolojik sözleşmenin bulunması ve sürdürülebilir olması amacıyla altı koşul belirlenmiştir. Bunlar; kariyer sisteminin işleyişinin iyi olması, huzurlu ve sakin bir çalışma ortamı, işin özellikleri, performans sisteminde eşitlik olması, iş verimliliğinin devamı için işletmenin işgörene bireysel destek vermesi, özel hayata saygı şeklinde sıralanmaktadır. Bu koşulların yerine getirilmemesi halinde psikolojik sözleşme süreci olumlu işlemez ve bunun sonucunda psikolojik sözleşme ihlali ortaya çıkar (Ertuğrul, 2015, s.20). Literatürde iki çeşit ihlal söz konusudur. Birincisi, psikolojik sözleşmeye uymama, diğeri ise psikolojik sözleşmenin ihlali algısı şeklindedir (Demirkasımoğlu, 2012, s.57).

Psikolojik Sözleşme Üzerine Yapılan Çalışmalar

Literatürde psikolojik sözleşme algısı üzerine sağlık, eğitim ve hizmet sektörlerinde çok sayıda araştırma ve tez mevcuttur. Mimaroğlu Özgen ve Özgen (2010)'in, araştırma sonuçlarına göre elde edilen veriler şu şekildedir; İşlemsel psikolojik sözleşmeyle iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, ancak işten ayrılma niyeti ile düşük seviye ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. İlişkisel psikolojik sözleşmeyle iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki orta düzeyde ve pozitif iken; işten ayrılma niyeti arasında ise düşük seviyeli ve negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Karcıoğlu ve Türker (2010)'in, araştırma bulgularında psikolojik sözleşme ve örgütsel bağlılık algı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek seviyede bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmada Psikolojik sözleşme uyum algı düzeyleriyle örgütsel bağlılık algı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuç olarak pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Gemalmaz (2014), araştırması

sonucunda motivasyonel dilin psikolojik sözleşme ile lider üye etkileşimiyle pozitif yönde bir ilişkisi olduğu ve lider üye etkileşiminin de psikolojik sözleşme algısı arasında pozitif yönlü bir ilişki kurduğu görülmüştür. Topçu (2015), araştırmasında örgütsel tutum ve davranışlarda kişiliğin belirleyici bir rolünün bulunduğu ve psikolojik sözleşmenin aracılık rolü olduğu görülmüştür (Topçu, 2015). Ertuğrul (2015)'un, araştırmasında psikolojik sözleşme ihlali olduğu durumlarda banka çalışanlarının örgütsel bağlılığını önemli ölçüde negatif yönde etkilediği görülmektedir. Banka tarafından çalışanlara karşı psikolojik sözleşme ihlali yapıldığı durumlarda, çalışanların bankaya olan bağlılığı azalmaktadır. Aydın (2016)'ın çalışmasında; otel personelinin psikolojik sözleşmede yer alan beklenti ve yükümlülüklerinin işletme tarafından karşılanmadığı, bununla beraber, psikolojik sözleşme algısının çalışanların işe karşı tutumların önemli etkilerinin olduğunu göstermiştir. İşten ayrılma niyeti konusunda ise otel yönetimi personelinin psikolojik sözleşmesinde yer alan beklentilerini ve yükümlülüklerini yerine getirmediği durumlarda personelin işten ayrılma niyetlerinin olabileceğini belirtmişlerdir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Ankara ilinde faaliyette bulunan bir özel hastanede çalışan sağlık personelinin psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeylerini belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda, çalışanların psikolojik sözleşme algısı ortaya konacak ve bu algılamının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve unvan değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığı tespit edilecektir. Bunun yanında çalışmada çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyi arasında herhangi bir ilişki olup olmadığı ortaya konacaktır. Bu bağlamda, çalışmada Ankara ilindeki özel hastanede çalışan 305 kişinin psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri belirlenecektir. Araştırmada aşağıdaki hipotezler sistematikçe dökülmüş ve doğruluğu araştırılmıştır:

Ana Hipotez: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₁: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyine yönelik elde edilen veriler normal dağılıma uygun değildir.

H₂: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₅: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile unvanları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₆: Çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₇: Çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Araştırmanın Modeli

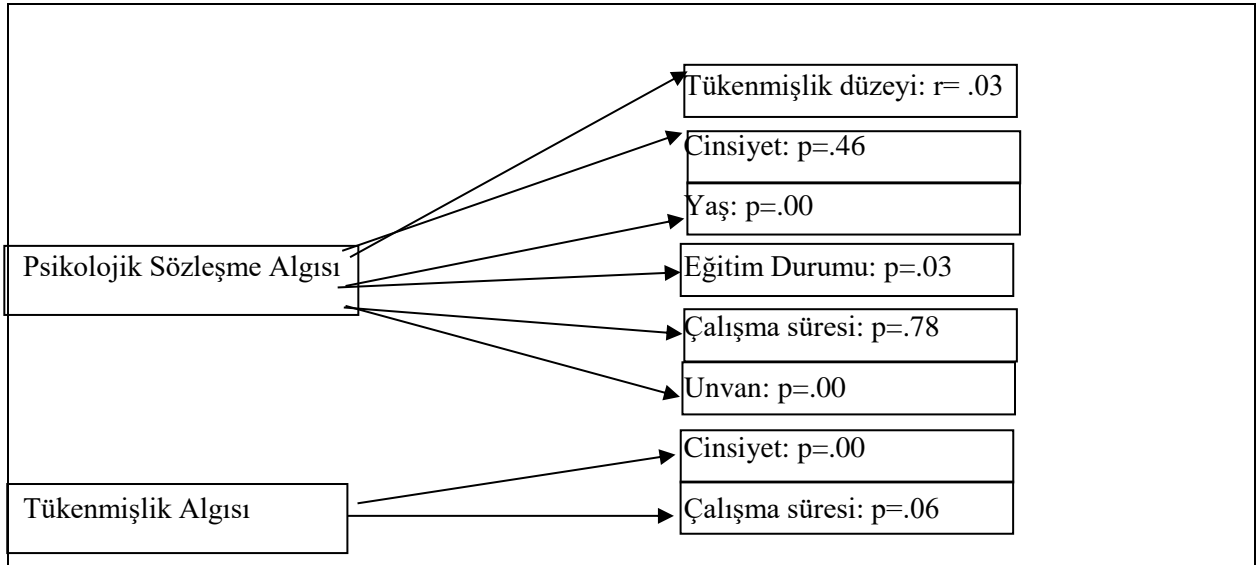
Bu çalışmada betimsel ve ilişkisel bir tarama modeli kullanılmıştır. Bilindiği üzere ilişkisel tarama modellerinde çalışmaya konu olan değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkisi ortaya konur. Bu çalışmada çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konması, bu çalışmayı ilişkisel modele yöneltmiştir. Araştırmada çalışanların cinsiyet, yaş, çalışma süresi, eğitim durumu ve unvan özelliklerinin psikolojik sözleşme algısını hangi yönde etkilediği ortaya konmuştur. Bu yönüyle de araştırma betimsel bir tarama modelidir. Psikolojik Sözleşme Algısı ve Tükenmişlik Düzeyi değişkenleri şu şekilde açıklanabilir:

Psikolojik Sözleşme Algısı: Psikolojik sözleşmeler, yazılı olmayan, algılara dayalı olan sözleşmelerdir. Psikolojik sözleşmede taraflar yani yönetim-işçi arasında var olan karşılıklı yükümlülüğe dayalı bir ilişki bulunmaktadır. Statik olmayan psikolojik sözleşmeler zamana ve kişilere göre farklılıklar göstermektedir (Demirkasımoğlu, 2012, s.24)

Tükenmişlik Düzeyi: Profesyonel çalışanların işleri gereğince karşılaştıkları kişilere karşı yaşadıkları duyarsızlaşma, duygusal olarak tükenmişlik hissi taşıdıklarını ve kişisel olarak başarı ve yeterlilik duygularında azalması meydana gelir. Çalışma ortamı, özellikle çevre koşulları gibi kurumla ilgili bazı kişisel özellikler ile ilişkili olarak gelişme gösterir. Tükenmişlik duygusu seviyesi, bu tür sorunların yaşandığı ortamlarda her profesyonelde farklı derecede görülme olasılığı bulunmaktadır (Ulusoy, Biçer ve Karabulut, 2014, s.253).

Bu araştırmada katılımcıların psikolojik sözleşme algısının önemi ortaya konularak bu algının katılımcıların tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkisi ortaya konmuştur. Sonrasında ise, psikolojik sözleşme algısının katılımcıların “cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve unvan” özelliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği ortaya konmuştur.

Şekil 1. Psikolojik Sözleşme ve Tükenmişlik Düzeyi Algı Modeli

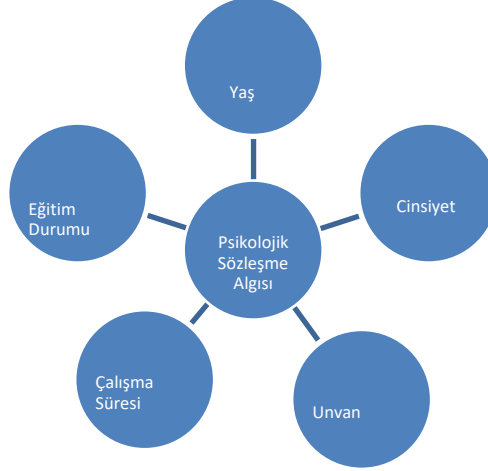


Verilerin Toplanması

Çalışmada, verilerin elde edilmesi noktasında anket yöntemine başvurulmuştur. Anketlerin uygulanmasında ise, yüz yüze anket tekniğinden yararlanılmıştır. Hazırlanan anket formunun birinci bölümünde yer alan demografik bilgiler ile psikolojik sözleşme ve tükenmişlik düzeyi ölçeklerinden faydalanılmıştır. Uygulama sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 24 paket programından yararlanılmıştır. Toplam 36 sorudan oluşan anket formunda üç bölüm yer almaktadır.

Birinci bölümde yer alan kişisel bilgi formunda ankete katılanların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve unvanları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Toplam 5 sorudan oluşan bu kısmın kullanım amacı, ölçek içerisinde yer alan psikolojik sözleşme algısına göre farklılık oluşturup oluşturmadığının incelenmesidir.

Şekil 2. Psikolojik Sözleşme Algısı



Şekil 2.' den de anlaşılacağı üzere, psikolojik sözleşme algısı üzerinde etkili olan bağımsız değişkenler “cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve unvan” değişkenlerinden oluşmaktadır.

İkinci bölümde yer alan Psikolojik Sözleşme Algısı ölçeği 17 sorudan oluşmaktadır. Toplam 14 sorudan oluşan üçüncü bölümde yer alan Tükenmişlik Düzeyi ölçeği yer almaktadır. Ölçekte ifadeler, kesinlikle katılmıyorumdan kesinlikle katılıyorumda doğru 5’li likert kullanılmıştır. Verilerin 2020 yılı öncesine ait olması nedeniyle etik kurul onayına gereksinim duyulmamıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde hizmet veren özel bir hastanede çalışanlar oluşturmaktadır. Söz konusu hastanede çalışan kişi sayısı 389’dur. Örneklemi ise, çalışanlar arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Toplam 305 kişiye anket uygulanmıştır (Yamane, 2001).

Verilerin Analizi

Ölçek ifadelerinin güvenilirliklerinin test edilmesinde Cronbach’s Alpha tekniğine başvurulmuştur (Şencan, 2015: 15). Ölçek ifadelerinin .81’lik düzeyde bir güvenilirliğe; tükenmişlik düzeyi ölçek ifadelerinin ise .88’lik düzeyde bir güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür. Güvenilirlik katsayıları .50’den büyük olduğundan ötürü anketlerin güvenilir olduğu söylenebilir.

Normallik testinde Skewness ve Kurtosis değerlerinin -2 ila +2 aralığında olması beklenmektedir. Bu koşulun yerine geldiği durumlarda verilerin normal dağılıma sahip olduğu varsayılır. Verilerin normal dağılıma uygun olduğu durumda ise, teste ilişkin aşağıdaki hipotezler oluşturulmaktadır.

H₀: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyine yönelik elde edilen veriler normal dağılıma uygundur.

H₁: Hastaların hekim algısının ortaya konmasına yönelik elde edilen veriler normal dağılıma uygun değildir.

Bu hipotezler doğrultusunda yapılan normallik testine ilişkin elde edilen çözümler Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Normallik Testi Sonuçları

	İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Medyan	2.47		4.00	
Varyans	.082		.104	
Standart Sapma	.286		.323	
Minimum	2		3	
Maksimum	3		5	
Aralık	2		2	
Çeyrekler Arası Fark	0		0	
Skewness	.144	.140	-.035	.140
Kurtosis	.422	.278	.076	.278

Skewness ve kurtosis değerlerinden de anlaşılacağı üzere, anket uygulaması sonucunda elde edilen verilere yer verilmiştir.

BULGULAR

Araştırma katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine ilişkin elde edilen verilerin çözümlemeler Frequencies yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup Tablo 4’ de tablolaştırılarak sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Katılımcı Sayısı	Yüzde
Kadın	180	59.0
Erkek	125	41.0
Yaş	Katılımcı Sayısı	Yüzde
20-24 yaş	38	12.5
25-29 yaş	59	19.3
30-34 yaş	60	19.7
35-39 yaş	55	18.0
40-44 yaş	60	19.7
45-49 yaş	25	8.2
50 ve üzeri yaş	8	2.6
Öğrenim Düzeyi	Katılımcı Sayısı	Yüzde
Ortaokul Mezunu	5	1.6
Lise Mezunu	50	16.4
Lisans Mezunu	175	57.4
Yüksek Lisans Mezunu	69	22.6
Doktora Mezunu	6	2.0
Çalışma Süresi	Katılımcı Sayısı	Yüzde
1 yıldan az	153	50.2
1-5 yıl	152	49.8
Unvan	Katılımcı Sayısı	Yüzde
Doktor	80	26.2
Hemşireler	106	34.8
Diğer Çalışanlar	119	39.0
Toplam	305	100.0

Araştırmaya katılanların %59’u kadın, %41’i ise erkektir. Katılımcıların %12.5’i 20-24 yaş; %19.3’ü 25-29 yaş; %19.7’si 30-34 yaş; %18’i 35-39 yaş %19.7’si 40-44 yaş; %8.2’si 45-49 yaş ve %2.6’sı 50

ve üzeri yaş aralığındadır. Katılımcıların %1.6'sı ortaokul, %16.4'ü lise, %57.4'ü lisans, %22.6'sı yüksek lisans ve %2'si doktora mezunudur. Katılımcıların daha çok lisans mezunu olduğu anlaşılmıştır. Katılımcıların %50.2'si 1 yıldan az ve % 49.8'i ise 1-5 yıl arası süredir çalıştığı görülmüştür. Katılımcıların %26.2'si doktor; %34.8'i hemşire ve %39'u ise diğer çalışanlardan olduğu ortaya çıkmıştır

Tablo 5. Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Elde Edilen Betimsel İstatistikler

İşimi sadece para için yapıyorum	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	67	22.0	3.11	1.554
Katılıyorum	62	20.3		
Kararsızım	35	11.5		
Katılmıyorum	52	17.0		
Kesinlikle Katılmıyorum	89	29.2		
Kesin olarak belirlenmiş çalışma saatlerinde çalışmayı tercih ederim.	K.Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	94	30.8	2.10	1.023
Katılıyorum	127	41.6		
Kararsızım	58	19.0		
Katılmıyorum	13	4.3		
Kesinlikle Katılmıyorum	13	4.3		
Bu kurumdaki kıdemimle ve hedefleri başarmak için gösterdiğim çabayla terfi etmeyi umuyorum.	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	130	42.6	1.58	0.501
Katılıyorum	174	57.0		
Kararsızım	1	.3		
İşe çok fazla odaklanmamak önemlidir.	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	72	23.6	2.10	0.873
Katılıyorum	151	49.5		
Kararsızım	70	23.0		
Katılmıyorum	3	1.0		
Kesinlikle Katılmıyorum	9	3.0		
Şu an çalıştığım kurumda ilerlemeyi düşünüyorum.	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	95	31.1	2.13	1.066
Katılıyorum	117	38.4		
Kararsızım	67	22.0		
Katılmıyorum	9	3.0		
Kesinlikle Katılmıyorum	17	5.6		
Her fazla mesai için ödeme yapılması beklentim var.	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	144	47.2	1.65	0.769
Katılıyorum	138	45.2		
Kararsızım	16	5.2		
Katılmıyorum	1	.3		
Kesinlikle Katılmıyorum	6	2.0		
İşe sadece işimi yapmak için geliyorum.	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S. Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	5	1.6	4.04	1.052
Katılıyorum	34	11.1		
Kararsızım	30	9.8		
Katılmıyorum	110	36.1		
Kesinlikle Katılmıyorum	126	41.3		

	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S. Sapma
Şu an çalıştığım kurumda kendimi takımın bir parçası gibi hissediyorum.				
Kesinlikle Katılıyorum	77	25.2	2.34	1.131
Katılıyorum	111	36.4		
Kararsızım	70	23.0		
Katılmıyorum	29	9.5		
Kesinlikle Katılmıyorum	18	5.9		
Çalıştığım kuruma olan sadakatim, sözleşmemdeki koşullarla belirlenmiştir.				
Kesinlikle Katılıyorum	90	29.5	1.71	0.474
Katılıyorum	212	69.5		
Kararsızım	3	1.0		
Çalıştığım kurumun çalışanların emeklerinin karşılığını verdiğini düşünüyorum				
Kesinlikle Katılıyorum	77	25.2	2.43	1.187
Katılıyorum	106	34.8		
Kararsızım	52	17.0		
Katılmıyorum	55	18.0		
Kesinlikle Katılmıyorum	15	4.9		
Sadece işimi yapmamı sağlayacak kadarını yapıyorum.				
Katılıyorum	26	8.5	3.97	0.858
Kararsızım	39	12.8		
Katılmıyorum	159	52.1		
Kesinlikle Katılmıyorum	81	26.6		
Bu kurumun gelecekteki faydalarına %100 katkı sağlamak için hazırım (motive durumdayım)				
Kesinlikle Katılıyorum	53	17.4	2.57	1.242
Katılıyorum	132	43.3		
Kararsızım	50	16.4		
Katılmıyorum	33	10.8		
Kesinlikle Katılmıyorum	37	12.1		
Eğer sıkı/çok çalışırsam, terfi etmek için uygun fırsatım var.				
Kesinlikle Katılıyorum	22	7.2	2.99	1.210
Katılıyorum	110	36.1		
Kararsızım	70	23.0		
Katılmıyorum	55	18.0		
Kesinlikle Katılmıyorum	48	15.7		
Bu organizasyondaki kariyer yolum ayrıntılı bir şekilde planlanmaktadır.				
Kesinlikle Katılıyorum	49	16.1	2.84	1.174
Katılıyorum	65	21.3		
Kararsızım	103	33.8		
Katılmıyorum	62	20.3		
Kesinlikle Katılmıyorum	26	8.5		
İşimin sadece kısa vadeli hedeflerini gerçekleştirmek için çalışıyorum.				
Kesinlikle Katılıyorum	110	36.1	2.03	1.076
Katılıyorum	120	39.3		
Kararsızım	46	15.1		

Katılmıyorum	13	4.3		
Kesinlikle Katılmıyorum	16	5.2		
Çalıştığım kurum için sonuna kadar çalışacağım.	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S. Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	66	21.6	2.38	1.100
Katılıyorum	121	39.7		
Kararsızım	70	23.0		
Katılmıyorum	31	10.2		
Kesinlikle Katılmıyorum	17	5.6		
İş ortamımı benimsediğimi düşünüyorum	K. Sayısı	Yüzde	Ortalama	S. Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	101	33,1	2.13	1.138
Katılıyorum	126	41,3		
Kararsızım	33	10,8		
Katılmıyorum	28	9,2		
Kesinlikle Katılmıyorum	17	5,6		
Toplam	305	100,0		

Tablo 5. incelendiğinde katılımcıların psikolojik sözleşme algısına ilişkin görüşlerinin ortaya konması için oluşturulan ölçek ifadelerine katılımcıların tümünün cevap verdiği görülmüştür. Benzer şekilde, Tablo 5’de katılımcıların en yüksek değerli ortalamayı “İşe sadece işimi yapmak için geliyorum.” (*Ort.*=4.04) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yine, psikolojik sözleşme algısına ilişkin görüşler içerisinde en düşük ortalamanın ise, “Bu kurumumdaki kıdemimle ve hedefleri başarmak için gösterdiğim çabayla terfi etmeyi umuyorum.” ifadesine ait olduğu görülmüştür (*Ort.* =1.58).

Tablo 5’de “İşimi sadece para için yapıyorum.” ifadesini katılımcıların % 22’si kesinlikle katılıyorum; %20.3’ü katılıyorum ve %11.5’i kararsızım cevaplarında bulunmuş iken; %17’si katılmıyorum ve %29.2’si kesinlikle katılmıyorum tarzında cevap vermiştir. “Kesin olarak belirlenmiş çalışma saatlerinde çalışmayı tercih ederim.” ifadesine katılımcıların %30.8’inin “kesinlikle katılıyorum” ve %41.6’sının “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “Bu kurumdaki kıdemimle ve hedefleri başarmak için gösterdiğim çabayla terfi etmeyi umuyorum.” ifadesine katılımcıların %42.6’sının “kesinlikle katılıyorum” ve %57’sinin “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “İşe çok fazla odaklanmamak önemlidir.” ifadesine katılımcıların %23.6’sının “kesinlikle katılıyorum” ve % 49.5’inin “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “Şu an çalıştığım kurumda ilerlemeyi düşünüyorum.” ifadesine katılımcıların %31,1’inin “kesinlikle katılıyorum” ve %38.4’ünün “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “Her fazla mesai için ödeme yapılması beklentim var.” ifadesine katılımcıların %47.2’sinin “kesinlikle katılıyorum” ve %45.2’sinin “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “İşe sadece işimi yapmak için geliyorum.” ifadesine katılımcıların %36.1’inin “katılmıyorum” ve %41.3’ünün “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “Şu an çalıştığım kurumda kendimi takımın bir parçası gibi hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %25.2’sinin “kesinlikle katılıyorum” ve %36,4’ünün “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “Çalıştığım kuruma olan sadakatim, sözleşmemdeki koşullarla belirlenmiştir.” ifadesine katılımcıların %29.51’inin “kesinlikle katılıyorum” ve %69.5’inin “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “Çalıştığım kurumun çalışanların emeklerinin karşılığını verdiğini düşünüyorum.” ifadesine katılımcıların %25.2’sinin “kesinlikle katılıyorum” ve %34.8’inin “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. “Sadece işimi yapmamı sağlayacak kadarını yapıyorum.” ifadesine katılımcıların %26.6’sının “kesinlikle katılmıyorum” ve %52.1’inin “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Bu kurumun gelecekteki faydalarına %100 katkı sağlamak için hazırım (motive

durumdayım).” ifadesine katılımcıların %17.4’ünün “kesinlikle katılıyorum” ve %43.3’ünün “katılıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. “Eğer sıkı/çok çalışırsam, terfi etmek için uygun fırsatım var.” ifadesine katılımcıların %7.2’sinin “kesinlikle katılıyorum” ve %36.1’inin “katılıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağladığı görülmüştür. “Bu organizasyondaki kariyer yolum ayrıntılı bir şekilde planlanmaktadır.” ifadesine katılımcıların %16.1’inin “kesinlikle katılıyorum” ve %21.3’ünün “katılıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağladığı görülmüştür. “İşimin sadece kısa vadeli hedeflerini gerçekleştirmek için çalışıyorum.” ifadesine katılımcıların %36.1’inin “kesinlikle katılıyorum” ve %39.3’ünün “katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri ve katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. “Çalıştığım kurum için sonuna kadar çalışacağım.” ifadesine katılımcıların %21.6’sının “kesinlikle katılıyorum” ve %39.7’sinin “katılıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür. “İş ortamımı benimsediğimi düşünüyorum.” ifadesine katılımcıların %33.1’inin “kesinlikle katılıyorum” ve %41.3’ünün “katılıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür.

Tablo 6. Tükenmişlik Düzeyine Yönelik Elde Edilen Betimsel İstatistikler

İşimden soğuduğumu hissediyorum	Katılımcı Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	7	2.3	4.11	0.972
Katılıyorum	6	2.0		
Kararsızım	68	22.3		
Katılmıyorum	88	28.9		
Kesinlikle Katılmıyorum	136	44.6		
İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum	Katılımcı Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	4	1.3	4.04	0.938
Katılıyorum	10	3.3		
Kararsızım	74	24.3		
Katılmıyorum	99	32.5		
Kesinlikle Katılmıyorum	118	38.7		
Kendimi hayattan dışlanmış hissediyorum	Katılımcı Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	1	.3	4.21	0.863
Katılıyorum	1	.3		
Kararsızım	79	25.9		
Katılmıyorum	76	24.9		
Kesinlikle Katılmıyorum	148	48.5		
Kendimi değersiz hissediyorum	Katılımcı Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Katılıyorum	6	2.0	4.30	0.727
Kararsızım	30	9.8		
Katılmıyorum	134	43.9		
Kesinlikle Katılmıyorum	135	44.3		
Kendimi üzgün hissediyorum	Katılımcı Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Kesinlikle Katılıyorum	5	1.6	4.27	0.770
Kararsızım	30	9.8		
Katılmıyorum	142	46.6		
Kesinlikle Katılmıyorum	128	42.0		
Kendimi duygusal olarak bitkin hissediyorum	Katılımcı Sayısı	Yüzde	Ortalama	S.Sapma
Katılıyorum	1	.3	4.07	0.783
Kararsızım	80	26.2		

	Katılmıyorum	120	39.3		
	Kesinlikle Katılmıyorum	104	34.1		
Kendimi duygusal olarak tükenmiş hissediyorum	Katılımcı Sayısı		Yüzde	Ortalama	S.Sapma
	Kararsızım	96	31.5	3.95	0.764
	Katılmıyorum	127	41.6		
	Kesinlikle Katılmıyorum	82	26.9		
Kendimi endişeli(kaygılı) hissediyorum	Katılımcı Sayısı		Yüzde	Ortalama	S.Sapma
	Kararsızım	66	21.6	4.21	0.775
	Katılmıyorum	109	35.7		
	Kesinlikle Katılmıyorum	130	42.6		
	Toplam	305	100.0		
Kendimi "kapana kısılmış" gibi hissediyorum	Katılımcı Sayısı		Yüzde	Ortalama	S.Sapma
	Kesinlikle Katılıyorum	5	1.6	4.38	0.752
	Kararsızım	20	6.6		
	Katılmıyorum	128	42.0		
	Kesinlikle Katılmıyorum	152	49.8		
Geleceğe yönelik olarak umutluyumdur	Katılımcı Sayısı		Yüzde	Ortalama	S.Sapma
	Kesinlikle Katılıyorum	58	19.0	3.11	1.478
	Katılıyorum	77	25.2		
	Kararsızım	9	3.0		
	Katılmıyorum	95	31.1		
	Kesinlikle Katılmıyorum	66	21.6		
Hastalıklara karşı oldukça hassasımdır	Katılımcı Sayısı		Yüzde	Ortalama	S.Sapma
	Kesinlikle Katılıyorum	42	13.8	3.61	1.382
	Katılıyorum	26	8.5		
	Kararsızım	44	14.4		
	Katılmıyorum	91	29.8		
	Kesinlikle Katılmıyorum	102	33.4		
Kendimi fiziksel olarak yorgun hissediyorum	Katılımcı Sayısı		Yüzde	Ortalama	S.Sapma
	Kesinlikle Katılıyorum	20	6.6	3.81	1.137
	Katılıyorum	25	8.2		
	Kararsızım	36	11.8		
	Katılmıyorum	136	44.6		
	Kesinlikle Katılmıyorum	88	28.9		
Kendimi fiziksel olarak güçsüz hissediyorum	Katılımcı Sayısı		Yüzde	Ortalama	S.Sapma
	Kesinlikle Katılıyorum	5	1.6	4.14	0.906
	Katılıyorum	13	4.3		
	Kararsızım	37	12.1		
	Katılmıyorum	128	42.0		
	Kesinlikle Katılmıyorum	122	40.0		
Kendimi fiziksel olarak yıpranmış hissediyorum	Katılımcı Sayısı		Yüzde	Ortalama	S.Sapma
	Kesinlikle Katılıyorum	9	3.0	3.90	0.990
	Katılıyorum	17	5.6		
	Kararsızım	61	20.0		
	Katılmıyorum	127	41.6		
	Kesinlikle Katılmıyorum	91	29.8		
	Toplam	305	100.0		

Tablo 6. incelendiğinde katılımcıların tükenmişlik düzeyine ilişkin görüşlerinin ortaya konması için oluşturulan ölçek ifadelerine katılımcıların tümünün cevap verdiği görülmüştür. Katılımcıların en yüksek değerli ortalamayı “Kendimi “kapana kısılmış” gibi hissediyorum.” (*Ort.*=4.38) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yine, tükenmişlik düzeyine ilişkin görüşler içerisinde en düşük ortalamanın ise, “Geleceğe yönelik olarak umutluyumdur.” ifadesine ait olduğu görülmüştür (*Ort.* =3.11).

“İşimden soğuduğumu hissediyorum” ifadesini katılımcıların 1-5 arası olacak şekilde ve “olumlu değerlendirmeden olumsuz değerlendirmeye” olacak şekilde sıralaması istenmiştir. Buna göre katılımcıların söz konusu ifadeye %44.6’sının “kesinlikle katılmıyorum” ve %28.9’unun “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “İşimin beni kısıtladığını hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %38.7’sinin “kesinlikle katılmıyorum” ve %32.5’inin “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Kendimi hayattan dışlanmış hissediyorum” ifadesine katılımcıların %48.5’inin “kesinlikle katılmıyorum” ve %24.9’unun “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Kendimi değersiz hissediyorum” ifadesine katılımcıların %44.3’ünün “kesinlikle katılmıyorum” ve %43.9’unun “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Kendimi üzgün hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %42’sinin “kesinlikle katılmıyorum” ve %46.6’sının “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Kendimi duygusal olarak bitkin hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %34.1’inin “kesinlikle katılmıyorum” ve %39.3’ünün “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Kendimi duygusal olarak tükenmiş hissediyorum” ifadesine katılımcıların %26.9’unun “kesinlikle katılmıyorum” ve %41.6’sının “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Kendimi endişeli(kaygılı) hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %42.6’sının “kesinlikle katılmıyorum” ve %35.7’sinin “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Kendimi “kapana kısılmış” gibi hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %49.8’inin “kesinlikle katılmıyorum” ve %42’sinin “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Geleceğe yönelik olarak umutluyumdur.” ifadesine katılımcıların % 21.6’sının “kesinlikle katılmıyorum” ve % 31.1’inin “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Hastalıklara karşı oldukça hassasımdır.” ifadesine katılımcıların %33.4’ünün “kesinlikle katılmıyorum” ve %29.8’inin “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı görülmüştür. “Kendimi fiziksel olarak yorgun hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %28.9’unun “kesinlikle katılmıyorum” ve %44.6’sının “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kendilerini fiziksel açıdan yorgun hissetmedikleri söylenebilir. “Kendimi fiziksel olarak güçsüz hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %40’ının “kesinlikle katılmıyorum” ve % 42’sinin “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kendilerini fiziksel açıdan güçsüz hissetmedikleri anlaşılabilir. “Kendimi fiziksel olarak yıpranmış hissediyorum.” ifadesine katılımcıların %29.8’inin “kesinlikle katılmıyorum” ve %41.6’sının “katılmıyorum” şeklinde katılımcıların çoğunun kendilerini fiziksel açıdan oldukça iyi hissettiği ifade edilebilir.

Araştırma Hipotezleri

Araştırmanın bu kısmında, psikolojik sözleşme algısının tespitine yönelik katılımcı görüşleri ile “cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve unvan” değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre aştırmaya katılanların psikolojik sözleşme algısının ortaya konmasında iki seçenekli sorular için Bağımsız Örneklem T-Testi; ikiden fazla seçeneğe sahip

sorularla tek yönlü varyans (Anova) analizi ile çözümlenmiş iken, psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkinin düzeyi ise Korelasyon analizi ile çözümlenmiştir.

Ana Hipotez: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 7. Çalışanların Psikolojik Sözleşme Algısı ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları

		Psikolojik Sözleşme Algısı	Tükenmişlik Düzeyi
Psikolojik Sözleşme Algısı	R	1	.03
	P		.64
Katılımcı Sayısı		305	305
Tükenmişlik Düzeyi	R	.03	1
	P	.64	
Katılımcı Sayısı		305	305

Tablo 7’de görüldüğü üzere Pearson Correlation (r) katsayısı 0,03 değerindedir. Bu değer, çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yine elde edilen sonuçlardan da görüleceği üzere, korelasyon katsayısının anlamlılık (p değeri) düzeyi de 0,64 olduğundan ötürü, korelasyon katsayısının anlamsız olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamsız bir ilişki olduğu ifade edilebilir. Bu durumda önceden oluşturulan ana hipotez reddedilmiştir.

H₁: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 8. Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Cinsiyet	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Psikolojik Sözleşme Algısı	Kadın	180	2.47	.310	5.85	.46
	Erkek	125	2.49	.247		

Tablo 8’te, çalışanların gruplandıkları cinsiyetlerine göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, kadınlarda 2.47, erkeklerde ise 2.49 şeklindedir.

Katılımcıların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(5.852)$, $p=0.46$). Bu nedenle, oluşturulan H₁ hipotezi red edilmiştir.

H₂: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 9. Yaş Değişkenine Göre Katılımcıların Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	P	df
20-24 yaş	38	2.53	.282	5.02	.00	Gruplar arası: 6
25-29 yaş	59	2.55	.292			
30-34 yaş	60	2.51	.287			
35-39 yaş	55	2.45	.243			

40-44 yaş	60	2.33	.276	3	Grup içi:298
45-49 yaş	25	2.49	.222		
50 ve üzeri yaş	8	2.70	.355		
Toplam	305	2.48	.286		

Tablo 9.'da çalışanların gruplandıkları yaşa göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, 20-24 yaş gruplarında 2.53, 25-29 yaş gruplarında 2.55, 30-34 yaş gruplarında 2.51, 35-39 yaş gruplarında 2.45, 40-44 yaş gruplarında 2.33, 45-49 yaş gruplarında 2.49 ve 50 ve üzeri yaş gruplarında 2.70'dir. Yine ankete katılanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F(5.023)$; $p=.00$). Bu nedenle oluşturulan H_2 hipotezi kabul edilmiştir.

Ortaya çıkan bu farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile Post Hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmış olup Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Yaşa Düzeyine Göre Katılımcıların Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Görüşlerinin Scheffe Testi Karşılaştırma Sonuçları

Yaş	Sınıf Değişkenleri	Ortalamalar Farkı	P
40-44 yaş	25-29 yaş	-.225	.004
	30-34 yaş	-.179	.050
	50 ve üzeri yaş	-.371	.048

Yaş değişkenine göre, çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşlerinin Scheffe test sonuçları incelendiğinde, 40-44 yaş aralığında olan çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri ile 25-29; 30-34 ve 50 ve üzeri yaş aralığında olan çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür.

H_3 : Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 11. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	P	df
Ortaokul Mezunu	5	2.26	.423	2.724	.03	Gruplar arası: 6 Grup içi:298
Lise Mezunu	50	2.50	.327			
Lisans Mezunu	175	2.51	.279			
Yüksek Lisans Mezunu	69	2.40	.254			
Doktora Mezunu	6	2.48	.126			
Toplam	305	2.48	.286			

Tablo 11'de çalışanların gruplandıkları eğitim durumuna göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, ortaokul mezunlarında 2.26, Lise Mezunlarında 2.50, Lisans Mezunlarında 2.51, Yüksek Lisans Mezunlarında 2.40, Doktora Mezunlarında ise 2.48'dir. Yine ankete katılanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F(2.724)$; $p=.03$). Bu nedenle oluşturulan H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

Ortaya çıkan bu farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile Post Hoc testlerinden **Tukey HSD** testi kullanılmış olup Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Görüşlerinin Tukey HSD Testi Karşılaştırma Sonuçları

Öğrenim Düzeyi	Sınıf Değişkenleri	Ortalamalar Farkı	P
Lisans Mezunu	Yüksek Lisans Mezunu	.111*	.047

Eğitim durumu değişkenine göre, çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşlerinin **Tukey HSD** test sonuçları incelendiğinde, lisans mezunu çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri ile yüksek lisans mezunu olan çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür.

H₄: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 13. Çalışma Süresi Değişkenine Göre Katılımcıların Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Çalışma Süresi	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Psikolojik Sözleşme Algısı	1 yıldan az	153	2.48	.279	1.240	.78
	1-5 yıl	152	2.47	.293		

Tablo 13’de, çalışanların gruplandıkları çalışma sürelerine göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, 1 yıldan az süreli çalışanlarda 2.48, 1-5 yıl süreli çalışanlarda ise 2.47’dir. Katılımcıların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(1.240)$, $p=0.78$). Bu nedenle, oluşturulan H₄ hipotezi reddedilmiştir.

H₅: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile unvanları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 14. Unvan Değişkenine Göre Katılımcıların Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	P	df
Doktor	80	2.38	.190	15.227	.00	Gruplar arası: 2 Grup içi:302
Hemşireler	106	2.59	.313			
Diğer Çalışanlar	119	2.44	.282			
Toplam	305	2.48	.286			

Tablo 14’de, çalışanların gruplandıkları unvanlarına göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, doktorlarda 2.38, hemşirelerde 2.59 ve diğer çalışanlarda ise 2.44’tür. Yine ankete katılanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda unvan değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F(2.724)$; $p=.03$). Bu nedenle oluşturulan H₅ hipotezi kabul edilmiştir. Ortaya çıkan bu farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile Post Hoc testlerinden **Tukey HSD** testi kullanılmış olup Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Unvana Göre Katılımcıların Psikolojik Sözleşme Algısına Yönelik Görüşlerinin Tukey HSD Testi Karşılaştırma Sonuçları

Unvan	Sınıf Değişkenleri	Ortalamalar Farkı	P
Hemşireler	Doktor	,211*	,000
	Diğer Çalışanlar	,148*	,000

Unvan değişkenine göre, çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşlerinin **Tukey HSD** test sonuçları incelendiğinde, hemşirelerin psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri ile doktor ve diğer çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür.

H₆: Çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 16. Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Tükenmişlik Düzeylerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Cinsiyet	Katılımcı Sayısı	Ortalama	S.Sapma	F	P
Psikolojik Sözleşme Algısı	Kadın	180	3.97	,349	7.647	.00
	Erkek	125	4.07	,273		

Tablo 16'de, çalışanların gruplandıkları cinsiyetlerine göre tükenmişlik düzeylerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, kadınlarda 3.97, erkeklerde ise 4.07 şeklindedir. Katılımcıların tükenmişlik düzeylerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F(7.647), p=.00$). Bu nedenle, oluşturulan H₆ hipotezi kabul edilmiştir.

H₇: Çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 17. Çalışma Süresi Değişkenine Göre Katılımcıların Tükenmişlik Düzeylerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

	Çalışma Süresi	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Psikolojik Sözleşme Algısı	1 yıldan az	153	3.97	,297	.002	.06
	1-5 yıl	152	4.04	,345		

Tablo 17.'te, çalışanların gruplandıkları çalışma sürelerine göre tükenmişlik düzeylerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, 1 yıldan az süreli çalışanlarda 3.97, 1-5 yıl süreli çalışanlarda ise 4.04'dür. Katılımcıların tükenmişlik düzeylerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda çalışma sürelerine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(.002), p=0.06$). Bu nedenle, oluşturulan H₇ hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 18. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Ana Hipotez: Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.	RED
H ₁ : Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.	RED
H ₂ : Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.	KABUL
H ₃ : Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.	KABUL
H ₄ : Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık	RED

vardır.	
H ₅ : Çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile unvanları arasında anlamlı bir farklılık vardır.	KABUL
H ₆ : Çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.	KABUL
H ₇ : Çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.	RED

SONUÇ

Bu araştırma, Ankara ilinde hizmet veren özel bir hastanede çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeylerinin ortaya konmasında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve unvan değişkenleri göz önüne alınmıştır. Bu doğrultuda oluşturulan hipotezlerin 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel açıdan farklılığının olup olmadığı tespit edilmiştir. Bu tespit ikili değişkenler için Bağımsızlık Örneklem T-Testi ile ikiden fazla değişkenler için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi ile gerçekleştirilmiştir. Anova testi sonucu ortaya çıkan gruplar arası farklılaşmanın düzeyi Post Hoc test yöntemlerinden biri olan Tukey HSD ve Scheffe testleri ile çözümlenmiştir. Çalışanların gruplandıkları cinsiyetlerine göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışanların gruplandıkları cinsiyetlerine göre tükenmişlik düzeylerine yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışanların gruplandıkları çalışma süresine göre tükenmişlik düzeylerine yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışanların gruplandıkları yaşa göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile Post Hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır. Buna göre, 40-44 yaş aralığında olan çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri ile 25-29; 30-34 ve 50 ve üzeri yaş aralığında olan çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür. Çalışanların gruplandıkları eğitim durumuna göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile Post Hoc testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Buna göre, lisans mezunu çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri ile yüksek lisans mezunu olan çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür. Çalışanların gruplandıkları çalışma sürelerine göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışanların gruplandıkları unvanlarına göre psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile Post Hoc testlerinden Tukey HSD testi kullanılmıştır. Buna göre, hemşirelerin psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri ile doktor ve diğer çalışanların psikolojik sözleşme algısına yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür. Bu araştırmada çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konmasında korelasyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda; çalışanların psikolojik sözleşme algısı ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamsız bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Çıkar Çatışması: Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Ulusoy, H., Biçer, E. B., & Karabulut, N. (2014, Ocak). *Hastane Yöneticilerinde Tükenmişlik Düzeyi*. Mayıs 25, 2018 tarihinde https://www.researchgate.net/publication/259783513_Hastane_Yoneticilerinde_Tukenmislik_Duzeyi adresinden alındı
- Aydın, R. (2016). Otel İşletmelerinde Psikolojik Sözleşmeler ve İşgörenlerin işe Yönelik Tutumları: Antalya 5 Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı Yayımlanmamış Doktora Tezi .
- Büyükyılmaz , O., & Çakmak, A. F. (2015). Psikolojik Sözleşme İhlal Algısının Devlet ve Vakıf Üniversitelerinde Görev Yapan Akademisyenler Kapsamında Karşılaştırmalı Analizi. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1).
- Demirkasımoğlu, N. (2012). Kamu ve Özel İlköğretim Okulu Sınıf Öğretmenlerinin Psikolojik Sözleşme Algıları ve İş Çevresine Uyum Düzeyleri ile İlişki. Ankara, İ DOKTORA PROGRAMI: T.C. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Politikası Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi ve Teftişi Doktora Programı Yayımlanmamış Doktora Tezi.
- Dikili, A., & Bayraktaroğlu, S. (2013). Psikolojik Sözleşme İle İş Tatmini İlişkinine Yönelik Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 8(2).
- Ertuğrul, A. (2015). Psikolojik Sözleşme İhlali Algısının Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Banka Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Gemalmaz, N. (2014). İlkokul Yöneticilerinin Kullandıkları Motivasyonel Dilin Öğretmenlerin Psikolojik Sözleşme ve Lider Üye Etkileşimine Algıları Üzerindeki Etkisi. T.C. Zirve Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- Islam, T., Khan, M. M., Khawaja, F. N., Ahmad, Z. (2017). Nurses' Reciprocation of Perceived Organizational Support: the Moderating Role of Psychological Contract Breach . *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 10(2), pp. 123-131
- Karcıoğlu, F., & Türker, E. (2010). Psikolojik Sözleşme ile Örgütsel Bağlılık İlişkisi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Uygulama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(2).
- Mimaroğlu Özgen, H., & Özgen, H. (2010). Psikolojik Sözleşme Boyutlarının İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyetine Etkileri: Tıbbi Satış Temsilcileri Üzerine Bir Araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(1).
- Öksüz, S. (2013). Özel Hastanelerin Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Çözüm Önerileri. Çankırı: T.C. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Rodwell, J., Ellershaw, J., Flower, R. (2015). Fulfill Psychological Contract Promises to Manage In-Demand Employees. *Personnel Review*, Vol. 44 (5), 689-701



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Şencan, H. (2015). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik* (Birinci baskı b.). Akara: Seçkin Yayıncılık.
- Topçu, M. K. (2015, Ankara). Çalışanların Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Özdeşleşme ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisinde Psikolojik Sözleşme Algısının Rolü. Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Savunma Yönetimi Anabilim Dalı.
- TÜİK (2017). *Sağlık İstatistikleri*. Türkiye İstatistik Kurumu. Mayıs 23, 2018 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 adresinden alındı
- Yamane, T. (2001). *Temel Örnekleme Yöntemler*. (A. Esin, M. A. Bakır, C. Aydın, & E. Gürbüzsəl, Çev.) İstanbul: Litaratür Yayınları.
- Zengin, H. (2015). Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları. İstanbul: T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim Bilim Dalı Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.



HASTALARIN TÜKETİCİLEŞTİRİLMESİ VE HASTA GÜÇLENDİRME¹ CONSUMERIZATION OF PATIENTS AND PATIENT EMPOWERMENT

Arş. Gör. Sema DALKILIÇ

Yozgat Bozok Üniversitesi, sema.karatas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0620-6195

Doç. Dr. Ramazan KURTOĞLU

Yozgat Bozok Üniversitesi, r.kurtoglu@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0001-7213-0400

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (30.07.2021-25.10.2021)

Öz

Etkili bir tedavi sunulması ve sağlık harcamalarının azaltılması için, hizmetlerden yararlanıcı olarak sağlık sisteminin bir bileşeni olan hastaların, sağlık hizmeti sunumunda katılımcı olmaları gerekmektedir. Bu hasta güçlendirme ile gerçekleştirilebilir. Hasta güçlendirme bireylerin, pasif, bütün yetkiyi hekime bırakan, haklarının farkında olmayan hasta rolünden çıkıp tüketici rolüne girerek, ihtiyaçlarının farkında olan, hizmet sağlayıcısını seçebilen, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile birlikte bilinçli karar verebilen, sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmaları ile gerçekleşebilir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ve memnuniyetin artmasında ve sağlık harcamalarının azaltılmasında hastaların güçlendirilmesi bir yol olarak düşünülebilir. Bu çalışmada; hastaların tüketicileştirilmesi, tüketici olarak görülen hastaların güçlendirilmesi ve bu kavramlar arasındaki ilişki incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Hastaların Tüketicileştirilmesi, Hasta Güçlendirme

Abstract

In order to provide effective treatment and reduce health expenditures, patients, who are a component of the health system as beneficiaries of services, should be participants in the provision of health services. This can be accomplished with patient empowerment. Patient empowerment; It can happen when individuals step out

¹ Bu çalışma Yozgat Bozok Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalında, Doç. Dr. Ramazan KURTOĞLU danışmanlığında, Sema DALKILIÇ tarafından hazırlanmakta olan doktora tezinden üretilmiştir



of the passive role of the patient who leaves all authority to the physician, unaware of their rights, and enter the role of consumer, being aware of their needs, choosing the service provider, making conscious decisions together with the healthcare provider, and having control over their health. Empowering patients can be considered as a way to increase quality and satisfaction in health services and reduce health expenditures. In this study; consumerization of patients, empowerment of patients seen as consumers and the relationship between these concepts were examined.

Keywords: Health Services, Consumerization of Patients, Patient Empowerment

GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunumu sırasında pasif olan hasta rolü, zamanla yerini katılımcı olan ve sorgulayabilen, sağlık hizmeti tüketicisine bırakmıştır. Hastaların tüketici olarak görülmesiyle, hasta hakları, hasta odaklı bakım, hastanın doktorunu seçme hakkı, memnuniyetinin ya da memnuniyetsizliğinin önemli olması gibi hastaların merkezde olduğu bir sistemin oluşumuna olanak sağladığı söylenebilir. Hastanın bütün sorumluluğu sağlık hizmeti sunucusuna bırakmaması ve tedavi sürecine katılması beraberinde kendi sağlığı hakkında sorumlulukları olan, ne zaman sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunun bilincinde, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile iletişim kurabilen güçlü hastaların oluşmasına olanak tanımıştır. Hastaların rol ve sorumluluklarında paradigma değişimi olmuş, sağlıkları ile ilgili sorumluluklarında aktif rol alan hastalar oluşmuştur. Bu rolün etkili olabilmesi ise; tüketici yanlılığı, sağlığın geliştirilmesi ve güçlendirme ile sağlanabilir (Yıldırım, 2015a:15).

Özellikle kronik hastalıkların arttığı bu dönemde, hastalığı yönetebilmek, sağlıklı davranışların farkında olabilmek, sağlık hizmeti ihtiyacını anlayabilmek, gerektiğinde sağlık kurumuna başvuru yapabilmek, sağlık hizmeti sunucusu ile etkili iletişim kurabilmek, maliyet bilinçli seçimler yapabilmek, hasta olan tüketicilerin yaşam kalitesini artırırken aynı zamanda sağlık hizmeti çalışanlarına ve sağlık sistemine de katkılar sağlamaktadır (Yıldırım, 2015a:15; Deber vd. 2005).

Bu çalışmada hastaların tüketicileştirilmesi, tüketici olarak görülen hastaların güçlendirilmesi ve bu kavramlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu amaçla önce sağlık hizmetlerinde tüketici, müşteri ve hasta kavramları açıklanmış, daha sonra sağlık hizmetlerinde tüketicilik ve tüketici yanlılığı hakkında bilgiler verilmiştir. Hasta güçlendirme hakkında ayrıntılı bilgiler verildikten sonra son olarak hastaların tüketicileştirilmesi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişkiden bahsedilmiştir.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİ, MÜŞTERİ ve HASTA KAVRAMLARI

Hasta, müşteri ve tüketici kavramları aynı anlamda olmayan birbirleri ile ilişkili kavramlardır. Bu kavramlar ve kavramların sağlık hizmetlerinde kullanımı aşağıda açıklanmıştır.

Tüketici (Consumer)

Tüketiciler; ihtiyacı, zevki ve tercihi olan, tercih yaparak mal-hizmet satın alabilen, bunları satın alabilecek kaynağı olan ve satın alma sonucu tatmin olan kişilerdir (Şahin vd. 2013:34). Tüketici; mal ve hizmetleri üretim için değil sadece kişisel veya ailesel ihtiyaçlarını karşılamak için kullanır (Yücel, 2014:16). Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin çok çeşitli olduğunu belirten Tengilimoğlu (2020:64), insanların, bir şekilde sağlık hizmeti kullanabileceğini, hastalanma riski taşıdığını ve maliyetinden vergiler yoluyla herkesin sorumlu olduğunu belirtmekte ve herkesi sağlık hizmetleri tüketicisi olarak nitelendirmektedir. Sağlık hizmetleri tüketicisi, sadece belirli

sağlık sorunlarına sahip kişiler değil, sağlığını geliştirmek isteyen, hizmet alanın yakını ve ailesi ve hizmet sunumuna finansal açıdan katkıda bulunan herkeştir.

Sağlık hizmetleri tüketicileri ve diğer hizmet tüketicileri arasında çeşitli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar Tablo 1’de gösterilmiştir (Thomas, 2006:55).

Tablo 1: Sağlık Hizmeti Tüketicileri ve Diğer Hizmet Tüketicileri Arasındaki Farklılıklar

Sağlık Hizmetleri Tüketicileri	Diğer Hizmetlerin Tüketicileri
Nadiren hizmet ihtiyaçlarını belirlerler	Genellikle hizmet ihtiyaçlarını belirlerler
Nadiren nihai karar vericidirler	Genellikle nihai karar vericidirler
Kararları genellikle öznel temellidir	Kararları genellikle nesnel temellidir
Nadiren fiyat bilgileri vardır	Her zaman fiyat bilgileri vardır
Nadiren fiyata göre karar verirler	Genellikle fiyata göre karar verirler
Maliyet çoğunlukla üçüncü bir tarafça karşılanır	Maliyet neredeyse hiçbir zaman üçüncü bir tarafça karşılanmaz
Genellikle isteğe bağlı olmayan satın alma yaparlar	Genellikle isteğe bağlı satın alma yaparlar
Genellikle profesyonel bir sevk gerektirir	Neredeyse hiçbir zaman profesyonel bir sevk gerektirmez
Mevcut seçenekler arasında sınırlı seçim vardır	Mevcut seçenekler arasında seçim sınırı yoktur
Hizmet özellikleri hakkında sınırlı bilgi vardır	Hizmet özellikleri hakkında kapsamlı bilgi vardır
Hizmet kalitesini yargılamak için sınırlı yetenekleri vardır	Genellikle hizmet kalitesini yargılayabilirler
Sonucu değerlendirme konusunda sınırlı yetenekleri vardır	Sonucu değerlendirebilme yetenekleri vardır
Olumsuz sonuç durumunda başvurulacak merci azdır	Olumsuz sonuç durumunda başvurulacak merci fazladır
Pazarlama için nadiren nihai hedeftirler	Pazarlama için her zaman nihai hedeftirler
Standart pazarlama tekniklerine duyarlı değildirler	Standart pazarlama tekniklerine duyarlıdır

Kaynak: Thomas, 2006:55.

Müşteri (Customer)

Müşteri, bedelini ödediği mal veya hizmeti satın alan kişidir (Şahin ve vd. 2013:34). Bir sağlık kurumundan ihtiyacı doğrultusunda hizmet satın alan kişi, sağlık kurumunun müşterisi olmaktadır (Yıldırım, 2015a:4). Bir hasta belirli mal ve hizmetler için müşteri olabilirken, çoğu zaman son kullanıcının (örneğin hasta) müşteri olmaması söz konusudur, satın alma işlemi hasta adına bir başkası yapabilir ve tedavi kararları hasta dışında bir başkası tarafından verilebilir (Thomas,2006:48).

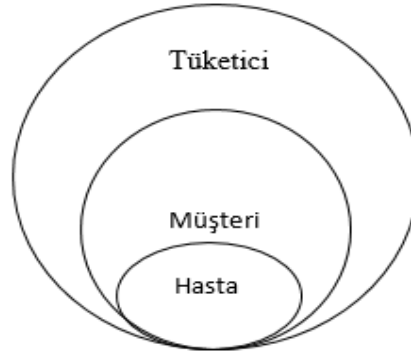
Müşteri kavramı iç müşteri ve dış müşteri olmak üzere ikiye ayrılabilir. İç müşteri işletmenin çalışanları, dış müşteri ise işletmenin ürünlerini satın alan, sağlık kuruluşunun temel çıktılarından doğrudan ya da dolaylı yararlanan kişi ve kurumlar yani gerçek müşterilerdir (Koç, 2016:77, Altuğ ve Özhan 2017:143). Tengilimoğlu (2020) sağlık kurumlarında ise müşterinin; iç, dış ve global müşterilerden oluştuğunu ifade etmektedir. İç müşteri; işletmeyi oluşturan çalışanlar, danışmanlar, ortaklar, dış müşteri; hastalar, hasta yakınları, resmi daireler, sigorta kurumları, yerel örgütler, eczaneler, tıbbi malzeme ve ilaç şirketleri gibi hizmetten yararlananlar, global müşteri ise; sağlık kurumunda sunulan hizmetlerden dolayı etkilenen kişi ve kurumlardır

(Tengilimoğlu,2020:65). Sağlık hizmetlerinde üretim sürecinde yer alan bütün bireyler ve kurumlar sağlık kurumları müşterisi olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:490).

Hasta (Patients)

Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak için veya sağlığında sorun olduğu düşüncesi ile bir sağlık hizmeti sağlayıcısına başvuran kişidir (Torun, 2017:5). Sağlık kurumunun ürettiği sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar olup bu hizmetlerden yararlanan veya daha önceden yararlanmış kişiler hastalardır (Şahin vd. 2013:34). Hasta teknik olarak resmi sağlık sistemine kabul edilmiş bir kişidir ve ön koşulu, bireyin bir doktor tarafından "hasta" olarak tanımlanmasıdır (Thomas, 2006:49). Bireylerin kendi kendilerine teşhis koyarak kendilerini hasta ilan etmeleri ya da kendilerince iyileşmek için ilaçlar kullanmaları onların "hasta" olarak tanımlanması için yeterli değildir.

Tüketici, müşteri ve hasta kavramları her ne kadar birbirinin yerine kullanılıyor olsa da aynı anlamda değildir. Aralarındaki ilişki, hastadan tüketiciye doğru genişleyen bir şekilde potansiyel müşterinin kavramsallaştırılmasıdır. Şöyle ki bir hastanedeki hasta müşteridir, tüketici ise mevcut müşterileri ve potansiyel müşterileri de kapsayan daha geniş bir kavramdır (Tengilimoğlu, 2020:67). Şekil 1’de gösterildiği gibi her hasta hem tüketici hem de müşteridir, ancak her tüketici veya müşteri hasta olmayabilir.



Şekil 1: Tüketici, Müşteri ve Hasta İlişkisi

Kaynak: Yıldırım, 2015a:5

Sağlık sektörü çalışanları ve hastalar kendilerini tanımlamada müşteri, tüketici, hizmet sağlayıcı gibi daha çok pazarlama kökenli kelimeler yerine hasta, doktor gibi klasik sağlık kökenli kelimeleri tercih etmektedirler. Deber vd. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık hizmeti alan kişilere kendilerini hasta, tüketici, müşteri gibi kavramlardan hangisi ile tanımladıkları sorulduğunda çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu "hasta" etiketini kabul etmiş, müşteri ve tüketici kavramlarını reddetmiştir (Deber vd. 2005:350). Doktor ve psikologlardan oluşan bir araştırma grubunda ise, sağlık hizmeti alan kişilere nasıl hitap etmeyi tercih ettikleri sorulduğunda doktorlar ve psikologlar müşteri ve tüketici terimlerini reddetmiş ve hastanın adı veya soyadının o kişinin etiketi olması gerektiğini savunmuşlardır (Naseem vd. 2001:240). Ayrıca aynı çalışmada psikologlar ve doktorlar kendilerinin hizmet sağlayıcısı veya doktor terimlerinden hangisi ile adlandırılmayı tercih ettikleri sorulduğunda doktor terimini seçmişlerdir (Naseem vd. 2001:240).



SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜKETİCİLİK YAKLAŞIMI ve TÜKETİCİ YANLILIĞI

Sağlık hizmetlerinde tüketiciliğin kökenleri, bireyler ve meslekten olmayan çıkar gruplarının, uzmanların otoritesine ve tıbbi sistemin egemenliğine meydan okumaya başlamasıyla, 1960'ların ve 1970'lerin tüketici ve diğer sosyal hareketleriyle yakından bağlantılıdır (Sulik ve Eich-Krohm, 2008:4) ve 1960'ların toplumsal hareketlerine özellikle de kadın sağlığı hareketine dayanmaktadır (Chambre,2008:13).

Tıbbi otoriteye güvenin azalması, ifade özürlüğü, özellikle kadın sağlığı hareketlerinin artması, eğitim seviyesinin yükselmesi, internetten sağlık bilgisi ve desteğe erişimin artması ve zenginliğin artmasıyla birlikte, tüketimin basit ihtiyaçlar için yapılmadığı aynı zamanda büyük bir sosyal uygulama ve bireylerin yükümlülüğü olduğu bir tüketim toplumu oluşturmuş ve böylece tüketicilikte değişim yaşanmıştır (Chambre,2008:1).

Sağlık hizmetlerinde dönüşüm ile birlikte tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hasta merkezli ve katılımcı bir yaklaşım benimsenmiş ve hastaların ihtiyaçları, değerleri, tercihleri önemli hale gelmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda hastanın istek ve beklentilerini karşılamaya çalışıp hastayı odak noktası olarak görmek, beraberinde hastanın müşteri gibi algılanmasına sebep olmuştur (Gökçe ve Bulduklu, 2015:39).

Sağlık siteminde yapılan reformlar ve belirlenen politikalar ile hastanın istek ve beklentilerinin hizmet sağlayıcısı tarafından dikkate alınması, hastanın güçlendirilmesi, sağlığı ile ilgili verilecek kararlarda katılımının gerçekleştirilmesi sağlanmıştır. Sağlık hizmeti talep eden bireylerin bir tüketici olarak görülmesi aynı zamanda “sağlık hizmetlerinde tüketici yanlılığı”nın eyleme geçmiş hali olarak sayılabilir. Sağlık hizmetlerinde tüketici yanlılığı (consumerism); sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastaların istek ve ihtiyaçlarını daha fazla dikkate almaları için piyasa güçlerinin ve tüketici görüşlerinin yapıcı birer araç olarak kullanılabilmesine dayanmaktadır (Yıldırım,2015a:6). Sağlık hizmetlerinde tüketici yanlılığının sağlanması için sağlık hizmeti kullanıcılarının da tüketici olarak görülmesi ve haklarının hem kendileri tarafından hem de hizmet sağlayıcılar tarafından bilinmesi gerekmektedir. Engel (1978) tüketici yanlılığını; tüketicilerin satıcılarla aralarındaki ilişkide güçlerini ve haklarını artırmayı hedefleyen sosyal bir hareket olarak tanımlamıştır (Yıldırım,2015b:1). Bu ancak, toplumda tüketici bilincinin geliştirilerek, sağlık hizmetleri kullanıcılarının istekleri konusunda birlik olarak hareket edebilecekleri, iletişim sağlayabilecekleri ortamların olmasıyla mümkündür (Rodvin1994, akt. Yıldırım 2015b:1).

Hastaların tüketici olarak görülmesi, hastaların hizmette kalite aramalarına ve hizmeti değerlendirmelerine aynı zamanda bu sürece katılımlarına olanak sağlamış, böylece müşteri memnuniyeti önem kazanarak müşteri, pazarlama faaliyetlerinin odak noktası haline gelmiştir (Gökmen, 2014:34). Hastaneler kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak kabul edilseler de hastanelerde de tüketim sürecine dikkat edilir ve klasik pazarlama prensipleri tamamen uygulanmasa bile “tüketici davranışları” kuramları hastanelerde tamamıyla işlemektedir (Tari ve Yavuzer, 2007:146). Tüketici terminolojisinin gerekçesini ve sağlık alanındaki tüketicilik epistemolojisinin açıklamasını takiben, “hasta” bir “tüketici” olarak kavranmaya ve tüketici hastalara, sağlığı ve iyiliği teşvik eden etkili bakım müdahaleleri için pazarlama stratejileri ve araçları uygulanmaya çalışılmıştır (Ayed ve Aoud,2017:42).

Tüketicinin sağlık bakım sürecini, kendi sağlığını koruma konusunda aktif bir katılımcı olma derecesini ve sağlık hizmeti tüketicisinin algularını anlamak, halk sağlığı politikasının oluşturulmasında ve uygulanmasında önemli bir adımdır (Gould,1988:98). Bireylerin sağlıklarının önem kazanması ile birlikte birey tek başına bir fert olmaktan çıkar ve içinde yaşadığı toplum için faydalı ve değerli olarak, faydalı ve değerli olabilmesi için de öncelikle sağlıklı olması gereken bir



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

vatandaş olarak görülmeye başlanır. Devletlerin ideolojik yapısı, ulusal çıkarların önemi, uluslararası rekabet gibi faktörlerden dolayı bireylerin beden ve zihin gücüne duyulan ihtiyaç, yöneticilerin halk sağlığı konusuyla daha fazla ilgilenmelerine sebep olmuştur (Açıkgöz, 2021:31).

Sağlık hizmetlerinde tüketicinin rolü, pasif olarak otoriteyi sadece profesyonellere bırakan geleneksel hasta rolünün tam tersidir. Tüketici; doktor tavsiyesini kabul edip etmeme konusunda bağımsız kararlar vermeye istekli ve alternatif bilgi kaynakları aramaktadır (Hibbard vd. 1987:1021).

Pasif olmaktan ziyade kendi sağlık bakımında aktif rol alan “sağlık tüketicisinin” ortaya çıkışı ile birlikte değişen paradigma; asimetrik olan süreci ve hiyerarşik olan doktor hasta ilişkisini önemli bir şekilde değiştirmiştir (Gould,1988:97). Tüketiciler olarak, sağlık hizmetlerini kullanan bireyler, sağlıkları hakkında bilinçli seçimler yapmakta aktif bir rol oynama yetkisine sahip olmuşlardır (Sulik ve Eich-Kroh, 2008:4). Hastadan tüketiciye geçiş, tıbbi kararların ve sonuçlarının sorumluluğunu sağlık sisteminden yardım, rehberlik ve bakım arayanlara yüklemektedir (Sulik ve Eich-Kroh, 2008:8).

Hastaneye başvuran hastayı, sadece beden olarak algılamamanın yerine onu bir tüketici olarak görmek hem hasta hem doktor hem de hastane açısından birçok fayda sağlayacaktır (Tari ve Yavuzer, 2007:147). Sağlık hizmetlerinde hastaların tüketici olarak görülmesiyle; bireylerin, alacağı hizmetler ve hizmet sağlayıcıları hakkında seçim özgürlüğü, sağlık durumu hakkında bilgi alabilme ve bilgiye erişebilme, karar verme süreçlerinde katılım sağlama özgürlüğü ve yeteneği, en iyi kaliteyi arama ve en makul maliyeti sağlama gibi donanımlar kazanması beklenmektedir (Rycroft-Malone vd. 2001:222).

Geleneksel hasta rolünden sağlık hizmeti tüketicisi rolüne geçiş yapamayanların bu ortamda dezavantajlı olacağını vurgulayan Hibbard vd. (1987:1020) bilgili ve sorgulayan bir sağlık hizmeti tüketicisinin daha kaliteli hizmet aldığı belirtilmiştir; tıbbi bakımın ne zaman gerekli olduğunu belirleyemeyen, tanı ve tedavi hakkında alternatif bilgi kaynaklarını takip etmeyen, nasıl iletişime geçeceğini bilmeyen bireylerin, kaliteli sağlık hizmetinden faydalanamayacağı gibi daha fazla maliyetlere katılmak zorunda kalabileceğini vurgulamıştır.

Hastalara verilen hekim seçme hakkı, hatalı tıbbi uygulamaların yaptırımları, hastanın herhangi bir şikâyetini doğrudan iletebildiği telefon hatları hastanın tüketici olarak algılanmasına olanak sağlayan uygulamalardan bazılarıdır (Gökçe ve Bulduklu, 2015:50).

HASTA GÜÇLENDİRME

Hastaları sağlık konusunda daha bilinçli ve doğrudan sorumlu kılmak, sağlık kuruluşu ve bakım sürecinde aktif olarak yer almasını sağlamak ve hastaları sağlık hizmetine dâhil etmek, tüm dünyada klinik sonuçları ve memnuniyeti geliştirmek için kilit bir strateji olarak görülmektedir (Graffigna vd. 2015:1).

Hastanın güçlendirilmesi, hastanın sağlığı ile ilgili karar vermede daha fazla sorumluluk ve daha aktif bir rol alarak katılımının sağlanmasıdır (Schulz ve Nakamoto, 2011:66). Ayrıca, güçlendirme, hastalar ile sağlık sunucuları arasındaki etkileşimin, rollerin ve hastanın daha fazla desteklenmesi ve bakım şartlarına ait kararlara dahil edilmesi olarak tanımlanabilir (Kaya ve Işık, 2018:15). Hasta güçlendirme sadece hastaları kapsayan bir kavram değildir. Hasta güçlendirme hastalığın önlenmesi veya bireylerin sağlık sistemi karşısındaki konumlarını da içerisinde barındırır (Schulz ve Nakamoto, 2013:6).

Toplumun sağlığını geliştirmek ve güçlendirmek için önemli olan hasta güçlendirme, insanların sağlıklarını etkileyen kararlar ve eylemler üzerinde daha fazla kontrol sahibi oldukları bir



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

süreçtir (WHO/HPR/HEP/98.1). Güçlendirme; uygulamanın profesyonel bir bakış açısıyla değerlendirilmesine dayanarak “baştan aşağı” uzman yönlendirmeli sağlık hizmetinden ziyade, hasta tarafından yönlendirilen, daha “aşağıdan yukarıya” karar vermeyi teşvik etmeye kaydırılması ile ilgilidir (Lewin ve Piper, 2007:82). İşbirliği yapanlar olarak profesyoneller, katılımcıları kültürleri, dünya görüşleri ve yaşam mücadeleleri aracılığıyla öğrenerek, onları yönlendirmek yerine katılımcılarla birlikte çalışırlar (Zimmerman, 2000: 44). Böylece güçlendirme; karşılıklı güven ve saygıya dayanan daha işbirlikçi, daha az hiyerarşik, zorlayıcı olmayan ve güç paylaşımında bir ortaklık geliştirmekle ilgilenmektedir (Lewin ve Piper, 2007:82).

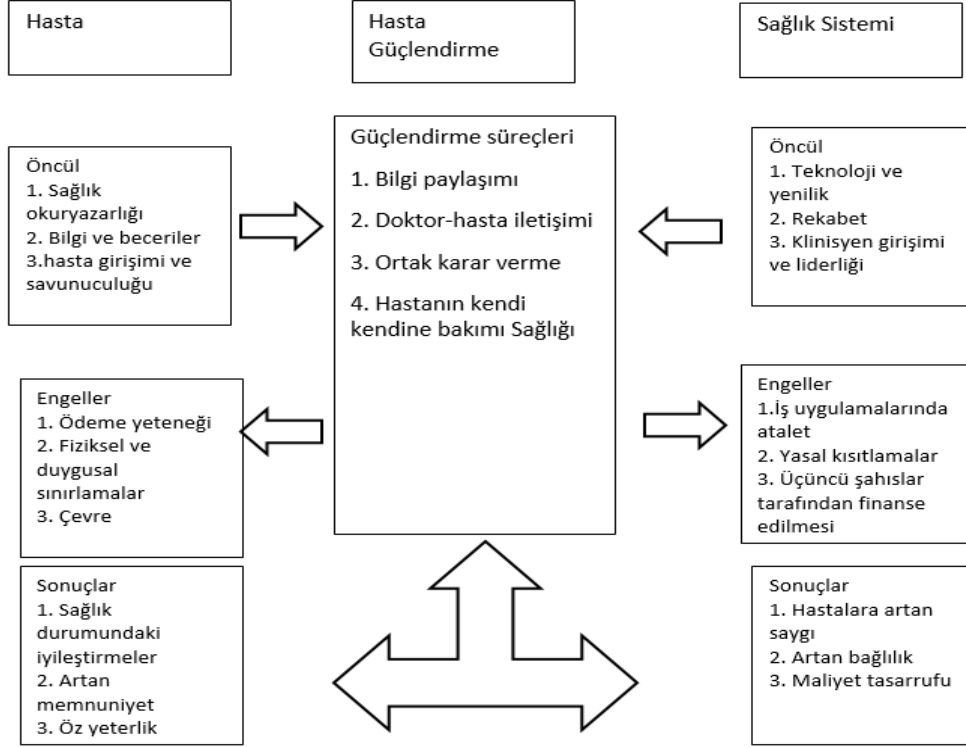
Hasta güçlendirme, insanların bir tedavi planına uymak için davranış değişiklikleri yapmalarına yardımcı olacak bir müdahale veya stratejiden daha fazlasıdır ve genel sağlığı geliştirme ve diğer kişisel ve sosyal alanlarda kaynakları genişletme potansiyeline sahiptir (Funnel vd. 1991:3). Güçlendirme odaklı müdahaleler sağlığı geliştirirken aynı zamanda sorunları iyileştirmeyi, katılımcılara bilgi ve becerilerini geliştirme fırsatları sunmayı ve yetkiyi sadece uzmanlara vermek yerine, işbirlikçi olarak görevlendirmeyi amaçlamaktadır (Perkins ve Zimmerman,1995:569). Güçlendirme, stresle başa çıkma, değişime uyum sağlama ve toplulukları etkileme çabalarını anlamak için farklı bir dil gerektirir. Güçlendirme yaklaşımı, "müşteri" ve "uzman" gibi terimleri "katılımcı" ve "işbirlikçi" ile değiştirerek, profesyonellerin hedef nüfusla olan rol ilişkisini yeniden tanımlamaktadır (Zimmerman,2000: 44).

İnsanlar, akılcı kararlar almak için yeterli bilgiye, kararlarını uygulamak için yeterli kontrole ve kaynaklara, kararlarının etkililiğini değerlendirmek için yeterli deneyime sahip olduklarında güçlenirler (Funnel vd. 1991:3). Güçlendirilmiş hasta (empowered patient), bilgiyi aktif olarak arayan, uygulamaya çalışan ve gerektiğinde kullanabilen kişidir (Menon ve George,2018,24). Güçlendirilmiş hasta, güçlendirme sürecinin aktif öznesi konumunda olan ve yapabilir (enabling) hale gelen bireyleri tanımlar (Tekin vd. 2009:27). Hasta güçlendirmede hastalar kendi vücutlarında, semptomlarında ve durumlarında uzman olarak görülmekte ve hastaların deneyimsel bilgisinin artık profesyonellerin bilgisine tamamlayıcı olduğu düşünülmektedir (Castro vd. 2016:1924). Bu, tedavinin başarısı ve bakım kalitesini artırmak için önemlidir.

Hastanın güçlendirilmesi bir sonuç olarak görülebilir ve hastalar, yaşamlarının kalitesini iyileştirmek için kendileri ve başkalarının davranışlarını etkilemek üzere gerekli bilgi, beceri, tutum ve öz farkındalığa sahip olduklarında güçlenmiş olurlar (Funnel vd. 1991:3). Güçlendirmeyi sonuç olarak değil de bir süreç olarak nitelendiren Starkey (2003) ise, güçlendirmeyi sonuç olarak görmenin güçlendirmenin sabit ve sınırlı olduğunu düşündürdüğünü, süreç olarak görülmesinin ise güçlendirmenin sürekliliği için önemli olduğunu vurgulamaktadır. Güçlendirmeyi kişisel gelişim süreci olarak kavramsallaştırmak büyüme ve değişim olasılıkları ile birlikte daha dinamik bir süreci akla getirmektedir (Starkey, 2003:280).

Güçlendirme, insanın kendini gerçekleştirme ve tatmin etme ihtiyaçlarını karşılayacak ve bu mekanizma aracılığıyla motivasyonu ve performansı artıracaktır (Wilkinson, 1998:44). Farklı disiplinlerde güçlendirme çalışmaları hem işyerinde hem de evde yaşam kalitelerini iyileştirmek için, insanların yalnızca kişisel davranışlarında değil, aynı zamanda sosyal yaşamlarında da değişiklikler meydana getirme konusunda yetenekli ve motive olmaları gerektiği önermesine dayanmaktadır (Schulz ve Nakamoto, 2013:5). Sadece psikolojik bir yapı olmayan güçlendirme; örgütsel, politik, sosyolojik, ekonomik ve manevidir. İrsal ve ekonomik adalet, yasal haklar ve insani ihtiyaçlar, sağlık hizmetleri ve eğitim adaleti, yetkinlik ve topluluk duygusu konularındaki ilgi alanlarının tümü güçlendirme fikrinin kapsamındadır (Rappaport 1987:130).

Şekil 2'de, hasta güçlendirmenin hastalar ve sağlık sistemi arasında hangi süreçlerde oluştuğunu, güçlendirmenin öncülleri, engelleri ve sonuçları gösterilmektedir.



Şekil 2. Hasta ve Sağlık Sistemi Arasında Bir Ortaklık Olarak Hasta Güçlendirme

Kaynak: Bridges vd.,2008:23.

Bridges vd. (2008) hasta güçlendirmenin bilgi paylaşımı, doktor hasta iletişimi, ortak karar verme ve hastanın öz bakımı temalarından oluştuğu bir süreç olduğunu ifade etmiş ve bu temel dört temayı şu şekilde açıklamıştır:

1. Bilgi paylaşımı: Güçlendirmenin temel süreci olan bilgi paylaşımı hasta ile hekim arasında, hastaların kendi aralarında ya da hastaların başka bir kurum ile yaptığı bilgi paylaşımıdır.

2. Doktor-hasta iletişimi: Bu kavram önceleri sadece hastanın şikâyetlerini anlayabilmek için önemli iken şimdilerde hastanın ihtiyaçlarını anlamak ve hastaya üstlenmesi gereken kişisel bakım sorumluluğunu anlatabilmek gibi hasta ile doktor arasında optimal tedavi yolunu bulmak için kullanılmaktadır. Kronik bir hastalık çağına girerken, doktor ve hasta arasında daha iyi bir iletişime ihtiyaç duyulmakta ve hastanın aktif katılımının, sağlık hizmetinin doğasında var olan sorunların (hasta ile hekim arasındaki bilgi asimetrisi ve belirsizlik) dürüst ve makul açıklama yoluyla çözülebileceği bir araç olduğu tartışılmaktadır.

3. Ortak karar verme: Hastanın güçlendirilmesinde önemli bir adımdır. Hastaların karar alma sürecine dâhil edilmesi kendi bakımlarında önemli sonuçlara sebep olurken aynı zamanda tarama, tedavi, hastalık kontrol programları gibi halk sağlığı çabalarının etkililiğini ve tıbbi maliyetleri de etkilemektedir.

4. Hasta öz bakımı: Güçlendirilmiş bir hastayı en iyi tanımlayan unsurlardan biri hastanın kendi kendine bakımı veya kendi kendine yönetimidir. Hastanın kendi kendine bakımı, hastayı sürücü koltuğuna oturtmayabilir, ancak hastayı pasif bir oyunculuktan çıkararak sağlık bakım ekibinin önemli ve değerli bir üyesi yapar.

Hasta güçlendirmeyi ortaya çıkarmak ve teşvik etmek için sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından; hasta merkezli eğitim, paylaşılan karar verme, motivasyonel görüşme, danışmanlık, sağlık koçluğu, destek hizmetleri verilebilir. Sağlık sistemi düzeyinde düşünüldüğünde hem hizmet sağlayıcılara hem de hastalara yönelik eğitim programları, kronik hastalara yönelik kendi kendini yönetme programları, kişiselleştirilmiş bakım planlaması ve hasta eğitim programları gibi faaliyetler oluşturulabilir (Bravo vd.2015:10). Hastaların kendi sorunlarını çözme yeteneğine sahip olduklarına inanmak, tavsiye vermekten ziyade dinlemeye istekli olmak, her bir kişiye derin bir saygı duymak ve kişisel güçlendirmeye bağlılık, bir hasta güçlendirme programının başarılı bir şekilde uygulanması için gerekli özelliklerdir (Arnold vd. 1995:311).

Olgun ve Ulupınar (2004), birey ve ailenin; hastalık ile ilgili bilgisi, sağlık güvencesi, sosyo-ekonomik durumu, davranış biçimi, iletişim becerisi ve hastalığı algılayışı konularında güçlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Yazarlar güçlendirmede kullanılacak yöntemleri ise; eğitim ve danışmanlık, beceri kazandırma, işbirliği sağlama, aynı dili kullanma, dinleme, birey ve çevresini beraber ele alma, ortak hedef belirleme, güven verme-güven kazanma ve malzeme temininde yardım şeklinde açıklamıştır.

Hasta Güçlendirmenin Tarihi

Yönetim ve sosyal etki literatüründe güç, öncelikle, bireysel bir aktörün veya örgütsel birimin diğerleri üzerinde sahip olduğu algılanan gücü veya kontrolü tanımlamak için kullanılan ilişkiyel bir kavramdır (Conger ve Kanungo,1988:472). “Güçlendirme” terimi genellikle 1980’lerden itibaren yaygın olan ve göreve dayalı katılım ve tutum değişikliğine odaklanan bir tür çalışan katılımı girişimi için kullanılır (Wilkinson, 1998:40). Güçlendirme, hem toplumda çalışmak için bir değer yönelimi hem de kişinin yaşamını, organizasyonel işleyişini ve toplum yaşamının kalitesini etkileyen kararlar üzerinde kontrol ve etkileme çabalarının sürecini ve sonuçlarını anlamak için teorik bir modeldir (Zimmerman, 2000:43). Güçlendirme, insanların, kuruluşların ve toplulukların işleri üzerinde hâkimiyet kazandıkları bir süreç, bir mekanizmadır (Rappaport,1987:122).

19. yy. ın ikinci yarısına kadar Amerika Birleşik devletlerinde tıp mesleğinin saygı görmediği, bireylerin kendi kendine yardım alternatifini tercih ettikleri bir dönemden, aşuların bulunması, cerrahinin yükselişi ve tıbbın bilimsel bir meslek olarak kabul edilmesiyle; doktorların gücü pekişmiş ve 30-40 yıl boyunca benzersiz bir hâkimiyet yaşadıkları bir döneme geçilmiştir (Steele vd. 1987:5). 1960’ların başlarında, Birleşik Devletler’de bir kez daha geniş sosyal değişimler yaşanmaya başlamış, otoriteye güvensizlik ve kendi kaderini tayin etme vurgusu, halk arasındaki temel kaygılar olarak görülmüş ve birçok insanın tarafından tüketici, sivil haklar veya kadın hareketlerine katılımları yoluyla ifade edilmiştir (Robert,1999:83).

1960 ve 1970’lerde doktor ve hasta rollerini etkileyen yasal birçok eylem gerçekleşmiştir. Federal hükümet, önleyici sağlık hizmetlerini teşvik etmek ve sağlık politikasının belirlenmesine hasta katılımını artırmak için programları finanse etmiş ve 1972’de Amerikan Hastane Birliği, "Hasta Hakları Bildirgesi" ni yayınlamaya başlar ve hasta özerkliğini temel bir hak olarak ilan etmiştir (Steele vd. 1987:6). 1980’li yıllarda dünyada ve ülkemizde “küreselleşme” olarak ifade edilen, ekonomik, siyasal, kültürel ve yönetsel alanlarda önemli birçok değişim yaşanmış ve bu süreçte; sağlığın kişisel olduğu ve herhangi bir sağlık hizmeti kullanmak zorunda kalındığında ücret



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

ödenmesi hastaların “tüketici, müşteri” gibi kavramlarla anılmasına yol açmıştır (Tekin vd.2009:25). Hastaların tüketici olarak görülmesiyle; ABD, İngiltere ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde sağlık bakım maliyetlerinin azaltılması ve kalitenin artırılması amaçlanmış ve zamanla sağlık bakım sorumluluğu bireylere verilmiştir (Tekin vd. 2009:25). 1990’larda sağlık hizmetlerinde hasta katılımı vurgulanmış, devlet kurumları ve özel sigorta şirketleri, bireyleri kendi kendine meme muayenesi, iyi beslenme gibi sağlık davranışlarına teşvik etmiş, çeşitli hastalıklarda evde bakım yöntemleri üzerine kitaplar yayınlamıştır (Robert,1999:83).

Avrupa’da sağlık reformlarının önemli bir bileşeni olan; “hastaların güçlendirilmesi ve değişimin merkezine hastaların konması”, ülkemizde de ilk defa 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği’nin yayınlanması ile gündeme gelmiştir (Yıldırım,2015a:37). Devamında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (2003) ile Türkiye sağlık sisteminde önemli reformlar yaşanmıştır. İnsan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımçılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet SDP’nin (Sağlıkta Dönüşüm Programı) temel ilkeleridir (Yıldırım, 2013:12). Bu temel ilkelerden özellikle insan merkezilik ve katılımçılık değişimin merkezinde insan olduğunu ve hastaları güçlendirmenin adımlarının atıldığını gösteren işaretler olarak değerlendirilebilir.

Sağlıkta dönüşüm projesi ile sağlık hizmetlerinin, kişiye özgü hale gelmesi ve bireylerin kendi kendilerinin doktoru olmaları üzerinde durulduğunu dile getiren Sezgin (2011:16); bu durumun bireyleri, kendi kendilerine teşhis koyup tedavi yapabilen, hizmet sağlayıcısını seçme hakkının farkında olan, kendisi için hangi hizmet gerekli ise onu satın alabilen, tüketici konumuna getirmesine sebep olduğunu belirtmiştir. Bu durumun temelinde, bireylerin kendi sağlıkları konusunda yetkilendirme ve dolayısıyla hasta güçlendirme anlayışının kabulü ve yaygınlaşması olduğu söylenebilir. Bireylerin tüketici olarak sağlık hizmeti sunumunun bir parçası olmaları, sağlık hizmeti alımında onların tüketicilik davranışlarını sergilemelerine sebep olacaktır. Haklarından haberdar olan, hastalığı ve tedavisi hakkında fikri olan, sağlık okuryazarlığı yüksek güçlü hastalar, pasif hasta rolünden çıkıp, bilinçli bir tüketici olarak sağlık hizmeti talep edecektir.

Dünyada özellikle hasta dernekleri tarafından hasta güçlendirme yapılırken ülkemizde bu yaklaşım yeni yeni ortaya çıkmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği arasında yapılan iş birliği ile “Diyabette Hasta ve Yakınlarını Güçlendirme Programı”na başlanmıştır.

Yapılan literatür incelemesinde, hasta güçlendirme ile ilgili özellikle son yıllarda yapılan yabancı çalışmaların ülkemizde yapılanlara kıyasla oldukça fazla olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de, Small vd. (2012) tarafından geliştirilen hasta güçlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarlandığı çalışmanın yanı sıra, diyabet gibi bazı kronik hastalığı olan hastaların güçlenme düzeyleri araştırılmış ve hasta hakları bilgi düzeyi, yaşam kalitesi, internet kullanımı ile hasta güçlendirme arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ve çeşitli derlemelere rastlanmıştır (Bayın, 2016; Bıyıklıoğlu, 2017; Eyüboğlu ve Yılmaz, 2014; Kaya, 2018; Olgun ve Ulupınar, 2004; Özkan, 2017; Kaya ve Işık, 2018; Tekin vd. 2013; Yılmaz vd. 2020,).

Hasta Güçlendirmeyi Etkileyen Değişkenler

Hasta güçlendirmeyi etkileyebilecek değişkenler, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hasta ve sağlık sistemi düzeyinde olabilir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları düzeyinde bu değişkenler, sağlık hizmeti sağlayıcısının kişisel özellikleri, eğitimi, kişisel değerleri ve mesleki hedefleri gibi değişkenlerdir. Hasta düzeyinde bu değişkenler, hastanın güçlendirme aktivitelerini üstlenme kabiliyeti, hastanın bağlamı, kişisel özellikleri, değerleri, sosyal desteğinin yanı sıra hastalığının koşulları gibi değişkenlerden etkilenebilir. Sağlık sistemi düzeyinde ise bu değişkenler, politik



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

güçlenme, mevzuat, sağlık öncelikleri ve kültür, hasta güçlendirme girişimlerinin sağlık sistemi tarafından nasıl uygulandığını etkileyebilecek ılımlı değişkenler olarak tanımlanmıştır (Bravo vd.2015:10).

Hasta güçlendirmeye dayalı müdahalelerin temelinde yatan felsefe, insanların kendi seçimlerini yapma hakkına ve yeteneğine sahip olması olduğundan, öz kararlılık-kendini belirleme-öz belirleme- öz yönetim, güçlendirmeye dayalı müdahalelerin yol gösterici bir ilkesidir (Hibbard ve Mahoney,2010: 378). Öz-yönetim, bireyin, kronik bir rahatsızlıkla yaşarken doğasında var olan semptomları, tedaviyi, fiziksel ve psikosozal sonuçları ve yaşam tarzı değişikliklerini yönetme ve tatmin edici bir yaşam kalitesini sürdürmek için gerekli bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkileri etkileme becerisini ifade eder (Castro vd, 2016:1929). Bireylerin öz-yönetici rolüne inanmaları ve bu konuda kendilerine güvenmeleri dahi aktif katılımın önemli bir adımındır. Çünkü kendilerini kendi sağlıklarının yöneticileri olarak gören hastaların sağlıklı davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir (Hibbard ve Mahoney, 2010: 378). Öz yeterlilik, öz yönetim, kontrol, başa çıkma ve karar verme gibi becerilerinin artması ile gelişmiş yaşam kalitesi hastanın güçlenmesinin uzun vadeli bir sonucudur.

Hasta Güçlendirmenin Sonuçları

Hasta güçlendirme süreçlerinin sonucunda, sadece hastalıkları yönetme konusundaki başarı değil, gelişmiş bir yaşam kalitesi, olumsuz duygularla başa çıkma kapasitesinin artması, kişinin çevresiyle olan ilişkilerinde düzelmeye, karar ve davranış değişikliklerinin uygulanması, gelişmiş kontrol, kişisel tatmin ve sorumluluk duygusu gibi bireylerin sosyal hayatında da olumlu sonuçlar oluşturduğu bilinmektedir (Aujoulat vd. 2007:16). Hasta güçlendirmenin; ruh sağlığını, doktor-hasta iletişimini, sağlıklı beslenmeyi ve hasta öz-yeterliliğini geliştirdiği (Barr vd. 2015:2), hasta güçlendirme ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve özellikle kronik hastalıklara hasta güçlendirme tekniklerinin uygulanmasının yaşam kalitelerini artırdığı bilinmektedir (Yılmaz vd. 2020). Geleneksel tıbbi tedavi modelinin, diyabet gibi kronik bir hastalıkla yaşamının duygusal, ruhsal, sosyal ve bilişsel yönlerini sıklıkla göz ardı ettiğini belirten Arnold vd. (1995) güçlendirme programlarının; bireylerin hedef belirleme, problem çözme, stres yönetimi, başa çıkma, sosyal destek ve motivasyon konularında beceri ve öz farkındalık geliştirmelerine yardımcı olarak bu psikosozal alanları ele aldığını ifade etmektedir.

Hasta güçlendirmenin beklenen sonuçları; klinik sonuçlar, hastalık üzerinde algılanan kontrol, hastalıkla ilgili sağlık inançları, tedaviye ve müdahaleye ilişkin memnuniyet, kişinin hastalığına ilişkin sağlık okuryazarlığı düzeyi, hasta tarafından sorulan soruların sayısı gibi sağlayıcı-hasta etkileşimiyle ilişkili göstergeler, soru sormada öz yeterlik, hastanın katılımı, hastaların yaşam kalitesi, anksiyete düzeyi, depresyon ve duygusal sıkıntı, hastalık izni günlerinin sayısı, algılanan fiziksel ve duygusal bazı göstergeler gibi bireyin davranışında veya kendisinde meydana gelen değişikliklerdir (Aujoulat vd. 2007:17). Sağlık sistemi açısından ise; hastalara saygının artması, artan bağlılık, maliyette tasarruf gibi sonuçları beklenmektedir (Bridges vd.,2008).

HASTALARIN TÜKETİCİLEŞTİRİLMESİ ve HASTA GÜÇLENDİRME ARASINDAKİ İLİŞKİ

Chambre vd. (2008:12) 20. yüzyılın ortalarında "hastaların" "sağlık tüketicileri" haline geldiğini belirtir ve bu geçiş ile birlikte; bireyler, profesyoneller ve kurumlar arasındaki ilişkilerde köklü değişimler olduğunu vurgular. "Hastalar" bilgi, karar verme ve bakım için büyük ölçüde sağlık profesyonellerine güvenirken, bunun tersine, "tüketiciler" hizmet sağlayıcıları seçerek, bilgi edinerek, kendi savunucuları olarak, bakım sağlayanlarla işbirliğine dayalı karar alma sürecine



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

girerek ve savunuculuk organizasyonlarına katılıp aktif olarak optimal bakım ararlar (Chambre vd. 2008:12).

Sağlık hizmetlerinde tüketici yanlılığının temel dinamiğinin hastaların güçlendirilmesi olduğunu vurgulayan Yıldırım (2015a:15), hasta güçlendirmenin; hastaların öz yeterlilik, yetkinlik ve kontrol kazanarak seçimlerini yapabilmeleri, sağlıkları ile ilgili kararlara katılabilmeleri, ihtiyaç duyulan anda kaynaklara ulaşabilmeleri ve gerekli kişilerle etkili iletişim sağlamalarını ve bu kazanımlarla hastaların yaşam kalitesini artırabilmeleri gibi sonuçlara ulaşmayı hedefleyen bir süreç olduğunu belirtir (Yıldırım,2015a:15).

Pasif ve bağımlı hasta rolü, doktorun uzman rolü ile birleştiğinde hastaların güçsüzleşmelerine katkıda bulunmaktadır (Saga ve Thomassen,2018:13). Bu sebeple geleneksel hasta rolünden tüketici rolüne geçiş, hizmet sırasında verilen kararları sadece doktor değil hastaların da katılım sağladığı bir sürece geçirecektir. Sağlık hizmetlerinde tüketici rolünün temel özellikleri; kişisel sorumluluk, proaktif ve bilinçli davranış, akılcılık ve seçimdir ve kişisel sorumluluk bu rolün temel unsurudur (Sulik ve Eich-Kroh, 2008:6). Sağlık tüketicisinin temeli olan bireysel güçlenme (Chambre, 2008:15), bu temel özellik ve kazanımların sağlanması konusunda bir süreç olarak görülebilir. Hastaların tüketici olarak görülmesi hastaların güçlenmesine olanak sağlamıştır.

Sağlık hizmeti tüketicileri; sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde, doktor ve hastane seçiminde, sağlık hizmeti talep ve arzında sağlık katılımcıları olarak görülmektedir (Gould,1988:97). Sağlık hizmeti tüketicilerinin, kendi sağlık yönetimlerinde aktif rol alacağı hizmet sağlayıcılar ile başarılı iletişim kuracağı ve maliyet bilinçli seçimler yapacağı öngörülmektedir (Deber vd. 2005).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bilgiye erişim ve iletişim teknolojisinin gelişmesi, insanların bilinçlenmesi, kronik hastalıkların artması ve insanların beklentilerinin artması hem genel toplumsal olgularda hem de sağlık özelinde paradigma değişimlerine sebep olmuş ve bu paradigma değişimi ile birlikte bireyler hastalıkları ile ilgili daha fazla aktif rol almaya başlamışlardır (Yıldırım,2015a:15). Beklenen yaşam süresinin artması da insanların sağlıkları ile ilgili sorumluluklarını artırmaktadır. Bu sorumlulukları yerine getirebilmenin ve aktif rol alabilmenin etkili bir şekilde olabilmesi için tüketici yanlılığı, sağlığın geliştirilmesi ve hasta tüketicilerin güçlendirilmesi gerekmektedir (Yıldırım,2015a:15).

Hastaların güçlendirilmesi özellikle kronik hastalığı olan bireylerin, sağlıklarının farkında olan, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile etkili iletişim kurabilen, sağlık okuryazarlığı yüksek, kullanması gereken ilaçları nasıl ve ne zaman kullanacağını bilen, sağlıklı davranışları benimseyen, bir tüketici olarak hasta haklarının farkında olan bireyler haline gelmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca; pasif hasta rolünden çıkıp, sağlık sisteminin bir parçası olarak katılımcı bir rol üstlenen bireylerin; gerekli zamanda uygun sağlık kurumunu seçebilen, tanı ve tedavisinde üzerine düşeni yapabilen, hastalıklardan koruyucu ve sağlığı geliştirici faaliyetlerin farkında olan bireyler haline gelmesi beklenebilir.

Güçlendirilmiş bir hasta olmak için hasta olmak bir öncül değildir. Güçlendirilmiş bireyler, sadece kendileri için değil, aileleri ve dolayısıyla toplumsal olarak sağlıklı yaşamın gelişmesi, sağlıklı davranışların benimsenmesi için önemlidir. Hasta güçlendirme, yaşam kalitesinin artması, sağlık maliyetlerinin düşmesi, gereksiz hastane ziyaretlerinin azalması, sağlık hizmeti sunucularının çalışma şartlarının düzelmesi gibi farklı sonuçların oluşmasını sağlar.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Güçlendirme boyutlarından öz-yeterlilik, kontrol ve yetkinlikler; hekimi hastanın amacına ulaşmada bir araç olarak kullanmak istediğinde savaşırçasına uygulanan bir hasta hekim iletişimi sonrasında; öfke ve reddedilme, kasıtlı olarak otoriteyi baltalama, hastalığı simüle etme, etkili bir rol üstlenmeye çalışma gibi davranışlar ortaya çıkabilir (Petric vd. 2017). Bu davranışlar da hastanın düşündüğü gibi bir güç göstergesi değil tam tersi hastanın sağlık sorunlarının daha da kötüye gitmesine sebep olabilir. Bu tarz durumlarda sağlık okuryazarlığı önemlidir ve hasta güçlendirme, yüksek sağlık okuryazarlığı ile birleştiğinde daha etkili olabilir. Yüksek derecede hasta güçlendirmesi olmadan yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı, hastaların sağlık çalışanlarına gereksiz bir bağımlılık yaratırken, sağlık okuryazarlığı derecesi olmadan yüksek derecede güçlendirme, tehlikeli sağlık tercihleri riskini doğurmaktadır (Schulz ve Nakamoto 2013:4). Bireylerin sağlık hizmetlerine katılım sağlayabilmeleri için; sağlık ile ilgili bilgileri anlayabilme, analiz edebilme ve gerektiğinde uygulayabilme becerilerine sahip olmaları gerekmektedir.

Bu çalışmada hastaların tüketicileştirilmesi ve hasta güçlendirme arasındaki ilişki kavramsal olarak incelenmiştir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda konu farklı yönleriyle de ele alınabilir ve konu ile ilgili saha araştırmaları yapılabilir.

Araştırmacıların Katkı Oranı ve Çıkar Çatışması Beyanı

Araştırmacıların katkı oranları eşittir ve herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, R. (2021). Hastalık, Sağlık ve Toplum: Bir Sağlık Sosyolojisi İncelemesi. İstanbul, DBY Yayınları.
- Altuğ, N. ve Özhan, Ş. (2017). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. İstanbul: Paradigma Atölyesi.
- Arnold MS, Butler PM, Anderson RM, Funnell MM, Feste C.(1995) Guidelines for Facilitating a Patient Empowerment Program. The Diabetes Educator. 21(4): 308-312.
- Aujoulat, I., D'Hoore, W., & Deccache, A. (2007). Patient Empowerment In Theory and Practice: Polysemy Or Cacophony? Patient Education and Counseling, 66(1): 13-20.
- Ayed M.B., Aoud N.E. (2017) The Patient Empowerment: A Promising Concept In Healthcare Marketing, International Journal of Healthcare Management, 10 (1): 42-48.
- Barr PJ, Scholl I, Bravo P, Faber MJ, ElwynG, McAllister M. (2015) Assessment of Patient Empowerment - A Systematic Review of Measures. Plos ONE 10(5): 1-24.
- Bayın, G. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Sürecinde Hasta ve Toplum Katılımının Rolü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(5): 458-466.
- Bıyıklıoğlu. T. (2017) Bir Üniversite Hastanesinde Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Tip 2 Diyabet Hastalarının Güçlendirme Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015). Conceptualising Patient Empowerment: A Mixed Methods Study. BMC Health Services Research, 15(1): 252.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Bridges, J.F.P. Loukanova, S. Carrera, P. (2008). Patient Empowerment In Health Care. In International Encyclopedia of Public Health; Elsevier: San Diego, CA, USA:17–28.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient Empowerment, Patient Participation and Patient-Centeredness In Hospital Care: A Concept Analysis Based on A Literature Review. Patient Education and Counseling, 99(12): 1923-1939.
- Chambre, S. Goldner, M. A. & Rothman, B. K.(2008). Patients, Consumers and Civil Society. Emerald Group Publishing.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. Academy of Management Review, 13(3): 471-482.
- Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD. (1991). Empowerment: An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education. Diabetes Education.17(37) -41
- Deber, R. B. Kraetschmer, N. Urowitz, S. & Sharpe, N. (2005). Patient, Consumer, Client, or Customer: What Do People Want To Be Called? Health Expectations, 8(4): 345-351.
- Eyüboğlu, E., Yılmaz, (2014). Sağlık Geliştirilmesinde Psikolojik Güçlendirme Modeli: Diyabetliler Üzerine Bir Alan Araştırılması. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi.
- Gould, S. J. (1988). Consumer Attitudes Toward Health and Health Care: A Differential Perspective. Journal of Consumer Affairs, 22(1): 96-118.
- Gökçe, O. Bulduklu, Y. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda “Müşteri Hasta” ve Etik Sorunlar. Selçuk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi (The Journal Of Social Economic Research) 15(29): 38-61.
- Gökmen, T. (2014). Sağlık Tüketicilerinin Satın Alma Kararları ve Ağızdan Ağıza Pazarlama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Graffigna, G. Barello, S. Bonanomi, A. & Lozza, E. (2015). Measuring Patient Engagement: Development and Psychometric Properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. Frontiers In Psychology, 6, 274.
- Hibbard, Judith H. Edward C. Weeks. (1987) Consumerism In Health Care: Prevalence and Predictors. Medical Care 25(11): 1019-1032.
- Hibbard, J. H. & Mahoney, E. (2010). Toward A Theory Of Patient and Consumer Activation. Patient Education and Counseling, 78(3): 377-381.
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2012) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, Siyasal Kitapevi.
- Kaya, N. Işık, O. (2018). Hasta Güçlendirme Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. İşletme Bilimi Dergisi, 6(1): 27-42.
- Koç, E. (2016) Tüketici Davranışı ve Pazarlama Stratejileri: Global ve Yerel Yaklaşım, Seçkin Yayıncılık.
- Lewin, D. & Piper, S. (2007). Patient Empowerment Within A Coronary Care Unit: Insights for Health Professionals Drawn From A Patient Satisfaction Survey. Intensive and Critical Care Nursing, 23(2), 81-90.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Menon, M., & George, B. (2018). Social Media Use For Patient Empowerment In The Gulf Cooperation Council Region. *Clinical eHealth*, 1(1): 21-27.
- Naseem, A., Balon, R., Khan, S. (2001). Customer, Client, Consumer, Recipient, or Patient. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13(4): 239-240.
- Olgun, N. & Ulupınar, S. (2004). Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. *Diyabet Forumu*, 1(1): 57-65.
- Özkan, O. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Yaklaşım: Hasta Katılımı. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 1759-1770.
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment Theory, Research, and Application. *American Journal Of Community Psychology*, 23(5): 569-579.
- Petrič, G., Atanasova, S., & Kamin, T. (2017). Impact of Social Processes in Online Health Communities on Patient Empowerment in Relationship With The Physician: Emergence of Functional and Dysfunctional Empowerment. *Journal of Medical Internet Research*, 19(3): e74.
- Rappaport, J. (1987). Terms Of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward A Theory For Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2): 121-148.
- Roberts, K. J. (1999). Patient Empowerment In The United States: A Critical Commentary. *Health Expectations*, 2(2): 82-92.
- Rycroft-Malone, J., Latter, S., Yerrell, P., & Shaw, D. (2001). Consumerism In Health Care: The Case of Medication Education. *Journal of Nursing Management*, 9(4): 221–230.
- Saga, E. Thomassen, O. (2018). The Traditional Doctor–Patient Roles May Be Disempowering The Patient. *Norwegian Journal of Clinical Nursing*. 12.(17): 1-15.
- Schulz, P. J. & Nakamoto, K. (2013). Health Literacy And Patient Empowerment In Health Communication: The Importance of Separating Conjoined Twins. *Patient Education and Counseling*, 90(1):, 4-11.
- Sezgin, D. (2011) *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sulik, G. A., & Eich-Kroh, A. (2008). No Longer A Patient: The Social Construction of The Medical Consumer. (Ed. Chambre, S. Goldner, M.) In *Patients, Consumers and Civil Society*. Emerald Group Publishing Limited.
- Starkey, F. (2003). The 'Empowerment Debate': Consumerist, Professional and Liberational Perspectives In Health and Social Care. *Social Policy and Society*, 2(4): 273.
- Şahin, B. Çelik, Y., Tengilimoğlu, D. (2013) *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Tarı, B., ve Yavuzer, R. (2007). Hasta-Hastane-Hekim İlişkisinde Tüketim Dinamikleri ve Tüketici Kimliği ile Hasta. *Gazi Medical Journal*, 18(4): 145-150.
- Tekin, A. Kaya, E. Demirel, M. & Özbek YAZICI, S. (2009). Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta-Hekim İlişkilerine Etkisi. *Selçuk İletişim*, 6(1): 23-36.
- Tengilimoğlu, D. (2020) *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Siyasal Kitapevi.
- Torun, Ş. (2017). Sağlıkta Temel Kavramlar Görevler ve Haklar. (Ed. YÜKSEK, E.). *Sağlık Kurumlarında İletişim*. Anadolu Üniversitesi Yayını



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Thomas, Richard K. (2006). Health Communication. USA: Springer Science+Business Media Inc.
- Thomas, Richard K. (2020). Marketing Health Services. Health Administration Press. Chicago.
- Yılmaz, A., Kar. A., Kaya.,M. (2020). Hasta Güçlendirme ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. İşletme Bilimi Dergisi, 8(1): 97-114.
- Yıldırım H. H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Birinci Baskı, SASAM, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Yıldırım H. H. (2015a). Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları: Kuram Ve Uygulama.1.Baskı, ABSAM, Ankara.
- Yıldırım, H. H. (2015b). Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye Resmin Neresinde? Ne Yapmalı? ABSAM, Ankara.
- Yücel, N. (2014). Tüketici ve Tüketici Davranışları (Ed. Paksoy, M. Kara, M.) Tüketici Davranışları, Lisans Yayıncılık.
- Wilkinson, A. (1998). Empowerment: Theory and Practice. Personnel Review.
- World Health Organization.(1998). Health Promotion Glossary <https://www.who.int/healthpromotion/about/hpr%20glossary%201998.pdf?uaErişim> 15.10.2020
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment Theory: Psychological, Organizational, and Community Levels of Analysis. (Ed. J. Rappaport & E. Seidman), Handbook of Community Psychology (p. 43–63). Kluwer.



HASTANELERDE MANEVİ DESTEK HİZMETLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

A RESEARCH ON SPIRITUAL SUPPORT SERVICES IN HOSPITALS

Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN

Tarsus Üniversitesi, gulpembe@tarsus.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3231-2389

Arş. Gör. Gizem Zevde AYDIN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, gizemzevde.aydin@omu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-8249-6788

Onur YILMAZ

Samsun İl Emniyet Müdürlüğü, prslnr@gmail.com, orcid.org/0000-0002-4650-4066

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (04.08.2021-10.10.2021)

Özet

Modern anlamda manevi destek ve danışmanlık hizmetleri Türkiye’de 2015 yılında sunulmaya başlamıştır. Manevi desteğin, hem desteği veren hem de desteği alan açısından pozitif dönüşleri olduğu ifade edilmektedir. Çalışma, 21.10.2019-21.01.2020 tarihleri arasında Karadeniz bölgesinin bir ilinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma ile, hemşirelerin manevi destek algılarının ölçülmesi ve il manevi destek birimi sorumlusu ile hastane yöneticilerinin görüşlerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Hemşirelerin manevi destek algıları nicel yöntemler kullanılarak ölçülmüş; il manevi destek hizmet birimi sorumlusu ve hastane yöneticilerinin görüşlerini belirleme amacıyla ise, nitel değerlendirme yöntemlerinden faydalanılmıştır. Nicel yöntemler sonucu elde edilen bulgulara bakıldığında, katılımcıların %83,8’i (n=218) kadın, %16,2’si (n=42) erkektir. %51,5’i (n=134) 18-38 yaş aralığında, %48,5’i (n=126) 39-60 yaş aralığındadır. %23,1’i (n=60) bekar, %76,9’u (n=200) evlidir. Katılımcıların manevi destek algıları; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu ve meslekte geçirdikleri süre değişkenleri açısından anlamlı farklılık göstermemektedir. Nitel araştırma 5 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda manevi destek tanımı, sağlık çalışanlarının manevi destek bilgisi ve tutumu, hasta ve yakınlarının manevi destek bilgisi ve tutumu, manevi desteğin hastaya ve tedaviye etkisi ve manevi destek ile ilgili görüşler olmak üzere beş ana tema belirlenmiştir. Araştırma bulguları doğrultusunda manevi desteğin kapsamı ve manevi destek uygulamaları hakkında toplumun ve sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi önerilebilir. Yeterli düzeyde bilgilendirme ve tanıtım çalışması ile uygulama daha görünür hale getirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Maneviyat, Manevi Destek, Manevi Bakım, Hemşire, Hastane



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Abstract

Moral support and counseling services in the modern sense have started to be offered in Turkey recently. It is stated that spiritual support has positive returns for both the supporter and the support recipient. The study was carried out in a province of the Black Sea region between 21.10.2019 and 21.01.2020. The study aimed to measure the moral support perceptions of nurses and reveal the opinions of the provincial moral support unit supervisor and hospital administrators. Nurses' moral support perceptions were measured using quantitative methods, and qualitative evaluation methods were used to determine the opinions of moral support service providers and hospital administrators. Considering the findings obtained from quantitative methods, 83.8% (n=218) of the participants were female, and 16.2% (n=42) were male. 51.5% (n=134) were between the ages of 18-38 and 48.5% (n=126) were between the ages of 39-60. 23.1% (n=60) were single, 76.9% (n=200) were married. The participants' perceptions of moral support are no significant difference in terms of gender, age, education level, marital status, working status, and time spent in the profession. Qualitative research was carried out with 5 participants. As a result of the evaluations, five main themes were determined: the definition of moral support, the moral support knowledge and attitude of health professionals, the moral support knowledge and attitude of patients and their relatives, the effects of moral support on the patient and treatment, and opinions on moral support. In line with the research findings, it can be suggested to inform society and health professionals about the scope of moral support and spiritual support practices. The service can be made more visible with sufficient information and promotional activities.

Keywords: Spirituality, Spiritual Support, Spiritual Care, Nurse, Hospital

GİRİŞ

Tıp, bedenle, onun kusurlarıyla ve nihayetinde yaşam ve ölümle ilgili olduğundan son derece özel ve ayrıcalıklı konuları içermektedir. İçinde bulunduğumuz çağda hastalar, bilimsel tıp ve gelişen teknoloji sayesinde tedavi sürecinde önemli yararlar elde etmektedir. Bilimsel tıp, hasta bireyin ıstırabını hafifletmek için çok güçlü bir araçtır. Bilimsel tıbbın gücüne karşın hastaların dini ve manevi kaygıları ve hastalığa verdikleri tepkiler de tedavi süreci üzerinde etkili olmaktadır (Astrow ve diğ., 2001:283). Son yıllarda, tıbbi uygulamalar, din ve maneviyat arasındaki bağlantı dikkate alınmakta ve hastanın fiziksel ve zihinsel sağlığında maneviyatın rolü üzerinde durulmaktadır (Gonçalves, 2015: 2937).

Maneviyat, farklı anlamları olabilen geniş bir kavram olup (Kellehear, 2000: 150), din, varoluşçuluk ve hümanizm ile bağlantılıdır (Büssing ve Koenig, 2010: 20). Maneviyat kavramı, evrenle uyum içerisinde olma çabasına, yanıtlar aramaya, hastalığa ya da ölüme odaklanmakta ve bu sayede sağlığı, hastalığı ve ölümü anlamada bireylere yardımcı olmaktadır (Sülü Uğurlu ve Başbakkal, 2013: 18). Karanlı (2018: 110)'ya göre maneviyat, hayata dair anlam arayışını gerektirmekte ve bireyin kendisinden üstün gördüğü bir varlıkla irtibat halinde olma arzusunu içermektedir. Maneviyat, motive etmekte, güçlendirmekte ve umut sağlamaktadır (Coyle, 2002: 592). Maneviyat işler iyi gitmezse; zorlukların kabul edilmesine, değişimle başa çıkılmasına (Coyle, 2002: 596), bilinmezlik ve ölüm kaygısının üstesinden gelinmesine yardımcı olmaktadır (Kisvetrova ve diğ., 2015: 599). Maneviyat, inancına ve değerlerine bağlı bireyler için önemli bir kavramdır. Zor dönemdeki bireyler, içsel rahatlama ve stresten uzaklaşmak için maneviyata yönelmektedir (Daştan ve Buzlu, 2010: 74; Tambağ ve diğ., 2018: 160). Çözümü olmayan ya da sonucun değiştirilmesinin mümkün olmadığı durumlarda maneviyat faydalı olabilmektedir (Carron ve Cumbie, 2011: 552; Tambağ, ve diğ., 2018: 160). Maneviyat, insan olmanın evrensel bir



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

boyutudur (Burkhart, 2019: 1; Kisvetrova ve diğ., 2015: 599) ve dindarlıktan farklıdır. Bununla birlikte din, bir dizi inanç ve uygulamaları içermektedir (Burkhart, 2019: 1).

Sağlık hizmetleri sunumunda bütüncül yaklaşımın benimsenmeye başlanmasıyla, manevi bakım, manevi destek, manevi danışma ve rehberlik gibi uygulamaların önemi giderek artmaktadır (Söylev, 2018:142). Bütüncül sağlık hizmeti yaklaşımı bireyi; bedensel, zihinsel, duygusal, sosyal, kültürel ve manevi açıdan bir bütün olarak kabul etmektedir (Baldacchino, 2006: 234; Büssing ve Koenig, 2010: 19; Çelik ve diğ., 2014: 3). Baldacchino (2015: 595)'ya göre, biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve ruhsal ihtiyaçlara göre verilen bireyselleştirilmiş manevi bakımla gelişme sağlanabilmektedir. Bireylerin sağlıklarına ilişkin konularda karar verebilmeleri ve acılarla başa çıkabilmeleri için manevi destek gerekmektedir (Puchalski, 2007: 38). Ölümcül hastalıkları olan veya hastalığının son evresinde olan hastaların özellikle karşılanmamış manevi ihtiyaçları olması muhtemeldir (Büssing ve Koenig, 2010: 19). Bütüncül yaklaşıma göre manevi destek hizmeti sunan bireyin ya da ekibin rolü, hastaların hastalık süresince yaşama ya da ölüme dair anlam ve amaç bulmalarına yardımcı olmaktır. Dolayısıyla, manevi bakımda, önemli olan yalnızca bakımın sunulması değil, bütüncül bakımın sağlanmasıdır (Baldacchino, 2015: 596). Tüm sağlık personelinin hastalara bütüncül yaklaşım gereği manevi destek sağlamaları gerekmektedir (Çetinkaya ve diğ., 2007: 47). Buna karşın, çoğu sağlık personeli hasta bireyin manevi yönünü göz ardı edebilmektedir. Manevi yönün din görevlilerinin, psikologların ya da hemşirelerin sorumluluğunda olduğu sıklıkla düşünülmektedir (Çetinkaya, ve diğ., 2007: 47). Astrow ve diğerleri (2001: 283), hastanın sağlığıyla ilgili dini ve manevi konular hakkında iletişim kuran hekimlerin, uygulama deneyimlerini zenginleştirdiklerini ve hastalarla ilişkilerini geliştirdiklerini düşünmektedir.

Manevi destek, yalnızca ölüme yakın hastalara sunulan bir hizmet olmaktan çıkıp, her hastayı, hasta yakını ve sağlık personelinin kapsar hale gelmiştir. Manevi desteğin, hem desteği veren hem de desteği alan açısından pozitif dönüşleri olmaktadır (Dağcı, 2018: 3). Dini ya da manevi müdahalelerin, bir bireyin hastalığı ve sosyal desteği kabul etmede ve hastalığın sonuçlarını etkileyebilecek inancı teşvik etmede rolü olduğuna inanılmaktadır (Gonçalves, 2015: 2938). Manevi destek, tıbbi bakımın bir parçası olarak hastaların dininin veya maneviyatının hastalığındaki rolünü kabul etmektedir (Balboni ve diğ., 2011: 5383). Yaşlılık, kronik hastalık veya travmatik bir olay sebebiyle bakıma muhtaç durumdaki bireylere yönelik yardım hizmetlerini kapsamaktadır (Karlı, 2018:110). Bir diğer deyişle manevi destek manevi gereksinimlerin uygun planlamalarla karşılanmasını ve sürdürülmesini ifade etmektedir (Boztilki ve Ardıç, 2017: 44; Karlı, 2018: 110). Başkalarının maneviyatlarını geliştirmelerine, özellikle stresli zamanlarla başa çıkmalarına yardımcı olan bir süreçtir (Burkhart ve diğ., 2019: 1). Manevi başa çıkma, bir bireyin yaşamın stres faktörleriyle başa çıkmak için belirli dini veya manevi inançları ve davranışları kullanmasıdır (Best ve diğ., 2014: 1334). Dua, dini telkin ve ruhsal konularda konuşma yaygın olarak tercih edilen manevi destek uygulamalarıdır (Carron ve Cumbie, 2011: 553; Söylev, 2018: 142). Özellikle kronik hastalığı olan ya da beklenmedik sağlık sorunu yaşayan bireylerin manevi ihtiyaçlarının üst düzeye çıktığı görülmektedir (Boztilki ve Ardıç, 2017: 41). Hasta kimseye sağlanan manevi destek ile, değer ve inanç çatışmalarının azalması ve kişinin sağlığına olumlu katkılar sunulması beklenmektedir (Tambağ ve diğ., 2018: 160). Özetle literatür, maneviyatın birçok yetişkin hasta için başa çıkma ve destek sağlama konusunda önemli bir yeri olduğunu göstermektedir (Carron ve Cumbie, 2011: 553).

Modern anlamda manevi destek ve danışmanlık hizmetleri Türkiye'de 2015 yılında sunulmaya başlanmış bir hizmettir. Daha önceleri sağlık kurumlarında istihdam edilen din görevlileri manevi



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

destek hizmeti sunmaktan ziyade, hastalığının son aşamasında olan ya da vefat etmiş bireylere yönelik dini görevleri yerine getirmekteydi (Karşlı, 2018: 121). Diyanet İşleri Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 07 Ocak 2015 tarihinde “Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü” imzalanarak yürürlüğe girmiştir. Manevi destek sunacak görevlilere verilen eğitimde; Kur’an ve hadislerde manevi destek, dini danışma ve rehberlik, manevi destek uygulamaları, din ve tıp ilişkisi hastanelerde dini hayat, rehberlik ve iletişim yöntemleri, dini, ahlaki değerler, manevi destek görevlisinin görev tanımı, şahsi ve mesleki özellikleri, olağanüstü durumlarda acil manevi destek hizmeti, duanın önemi ve fonksiyonu, dezavantajlı gruplar, çok kültürlük ve demografik değişkenler, dini başa çıkma, etkili iletişim yöntem ve teknikleri gibi manevi destek hizmetiyle ilgili birçok ders verilmiştir. Eğitim sonrasında Ankara, İstanbul, Erzurum, Kayseri, Ordu ve Samsun manevi destek hizmeti sunumu için pilot iller olarak belirlenmiş ve eğitime katılan personel bu illerde belirlenen hastanelerde görevlendirilmiştir. 2016 yılında Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı olarak Göç ve Manevi Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı kurulmuş, cezaevleri, hastaneler, sevgi evleri, kadın sığınma evleri, yurtlar ve gençlik merkezleri gibi pek çok kuruma manevi destek hizmeti sunulmaya başlanmıştır (Diyanet İşleri Başkanlığı, 2021; Sağlık Bakanlığı, 2021). Manevi destek hizmetlerinin bireyin iyileşme sürecinde önemli bir yeri olduğu düşüncesi ve Türkiye’de manevi destek hizmetlerini ele alan araştırma sayısının pek fazla olmaması gibi nedenlerle bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma ile, manevi destek ihtiyacının önemine değinilmiş ve konu, sağlık yöneticileri ile sağlık hizmet sunumunda önemli bir yeri olan hemşireler açısından ele alınmıştır. Bu nedenle çalışmanın ilgili alan literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma ile, hemşirelerin manevi destek algılarının ölçülmesi ve il manevi destek birimi sorumlusu ile hastane yöneticilerinin görüşlerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırma, iki aşamalı olarak 21.10.2019-21.01.2020 tarihleri arasında Karadeniz bölgesinin bir ilinde yürütülmüştür. Verilerin toplanabilmesi için 18.10.2019 tarihinde OMÜ KAEK tarafından 2019/421 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında, çalışmanın yürütüldüğü ilde faaliyet gösteren 3. basamak bir kamu hastanesinde görev yapmakta olan toplam 260 hemşire ile anket çalışması gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada ise, manevi destek hizmeti sunan sağlık kurumlarında hastane yöneticisi olarak görev yapan 4 kişi ve il manevi destek hizmetleri sorumlusu ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın ilk aşamasının evrenini çalışmanın yürütüldüğü ilde faaliyet gösteren 3. basamak bir kamu hastanesinde görev yapan 550 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem hesaplaması yapılmış %95 güven düzeyi ile gerekli örneklem büyüklüğü 260 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini evrenden rastgele seçilen, ankete gönüllü olarak katılan 260 hemşire oluşturmaktadır. Bu aşamada anket formundan faydalanılmıştır. Anket formu sosyo-demografik bilgiler ve Manevi Destek Algısı Ölçeğinden oluşmaktadır. Hemşirelerin manevi destek algılarını ölçmek amacıyla Kavas ve Kavas (2014) tarafından geliştirilen Manevi Destek Algısı Ölçeği kullanılmıştır. İfadeler sağlık çalışanlarının hastalara verilecek manevi destek konusunda kanaatlerini ortaya çıkarmak üzere oluşturulmuştur. Ölçekte 15 ifade yer almaktadır ve ölçek tek boyutludur. Beşli likert tipi (0) “Hiç Katılmıyorum”, (1) “Katılmıyorum”, (2), “Kararsızım”, (3) “Katılıyorum” ve (4) “Tamamen Katılıyorum” kullanılmıştır. Ölçek skoru en yüksek 60 olup, skor toplam puan üzerinden hesaplanmaktadır. 0-20 puan düşük manevi destek algısı, 21-40 puan orta manevi destek algısı, 41-60 puan yüksek manevi destek algısı olarak değerlendirilmektedir. Verilerin analizi için SPSS programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı ve yüzde ile gösterilmiştir. Veriler, Bağımsız iki örnek T testi ve ANOVA testleriyle değerlendirilmiş anlamlılık düzeyi 0,05 kabul edilmiştir.

475

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(OĞUZHAN, G. / AYDIN, G.Z. / YILMAZ, O.)

İkinci aşamada nitel araştırma yaklaşımlarından durum çalışması yaklaşımı benimsenmiş, manevi destek hizmeti uygulaması tek bir durum olarak ele alınmıştır. Veri toplama aşamasında görüşme tekniğinden faydalanılmıştır. Durum çalışması, davranışlar ve olaylar hakkında zengin bilgi ve önemli bakış açısı sağlamaktadır (Brown, 2008). Katılımcıları derinlemesine anlama ve sorulan soruları aydınlığa kavuşturma amacıyla (Patton, 2018: 46) amaçlı örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Amaçlı örnekleme yönteminin yanı sıra katılımcı sayısı belirlenirken verilerin doygunluğa ulaşması kriteri de dikkate alınmış veriler birbirini tekrarlamaya başladığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır (Creswell, 2015: 189). Bu doğrultuda manevi destek hizmeti sunan kamu hastanelerinde görev yapan 4 hastane yöneticisi ve il manevi destek hizmeti birimi sorumlusu olmak üzere toplam 5 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak ve katılımcıların izniyle görüşmeler kayıt altına alınarak yürütülmüştür. İl manevi destek hizmeti birimi sorumlusuyla yapılan görüşmenin amacı uygulama hakkında derinlemesine bilgi almaktır. Yarı yapılandırılmış soru formu ilgili alan literatürü incelendikten ve uzman görüşü alındıktan sonra oluşturulmuştur. Formda katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine ilişkin 4 soru ve manevi destek hizmetine ilişkin 5 soru yer almaktadır. Manevi destek konusuna ilişkin katılımcılara; “Manevi destek nedir?”, “Sağlık çalışanlarının manevi destek konusundaki bilgi ve tutumlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?”, “Hasta ve yakınlarının manevi destek konusundaki bilgi ve tutumlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?”, “Manevi destek hizmetinin hastaya etkisi hakkında neler düşünüyorsunuz? Tedavi sürecindeki etkileri ile ilgili değerlendirmeleriniz nelerdir?” ve “Konu ile ilgili olumlu ve olumsuz görüşleriniz ve önerileriniz nelerdir?” soruları yöneltilmiştir. Katılımcıların sorulara verdikleri yanıtlar betimsel analiz yöntemiyle ele alınmıştır.

Nitel araştırmalarda üçgenleme, nitel araçlarla elde edilmiş bilgilerin tutarlılığının karşılaştırılması ve kontrolü anlamına gelmektedir (Patton, 2018: 559). Araştırmada çoklu analizci üçgenlemesi ve hedef kitlenin gözden geçirmesi yoluyla inanılabilirliğin üçgenlemesi yöntemlerinden yararlanılmıştır. Çoklu analizci üçgenlemesi araştırmacılar tarafından, hedef kitle üçgenlemesi ise, alanda uzman üç akademisyen tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu sayede araştırmanın güvenilirliği sağlanmıştır. Önce kantitatif daha sonra kalitatif araştırmaya ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın nitel kısmı 4 hastane yöneticisi ve 1 il manevi destek hizmetleri sorumlusu; nicel kısmı ise, 260 hemşire ile sınırlıdır. Araştırma, belirlenen tarihler arasında araştırmaya katılma konusunda gönüllü bireyler ile Karadeniz bölgesinin bir ilinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yöneltilen sorulara samimi yanıtlar verdiği varsayımı araştırmanın bir başka sınırlılığıdır. Araştırma bulguları yorumlanırken bu sınırlılıkların göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

BULGULAR

Araştırmanın ilk aşamasına ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1: Sosyo-Demografik Bilgiler

Cinsiyet	n	%
Kadın	218	83,8
Erkek	42	16,2
Toplam	260	100

Yaş	n	%
18-38	134	51,5
39-60	126	48,5
Toplam	260	100
Eğitim Durumu	n	%
Lise ve Öncesi	24	9,2
Ön Lisans	40	15,4
Lisans	163	62,7
Yüksek Lisans	33	12,7
Toplam	260	100
Medeni Durum	n	%
Bekar	60	23,1
Evli	200	76,9
Toplam	260	100
Meslekte Geçirilen Süre	n	%
1-8 yıl arası	93	35,8
9-18 yıl arası	85	32,7
19 yıl ve üzeri	82	31,5
Toplam	260	100
Çalışma Durumu	n	%
Kadrolu Personel	234	90
Sözleşmeli Personel	26	10
Toplam	260	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin %83,8'i (n=218) kadın, %16,2'si (n=42) erkektir. Katılımcıların %51,5'i (n=134) 18-38 yaş aralığında, %48,5'i (n=126) 39-60 yaş aralığındadır. Katılımcıların ortalama yaşı ise, 38'dir. %23,1'i (n=60) bekar, %76,9'u (n=200) evlidir. Kurumda görev yapan hemşirelerin %90'ı (n=234) kadrolu iken, %10'u (n=26) sözleşmelidir. Katılımcıların haftalık çalışma saati ortalama 42 saattir. En düşük çalışma saati 24, en yüksek çalışma saati ise 72 olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların manevi bakım farkındalıklarını tespit etmek amacıyla üç soru sorulmuştur. Bulgular Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Manevi Bakım Farkındalık Durumu

Manevi Bakım Konusundan Haberdar Olma Durumu	n	%
Evet	183	70,4
Hayır	77	29,6
Toplam	260	100
Manevi Bakım Hakkında Bilgi Alma Durumu	n	%
Evet	83	31,9
Hayır	177	68,1
Toplam	260	100
Manevi Bakım Verme Durumu	n	%
Evet	80	30,8
Hayır	180	69,2
Toplam	260	100

Katılımcıların %70,4'ü (n=183) manevi bakım/destek konusundan haberdarken, %29,6'sı (n=77) haberdar değildir. %68,1'i (n=177) manevi bakım/destek hakkında bilgi almadığını, %31,9'u (n=83) bilgi aldığını belirtmiştir. %69,2'si (n=180) manevi bakım/destek hizmeti vermemişken, %30,8'i (n=80) manevi bakım/destek hizmeti vermiştir.

Kavas ve Kavas (2014) tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,940 bulunmuştur. Çalışmada hesaplanan Cronbach Alpha değeri ise 0,932'dir. Hesaplanan Cronbach Alpha değerine bakıldığında çalışmanın güvenilirliğinin yüksek olduğu görülmektedir (Gürüş ve Astar, 2019: 306).

Tablo 3: Ölçek Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Manevi Destek Algısı Ölçeği	Ort	s.s.
	30,93	9,01

Katılımcıların manevi destek algıları 30,93±9,01 ile orta düzeydir.

Tablo 4: Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre T Testi Sonuçları

Manevi Destek Algısı Ölçeği	Cinsiyet	n	Ort	s.s.	p
	Kadın	218	30,96	8,89	0,895
Erkek	42	30,76	9,73		
Yaş	n	Ort	s.s.	p	
	18-38	134	30,73	9,02	0,714
39-60	126	31,14	9,04		
Medeni Durum	n	Ort	s.s.	p	
	Bekar	60	32,72	9,39	0,080
Evlü	200	30,40	8,85		
Çalışma Durumu	n	Ort	s.s.	p	
	Kadrolu Personel	234	30,64	8,92	0,115
Sözleşmeli Personel	26	33,58	9,55		

Bağımsız İki Örnek T Testi; p<0,05

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum ve çalışma durumu değişkenlerine göre manevi destek algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 5: Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre ANOVA Sonuçları

Manevi Destek Algısı Ölçeği	Eğitim Durumu	Ort-s.s
	Lise ve öncesi	30,38-10,06
Ön Lisans	31,60-7,09	
Lisans	31,35-8,91	
Yüksek Lisans	27,81-10,89	
F=	1,306	
p=	0,273	
Meslekte Geçirilen Süre	Ort-s.s	
	1-8 yıl arası	31,66-8,69
9-18 yıl arası	31,66-8,67	
19 yıl ve üzeri	31,66-9,66	
F=	1,306	
p=	0,273	

ANOVA; p<0,05

Katılımcıların eğitim durumlarına (F: 1,306; p: 0,273) ve meslekte geçirdikleri süreye (F: 1,306; p: 0,273) göre manevi destek algıları arasında farklılık bulunmamaktadır.

Araştırmanın ikinci aşamasında 5 katılımcıyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6: Nitel Araştırmaya İlişkin Sosyo-Demografik Bilgiler

Katılımcı Kodu	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Çalışma Süresi
K1	Kadın	45	Evli	26
K2	Kadın	40	Evli	7
K3	Erkek	38	Evli	1,5
K4	Kadın	40	Evli	6
K5	Erkek	52	Evli	32

Görüşme gerçekleştirilen katılımcıların üçü kadın, ikisi ise erkektir. Ortalama yaşları ise 43’tür. Katılımcı görüşlerinin içeriğinin analizinde önce toplanan veriler kavramsallaştırılmış daha sonra ortaya çıkan kavramlar düzenlenmiş ve temalar saptanmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2006: 175). Görüşmelerden elde edilen veriler beş ana tema altında toplanmıştır:

- * Manevi destek tanımı
- * Sağlık çalışanlarının manevi destek bilgisi ve tutumu
- * Hasta ve yakınlarının manevi destek bilgisi ve tutumu
- * Manevi desteğin hastaya ve tedaviye etkisi
- * Manevi destek ile ilgili görüşler

Yukarıda belirtilen beş ana temanın da alt teması bulunmamaktadır.

Tema 1: Manevi destek tanımı

Katılımcıların her biri manevi destek hizmetini farklı tanımlamıştır. Biri manevi desteği fiziksel destek haricindeki her türlü destek olarak tanımlarken bir diğeri tıbbi tedaviye olan olumlu bakışı artıran bir hizmet olarak tanımlamıştır. Katılımcılara göre manevi destek; dini inançlarla desteklenen, hasta ihtiyaçlarına yönelik dini boyutu da olan, tıbbi tedaviden daha değerli bir destek türüdür.

“...palyatif bakımdaki bir kişi olabilir, desteğe ihtiyacı olan bir kişi olabilir, tuvalete gidemeyen bir kişi olabilir, yemeğini yiyemeyen bir kişi olabilir, ölüm korkusu yaşayan bir kişi olabilir. Bu gibi durumlarda kişilere destek olmak adına yanında bir dua okumak, Allah’a inancı anlatmak, bu sıkıntının herkesin başına gelebileceğini ve geldiğini anlatmak, tevakkül etmesi gerektiğini anlatmak gibi sabırla bıkmadan usanmadan verilen destek manevi destektir.” (K1)

“Manevi destek, kişilerin ruh halleriyle, iç dünyalarıyla olan çatışmalarında ya da akıllarındaki soru işaretlerinde onları aydınlatmaya çalışan, bunu biraz da dini inançlarla desteklemeye çalışan bir hizmet...” (K2)

“...tıbbi tedaviden daha değerli olduğunu düşünüyorum. Kişinin morali düzgün olduğu zaman tedaviye de olumlu yanıt vereceğini düşünüyorum.” (K4)

“Manevi destek ile insanların tıbbi tedaviye olan yanlış inançları yıkılabiliyor ve tedaviye olumlu bakmaya başlıyorlar.” (K5)

Tema 2: Sağlık Çalışanlarının Manevi Destek Bilgisi ve Tutumu

Katılımcıların sağlık çalışanlarının manevi destek konusundaki bilgi ve tutumları sorulduğunda yanıtın ortak olduğu görülmüştür. Katılımcılar sağlık çalışanlarının manevi destek uygulaması konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını fakat uygulamadan genel olarak memnun olduklarını ifade etmektedir. Bu konudaki görüşlerden bazıları aşağıda verilmiştir.

“ ... bu hizmeti direkt olarak alan birimler haricinde konuyla ilgili bilgi sahibi pek çalışmamız yok.” (K2)

“ ... sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgi ve tutumları yetersiz çünkü uygulama henüz çok yaygın değil. Fakat yaygınlaştığında ve hastaların manevi ihtiyaçları ciddi anlamda belirlendiğinde çok güzel sonuçlar alınacağını ve çok güzel bir uygulama olduğunu düşünüyorum.” (K3)

“ Sağlık çalışanları empati yapma kabiliyetleri nedeniyle, daha yardımsever, daha ilgili ve destek olmaya daha yatkın bir yapıya sahipler. Bu nedenle de uygulama konusundaki tutumları güzel fakat azınlıkta olsa uygulamaya karşı olan sağlık çalışanları da mevcut.” (K4)

“...böylesi büyük bir hasta sirkülasyonu ve yoğunluk varken az sayıda sağlık çalışanı ile manevi destek konusu üzerine düşülebileceğini sanmıyorum.” (K1)

“...hemşire arkadaşlarımız uygulamadan memnun olduklarını iletiyorlar.” (K2)

Tema 3: Hasta ve Yakınlarının Manevi Destek Bilgisi ve Tutumu

Katılımcılar hasta ve yakınlarının manevi destek uygulaması konusunda sağlık çalışanlarından daha az bilgi sahibi olduklarını ve manevi destek hizmetinden faydalanmış hasta ve yakınlarının olumlu dönüt verdiklerini ifade etmektedir.

“...hasta yakınlarının bu konudaki bilgi ve tutumlarının yeterli seviyede olduğunu düşünmüyorum.” (K1)

“...hastalar bu hizmetten çok memnun. İlk etapta hizmetin içeriğini tam olarak anlayamıyorlar ama bir iki görüşmeden sonra görüşmelerin kendilerine iyi geldiğini söylüyor ve özel görüşme talebinde bulunuyorlar.” (K2)

“ Şu an bilinç ve bilgi açısından çok yeterli olmadıklarını düşünüyorum. Diyanetle işbirliği yapılarak hizmetin daha fazla kişiye duyurulabileceğini düşünüyorum. Kurumumuza görevlendirilen manevi destek hizmet sorumluları ile çalışmalar yürütüyor ilerleme kaydetmeye çalışıyoruz.” (K3)

“Hasta yakınları ne yazık ki bu konuda sağlık çalışanlarından daha az bilgili...” (K4)

“İlk başlarda hastalarda çok fazla konuşma isteği olmuyor daha sonra iyi hissettiklerini dile getiriyorlar. İlk ve son seans arasında farklılık gözlemleniyor.” (K5)

Tema 4: Manevi Desteğin Hastaya ve Tedaviye Etkisi

Katılımcılar manevi destek hizmetinin tıbbi tedaviyi desteklediğini, iyileşme sürecine ve tedaviye olumlu katkılar sunduğunu ifade etmektedir. Bazı görüşler aşağıda verilmiştir.

“...yapmış olduğum hasta ziyaretlerinde hastalar, memnun olduklarını ve tekrar manevi destek hizmeti almak istediklerini dile getiriyorlar. Ama tedavi sürecine katkısı nedir bilmiyorum. Geri bildirimlere göre memnuniyet oranları iyi.” (K2)

“Sağlık sorunları ya da farklı durumlar bazen inancımızı zedeliyor. Bunu hatırlatmak iyi oluyor aslında. Manevi destek hizmeti bu noktada çok etkili ve tedavi sürecinin hızlanmasında olumlu yönde katkısı söz konusu.” (K3)

“Normal tedavi tabiki önemli ama ben manevi desteğin olmaması durumunda tıbbi tedavinin de engelleneceğini düşünüyorum. Önce manevi destek sonra tıbbi tedavi. Manevi destek tıbbi tedaviye en büyük destektir.” (K4)

“Hastanın tedaviye başlama ve bitiş süreci hekimle ilgilidir. Kişiler olumlu dönütler veriyor ama tamamen manevi destekten kaynaklanıp kaynaklanmadığını bilmiyoruz.” (K5)

“...bakıma muhtaç bir hasta için Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımındaki ruhsal yönden iyilik hali manevi destek parametreleri ile tamamlanıyor.” (K1)

Tema 5: Manevi Destek ile İlgili Görüşler

Katılımcıların manevi destek konusundaki görüşleri genel olarak olumludur. Uygulamayla ilgili daha fazla bilgilendirme çalışmalarının yapılması gerektiği önerilmektedir. Katılımcıların uygulamayla ilgili görüş ve önerilerinden bazıları aşağıda verilmiştir.

“...manevi destek konusu kompleks ve kolektif bir konu. Ben öyle görüyorum.” (K1)

“Bu güne kadar manevi destek uygulamasına ilişkin ne hastalardan ne de çalışanlardan hiç olumsuz geri dönüş almadık. Sonuçta paylaşmak her zaman insan psikolojisine iyi gelen bir şey. Bana göre uygulama oldukça olumlu.” (K2)

“...uygulamanın olumlu olduğunu düşünüyorum. Fakat gerek çalışanlar, gerekse hasta ve hasta yakınları bu konuda daha önce bilgilendirilmiş olsalardı daha etkili olacağını düşünüyorum.” (K3)

“Manevi destek ile konforlu bir ölüm sağlanabiliyor. Hasta ruhen daha rahat olduğunda bu dünyadan daha rahat geçüp gidiyor. Hasta yakınları da bir nebze daha huzurlu oluyor.” (K4)

“...manevi destek tedavi sürecine katkı sağlar. Hasta taburcu olduktan sonra da isterse manevi destek hizmeti veren kişi ile görüşebilir Uygulamanın iyi olduğunu düşünüyorum.” (K5)

“...uygulama ile ilgili önerim daha görünür hale getirilmesi olabilir. Şu an çok görünür bir uygulama değil ve kısıtlı sayıda insan haberdar. Uygulamayı anlayamayan kişiler de mevcut.” (K2)

“...önerim, manevi destek veren görevli sayısının artırılması olabilir. Manevi destek hizmeti verebilecek kişi ya da sağlık çalışanı sayısı artırılsa hem hastalara hem de ailelerine daha rahat destek olunabileceğini düşünüyorum.” (K4)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

*“Uygulamayla ilgili sosyal etkinliklerin biraz daha artırılması gerektiğini düşünüyorum. Eğer hasta ve hasta yakını böyle bir hizmetten haberdar olursa ihtiyacı olduğunu da dile getirebilir.”
(K3)*

İl manevi destek hizmeti birimi sorumlusuyla gerçekleştirilen görüşme sonucu uygulamaya ilişkin edinilen bilgiler aşağıda sunulmuştur.

Sağlık kurumu içerisinde manevi destek birimi, servis çeşitliliği açısından ayırım gözetmeksizin tüm yatan hastalara manevi destek hizmeti vermekle yükümlüdür. Talep olması halinde sağlık çalışanlarına da manevi destek hizmeti verilebilmektedir. Araştırmanın yürütüldüğü ilde sağlık kurumlarının büyüklüklerine göre 1 ya da 2 kişi olmak üzere toplamda 7 manevi destek hizmeti sunucusu görev yapmaktadır. En fazla hizmet sunulan birimler; onkoloji, palyatif bakım, plastik cerrahi, yanık servisleri ve ruh ve sinir hastalıklarıdır. Bir manevi destek hizmeti sunucusunun aylık ortalama hasta görüşme sayısı 150'dir. Hasta görüşmelerinin yanı sıra hasta yakını görüşmeleri de gerçekleştirilmektedir. Bir manevi destek hizmeti sunucusu ayda ortalama 20-30 sağlık çalışanı ile de görüşme gerçekleştirmektedir. Aynı ay içerisinde tekrarlayan görüşmeler de olmaktadır. Günlük minimum görüşme sayısı ise 10 olarak ifade edilebilir. Görüşmeler 60 dakikayı aşmamaktadır. Manevi destek hizmeti sunucuları cuma, cumartesi ve pazar günleri hariç diğer tüm günlerde günde en az dört saat hizmet vermektedir. Manevi destek hizmeti gönüllü bir hizmet olup, ek gelir elde edilmemektedir.

TARTIŞMA

Çalışmanın nicel araştırma kısmında, sağlık hizmetleri sunumunda önemli rolü olan hemşirelerin manevi destek algısı düzeyini ve bu düzeyin sosyo-demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek istenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin manevi destek algılarının orta düzeyde olduğu ($\bar{X}=30,93\pm 9,01$) bulunmuştur. Doğu ve Tiryaki (2018)'nin işe yeni başlayan hemşirelerle gerçekleştirdikleri çalışmada manevi destek algısı ($52,48\pm 6,51$) bulunmuştur. Çetinkaya ve diğ. (2013), manevi destek algısı ortalamasını ($62,43\pm 7,54$) hesaplamıştır. Kavas ve Kavas (2015)'in çalışmasında manevi destek algısı ortalaması ($44,151\pm 10,83$) ve Esendir ve Kaplan (2018)'in çalışmasında manevi destek algısı ortalaması ($47,70\pm 9,95$) bulunmuştur. Macit ve Karaman (2019) ise, hemşirelerin manevi destek algısı düzeyini ($54,48\pm 4,69$) olarak bulmuştur. Tambağ ve diğ., (2018), yoğun bakım hemşireleriyle gerçekleştirdikleri çalışmada manevi destek algısı düzeyinin ($47,91\pm 5,52$) yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Genç ve Durğun (2018) sağlık çalışanlarının manevi destek algısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamasını ($61,95\pm 10,75$) olarak hesaplamıştır. Erenoğlu ve Can (2019), öğrenci hemşirelerin manevi destek algılarının yüksek düzeyde ($52,02\pm 6,99$) olduğunu belirlemiştir. Wu ve Lin (2011), Tayvandaki hemşirelerle gerçekleştirdiği araştırmasında manevi destek algısı ortalamasının ($65,85\pm 6,04$) olduğu sonucuna ulaşmıştır. Literatürdeki manevi destek algısı ölçeği ortalama puanlarına bakıldığında hemşirelerin ya da sağlık çalışanlarının manevi destek algılarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda hemşirelerin tedavi sürecinde manevi desteğin ya da bakımın öneminin bilincinde olduğu düşünülebilir.

Araştırmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun manevi bakım/destek konusundan haberdar olduğu fakat konuyla ilgili bilgi almadığı sonucuna ulaşılmıştır. Eğlence ve Şimşek (2014)'in bir kamu hastanesinde görev yapan hemşirelerle gerçekleştirdikleri çalışmada da, hemşirelerin manevi bakımla ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı bulunmuştur.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Çalışmada hemşirelerin; eğitim, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı ve çalışma durumu değişkenleri açısından manevi destek algılarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Manevi Destek Algısı Ölçeği ile sosyo-demografik değişkenler arasında gerçekleştirilen analizler incelendiğinde bulguların ilgili alan yazındaki çok sayıda araştırma ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Erenoğlu ve Can (2019), Esendir ve Kaplan (2018), Kavas ve Kavas (2015), Pehlivan (2018) ve Tambağ ve diğ., (2018) da manevi destek algısı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Genç ve Durğun (2018), Gürdoğan ve diğ. (2016), Kalkım ve diğ. (2016), Macit ve Karaman (2019) ve Melhem ve diğ. (2016) ise, cinsiyet değişkenine göre manevi destek algısı düzeylerinde anlamlı farklılık tespit etmiştir.

Çelik ve diğ. (2014), Erenoğlu ve Can (2019), Esendir ve Kaplan (2018), Genç ve Durğun (2018), Macit ve Karaman (2019) ve Tambağ ve diğ., (2018) eğitim durumu ile manevi destek algısı arasında anlamlı farklılık olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Gürdoğan ve diğ. (2016) ve Wong ve diğ. (2008) ise, manevi destek algısı ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğunu bulmuştur.

Tambağ ve diğ. (2018), Genç ve Durğun (2018), Kavas ve Kavas (2015), Macit ve Karaman (2019), Melhem ve diğ. (2016), Çelik ve diğ. (2014), Eğlence ve Şimşek (2014), Kostak ve diğ. (2010), Yılmaz ve Okyay (2009) ile Okyay (2008) benzer şekilde manevi destek algısının yaşa göre değişiklik göstermediğini saptamıştır. Kalkım ve diğ. (2016), yaş değişkenine göre manevi destek algısının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna erişmiştir. Esendir ve Kaplan (2018) ise, 26-32 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının manevi destek algısı düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Manevi destek algısının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Erenoğlu ve Can (2019), Esendir ve Kaplan (2018), Genç ve Durğun (2018), Kalkım ve diğ. (2016), Macit ve Karaman (2019), Melhem ve diğ. (2016), Özbaşaran ve diğ. (2011) ve Tambağ ve diğ. (2018) da medeni durumun manevi destek algısı üzerinde etkisi olmadığını saptamıştır. Çelik ve diğerlerinin (2014) hemşirelerle gerçekleştirdikleri çalışmada ise, medeni durum değişkeni açısından manevi destek algısı düzeyinin anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Araştırma kapsamında hemşirelerin meslekte geçirdikleri sürenin manevi destek algısı üzerindeki etkisi incelenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Benzer araştırmalar gerçekleştiren Çelik ve diğ. (2014), Genç ve Durğun (2018), Kavas ve Kavas (2015), Kostak ve diğ. (2010), Macit ve Karaman (2019), Melhem ve diğ. (2016), Özbaşaran ve diğ. (2011), Tambağ ve diğ. (2018) ile Yılmaz ve Okyay (2009) çalışma yılı ile manevi destek algısı arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Esendir ve Kaplan (2018) ile Kaddourah ve diğ. (2018), toplam çalışma yılı ile manevi destek algısı arasında anlamlı farklılık olduğunu bulmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bütüncül sağlık tanımının bir parçası olarak manevi ihtiyaçların karşılanması gerekliliği manevi destek konusuna olan ilgiyi artırmıştır. Manevi destek hizmeti uygulaması Türkiye’de 2015 yılında imzalanan işbirliği protokolü ile hayata geçirilmiştir. Protokol kapsamında uygulamanın yürütüleceği pilot illerden ikisi Karadeniz bölgesinde yer almaktadır. Bu çalışmada, hem pilot il



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

içerisindeki kamu hastanelerinde görev yapan hemşirelerin manevi destek algılarını nicel yöntemler ile ölçmek; hem de hastane yöneticilerinin ve il manevi destek hizmeti sorumlusunun görüşlerini nitel yöntemler ile ortaya koymak hedeflenmiştir.

Çalışmanın nicel araştırma kısmı 260 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Bulgular; yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma yılı ve çalışma durumuna göre manevi destek algısının değişmediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, hemşirelerin çoğunluğunun manevi destek konusunda haberdar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Az sayıda hemşire ise, manevi destek hizmeti verdiklerini belirtmişlerdir. Çalışma bulguları doğrultusunda hemşirelerin manevi destek konusunda bilgi düzeylerinin çok yeterli olmadığı söylenebilir. Bu kapsamda, manevi desteğin kapsamı ve manevi destek uygulamaları hakkında çalışanların bilgilendirilmesi ve bu konuda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir. Manevi destek uygulaması hem yöneticiler hem de sağlık çalışanları tarafından olumlu karşılanırsa da yeterli bilgilendirme ve tanıtım çalışması gerçekleştirilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Toplumun da manevi destek hizmeti konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Yeterli düzeyde bilgilendirme ve tanıtım çalışması ile uygulama daha görünür hale getirilebilir. Hasta ve hasta yakınlarının bu hizmeti talep etme hakları olduğunun bilincinde olmalarıyla hizmetin daha erişilebilir ve etkili olacağı düşünülmektedir.

Manevi ihtiyaçları tanımlamak güçtür (Baldacchino, 2006). Manevi destek de farklı yorumlanabilen ve çok boyutlu bir kavramdır. Çalışmada hastane yöneticilerinin ve manevi destek hizmeti il sorumlusunun uygulamaya ilişkin görüşlerine yer verilmesi ve elde edilen bulguların paylaşılması manevi destek uygulamasının kapsamı ve anlaşılabilirliği açısından önemlidir. Konuyla ilgili yapılan nitel araştırmalar incelendiğinde, manevi destek hizmetini hastane yöneticileri açısından ele alan çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma, uygulama sürecinde rol alan farklı grupları farklı yöntemlerle ele alması açısından da önem taşımaktadır.

Nitel araştırma ile “manevi destek hizmeti uygulaması” durumu ele alındığından bulguların genellenmesi söz konusu değildir. Ancak elde edilen bulgular ile benzer durumların anlaşılabilirliğine katkı sunulduğu düşünülmektedir. Hastalarda manevi destek öncesi ve sonrası durumları ölçen çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Manevi destek hizmetine ilişkin farklı alanları kapsayacak disiplinler arası çalışmaların yürütülmesinin ilgili alan literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Katkı Oranı Beyanı

Çalışma Fikri ve Çalışmanın Tasarlanması: Oğuzhan, G.; Verilerin Toplanması: Yılmaz, O.; Verilerin Düzenlenmesi ve Analize Hazır Hale Getirilmesi: Aydın, G.Z.; Analizlerin Gerçekleştirilmesi ve Sunumu: Aydın, G.Z.; Literatür Araştırması: Aydın, G.Z.; Makalenin Yazılması: Aydın, G.Z., Oğuzhan, G.

Çatışma Beyanı

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *American Journal of Medicine*, 110(4), 283-287.

- Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M. E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., ... & Prigerson, H. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*, 117(23), 5383-5391.
- Baldacchino, D. (2015). Spiritual care education of health care professionals. *Religions*, 6(2), 594-613.
- Baldacchino, D. R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of clinical nursing*, 15(7), 885-896.
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2014). Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. *Supportive Care in Cancer*, 22(5), 1333-1339.
- Bostancı Daştan, N., Buzlu, S. (2010). Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1): 73-78.
- Boztilki, M., Ardıç, E. (2017). Maneviyat ve sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 39-45.
- Brown. A. P. (2008). A review of the literature on case study research. *Canadian Journal for New Scholars in Education*, 1(1), 1-13.
- Burkhart, L., Bretschneider, A., Gerc, S., & Desmond, M. E. (2019). Spiritual care in nursing practice in veteran health care. *Global qualitative nursing research*, 6, 1-9.
- Büssing, A., & Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1(1), 18-27.
- Carron, R., & Cumbie, S. A. (2011). Development of a conceptual nursing model for the implementation of spiritual care in adult primary healthcare settings by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(10), 552-560.
- Cetinkaya, B., Azak, A., & Dundar, S. A. (2013). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, The, 31(1), 5-10.
- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of advanced nursing*, 37(6), 589-597.
- Creswell, J.W. (2015). Nitel, Nicel ve Karma Yöntem Yaklaşımları: Araştırma Deseni. Demir, S.B. (Çev. Ed.). Ankara: Eğiten Kitap Yayınları.
- Çelik, A. S., Özdemir, F., Durmaz, H., ve Pasinlioğlu, T. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 1-12.
- Çetinkaya, B., Altundağ, S., ve Azak, A. (2007). Spiritüel bakım ve hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50.

- Dağcı, A. (2018). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakımla İlgili Araştırmalar: Sistematik Bir Analizi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 1-22.
- Doğu, Ö., Tiryaki, Ö. (2018). İşe yeni başlayan hemşirelerin deliryum ve manevi bakım algılarının belirlenmesi. 2. *Uluslararası 8. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi*, (ss. 158-161).
- Eğlence, R., Şimşek, N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 48-53.
- Erenoğlu, R., Can, R. (2019). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin manevi destek algıları ve etkileyen faktörler. *Jaren*, 5(1): 23-30.
- Esendir, N. (2016). “Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi bakım algısı: İstanbul örneği”. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Genç, Y., Durğun, A. (2018). Manevi Bakımın Gerekliliği Ve Bakım Hizmeti Veren Meslek Elemanlarının Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. *Electronic Turkish Studies*, 13(9), 45-66.
- Gonçalves, J. P., Lucchetti, G., Menezes, P. R., & Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological medicine*, 45(14), 2937-2949.
- Gurdoğan, E. P., Kurt, D., Aksoy, B., Kınıcı, E., & Şen, A. (2017). Nurses’ perceptions of spiritual care and attitudes toward the principles of dying with dignity: A sample from Turkey. *Death studies*, 41(3), 180-187.
- Güriş, S., Astar, M. (2019). SPSS ile İstatistik. 3. Basım. İstanbul: DER Yayınları.
- İşbilen Esendir, N., Kaplan, H. (2018). Sağlık Çalışanlarının Maneviyat Ve Manevi Destek Algısı: İstanbul Örneği. *Ekev Akademi Dergisi*, 22(73), 317-332.
- Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., & Al-Tannir, M. (2018). Nurses’ perceptions of spirituality and spiritual care at five tertiary care hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Oman medical journal*, 33(2), 154-158.
- Kalkım, A., Midilli, T. S., Baysal, E. (2016). An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual care. *Religions*, 7, 101, 1-13.
- Karlı, N. (2018). Kültürlerarası Manevi Bakım Uygulamaları Bağlamında Müslüman Bireylere Yönelik Manevi Bakım Önerileri.109-130. 4. Uluslararası Din Bilimleri Sempozyumu, Alanya.
- Kavas, E., Kavas, N. (2015). Hastalarda manevi bakım ihtiyacı konusunda doktor, ebe ve hemşirelerin manevi destek algısının belirlenmesi: Denizli örneği. *Turkish Studies*, 10(14), 449-460.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Kellehear, A. (2000). Spirituality And Palliative Care: A Model Of Needs. *Palliative Medicine*, 14, 149-155.
- Kisvetrová, H., Klugar, M., & Kabelka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International journal of palliative nursing*, 19(12), 599-605.
- Kostak, M.A., Çelikkalp, Ü., Demir, M. (2010). Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. Sempozyum Özel Sayısı, 218-225.
- Macit, M., Karaman, M. (2019). Hemşirelerde Manevi Destek Algısının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 293-302.
- Melhem, G. A. B., Zeilani, R. S., Zaqqout, O. A., Aljwad, A. I., Shawagfeh, M. Q., & Abd Al-Rahim, M. (2016). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: A comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian journal of palliative care*, 22(1), 42.
- Okyay, N. (2008). "Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri". Yayımlanmamış Yüksek Lisans ezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özbaşaran, F., Ergül, S., Temel, A. B., Gürol Aslan, G., & Çoban, A. (2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of clinical nursing*, 20, 3102-3110.
- Patton, M.Q. (2018). Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri. 2. Baskı. (Çev Ed. Mesut BÜTÜN, Selçuk Beşir DEMİR). Ankara: Pegem Akademi.
- Pehlivan, M. (2018). Sağlık çalışanlarının maneviyat ve manevi bakım algısı (Afyonkarahisar örneği). 7. *Türkiye Lisansüstü Çalışmalar Kongresi Bildiriler Kitabı*, (ss. 143-165).
- Söylev, Ö.F. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Manevi Destek Yöntemi Olarak Duanın Kullanılması. 139-145. 4. Uluslararası Din Bilimleri Sempozyumu, Alanya.
- Sülü Uğurlu, E., Başbakkal, Z. (2013). Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spritüel Bakım) Gereksinimleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 11(1), 17-24.
- T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı, Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve T.C. Sağlık Bakanlığı. 31.07.2021 tarihinde <https://dinhizmetleri.diyanet.gov.tr/Documents/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Protokol%C3%BC.pdf> adresinden alınmıştır.
- T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı, Din Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 19 Nisan 2021 tarihinde <https://dinhizmetleri.diyanet.gov.tr/sayfa/53/tanitim> adresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi. "Manevi Destek Birimi". 31.07.2021 tarihinde <https://diskapieah.saglik.gov.tr/TR,318101/manevi-destek-birimi.html> adresinden alınmıştır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). "Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü" imzalandı. 09 Haziran 2021 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,558/hastanelerde-manevi-destek-sunmaya-yonelik-isbirligi-protokolu-imzalandi.html> adresinden alınmıştır.
- Tambağ, H., Mansuroğlu, S., Yıldırım, G. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin manevi destek algılarının belirlenmesi: Bir pilot çalışma. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 8(2), 159-164.
- Wong, K.F., Lee, L.Y.K., & Lee, J.K.L. (2008). Honk Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review*, 55, 333-340.
- Wu, L., & Lin, L. (2011). Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*, 19, 250-256.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2006). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, M., Okyay, N. (2009). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3), 41-52.



GOOGLE ARAMA HACMI VERİLERİ İLE TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİNE İLİŞKİN KAVRAMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF CONCEPTS RELATING TO THE COVID-19 PANDEMIC IN TURKEY WITH GOOGLE SEARCH VOLUME DATA

Arş. Gör. Mustafa KAYA

Kırıkkale Üniversitesi, mustafa_519@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-2005-5370

Arş. Gör. Sinem SARIÇOBAN

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, sinemsaricoban@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0003-3548-3869
Makale Gönderim-Kabul Tarihi (06.08.2021-19.09.2021)

Özet

COVID-19 virüsü (Corona Virus Disease 2019) görüldüğü 2019 yılının son dönemlerinden itibaren tüm dünyanın gündemine oturmuştur. Hızla tüm dünyaya yayılan virüs toplumda korku, endişe ve merak uyandırmıştır. İnsanlar virüs, hastalık belirtileri, etkileri vb. hakkında bilgi sahibi olmak için arayışa girmiştir. Modern çağın bilgi edinme araçlarından olan çevrimiçi arama motorları COVID-19 pandemisi sürecinde de insanların bilgi edinmek için kullandıkları önemli kaynaklardan olmaya devam etmiştir. Bu bağlamda bu çalışmada Türkiye'deki COVID-19 vaka sayıları ve meydana gelen gelişmeler ile COVID-19 ile ilişkili olduğu düşünülen kavramların aranma hacimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. COVID-19 ile ilişkili 18 kavram ele alınmış ve virüsün Türkiye'de görüldüğü ilk haftadan başlayarak 9 aylık süreçteki aranma hacimleri Google Trends yardımıyla belirlenmiştir. Kavramların aranma hacimlerinin meydana gelen gelişmelere göre değiştiği ve vaka sayıları ile kavramların aranma hacimleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Çevrimiçi Arama Hacmi, Google, Dijital Epidemiyoloji

Abstract

COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) has attracted the attention of the whole world since the last period of 2019 when it was seen. The virus, which spread rapidly all over the world, aroused fear, anxiety and curiosity in the society. People had been in search of information about virus, disease symptoms, effects, etc.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Online search engines, one of modern age's information gathering tools, continued to be one of the important sources people use to obtain information during the COVID-19 pandemic. This study aimed to investigate the relationship between the number of Covid-19 cases and the resulting developments in Turkey with the concepts of associated with COVID-19 of search volumes. 18 concepts, which are associated with COVID-19 were discussed. This concepts, starting from the first week of the virus seen in Turkey searched volumes in the 9-month period was determined using Google Trends. It has been determined that the search volumes of the concepts vary according to the developments and that there are statistically significant relationships between the number of cases and the search volume of the concepts.

Keywords: COVID-19, Online Search Volume, Google, Digital Epidemiology

GİRİŞ

COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) ilk olarak 2019 yılında Çin'in Hubai eyaletinin Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır (Shereen vd., 2020). Aynı yılın Aralık ayında birçok ülkede COVID-19 vakaları görülmeye başlamış ve vaka sayıları hızla artmıştır. Ocak ayına gelindiğinde birçok ülkeden düzenli olarak vaka bildirimleri yapılmaya başlanmıştır (Prasanth vd., 2020:1). Detayları hakkında henüz yeterli bilgi elde edilememişken virüsün yayılımı hızla devam etmiştir ve ardından 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından küresel pandemi ilan edilmiştir. Küresel çapta çalışmalar yapılmasına rağmen virüs ilk ortaya çıktığı tarihin yıldönümünde 200'den fazla ülkeye yayılmıştır. Bu tarihte 70 milyondan fazla vaka ortaya çıkmış ve 1 milyon 600 bin ölüme yol açmıştır (WHO, 2020:1).

Dünyaya hızla yayılan, solunum problemlerine ve beraberinde ölüme yol açan virüs tüm dünyada korku ve endişe sebep olmuştur (Jin vd., 2020:1003). Virüse karşı koruyucu özelliği olan malzemelerin bilim insanları tarafından önerilmesi sonrasında insanlar sosyal yaşamda maske gibi kişisel koruyucu donanımları kullanmaya başlamıştır. Koruyucu sağlık ekipmanlarında oluşan talep ise bu malzemelerin tedarik edilmesinde krize yol açmıştır. Vaka sayılarının hızla artması, sağlık kurumlarına aşırı başvuruya neden olmuştur. Dolayısıyla beklenenin üzerinde hasta başvurusu başta sağlık personeli olmak üzere sağlığa yönelik kaynaklarda yetersizliğe yol açmıştır (Prasanth vd., 2020:1). Bu olumsuzluklar sonucu küresel düzeyden bireysel düzeye kadar her aşamada virüse karşı önlemler alınmaya ve çalışmalar yapılmaya başlamıştır. DSÖ virüs hakkında bilgilendirme metinleri, klinik rehberler, mevcut durum analizleri yayımlayarak virüsün önlenmesinde küresel rolü üstlenmiştir. Ülkeler DSÖ'nün önerilerinin yanında kendi ülkeleri özelinde farklı önlemler almışlardır. Virüsün yayılmasını engellemeye yönelik hareketliliği azaltma, mevcut vakalarda tedavi geliştirme ve ölümleri azaltma, sebep olduğu sosyal ve ekonomik zararı en aza indirmeye yönelik destekler, tedavi için ilaç araştırmaları ve aşı geliştirme çabaları bunlardan sadece birkaçıdır. Virüsün tüm dünyaya hızla yayılması ve insanlığa zarar vermesi bilim insanlarının dikkatini konuya çekmiş ve kısa sürede binlerce bilimsel makale yayımlanmıştır (Kaya ve Erbay, 2020:202).

Türkiye'de ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde görülmüştür. Diğer ülkelerde görülen vaka sayılarının hızla artması nedeniyle Türkiye, ülkede vakanın görülmesini beklemeden önlemler almıştır. İlk olarak 10 Ocak 2020 tarihinde enfeksiyon, mikrobiyoloji, viroloji, göğüs hastalıkları, acil tıp, yoğun bakım, halk sağlığı uzmanı akademisyenlerinden oluşan 31 kişilik bir Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuş ve virüse ilişkin araştırmalar kurul tarafından yapılmaya başlanmıştır. Sağlık sektörü başta olmak üzere karantina ve sınırlandırma, seyahat yasakları ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

kısıtlamaları, okulların ve üniversitelerin kapatılması, halka açık etkinliklerin iptali ve mali tedbirler gibi birçok önlem uygulamaya konulmuştur. 11 Mart'ta ilk vakanın görülmesinin ardından 17 Mart 2020 tarihinde COVID-19 sebebiyle ilk ölüm gerçekleşmiştir. İlk defa 24 Mart 2020 tarihinde ve ardından 27 Mart 2020 tarihinde yoğun bakımda tedavi gören ve entübe durumda olan hastalara yönelik sayılar açıklanmıştır. Nisan ayının ilk haftası maske satışları yasaklanmış ve 20-65 yaş arası vatandaşlara devlet tarafından ücretsiz maske dağıtılacağı açıklanmıştır. 1 Haziran 2020 tarihinde normalleşme sürecinin ilk aşaması başlamış ve faaliyetleri durdurulan/kısıtlanan mekanlar açılmış ve şehirlerarası seyahat yasağı kalkmıştır (TUSEB, 2020). Haziran ayı içerisinde Sağlık Bakanlığı tarafından "Yeni Koronavirüs (KOVİD-19) Hastalığı Seroprevelans Araştırması" yapılarak Türkiye genelinde bağışıklık seviyelerinin belirleneceği açıklanmıştır (TTB, 2020). 2021 yılının yaz döneminde pandemi sürecinde tüm dünyada uygulanan uluslararası seyahat kısıtlamaları ortadan kalkmaya başlamış ve bazı ülkeler ülkeye giriş için negatif PCR (Polymerase Chain Reaction) testi ibraz etme zorunluluğu getirmiştir. Yurtdışında yaşayan Türk vatandaşların sayısının en yüksek olduğu Almanya negatif PCR testi ibraz etme zorunluluğu getiren ülkelerden biridir (Sade, 2020). Ağustos ayı virüse karşı yapılan çalışmaların başında gelen aşı çalışmalarının gündemde sıkça yer edindiği dönemdir. 11 Ağustos 2020 tarihinde Rusya'nın geliştirdiği ve virüse karşı etkili olduğu belirtilen Gam-COVID-Vac isimli aşının Rusya Sağlık Bakanlığı tarafından tescillendiğini açıklanmıştır (Logunov vd., 2020:896). Bu haber tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de toplumun dikkatini çekmiştir. Eylül ayına gelindiğinde Türkiye'de günlük vaka sayıları tekrar yükselişe geçmiştir. Salgının başından beri Türkiye'nin en büyük amaçlarından biri olan test merkezi sayısını artırma çabaları belirli bir seviyeye gelmiştir ve Sağlık Bakanlığı 03.09.2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı COVID-19 Yetkilendirilmiş Tanı Laboratuvarı Listesi'ni açıklamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020a). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de vaka sayıları artmaya devam etmiştir. Fakat buna karşılık virüse karşı yapılan çalışmaların sayısı da artmış ve 2020 yılının Aralık ayına gelindiğinde birçok ülkeden aşı çalışmalarına yönelik önemli açıklamalar yapılmıştır. Faz çalışmaları ilerleyen aşılarda için ülkeler arası satın alma anlaşmaları hızla yapılmaya başlanmıştır. Türkiye de Çin'de geliştirilen ve Türkiye'de faz çalışmaları yapılmaya devam eden COVID-19 aşısı için satın alma anlaşması yapmıştır. Bu dönemde Türkiye'de COVID-19'a yönelik meydana gelen önemli olaylardan biri de başından beri açıklanmayan, COVID-19 testi pozitif olan fakat herhangi bir hastalık belirtisi göstermeyen hastaların sayısının açıklanmasıdır. Sağlık Bakanlığı 26 Kasım 2020 itibarıyla semptom gösterip göstermediğine bakılmaksızın tüm hasta sayılarını açıklamaya başlamıştır.

Dünyayı etkileyen bu virüs insanlar tarafından korku, merak ve endişeyle takip edilmiştir. İnsanlar COVID-19'un ne olduğu, belirtileri, sonuçları, korunma yolları ve dünyadaki durumu birçok konuyu öğrenebilmek ve güncellemeleri takip edebilmek için araştırmalar yapmaya başlamıştır. Bunun için günümüzün en önemli bilgi kaynağı olan internet sıklıkla tercih edilmiştir. Modern dünyanın vazgeçilmez bir parçası haline gelen internet kullanıcı sayısı son 10 yılda %38,1'den %75'3'e ilerlemiş ve 2020 yılında %79 olmuştur. 2020 yılında Türkiye'de aktif internet kullanıcı sayısı 77.048.026 olarak açıklanmıştır (TUİK, 2020).

İnsanlar sağlık dahil olmak üzere hemen her konuda bilgi edinmek amacıyla çevrimiçi arama motorlarından faydalanmaktadır. Bu çevrimiçi arama motorlarının başında Google gelmektedir. Google insanların aradığı cevapları bulmasına yardımcı olurken, önemli bir konu, tarih aralığı veya olaylar hakkında halkın eğilimini belirlemek için bilim insanları tarafından da kullanılan önemli bir veri kaynağıdır. Google portallarından biri olan Google Trends herhangi bir anahtar kelimenin zamana ve bölgeye göre aranma sıklığını hesaplayan bir hizmettir (Google Trends, 2020). Google bu hizmetiyle dijital epidemiyoloji olarak adlandırılan, sağlığı korumak ve hastalıkları önlemek



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

amacıyla sağlığa ilişkin bilgilerin çevrimiçi platformlar aracılığıyla elde edilmesini sağlamaktadır (Bayın Donar, 2020a:192). Google arama motorunun derlediği ve sunduğu Google Trends verilerini kullanarak insanların internette arama eğilimlerine yönelik faydalı araştırmaların yapıldığı görülmektedir (Kutlu, 2020; Walker vd., 2020; Nindrea vd., 2020, Bayın Donar, 2020b).

Bu çalışma Türkiye’de COVID-19’a ilişkin kavramların aranma sıklığını ve dönemlerini değerlendirmektedir. Bu kapsamda Google Trends verileri kullanılmıştır. Çalışmanın amacı COVID-19’a ilişkin kavramların Türkiye’deki dönemsel vaka sayılarına ve meydana gelen gelişmelere göre daha yüksek Google arama sıklığı ile sonuçlanıp sonuçlanmadığının saptanmasıdır.

YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı Türkiye’deki COVID-19 vaka sayıları ve meydana gelen gelişmeler ile COVID-19 ile ilişkili olduğu düşünülen kavramların aranma hacimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Bu amaçla Google tarafından geliştirilen ve belirli zaman aralıklarında anahtar kelimelerin aranma sıklıklarını hesaplayan, ücretsiz, kamuya açık ve çevrimiçi bilgileri içeren Google Trends, Dünya Sağlık Örgütü COVID-19 verilerinden ve dönem içerisinde meydana gelen olaylara ilişkin kaynaklardan faydalanılmıştır. Dönem içerisinde birçok olay ve gelişme olmasına rağmen bu çalışmada çalışmanın kapsamı dahilinde (incelenen zaman dilimi ve kavramlar) olan olay ve gelişmeler araştırmaya dahil edilmiştir. Google Trends herhangi bir terimin belirli zaman aralığında çevrimiçi aranma sayısını 0 ile 100 arasında değerler alan bir aranma hacmi olarak sunmaktadır. Arama hacminin 100 olması terimin o dönemde en çok arandığını ifade etmektedir. Diğer dönemlerde göreceli olarak 100’den daha düşük değerler alınacaktır. Arama hacminin 0 olması ise kavramın belirlenen süre içerisinde hiç aranmadığı anlamına gelmektedir.

Bu çalışmada COVID-19 pandemisiyle ilgili olarak “COVID-19, koronavirüs, karantina, aşı, faz, pandemi, PCR (Polymerase Chain Reaction), pozitif, asemptomatik, dezenfektan, entübe, filyasyon, vaka, maske, sürüntü, yoğun bakım, antikor, semptom” kavramları ele alınmıştır. Bu kavramlar konu ile ilgili televizyon ve gazete haberleri ve yayınlarda en çok geçen kavramların belirlenmesi sonucunda araştırmaya dahil edilmiştir. İncelenen kavramların aranma hacimleri, COVID-19’un Türkiye’de görüldüğü ilk hafta olan 08.03.2020 tarihinden başlayarak 08.11.2020 tarihine kadar 9 aylık sürede haftalık olarak ele alınmıştır. Araştırmada ilk aşamada, ele alınan kavramlarla birlikte kullanılan ifadeler incelenmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasında incelenen 18 kavramın aranma hacimleri belirlenmiş, zaman dilimlerindeki değişimler grafiksel olarak verilmiştir. Araştırmanın son aşamasında ise vaka sayıları, meydana gelen gelişmeler ve kavramların aranma hacimleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Kavramların aranma hacimleri ile vaka sayıları arasındaki ilişki Korelasyon Analiziyle, meydana gelen gelişmelerle ilişkisi ise grafik yardımıyla incelenmiştir. Kullanılan veri setinin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği çarpıklık ve basıklık katsayıları aracılığıyla kontrol edilmiştir. Çarpıklık ve basıklık katsayıları ± 2 aralığında olduğunda dağılımın normal dağılım özelliği taşıdığı kabul edilir (Şencan, 2002). Normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson Korelasyon Analizi, olmayan değişkenlerde ise parametrik olmayan Spearman’s Korelasyon Analizi uygulanmıştır.

Bu çalışma temelde literatür ve arama hacmi taramasına dayanan, herhangi bir klinik süreç veya canlının direkt dahil edilmediği bir çalışmadır. Çalışmada, kamuya açık olan veriler kullanılmıştır. Bu nedenle etik kurul iznine gerek duyulmamıştır.

BULGULAR

08.03.2020-08.11.2020 tarihleri arasında COVID-19 pandemisine ilişkin yapılan aramaların genel özellikleri şu şekildedir:

- “COVID-19” araması hastalığın belirtilerini ve pandeminin mevcut durumunu anlamaya yönelik,
- “Koronavirüs” araması belirtiler, test, yasaklar ve mevcut durumu anlamaya yönelik,
- “Karantina” araması kavramın ne olduğuna, süresine ve illere yönelik,
- “Aşı” araması aşı çalışmalarının ilerleyişine ve ülkelere yönelik,
- “Faz” kavramını araması aşının 3. Faz çalışmaları ve aşı için gönüllü başvuruya yönelik,
- “Pandemi” araması pandemi döneminde yapılan yardımlara yönelik,
- “PCR” araması kavramın ne olduğu, nasıl ve nerelerde yapıldığına yönelik,
- “Pozitif” araması kavramın pandemiyle ilişkisinin ne olduğuna ve test sonucuna yönelik,
- “Asemptomatik” araması kavramın ne anlama geldiği, COVID-19 ile ilişkisi ve mevcut asemptomatik vaka sayılarına yönelik,
- “Dezenfektan” araması aparat gibi sarf malzeme, fiyat ve litreleere yönelik,
- “Entübe” araması kavramın ne olduğu ve entübe edilen kişilerin durumlarına yönelik,
- “Filyasyon” araması kavramın ne anlama geldiği, filyasyon ekibinin ne iş yaptığı ve iletişim bilgilerine yönelik,
- “Vaka” araması Türkiye’deki güncel vaka sayılarına yönelik,
- “Maske” araması çeşit, fiyat, farklı satış mecraları ve pandemi döneminde devlet tarafından verilen ücretsiz maskelere yönelik,
- “Sürüntü” araması kavramın ne olduğuna, sürüntü testinin nasıl yapıldığına ve sonucuna yönelik,
- “Yoğun bakım” araması yatak sayıları ve doluluk oranına yönelik,
- “Antikor” araması kavramın ne olduğu, testin nasıl yapıldığı, fiyatı ve sonucuna yönelik,
- “Semptom” araması ise kavramın ne olduğuna yönelik olarak yapılmıştır.

Belirtilen tarihler arasında COVID-19 pandemisine ilişkin olarak ele alınan kavramlar ve aramalarda bu kavramlarla birlikte kullanılan ifadeler/sorular Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. COVID-19 ile ilgili kavramlar ve aramalarda kullanılan ifadeler

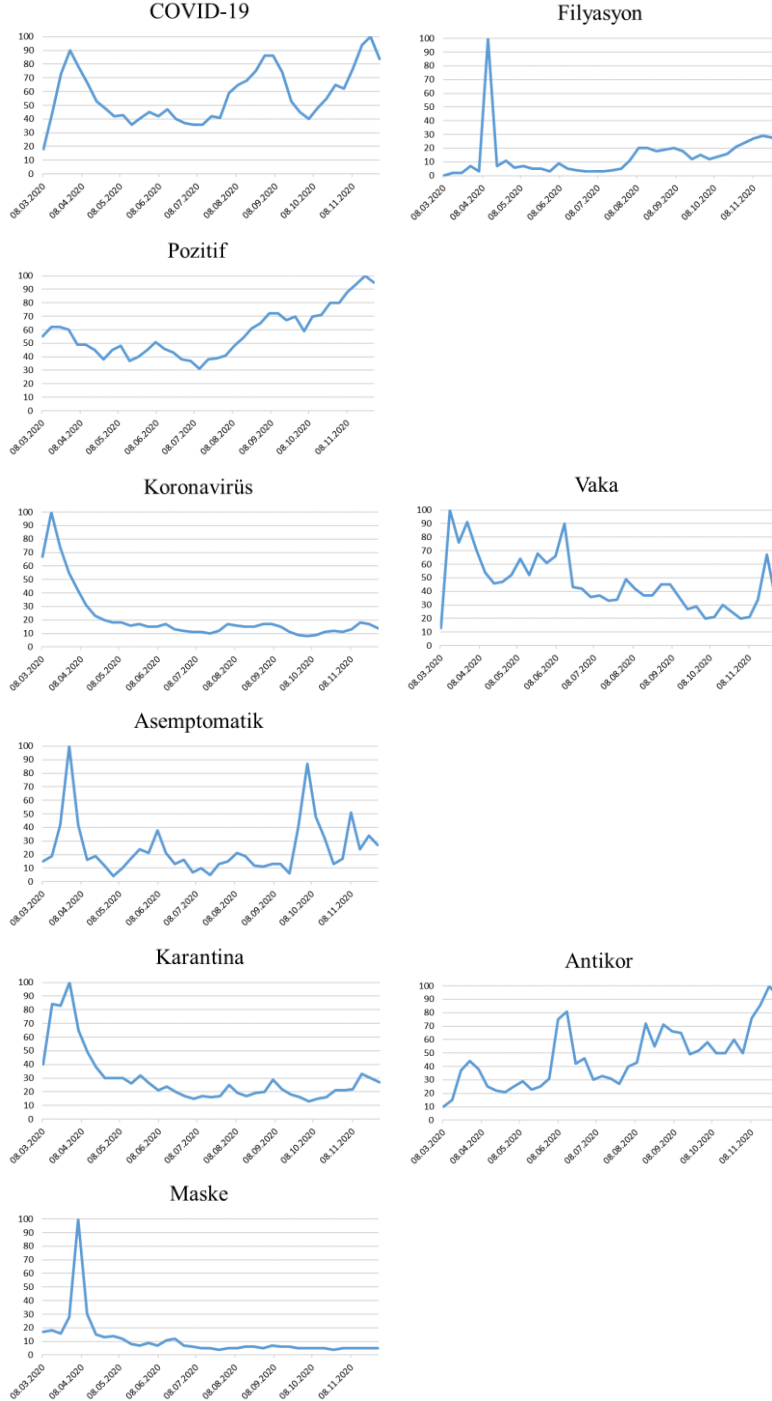
Kavram	Arama Devamı	Kavram	Arama Devamı
COVID-19	Belirtileri	Faz	3
	Testi		3.
	Test sonucu		Nedir?
	E-Nabız		Ne demek?
	Sonucu		3 pandemi
	Sağlık Bakanlığı		3 ne zaman?
	Türkiye		3 denemeleri
	Tablosu		3 sorgulama
	Haritası		3 sonuçları
	Gov		3 başvuru
	Son durum		Destek
	Vaka sayısı		Sosyal
	Semptom		Başvuru
Koronavirüs	Belirtileri	Pandemi	Sosyal destek
	Tablosu		E devlet
	Son dakika		Sorgulama
	Türkiye		Ne?
	Son durum		Nedir?
	Sayısı		Yardım
	Testi		Sonucu
	Bugün		Kredisi
	Ne zaman bitecek?		Destek sorgulama
	Yasakları		Testi
Karantina	Süresi	PCR	Test
	Son dakika		Nedir?
	Kaç gün?		Testi nedir?
	Türkiye		Ne demek?
	Sorgulama		Testi nasıl yapılır?
	Evde		Test sonucu
	Ne demek?		Nasıl yapılır?
	14 gün		Testi ne demek?
	Nedir?		Testi sonucu
	İstanbul		Testi İstanbul
	İzmir		Testi ne kadar?
İller	Testi yapan hastaneler		
Ne zaman bitecek?	Testi nerede yapılır?		
Aşı	Son dakika	Pozitif	Testi fiyat
	Corona		Ne demek?
	Ne zaman?		Negatif
	Nedir?		Nedir?
	COVID		Korona
	Koronavirüs		COVID 19
	Türkiye		Test sonucu
	Haberleri		Nedir?
	Bulundu mu?		Ne demek?
	Rusya		Vaka
Aseptomatik	Bulundu	Corona	
	Son durum	Vaka nedir?	
	Çalışmaları	Sayıları Türkiye	

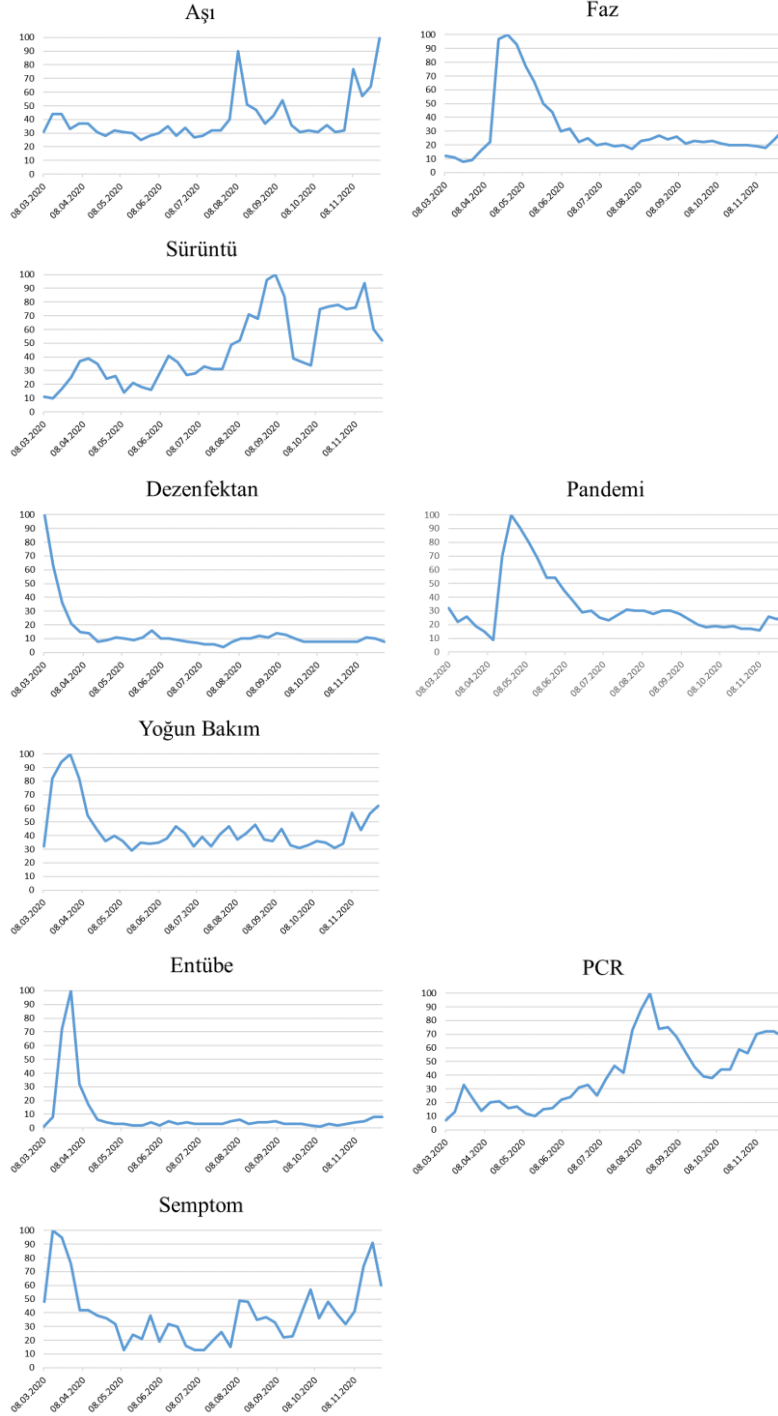
Tablo 1 Devamı. COVID-19 ile ilgili kavramlar ve aramalarda kullanılan ifadeler

Kavram	Arama Devamı	Kavram	Arama Devamı		
Dezenfektan	Sprey	Maske	PTT		
	Makinesi		E devlet		
	Fiyatları		EPTTAVM		
	Kolonya		N95		
	Standı		Fiyatları		
	Yapımı		Cerrahi		
	Alkol		Başvuru		
	Fiyatı		Başvurusu		
	Aparatı		Siyah		
	Nedir?		Yapımı		
	Jel		Ücretsiz		
	5 LT		EPTT		
	Borel		3 M		
	Evde yapımı		Trendyol		
1 LT	Zorunluluğu				
Entübe	Ne?	Sürüntü	N11		
	Ne demek?		Testi		
	Nedir?		Nedir?		
	Hasta		COVID testi		
	Hasta ne demek?		Testi sonucu		
	Etmek		Ne demek?		
	Hasta nedir?		Örneği		
	Ne demektir?		Nasıl alınır?		
	Nedir kısaca?		Nasıl yapılır?		
	Edilen hasta		Testi sonucu ne kadar sürede çıkar?		
	Etmek ne demektir?		Nedir?		
	Sayısı		Entübe		
	Hasta iyileşir mi?		Yatak sayısı		
	Olmak ne demek?		Ünitesi		
Filyasyon	Ne?	Yoğun Bakım	Korona		
	Ne demek?		Yatak sayısı Türkiye		
	Ekibi		Doluluk oranı		
	Nedir?		Testi		
	Ekibi nedir?		Nedir?		
	Ekibi iletişim		Ne demek?		
	Sağlık Bakanlığı		Testi fiyat		
	TDK		Testi corona		
	Ekibi İzmir		Testi nasıl yapılır?		
	Ekibi ne yapar?		Testi ne demek?		
	Ekibi ne zaman gelir?		Testi ne kadar?		
	Ekibi Ankara iletişim		Hızlı test		
	Vaka		Sayıları	Antikor	Kiti
			Sayısı		Testi pozitif
Bugün		Testi sonucu			
Bugün ki sayılar		Testi ankara			
Türkiye		Nedir?			
Son dakika		Ne demek?			
Sayıları il il					
Semptom					

08.03.2020-08.11.2020 tarihleri arasında COVID-19 pandemisine ilişkin olarak ele alınan kavramların zaman aralığına göre aranma hacimleri Şekil 1’de yer almaktadır.

Şekil 1. İncelenen kavramların aranma hacimleri

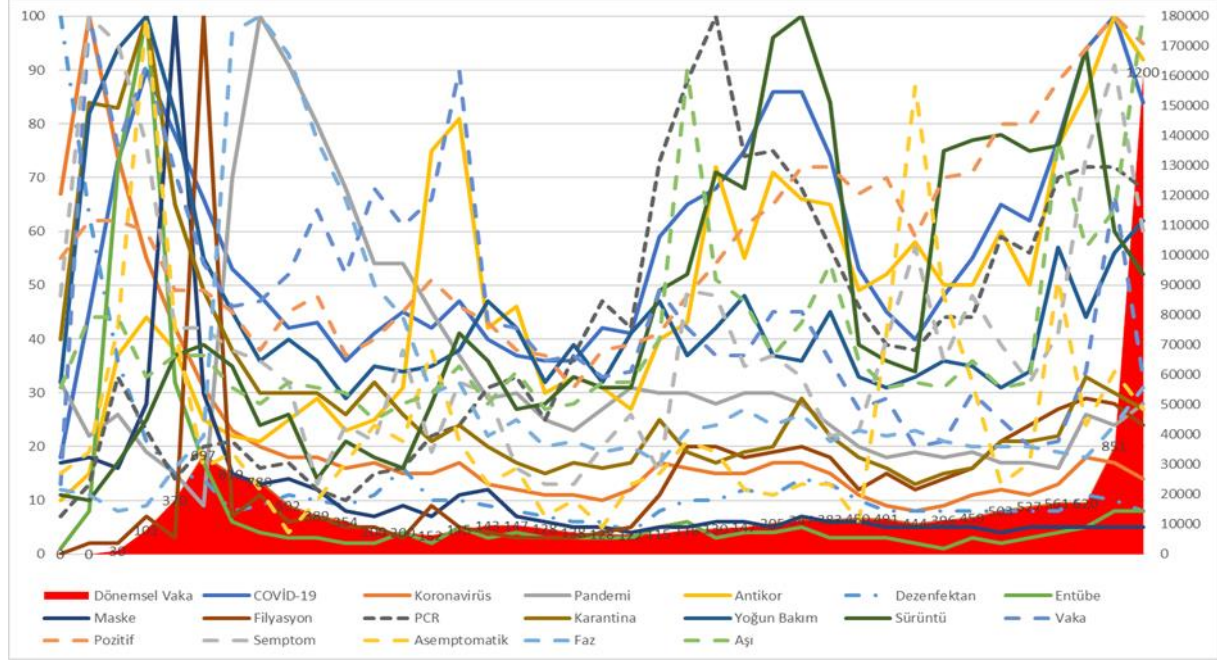




İncelenen kavramlardan bazıları incelenen zaman diliminde birer kere pik (arama hacminde yüksek değer alma) yaparken bazılarının farklı dönemlerde pikler oluşturduğu ve bazılarının (Pozitif) ise düzensiz dalgalanmalar yaptığı görülmektedir. Arama hacimlerinde bir sefer pik yapan kavramlardan filyasyon, koronavirüs, karantina, maske, faz, dezenfektan, pandemi ve entübe incelenen zaman diliminin ilk dönemlerinde pik yapmışlardır. İncelenen zaman diliminin son

döneminde COVID-19, pozitif, vaka, antikor, aşı, sürüntü, PCR ve semptom kavramlarının arama hacimlerinin yüksek olduğu görülmektedir (Şekil 1). 08.03.2020-08.11.2020 tarihleri arasında COVID-19 pandemisine ilişkin olarak ele alınan kavramların zaman aralığına göre arama hacimleri ile dönemsel vaka sayıları Grafik 1’de verilmiştir.

Grafik 1. Kavramların arama hacimindeki ve vaka sayılarının zaman aralığındaki değişimi



Türkiye’de henüz hiç vakanın görülmediği 08.03.2020 tarihinde “dezenfektan” toplam dönem içerisinde en yüksek arama hacmine ulaşmıştır. Bu tarihten birkaç gün sonra (11.03.2020) Türkiye’de ilk vaka görülmüştür. İlk vakanın görüldüğü bu tarih arama hacimlerinde yığılmanın olduğu ilk tarihtir. Bu dönemde “koronavirüs, vaka ve semptom” kavramları en yüksek arama hacimlerine ulaşmıştır. Arama hacimlerinde yığılmanın olduğu ikinci dönem ise vaka sayılarının artmaya başladığı 29.03.2020 tarihidir. Bu tarihte “yoğun bakım, karantina, entübe ve aseptomatik” kavramları en yüksek arama hacimlerine ulaşmıştır. Dönemsel vakaların pik yaptığı ve daha sonra düşüşe geçtiği 01.04.2020-19.04.2020 tarihleri arasında “maske ve filyasyon” kavramları en yüksek arama hacimlerine ulaşmıştır. 26.04.2020 tarihinde ise “pandemi ve faz” kavramları en yüksek arama hacimlerine ulaşmıştır. Dönemsel vaka sayılarının birbirine yakın olduğu dönemde “antikor, vaka, aşı, pozitif ve aseptomatik” kavramları yüksek arama hacimlerine ulaşırken “PCR ve sürüntü” kavramları en yüksek arama hacimlerine ulaşmıştır. İncelenen zaman diliminin son bölümleri vakaların tekrar yükselişe geçtiği ve daha önceki dönemlere oranla daha yüksek vaka sayılarının görüldüğü dönemdir. Bu dönemde “sürüntü ve semptom” kavramları yüksek arama hacimlerine ulaşırken, “pozitif, antikor ve aşı” kavramları en yüksek arama hacimlerine ulaşmıştır.

Vaka sayıları ile kavramların arama hacimleri arasındaki ilişkiye ait sonuçlar Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Vaka sayıları ile kavramların aranma hacimleri arasındaki ilişki

Aranan Kavram	Dönemsel Vaka Sayısı	
	Pearson	P
COVID-19	,382	0,016
Pandemi	-,314	0,052
Antikor	,741	0,000
PCR	,690	0,000
Yoğun bakım	-,340	0,034
Sürüntü	,665	0,000
Vaka	-,561	0,000
Pozitif	,671	0,000
Semptom	-,025	0,880
Spearman		
Koronavirüs	-,656	0,000
Dezenfektan	-,471	0,002
Entübe	-,173	0,293
Maske	-,861	0,000
Filyasyon	,720	0,000
Karantina	-,549	0,000
Aseptomatik	,117	0,478
Faz	-,035	0,830
Aşı	-,374	0,019

$p < 0,05$

Grafik 1’de incelenen vaka sayıları ve kavramların aranma hacimlerindeki değişim arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizinin sonuçlarına göre (Tablo 1) vaka sayıları ile COVID-19, antikor, PCR, sürüntü, pozitif, filyasyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Vaka sayıları ile yoğun bakım, vaka, koronavirüs, dezenfektan, maske, karantina ve aşı kavramlarının aranma hacimleri arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı fakat negatif yönlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,05$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada COVID-19 vaka sayıları ve meydana gelen gelişmeler ile COVID-19 ile ilişkili olduğu düşünülen kavramların Türkiye’de aranma hacimleri ile arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. İncelenen zaman diliminde ele alınan kavramların arama hacimlerinde değişiklikler olduğu gözlemlenmiştir. Dünyada COVID-19 vakalarının hızla artış gösterdiği fakat Türkiye’de henüz vakanın görülmediği dönemde insanların Google arama motorunda dezenfektan kavramını ve dezenfektan ile ilgili sarf malzeme, miktar ve fiyat araması yaptığı görülmüştür. Bu süreçte dezenfektan satışlarında artış olmuştur (Demirdöğmez vd., 2020:133). Türkiye’de 9-16 Mart tarihleri arasında, bir önceki haftaya göre dezenfektan satışlarında 10 kat artış olduğu belirtilmiştir (Günyol, 2020). Dünyada da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Amerika’da bir önceki yıla göre dezenfektan satışları %650 artış gösterirken, birçok ülkeye hizmet veren Amazon e-ticaret sitesinde dezenfektan talebi %300 artış göstermiştir (Özöğretmen, 2020). COVID-19 salgınına yönelik yapılan açıklamalarda bireysel koruyucu olarak belirtilen dezenfektanın arama hacminin en yüksek seviyede olması, salgının bireyleri dezenfektan aramaya yönlendirdiğini ve bireylerin ülkede salgın başlamadan önce bireysel önlem almaya çalıştığını göstermektedir.

Türkiye’de ilk vakanın görüldüğü tarihte koronavirüs, vaka ve semptom kavramları en yüksek arama hacimlerine ulaşmıştır. Bu tarihte pandemiyle ilgili aramalar sıklıkla yapılan aramalardan



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

hava durumu aramasını geçmiştir (Digital Age, 2020). Koronavirüs, vaka ve semptom kavramlarının test, belirti gibi ifadelerle birlikte aranması ilk vakanın toplumda tedirginlik yarattığını göstermektedir. İlk vakanın görülmesinden önce ve sonra koronavirüse ilişkin Google aramalarının analizinin yapıldığı bir çalışmada güçlü korelasyonlar olduğu görülmüştür (Kurian vd., 2020:2373). Koronavirüs kavramı Güney Kore ve Hong Kong'da ilk vaka görüldükten sonra 10 gün, Singapur'da yaklaşık 15 gün, İtalya'da yaklaşık 20 gün ve Amerika'da yaklaşık 50 gün içinde en yüksek arama hacmine ulaşmıştır (Husain vd., 2020:5).

29.03.2020 tarihi vaka sayılarının hızla artmaya devam ettiği dönemdir. Bu dönemde vaka arama hacmi yüksek seviyelere ulaşırken, yoğun bakım, karantina, entübe ve asemptomatik kavramları en yüksek arama hacmine ulaşmıştır. Vaka kavramına ilişkin aramalar Türkiye'deki güncel vaka sayılarına, yoğun bakım kavramına ilişkin aramalar yatak sayıları ve doluluk oranına, karantina kavramına ilişkin aramalar kavramın ne olduğuna, süresine ve illere, entübe kavramına ilişkin aramalar kavramın ne olduğu ve entübe edilen kişilerin durumlarına ve asemptomatik kavramına ilişkin aramalar ise kavramın ne anlama geldiği, COVID-19 ile ilişkisi ve mevcut asemptomatik vaka sayılarına yönelik aramalardır. 23 Mart 2020 tarihinde yoğun bakımdaki hastalara uygulanacak ilaç ve 24 Mart 2020 tarihinde yoğun bakımda tedavi gören hasta sayıları açıklanmıştır. Bu dönemde yurtdışından gelen vatandaşlar karantinaya alınmış, yurtlara yerleştirilmiştir. Ayrıca 27 Mart 2020'de koronavirüs kapsamında bazı bölgeler karantinaya alınmıştır. 27 Mart 2020'de entübe durumda olan hasta sayıları açıklanmıştır (TUSEB, 2020). İlk vakanın görüldüğü 2020 yılı Mart ayının sonları, virüsle mücadele bağlamında alınan kararların en yoğun olduğu dönemdir. Bu dönem aynı zamanda tüm dünyada koronavirüs arama hacminin en yüksek olduğu dönemdir (Strzelecki, 2020:141). Bu kavramlara ilişkin arama hacimlerinin dönem içerisinde alınan kararlar ve yapılan açıklamalarla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Dönemsel vakaların hızla yükselişe geçtiği 2020 yılı Nisan ayının ilk yarısında maske araması en yüksek aranma hacimlerine ulaşmıştır. Aynı tarihlerde toplu olarak bulunan yerlerde maske takma zorunluluğunun olacağı, Ticaret Bakanlığınca maske satışının yasaklandığı ve maskelerin halka, devlet tarafından belli yerlerde satılacağı açıklanmıştır (Pekcan, 2020). Maske aramalarının çeşit, fiyat, farklı satış mecraları ve pandemi döneminde devlet tarafından verilen ücretsiz maskelere yönelik olması bu dönemdeki artan vaka sayıları, maske takma zorunluluğunun gelmesi, maske satışının yasaklanması ve devlet tarafından satışının yapılması durumu ile açıklanabilir. Türkiye'de vakaların görülmeye başlandığı ve aramaların artış gösterdiği bu dönemde medikal maske satışları 4 kat artmıştır (Günyol, 2020). Amerika'da da benzer bir durum olmuş ve 22 Şubat 2020 öncesindeki bir ayda maske satışları %319 artış göstermiştir (Nielsen, 2020). Tüm dünyada benzer aramaların olması ve bundan faydalanıp fiyat artışı gerçekleştirerek fırsatçılık yapanları engellemek amacıyla Google içerisinde maske geçen tüm reklam akışlarını durdurmuştur (Seoşefi, 2020).

2020 yılı Nisan ayı içerisinde vaka sayılarının pik yaptığı dönemde, filyasyon araması en yüksek aranma hacmine ulaşmıştır. Filyasyon aramaları kavramın ne anlama geldiği, filyasyon ekibinin ne iş yaptığı ve iletişim bilgilerine yönelik aramalardır. Vaka sayılarının artması ile temaslı kişilerin de artması sonucu filyasyon ekiplerinin ulaşacağı kişilerin ve yoğunluğun artması kavramın aranma hacminin yüksekliğini açıklar niteliktedir.

01.06.2020 tarihinde Türkiye'de çoğu kısıtlamalar ortadan kalkmış ve normalleşme süreci başlamıştır. Bu dönemin takibindeki iki haftada Google arama verilerinde vaka ve antikor kavramları yüksek aranma hacimlerine ulaşmıştır. Vaka araması Türkiye'deki güncel vaka



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sayılarına yönelik aramalardı. Normalleşme ile birlikte uzun süredir kapalı olan, toplu olarak bulunan yerler yeniden aktif hale gelmiştir. Bu dönemde vaka arama hacminin yükselmesi toplumun normalleşme sonrası vaka sayılarında meydana gelen değişimi anlamaya çalışmalarıyla ilişkilendirilebilir. Antikor araması ise kavramın ne olduğu, testin nasıl yapıldığı, fiyatı ve sonucuna yönelik aramalardan oluşmaktadır. Aynı dönemlerde Sağlık Bakanlığı tarafından “Yeni Koronavirüs (Kovid-19) Hastalığı Seroprevalans Araştırması” bünyesinde antikor testlerinin uygulanacağı açıklanmıştır. Bu araştırma ile kademeli olarak 81 ilde antikor testlerinin yapılacağı ve illerin bağışıklık seviyelerinin belirleneceği belirtilmiştir (TTB, 2020). Bu dönemde yapılan antikor aramalarının ise bu araştırmayla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Vaka sayılarında büyük artışların görülmediği 2020 yılı Ağustos ayı içerisinde aşı kavramı yüksek arama hacmine ulaşırken PCR kavramı en yüksek arama hacmine ulaşmıştır. COVID-19 salgınıyla birlikte birçok ülkede aşı çalışmaları başlamıştır. Bazı dönemlerde aşı ile ilgili radikal açıklamalar yapılmış ve insanların dikkati konuya yönelmiştir. Ağustos ayı da Rusya’da COVID-19’a karşı etkili aşının açıklandığı dönemdir. 11 Ağustos 2020 tarihinde Gam-COVID-Vac isimli aşı Rusya Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilmiştir. Faz-1 ve Faz-2 çalışmaları yapılarak katılımcılarda herhangi bir yan etkinin oluşmadığı ve kendilerini iyi hissettikleri açıklanmıştır (Logunov vd., 2020:893). Aşı kavramının aranma hacminin yükseldiği dönem ile tüm dünyayı etkisi altına alan virüse karşı geliştirildiği iddia edilen aşının bulunduğu açıklanmasının aynı döneme gelmesi, yoğun arama hacmi ile ilişkilendirilebilir. Ağustos ayında pik yapan PCR araması kavramın ne olduğu, nasıl ve nerelerde yapıldığına yönelik aramalardan oluşmaktadır. Bu dönemde bazı ülkeler yolcu kabulünde seyahat öncesi negatif PCR testi ibraz etme zorunluluğu getirmiştir. En çok Türk vatandaşının yaşadığı ülkeler arasında ilk sırada yer alan Almanya bu ülkelerden biridir. Almanya 12 Ağustos 2020’den itibaren Türkiye’den gelen yolcular için PCR testi yaptırmaya zorunluluğu getirmiştir (Sade, 2020). Ağustos ayı, Türkiye’ye gelen ve geri dönüş yapmak isteyen gurbetçi vatandaşların yoğun olduğu dönemlerdendir. Yurtdışına çıkacak olanların yoğunluk yaşamaması için hangi merkezlerde test yaptırabileceklerini içeren Covid-19 PCR Testi Hakkında Duyuru Sağlık Bakanlığı tarafından aynı dönemde açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020b). Bu dönemde PCR kavramının en yüksek aranma hacmine ulaşması bu olaylarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Eylül ayının ilk haftası sürüntü kavramı en yüksek aranma hacmine ulaşmıştır. Sürüntü kavramını aratan kişiler kavramın ne olduğuna, sürüntü testinin nasıl yapıldığına ve sonucuna yönelik aramalar yapmışlardır. Bu dönemde dönemsel vaka sayıları tekrar artışa geçmiş ve 10 binin üzerine çıkmıştır. Aynı döneme denk gelen 03.09.2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı COVID-19 Yetkilendirilmiş Tanı Laboratuvarları Listesi’ni açıklamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020a). Kavramın bu dönemde en yüksek aranma hacmine ulaşması artan vaka sayıları sonrası test yaptırmak, testin nasıl yapıldığını öğrenmek ve testinin sonucunu öğrenmek isteyenlerin aramalarıyla açıklanabilir.

Ele alınan zaman diliminin son dönemi olan Aralık ayı Türkiye’de vakaların tekrar hızla arttığı, açıklanmayan asemptomatik vakaların da açıklandığı, birçok aşının haberlerinin ve ülkeler arası satın alma anlaşmalarının yapıldığı dönemdir. Bu dönemde sürüntü ve semptom kavramları yüksek arama hacmine ulaşırken, pozitif, antikor ve aşı kavramları en yüksek aranma hacimlerine ulaşmıştır. Sürüntü kavramına ilişkin aramalar kavramın ne olduğuna, sürüntü testinin nasıl yapıldığına ve sonucuna; semptom kavramına ilişkin aramalar kavramın ne olduğuna; pozitif kavramına ilişkin aramalar kavramın pandemiyle ilişkisinin ne olduğuna ve test sonucuna; antikor kavramına ilişkin aramalar kavramın ne olduğu, testin nasıl yapıldığı, fiyatı ve sonucuna ve aşı kavramına ilişkin aramalar ise aşı çalışmalarının ilerleyişine ve ülkelere yönelik aramalardır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sürüntü ve semptom aramaları vaka sayılarındaki hızlı artış sonucu toplumun kendilerinden emin olmak istemeleriyle, asemptomatik ve pozitif kavramlarının aramaları COVID-19 test sonucu pozitif olan fakat semptom göstermeyen vakaların da Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanmaya başlanmasıyla, aşı kavramının aranması ise birçok aşı çalışmasında ilerlemelerin, aşı alım-satımına ilişkin anlaşmaların ve Türkiye’de aşı uygulamalarının yapılmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Meydana gelen olaylarla açıklanabilen arama hacim yoğunlukları vaka sayıları ile de istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmuştur. Yapılan analizler, ele alınan 18 kavramdan 13’ünün aranma hacimleri ile vaka sayıları arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Bu sonuç vaka sayılarındaki değişimin bireylerin arama yaptıkları kavramlar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’deki COVID-19 vaka sayıları ve meydana gelen gelişmeler ile COVID-19 ile ilişkili olduğu düşünülen kavramların aranma hacimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada vaka sayılarında meydana gelen değişikliğin ilgili kavramların arama hacimlerinde değişikliğe yol açtığı görülmüştür. Vaka sayılarının yanı sıra ilgili dönem içerisinde yapılan önemli açıklamaların, ortaya çıkan gelişmelerin ve uygulamaların da kavramların aranma hacimlerinde değişikliğe yol açtığı belirlenmiştir. İncelenen kavramlardan çoğunun toplumda yeni olması, kavramların ne anlama geldiği, ne olduğu, nasıl ve nerede yapıldığı, hastalık belirtileri ve mevcut durumu anlama gibi aramaları içermektedir. Bu sonuç, toplumun konu hakkında bilgiye ulaşmaya ve içinde bulunulan durumu daha anlamlı hale getirmeye çalıştığını göstermektedir. Fiyat ve sosyal destek araştırmaları da araştırma kapsamında gözlemlenen sonuçlardandır. Toplumun pandemi sürecinde ilgili kavramlar dahilinde ürün fiyatı ve sosyal destek arayışının arttığı görülmüştür. Dijital epidemiyoloji olarak internet aramaları, toplumun sağlık arayışının ve sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesinde önemli araçlardandır. Özellikle karar vericilerin, toplumun hangi bilgiye ihtiyaç duyduğunun ve sağlıkla ilgili ne tür aramalar yaptığının farkında olması insanları doğru bilgiye yönlendirmesi açısından önem arz etmektedir. Böylece insanların sağlıkla ilgili doğru bilgiye ulaşması sağlanabilecektir. Bu sonuçlar doğrultusunda toplumun gerek COVID-19 gerekse pandemi sürecindeki diğer gelişmeler ve uygulamalar hakkında daha fazla bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmekte ve önerilmektedir.

KATKI ORANI BEYANI

Çalışmanın yazarları olarak makaleye eşit oranda katkı sağlamış olduğumuzu beyan ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Çalışmanın sonuçları veya yorumları etkileyebilecek herhangi bir maddi veya diğer asli çıkar çatışması olmadığını beyan ederiz.

KAYNAKÇA

BAYIN DONAR, G. (2020a), Dijital epidemiyoloji, *Turkish Journal of Public Health*, 18(2):192-203, doi:10.20518/tjph.656035.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- BAYIN DONAR, G. (2020b), Google arama hacmi verileri ile Türkiye’de hastalık farkındalık günlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2):177-188.
- DIGITAL AGE (2020), *Coronavirus salgınının TV ve reklam sektörüne etkileri*, (30.03.2020) <https://digitalage.com.tr/coronavirus-salgininin-tv-ve-reklam-sektorune-etkileri/>
- GÜNYOL, A. (2020), *Koronavirüs ile birlikte Türkiye’de e-ticaret satışları arttı*, (20.03.2020) <https://www.aa.com.tr/tr/ekonomi/koronavirus-ile-birlikteturkiyede-e-ticaret-satislari-artti-/1772734>
- JIN, X., LIAN, J.S., HU, J.H., GAO, J., ZHENG, L., ZHANG, Y.M., et. al. (2020). Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus-infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms, *BMJ Journals*, (69): 1002–1009.
- KAYA, M., ERBAY, E. (2020), Global trends of the researches on COVID-19: A bibliometric analysis via VOSviewer, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2):201-216.
- KUTLU, Ö. (2020), Analysis of dermatologic conditions in turkey and Italy by using google trends analysis in the era of the COVID-19 pandemic, *Dermatologic Therapy*, ;e13949. <https://doi.org/10.1111/dth.13949>
- NIELSEN. (2020), *Nielsen investigation: “pandemic pantries” pressure supply chain amid COVID-19 fears*, (03.02.2020) <https://www.nielsen.com/us/en/insights/article/2020/nielsen-investigation-pandemic-pantries-pressure-supply-chain-amidst-covid-19-fears/>
- NINDREA, R.D., SARI, N.P., LAZUARDI, L., ARYANDONO, T. (2020), Validation: The Use of Google Trends as an Alternative Data Source for COVID-19 Surveillance in Indonesia, *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(6-7): 368-369.
- ÖZÖĞRETMEN, T. (2020), *COVID-19 reklam sektörünü nasıl vuracak?*, (30.03.2020) <https://mediacat.com/covid-19-reklam-sektorunu-nasil-vuracak/>.
- PEKCAN, R. (2020), *Twitter (Sosyal Medya) Paylaşımı*, @pekcan, (03.04.2020), <https://www.pscp.tv/w/1YqKDEwzVoOGV>.
- PRASANTH, S., SINGH, U., KUMAR, A., TIKKIWAL, V.A., CHONG, P.H.J. (2020), Forecasting spread of COVID-19 using google trends: A hybrid GWO-Deep learning approach, *Chaos, Solitons and Fractals*, 142, <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.110336>.
- SADE, G. (2020), *Yurt dışı seyahati için COVID-19 testi nerede ve nasıl yapılır?*, (12.10.2020) <https://tr.euronews.com/2020/10/10/yurt-disi-seyahati-icin-covid-19-testi-nerede-ve-nasil-yapilir>.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2020a), *Yetkilendirilmiş COVID-19 tanı laboratuvarları*,. (03.09.2020) <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/yetkilendirilmis-covi-d-19-tani-laboratuvarlari.html>.
- SAĞLIK BAKANLIĞI. (2020b), *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Covid-19 (SARS-CoV-2) PCR Testi*, (08.08.2020) https://ohsad.org/wp-content/uploads/2020/08/covid-19-sars-cov-2_ustyazi.pdf.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- SEOŞEFİ. (2020), *Corona (Covid-19) Virüsün SEO ve Dijital Pazarlama Üzerindeki Etkisi*, (16.12.2020) <https://www.seosefi.com/corona-covid-19-virusun-seoya-etkisi/>.
- SHEREEN, M.A., KHAN, S., KAZMI, A., BASHIR, N., SIDDIQUE, R. (2020), COVID-19 infection: origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses, *Journal of Advanced Research*, (24):91–98.
- STRZELECKI, A., RIZUN, M. (2020), Infodemiological study using google trends on coronavirus epidemic in Wuhan, China., *International Journal of Online and Biomedical Engineering*, 16(4): 139-146.
- ŞENCAN, H. (2002), Bilimsel Yazım, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yayınları no:283, s.459.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2020), *Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması*, (25.08.2020) [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679).
- TTB (Türk Tabipler Birliği) (2020), *TTB “Salgınlarda Seroprevalans Çalışmaları” Webinarı Youtube’da*, (19.06.2020) https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=c4d2dd98-b20d-11ea-a732-c115216aae2a.
- WALKER, A., HOPKINS, C., SURDA, P. (2020). The use of google trends to investigate the loss of smell related searches during COVID-19 outbreak, *International Forum of Allergy & Rhinology*, 10(7), July 2020 <https://doi.org/10.1002/alr.22580>.
- WHO (World Health Organization), (2020), *Weekly Operational Update on COVID-19*, <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---14-december-2020>.



HASTANE ÇALIŞANLARININ İŞYERİNDE DIŞLANMA ALGILARI İLE ÇALIŞAN SESSİZLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ¹

EXAMINING OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN HOSPITAL EMPLOYEES' PERCEPTIONS OF WORKPLACE OSTRACISM AND EMPLOYEE SILENCE

Rüya Zeliha ÇELİK BAYKOCA

Munzur Üniversitesi, ruyabaykoca@gmail.com, orcid.org/0000-0003-3148-9593

Dr. Öğr. Üyesi Eray Ekin SEZGİN

Munzur Üniversitesi, eraysezgin@munzur.edu.tr, orcid.org/0000-0002-8565-0269

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (20.10.2021-15.11.2021)

Öz

Bu araştırmanın amacı, işyerinde dışlanma ile çalışan sessizliği arasındaki ilişkilerin açıklanmasıdır. Araştırmanın evrenini Tunceli Devlet Hastanesi'nde çalışan 685 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Örneklem grubunu kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen 250 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmada verilerin çözümlenmesi aşamasında, verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleri ile değerlendirilmiştir. İlgili kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra anketler araştırmacı tarafından gönüllü katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Araştırmada sağlık çalışanlarına Ferris vd. (2008) tarafından geliştirilen "İşyerinde Dışlanma Ölçeği" ve Knoll ve Dick (2013) tarafından geliştirilen "Çalışan Sessizliği Ölçeği" uygulanmıştır. Elde edilen bulgular neticesinde sağlık çalışanlarının işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizliği alt boyutları arasında; faydacı sessizlik ve kabullenici sessizlik alt boyutları ile işyerinde dışlanma arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Korunmacı sessizlik ve korunmacı sessizlik alt boyutları ile işyerinde dışlanma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: İşyerinde dışlanma, çalışan sessizliği, sağlık çalışanları

¹ Bu çalışma, Munzur Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı'nda kabul edilen, aynı başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Abstract

The purpose of this research is to explain the relationships between exclusion in the workplace and employee silence. The population of the study consisted of 685 healthcare professionals working at Tunceli State Hospital. The sample group consisted of 250 health workers selected by simple random sampling method. During the analysis of the data in the research, the conformity of the data to the normal distribution was evaluated with the values of kurtosis and skewness. After obtaining the necessary permissions from the relevant institutions, the questionnaires were administered by the researcher to the volunteer participants using face-to-face interview technique. Ferris et al. (2008) and the "Employee Silence Scale" developed by Knoll and Dick (2013) were applied. As a result of the findings obtained, between the perceptions of exclusion in the workplace and employee silence sub-dimensions; A statistically significant and weak positive correlation was found between utilitarian silence and accepting silence sub-dimensions and workplace exclusion. No statistically significant relationship was found between the sub-dimensions of protective silence and protective silence and exclusion at work.

Keywords: Workplace ostracism, employee silence, hospital employees.

GİRİŞ

Örgütlerin küreselleşme ekseninde devamlılıklarını sürdürebilmeleri için sosyal bilimciler örgüt içinde ve dışında çok çeşitli dinamikler üzerinde durmuşlardır. Çalışan sessizliği ve işyerinde dışlanma bu konulardan bazılarıdır. Çalışanlar düşüncelerini ve fikirlerini özgürce söyleyebildikleri ve dışlanma algısı yaşamadıkları takdirde, örgütler değişen şartlara ve gelişmelere ayak uydurabilecek ve yaşamlarını devam ettirebileceklerdir. Bir örgütte çalışan için her türlü imkan sağlansa bile çalışanlara gereken önem verilmezse eğer, örgütlerin amaç ve hedeflerine varmaları mümkün olmayacaktır. Çalışanların verimliliklerinin ve performanslarının artırılabilmesi ve örgütün amaç ve hedeflerine varabilmesi için işgörenlerin her daim söz hakkı bulabilmesi, negatif şartlar söz konusu olduğunda dahi duygu ve düşüncelerini cesurca dile getirebilmesine olanak tanınması ve işyerinde dışlanmamaları gerekir.

Pinder ve Harlos'un (2001) çalışan sessizliğini, iş görenlerin içinde buldukları örgütsel koşullarla ilgili davranışsal, fikirsel ve duygusal görüşlerini, diğer kişilere söylememeyi tercih etmesi olarak ifade etmişlerdir. Bahsi geçen yazarların çalışan sessizliği üzerine yapmış oldukları çalışmalar, konu üzerine daha fazla araştırmaların yapılmasında güdüleyici olmuştur. Birçok araştırmacı kavramın farklı, geniş bir takım olaya bir reaksiyon olarak gelişme göstereceğine odaklanmaktadır. Bu sebeple, çalışan sessizliği günümüzde işgörenlerin görev yaptıkları örgütler ya da işleriyle ilgili konular hakkındaki tavır ve endişelerinin bilinçli bir şekilde gizlenmesi olarak tekrardan kavramsallaştırılmıştır. İşyerinde dışlanma ise çalışanların çalışma ortamından uzaklaşacak seviyede yoksunluk içinde olmalarına neden olan uygulamalardır (Pelit, 2018: 8). Bu bağlamda işyerinde dışlanma ile sonuçlanabilecek herhangi bir fikrini saklayan çalışan çalışma ortamında git gide mutsuz ve huzursuz olup bu durumu da işlerine yansıtacaktır. Bu bağlamda, hastane çalışanlarının işyerinde dışlanma algısı ile çalışan sessizliği arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik yapılan bu araştırma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci kısımda "çalışan sessizliği" ve "işyerinde dışlanma" kavramlarının tanımlanmasına ve aralarındaki ilişkiye, ikinci kısımda araştırmanın tasarımına, üçüncü kısımda ise bulgulara yer verilmektedir. Araştırma sonuç ve öneriler ile tamamlanmaktadır.



KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışan Sessizliği

Her ne kadar bu araştırmanın konusu çalışan sessizliği olsa da, bu kavramın tam olarak anlaşılması sessizliğin açıklanmasını gerektirir. Yazın genel olarak sessizliği her yerde ve her zamanki doğasını yansıtan toplumsal cinsiyet algıları, güç algıları ve güven algılarına odaklanarak geniş bir şekilde yorumlanmakta ve tanımlanmaktadır (Slade, 2008: 45-46). TDK'nın güncel sözlüğüne ait tanımlamaya göre "sessizlik" kavramı da gürültünün olmadığı yer olarak yorumlanmıştır (URL-1, 2020). Sessizlik kavramı Webster's Collegiate sözlüğünde ise beş farklı şekilde tanımlanmıştır. Bu tanımlardan birincisi; konuşmamak veya aşırı sestən uzak durmak, ikincisi; herhangi bir ses ya da telaşın olmaması, üçüncüsü; bilginin kesilmesi ya da saklanması, dördüncüsü; iletişim kurmama veya yazmama ve beşincisi; unutmama ve gizlilik (Pinder ve Harlos, 2001). Örgütsel perspektif de sessizlik ise Morrison ve Milliken'in (2004) yapmış olduğu araştırmalara dayanmaktadır ve çok sayıda işgörenin olası örgütsel problemler hakkındaki fikirlerini, düşüncelerini, endişelerini, meraklarını gizli tuttuklarında beliren genel, toplu bir olgu olarak yorumlanmaktadır.

Çalışan sessizliği ise örgütlerde sıklıkla karşılaşılmaktadır ve anlaşılması güç ve kaygan zeminde yer almaktadır. Pinder ve Harlos (2001) kişisel seviyede çalışan sessizliği olgusunun anlaşılmasına pozitif katkılarda bulunmuşlardır. Bahsi geçen yazarlara göre şartları değiştirmek için bir isteği olmayan veya sessizliği bozmak için hiçbir şey yapılmadığı bir davranış biçimi olarak tanımladıkları çalışan sessizliğini, iş görenlerin içinde buldukları örgütsel koşullarla ilgili davranışsal, fikrî ve duygusal görüşlerini, diğer kişilere söylememeyi tercih etmesi olarak ifade etmişlerdir. Gürer'e (2017: 72) göre çalışan sessizliği, çalışanların örgütle ilgili yeni fikirlerini veya örgüt içerisinde gördükleri sorunlara dair bilgi, duygu ve düşüncelerini yöneticileri ile paylaşmamaları ile ilgilidir. Çalışan sessizliğinden söz edebilmek için çalışanların bilinçli ve kasıtlı olarak sessiz kalma davranışını tercih etmeleri gerekir.

İşyerinde Dışlanma

Dışlanma, örgütler içinde karanlık bir fenomendir ve örgütteki davranışları etkiler (Huertas-Valdivia vd., 2019: 240) yani dışlanmanın görülmesinde kilit noktanın örgütler olduğu ifade edilmektedir (Fox ve Stallworth, 2005: 452). Her ne kadar işyerinde dışlanma kavramının kavramsallaştırılması nispeten yeni olsa da, Robinson ve Schabram (2017) işyerinde dışlanma kavramının 1970'lerden bu yana örgütsel literatürde yer aldığını dile getirmişlerdir (akt. Gamian-Wilk ve Madeja-Bien, 2018: 3).

Mahfooz vd., (2017: 400) işyerinde dışlanmayı, bir çalışanın örgüt içi faaliyetlerden soyutlanması, iletişim kurmak istediğinde diğer meslektaşının sessiz kalması, meslektaşı tarafından görmezden gelinmesi, göz ardı edilmesi ve benzeri tutum ve davranışlara maruz kalması şeklinde tanımlamışlardır. Haq'a (2014: 1312) göre kavram, çalışanların günlük ve iş yaşamlarındaki problemler ile baş edebilmek adına ihtiyaç duyulan materyalleri tehdit eden, iş yaşamına bağlı bir stres faktörü olarak ifade edilmiştir. Koçel (2018) ise olguyu, çalışanın yalnızlaştırılmanın da ötesinde saydam bir cisim gibi görülmesi, topluluk dışına itilmesi ve uzaklaştırılması şeklinde dile getirmiştir.

İnsanların işgören olarak algılandıkları işyerinde diğer çalışanlar tarafından görmezden gelinme ya da ortadan kaldırılma ölçüsü olan işyerinde dışlanma yaygın bir işyeri olgusudur ve çalışanları psikolojik olarak etkilemekte ve iletişim imkanlarını azaltmaktadır (Choi, 2020: 333).

Çalışan Sessizliği ile İşyerinde Dışlanma Arasındaki İlişki

İşyerinde dışlanma araştırmaları, çalışan sessizliği çalışmaları içinde yol gösterici olabilmektedir. Van Dyne vd. (2003) çalışan sessizliğini, üç çeşit eğilimin bulunduğu çok perspektifli bir yapı şeklinde kavramsallaştırmışlardır. Bu üç çeşit eğilim; sessiz kalınması, savunmacı olmak ya da kurum yanlısı olma şeklindedir. Gerek sessizlik gerekse dışlanma olguları bilgiyi gizleme davranışına yoğunlaşmasına rağmen, dışlanma olgusu örgütsel sessizlik penceresinden daha önce düşünülmemiştir aksine daha çok disiplinle ilişkili ya da cezalandırıcı bir sessizlik şekli olarak algılanmıştır. İlave olarak, çalışanın dışlanma olgusuyla karşılaşması için çalışma ortamında olması şart değildir. Dışlanma davranışı; öğle paydosunda yemek yerken, işten sonra meslektaşlarıyla bir şeyler içerken de çalışma ortamında olduğu gibi çalışanların hayatını etkileyebilecek daha geniş ve sosyal bir olgudur (akt. Kumral, 2017: 47).

İşyerinde dışlanma, çalışanların bilgi saklama ve duygu ve düşüncelerini dile getirme gibi potansiyel davranışlarını negatif yönde etki ederek engellemektedir (Gkorezis vd., 2016; Fatima vd., 2017). Dışlanma, bir kişinin olumlu ilişkiler kurma veya sürdürme yeteneklerini köreltebilir. Diğer taraftan, iletişim fırsatları ile çalışan sessizliği arasında da bir ilişki bulunmaktadır (Salavatian vd., 2016). Liang ve Tang tarafından yapılan araştırmalar da, çalışanların iyi ilişkilerinin, sessizlik davranışlarını önleyerek olumlu bir etkisi olduğunu göstermiştir. Çalışanların dışlanmasının, örgütte toplumsal bağları kopardığı ve mevkidaşları ile olan destekleyici ilişkileri zarar verdiği bilinmektedir. Bu bağlamda, meslektaşları tarafından dışlanmış olan kişilerin ses çıkarma davranışlarını azaltma eğiliminde oldukları söylenebilir (Li ve Tian, 2016). Ayrıca dışlanma, dışlanan kişide korkuya yol açar. Campbell vd. (2006), sosyal içerme veya aidiyetin temel bir insan ihtiyacı olduğunu söylemişlerdir. Bu ihtiyaç tehdit edilirse, bireyler olumsuz değerlendirilme korkusu yaşarlar. Bu bağlamda korku, çalışanların sessiz kalmasına neden olabilir (Campbell vd., 2006'dan akt. Takhsha, 2020: 422).

ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma ile Tunceli Devlet Hastanesinde görev yapan hastane çalışanlarının çalışan sessizliği ve işyerinde dışlanma kavramlarına ilişkin algıları arasındaki ilişkileri ortaya koymak amaçlanmıştır.

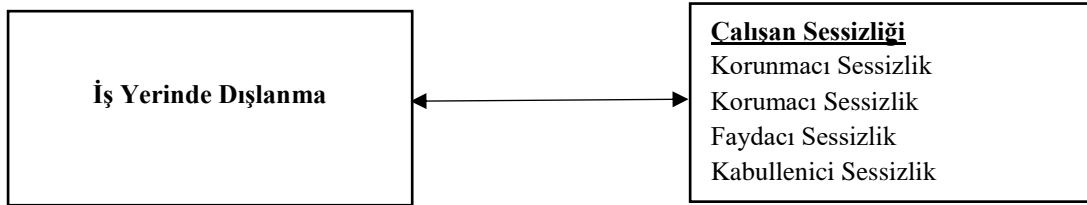
Araştırmaya konu olan işyerinde dışlanma ve çalışan sessizliği konuları ile ilgili yapılan yazın taramasında bu kavramları birlikte inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Kavramların birlikte ele alınarak daha önce sağlık sektörü üzerinde herhangi bir araştırmanın yapılmamış olması sebebiyle hem yazına katkı sağlayabileceği hem de sağlık yöneticilerine önemli bilgiler sunacağı düşünülmektedir. Bu sebeple yapılan araştırmayla hem konulara dikkat çekmek hem de gereken önlemlerin alınması adına ilgili yöneticilere katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tunceli il merkezindeki kamu hastanesinde çalışmakta olan yaklaşık 685 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Anket uygulaması gerçekleştirilirken ana kütlenin tamamına ulaşmadaki zorluklar sebebi ile kolayda örnekleme yöntemi tercih edilmiş ve örnekleme bu yöntemle ortaya konulmuştur. Evren sayısı dikkate alındığında, %5 hata toleransı ve %95 güvenilirlik düzeyi aralığında örneklemin en az 246 kişi olması gerekmektedir. Çalışma 250 sağlık çalışanı üzerinden yürütülmüştür. Bu büyüklükteki bir örneklemin %95 güven düzeyinde evreni temsil gücüne sahip olacağı kanısına varılmıştır (Baş, 2008: 39-42; Demir ve Narlıkaya, 2020: 2897; Düşükcan vd., 2019: 436).

Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırmada, hastane çalışanlarının iş yerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizliği arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmada önerilen model Şekil 1’de sunulmaktadır.



Şekil 1. Araştırma Modeli

Araştırma amacı doğrultusunda oluşturulan araştırma hipotezleri ise aşağıdaki gibidir:

H₁: Hastane çalışanlarının işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H₂: Hastane çalışanlarının işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizliğinin korunmacı sessizlik alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H₃: Hastane çalışanlarının işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizliğinin korunmacı sessizlik alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H₄: Hastane çalışanlarının işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizliğinin faydacı sessizlik alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H₅: Hastane çalışanlarının işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizliğinin kabullenici sessizlik alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan ölçekler aşağıda sıralanmıştır:

Çalışan Sessizliği Ölçeği: Araştırmada çalışan sessizliği kavramı, Knoll ve Dick (2013) tarafından geliştirilen ve Gürer (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Çalışan Sessizliği Ölçeği" aracılığıyla ölçülmüştür. Çalışan Sessizliği ölçeği 5'li likert olup, 12 önermeden meydana gelmektedir. Ölçek, korunmacı, korunmacı, faydacı ve kabullenici olmak üzere 4 boyutu içermektedir. Ölçeğin korunmacı boyutunu oluşturan maddeler çs1, çs2, çs3; korunmacı boyutunu oluşturan maddeler çs4, çs5, çs6; faydacı boyutunu oluşturan maddeler çs7, çs8, çs9; kabullenici

boyutunu oluşturan maddeler ise çs10, çs11, çs12 olarak belirlenmiştir. Ölçek, Gürer (2017) tarafından yapılan çalışmada kullanılmış, ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliği sınanmış ve yeterli düzeye ulaşıldığı vurgulanmıştır. Cronbach's Alfa (içsel tutarlılık katsayısı) değeri Gürer tarafından 0,76 olarak tespit edilmiştir.

İşyerinde Dışlanma Ölçeği: Araştırmada işyerinde dışlanma kavramı, Ferris vd. (2008) tarafından geliştirilen "İşyerinde Dışlanma Ölçeği" aracılığıyla ölçülmüştür. Leung vd (2011) araştırmalarında işyerinde dışlanmanın tek boyutlu bir yapısı olduğunu belirtmişlerdir. Ölçek Koşar (2014), Kılıç (2018) ve Fırat (2019) tarafından yapılan çalışmalarda kullanılmış, güvenilirlik ve geçerliliği sınanmış ve yeterli düzeye ulaşılmıştır. Cronbach's Alfa (içsel tutarlılık katsayısı) değeri Ferris vd. (2008) tarafından 0,949; Koşar (2014) tarafından 0,936; Kılıç (2018) tarafından 0,953 ve Fırat (2019) tarafından ise 0,97 olarak tespit edilmiştir.

Demografik Özelliklere İlişkin Sorular: Araştırmada, katılımcıların demografik profillerini belirlemeye yönelik 7 soru yer almaktadır. Bu sorular ile sağlık çalışanlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, görevi, mesleki tecrübesi ve mevcut birimdeki görev süresi ile ilgili verilere ulaşmak amaçlanmıştır.

Araştırmada kullanılan çalışan sessizliği ve işyerinde dışlanma ölçeklerine ilişkin normallik testi, faktör ve güvenilirlik analizi Tablo 1, 2 ve 3'te aktarılmaktadır.

Tablo 1. Normallik Analizi Bulguları

Ortalamalar	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
İşyerinde Dışlanma	0,574	-0,655
Çalışan Sessizliği	-0,075	-0,800
• Korunmacı sessizlik	-0,049	-0,991
• Korunmacı sessizlik	-0,176	-0,702
• Faydacı sessizlik	0,17	-1,190
• Kabullenici sessizlik	-0,193	-1,010

Tablo 1'e göre elde edilen verilere göre Skewness (S) ve Kurtosis (K) değerleri şu şekildedir; işyerinde dışlanma (S=0.574; K=-0.655), çalışan sessizliği (S=-0.075; K=-0.8), korunmacı sessizlik (S=-0,049; K=-0,991), korunmacı sessizlik (S=-0,176; K=-0,702), faydacı sessizlik (S=0,17; K=-1,190) ve kabullenici sessizlik (S=-0,193; K=-1,010). Söz konusu değerler "-2" ve "+2" aralığında olması halinde verilerin normal dağıldığı kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010). Görüldüğü üzere araştırma kapsamındaki tüm ölçek ve alt boyutları için basıklık ve çarpıklık değerlerinin söz konusu normal dağılım aralığında olduğu saptanmıştır. Bu sebeple verilerin normal bir dağılım gösterdiğine ve buna bağlı olarak çalışmada parametrik testlerin kullanılabilmesine karar verilmiştir.

Tablo 2. Güvenilirlik Analizi Bulguları

Değişkenler	İfade sayısı	α değeri
İşyerinde Dışlanma	13	0,896
Çalışan Sessizliği	12	0,919
• Korunmacı sessizlik	3	0,825
• Korunmacı sessizlik	3	0,733
• Faydacı sessizlik	3	0,828
• Kabullenici sessizlik	3	0,790

Tablo 2’de görüldüğü gibi, içsel tutarlılık katsayılarının oldukça güvenilir ve yüksek derecede güvenilir olduğu, bu sebeple bu katsayı değerlerinin çalışma için yeterli olduğu kanısına varılmıştır. Tüm α değerlerinin 0,70’den büyük olması değişkenlerin güvenilirliğini ve ölçeklerin içsel tutarlılığının olduğunu göstermektedir (Kılıç, 2016: 2).

Tablo 3. Çalışan Sessizliği Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi

Madde Sırası	Faktör Yükleri
8. md.	0,861
7. md.	0,806
12. md.	0,788
11. md.	0,734
3. md.	0,689
4. md.	0,638
9. md.	0,624
2. md.	0,806
1. md.	0,743
5. md.	0,743
10. md.	0,672
6. md.	0,475

(KMO): 0.897

Bartlett Küresellik Testi:

Ki-kare: 1757.498; df: 66; **Önem:** 0.000

Toplam Açıklanan Varyans: 62,640

Tablo 3’te çalışan sessizliği ölçeği için uygulanan faktör analizi sonuçları verilmiştir. KMO değeri 0,897 olarak hesaplanmıştır. Bu veri ölçeğe faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğünün yeterli sayıda olduğuna işaret etmektedir. Faktör yükleri 0,475-0,861 arasında değişkenlik göstermektedir. Analiz sonucu toplam açıklanan varyans 62,640 olarak tespit edilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde ise çalışan sessizliği ölçeği faktör analiz sonuçları, söz konusu ölçeğin faktör yapısını ve geçerliliğini desteklemektedir (Büyüköztürk, 2012: 169).

Tablo 4. İşyerinde Dışlanma Ölçeğine İlişkin Faktör Analizi

Madde Sırası	Faktör Yükleri
2. md.	0,877
1. md.	0,871
8. md.	0,855
4. md.	0,846
5. md.	0,839
7. md.	0,822
11. md.	0,796
9. md.	0,784
12. md.	0,643
13. md.	0,635
10. md.	0,613
3. md.	0,597
6. md.	0,446

KMO: 0.922

Bartlett K. T.:

Ki-kare: 1901.339; df: 78; **Önem:** 0.000

Toplam Açıklanan Varyans: 60,365

Tablo 4'e göre KMO değeri 0,922 olarak hesaplanmıştır. Bu veri ölçeğe faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğünün yeterli sayıda olduğuna işaret etmektedir. Faktör yükleri 0,446-0,877 arasında değişkenlik göstermektedir. Analiz sonucu toplam açıklanan varyans 60,365 olarak tespit edilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde ise çalışan sessizliği ölçeği faktör analiz sonuçları, ölçeğin faktör yapısını ve geçerliliğini desteklemektedir (Büyüköztürk, 2012: 169).

Araştırmanın Kısıtları

Araştırmanın en önemli kısıtı olarak verilerin sadece kamu sektöründe görev yapan sağlık çalışanları için tek bir kamu hastanesinden elde edilmiş olması söylenebilir. Veriler; Ülke genelinde değil, Tunceli ilinde yer alan bir kamu hastanesinde çalışmakta olan çalışanlardan toplanmıştır. Bu sebeple örneklemin sınırlı kalması, çalışmanın genellenebilirliğindeki en önemli kısıtını oluşturmaktadır. Ayrıca bu çalışmanın sonuçları, araştırmanın uygulandığı dönem (Ocak 2021- Mart 2021) ile sınırlıdır.

BULGULAR

Demografik Bulgular

Tablo 5'de sağlık çalışanlarını demografik profillerini yansıtan bulgular sunulmaktadır.

Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Demografik Profillerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Kategori	Frekans	%
Cinsiyet	Erkek	112	44,8
	Kadın	138	55,2
Medeni Durumunuz	Evli	166	66,4
	Bekar	84	33,6
Yaşınız	21 ve altı	15	6,0
	21-30 arası	80	32,0
	30-40 arası	96	38,4
	40-50 arası	41	16,4
	50 ve üzeri	18	7,2
Eğitim Düzeyiniz	Ortaokul	3	1,2
	Lise	21	8,4
	Ön Lisans	59	23,6
	Lisans	153	61,2
Göreviniz	Lisansüstü	14	5,6
	Hekim	16	6,4
	Hemşire	89	35,6
	Ebe	7	2,8
	Fizyoterapist	4	1,6
	Sağlık Memuru	40	16,0
	Laborant	11	4,4
Teknisyen	14	5,6	
Diğer	69	27,6	
Mesleki Tecrübeniz	5 yıl ve altı	58	23,2
	5-10 yıl arası	82	32,8
	10-15 yıl arası	66	26,4
	15-20 yıl arası	30	12,0
	20 yıl ve üzeri	14	5,6
	5 yıl ve altı	123	49,2

Mesleki Birimdeki	5-10 yıl arası	81	32,4
Görev Süreniz	10-15 yıl arası	28	11,2
	15-20 yıl arası	11	4,4
	20 yıl ve üzeri	7	2,8

Tablo 5'deki verilere göre; ankete katılanların %55,2'si kadın ve %44,8'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcılar arasında evli olanlar %66,4 oranındayken; bekar olanlar da %33,6 oranındadır. Yaş aralığı açısından en büyük grubu, %38,4 ile 30-40 yaş arasındakiler oluşturmaktadır. Eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde %61,2 oranı ile lisans mezunu katılımcıların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Görev unvanlarına göre %35,6 ile hemşireler grubu en büyük grup olarak görünmektedir. Mesleki tecrübe gruplarından 5-10 yıl arasında olanlar %32,8 oranıyla en büyük grubu meydana getirmektedirler. Mesleki birimdeki görev süreleri açısından ise en büyük grubu %49,2 ile 5 yıl ve altı gruplar oluşturmaktadır.

Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçek ortalama skorları değerlendirilirken aritmetik ortalamalar baz alınmıştır. Likert tipi ölçeklerin ortalama puanların yorumlanmasında ise aşağıdaki skor aralıkları ölçüt kabul edilmiştir (Tekin, 2017):

Tablo 6. Ölçek Skorları

Puan Aralığı	Ölçeğe Gelen Karşılık
1,00 ≤ ort. ≤ 1,80	Kesinlikle katılmıyorum
1,80 < ort. ≤ 2,60	Katılmıyorum
2,60 < ort. ≤ 3,40	Kararsızım
3,40 < ort. ≤ 4,20	Katılıyorum
4,20 < ort. ≤ 5,00	Kesinlikle katılıyorum

Tablo 7'de çalışma kapsamında kullanılan ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri aktarılmaktadır.

Tablo 7. Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma
İşyerinde Dışlanma	2,33	0,899
Çalışan Sessizliği	3,05	0,970
• Korunmacı sessizlik	2,88	1,168
• Korunmacı sessizlik	3,20	1,029
• Faydacı sessizlik	2,98	1,183
• Kabullenici sessizlik	3,13	1,115

Tablo 7'ye göre katılımcıların iş yerinde dışlanma algısı düşük seviyededir. Katılımcıların çalışan sessizlik eğilimleri ise orta düzeydedir. Çalışan sessizliği boyutlarından en düşük skor alan korunmacı sessizliktir. En yüksek skoru ise korunmacı sessizlik almıştır.

İş yerinde dışlanma ölçeğine ait soruların ortalama puanı 2,33 olarak tespit edilmiştir. Bu skor, ölçekteki "katılmıyorum" seçeneğine denk olup; olumsuz olarak bulgulanmıştır.

Çalışan sessizliği eğilimi konusunda katılımcıların ortalama skor değerleri 3,05 olarak tespit edilmiştir. Bu skor, ölçekte “kararsızım” seçeneğine denk gelmektedir ve olumsuz olarak saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin tüm boyutları için katılımcı görüşlerinin olumsuz/zayıf olduğu bulgulanmıştır.

Korelasyon Analizi

Tablo 8’de korelasyon analiz bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 8. Korelasyon Analiz Bulguları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
İş yerinde Dışlanma	-					
Çalışan Sessizliği	0,214*	-				
Korunmacı sessizlik	0,076	0,859*	-			
Korunmacı sessizlik	0,088	0,831*	0,629*	-		
Faydacı sessizlik	0,320*	0,892*	0,681*	0,650*	-	
Kabullenici sessizlik	0,245*	0,866*	0,636*	0,618*	0,730*	-

*Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, işyerinde dışlanma ile çalışan sessizliği arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,214$; $p<0,01$). Yani işyerinde dışlanma arttıkça çalışan sessizliği de zayıf kuvvette artmaktadır. Bir başka deyiş ile işyerinde dışlanma arttığında çalışan sessizliği de artmaktadır.

Çalışan sessizliğinin alt boyutlarından olan korunmacı sessizlik ve korunmacı sessizlik ile işyerinde dışlanma arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Buna karşın çalışan sessizliğinin alt boyutlarından olan faydacı sessizlik ve kabullenici sessizlik ile işyerinde dışlanma arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulgulanmıştır ($r=0,320$; $p<0,01$; $r=0,245$; $p<0,01$).

Regresyon Analizi

Tablo 9’da çalışan sessizliğinin iş yerinde dışlanma üzerindeki etkisini inceleyen basit doğrusal regresyon analizi verilerine yer verilmiştir.

Tablo 9. Regresyon Analizi

Bağımsız değişken	R ²	Düzeltilmiş R ²	Beta	t	p
Çalışan sessizliği	0,046	0,042	0,214	3,457	0,001

Bağımlı değişken: İşyerinde dışlanma

Çalışmada çalışan sessizliğinin iş yerinde dışlanma algısı üzerindeki etkisini incelemek için tekli (basit) regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre bağımsız değişken çalışan sessizliği, bağımlı değişken ise işyerinde dışlanmadır. Bulgulara göre çalışan sessizliği iş yerinde dışlanmayı pozitif

yönde, düşük kuvvette ($\beta=0.214$) ve istatistiki açıdan anlamlı ($p=0.001$) bir biçimde etkilediği görülmektedir. Düzeltilmiş R^2 değeri incelendiğinde çalışan sessizliğindeki her bir değişim işyerinde dışlanma algısındaki her bir değişimi % 4,2'sini açıklamaktadır. Kısacası çalışan sessizliği arttıkça işyerinde dışlanma da pozitif yönde ve düşük kuvvette artmaktadır.

Tablo 10'da çalışan sessizliğin alt boyutlarının iş yerinde dışlanma üzerine etkisini tespit etmeye yönelik çoklu regresyon analizi verileri analizine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 10. Çoklu Regresyon Analizi

Bağımsız Değişkenler	Beta	T	P	R	R^2	Düzeltilmiş R^2
Korunmacı sessizlik	-190	-2,848	0,05			
Korunmacı sessizlik	-146	-1,995	0,007	0,400	0,160	0,146
Faydacı sessizlik	371	5,026	0,000			
Kabullenci sessizlik	0,121	1,644	0,102			

Bağımlı değişken: İşyerinde dışlanma

Çalışan sessizliğin alt boyutlarının iş yerinde dışlanma üzerine etkisini belirleme amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi bulgularına göre, çalışan sessizliğinin korunmacı, korunmacı ve faydacı sessizlik alt boyutları işyerinde dışlanmayı anlamlı bir şekilde etki etmektedir ($p<0.05$). İş yerinde dışlanmayı en çok etkileyen alt boyut faydacı sessizliktir. Daha sonra korunmacı sessizlik ve son olarak korunmacı sessizlik işyerinde dışlanmaya etki etmektedir. Çalışan sessizliğin dört alt boyutu birlikte işyerindeki dışlanmadaki değişimin % 14,6'sını açıklamaktadır. Faydacı sessizlik işyerinde dışlanmayı pozitif yönde, düşük kuvvette ve istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etki etmektedir. Ancak korunmacı sessizlik ve korunmacı sessizlik, işyerinde dışlanmayı negatif yönde, düşük kuvvette ve anlamlı bir şekilde etki etmektedir. Yani korunmacı ve korunmacı sessizlik alt boyutu, faydacı sessizlik alt boyutuna göre işyerinde dışlanmayı azaltıcı bir etkiye sahiptir. Ancak faydacı sessizlik işyerinde dışlanma düşük seviyede de olsa artırmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Tunceli il merkezinde bulunan Tunceli Devlet Hastanesi çalışanları üzerinde işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizlikleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek için uygulanmıştır. Araştırma kapsamında ortaya konulan amaç ve hipotezleri test etmek amacıyla gerçekleştirilen analizler ile elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlar ile ilgili yapılan yorumlar şu şekildedir:

- ❖ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, işyerinde dışlanma algıları ile çalışan sessizlikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda işyerinde dışlanmanın çalışan sessizliğinin alt boyutları olan; faydacı ve kabullenci sessizlik boyutu arasında da anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışan sessizliğinin diğer alt boyutlarından olan korunmacı sessizlik ve korunmacı sessizlik ile işyerinde dışlanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Korelasyon analizi sonucunda bu iki değişken arasında düşük düzeyde ve pozitif yönlü bir korelasyonun varlığı görülmüştür. Dolayısıyla, Tunceli Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının işyerinde dışlanma algıları arttıkça çalışan sessizliklerinin de arttığı söylenebilir. Bu nedenle, çalışan sessizliğini önlemek için işyerinde dışlanmanın minimum seviyeye indirilmesi gereklidir.
- ❖ Katılımcıların çalışan sessizliği ile ilgili önermelere verdikleri cevaplar incelendiğinde, çalışanların orta düzeyde bir sessizlik algısına sahip oldukları söylenebilir. Çalışan

sessizliğinin alt boyutlarında ise, çalışanların kurumda algıladıkları korumacı sessizlik boyutunun, korunmacı sessizlik, faydacı sessizlik ve kabullenici sessizlik boyutlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışanların açıkça konuşmaktan doğabilecek olumsuz kişisel sonuçlardan korkmaktan ziyade başkalarını koruma güdüsüne yönelik tutum sergilemesiyle ortaya çıkan korumacı sessizlik, diğer sessizlik boyutlarından daha yüksek düzeyde algılanması araştırmanın gerçekleştirildiği örgütlerde çalışanların yeni fikir ve düşüncelerinin var olmasına karşın sadece içgüdü ile gizledikleri yönünde değerlendirilebilir.

- ❖ Katılımcıların işyerinde dışlanma ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, çalışanların genel olarak ortalamanın altında bir dışlanma algısı içerisinde oldukları söylenebilir. Genel olarak araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, hastane çalışanlarının iş yerinde dışlanma algılarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelecek Araştırmalar ve Yöneticiler için Öneriler: Araştırmanın sınırlılıklarına rağmen hastane örneklem alanına sahip bu çalışmanın değişkenleri ve değişkenlerin birbiriyle olan ilişkileri bağlamında literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Gelecek araştırmalarda anketler farklı hastaneler ve daha çok sayıda sağlık çalışanı üzerinde uygulanarak örneklemelerde farklı sonuçlarla bahse konu kavramlar yeniden değerlendirilebilir. Böylece elde edilen sonuçlar daha genelleştirilebilir. Literatüre ek olarak yeni bir ölçek geliştirilebilir veya farklı ölçekler tercih edilerek araştırma tekrarlanabilir. Ayrıca özel ve devlet hastaneleri arasında da bir kıyaslama yapılabilir.

Örneklem alanı hastane olan bu çalışmada, hastanelerin iç işleyişlerinin büyük bir kısmında aciliyetin ve geciktirilemez olduğu göz önüne alındığında, hataların ve yavaş verilmiş kararların büyük önem arz ettiği görülmektedir. Bu nedenle hastanelerde dışlanma gibi davranışların çalışanların sessizliğe bürünmeleri gibi negatif sonuçlara yol açabileceği ve bu negatif sonuçların, düzeltilmesi ve telafi edilmesi güç durumları beraberinde getireceği söylenebilir. Ayrıca çalışan sessizliği bir örgütün gelişiminde büyük engel teşkil edebilir. Bu sebeple yöneticiler çalışan sessizliği davranışının sebeplerini göz önünde bulundurmalıdır. Bu sorunlarla başa çıkabilmek amacıyla yöneticiler, proaktif olmalı ve problemler ortaya çıkmadan tedbirler alabilmelidir. Bu konuda yöneticiler, çalışanlarıyla etkin iletişim sağlamalı, çalışanlarına kendilerini daha rahat ifade etmelerine olanak sağlayacak bir iş ortamı yaratmalı ve çalışanların kendilerini rahat bir şekilde ifade etmeleri konusunda teşvik etmelidirler. Aksi takdirde, sessiz kalma eğilimine bürünen çalışanlar fikir, düşünce, bilgi ve tecrübelerini rahat bir şekilde dile getirmez ve gelişim sürecinde örgüte katkıda bulunmaz.

Katkı Oranı Beyanı: Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında hazırladığı yüksek lisans tezinden üretilmiştir. Birinci yazar çalışmanın planlanmasından rapor aşamasına kadar tüm bölümlere katkı sağlamıştır. İkinci yazar çalışmanın yöntem ve bulgular bölümüne katkı sağlayarak, diğer bölümlere geri dönütler vererek düzenlemeler yapmıştır.

KAYNAKÇA

Baş, T. (2008). Anket. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Büyüköztürk, Ş. (2012). ‘Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 16. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.

- Choi, Y. (2020). A study of the influence of workplace ostracism on employees' performance: moderating effect of perceived organizational support. *European Journal of Management and Business Economics*, 29:3.
- Demir, Ö. ve Narlıkaya, Z. (2020). Covid-19 salgını sürecinde muhasebe ve finans derslerini alan öğrencilerin uzaktan eğitime ilişkin tutumlarının araştırılması. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(60), 2894-2904.
- Düşükcan, M., Sezgin E. E. ve Kaya, E. (2019). Elazığ 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında İş Streslerinin İşten Ayrılma Niyetine Etkisi. *Journal of Academic Value Studies*, 5(3), 433-442.
- Gamian-Wilk, M. & Madeja-Bien, K. (2018). Ostracism in the Workplace, (P. D'Cruz et al. (eds.), Special topics and particular occupations, professions and sectors, Handbooks of Workplace Bullying. Emotional Abuse and Harassment 4, https://doi.org/10.1007/978-981-10-5154-8_2-1).
- George, D. & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference. 17.0 update, Boston: Pearson.
- Gkorezis, P., Panagiotu, M. & Theodorou, M. (2016). Workplace ostracism and employee silence in nursing: the mediating role of organizational identification. *The Journal of Advanced Nursing (JAN)*, 72(10), 2381-2388.
- Gürer, A. (2017). Algılanan örgütsel kronizmin çalışan sessizliği üzerindeki etkisinde kişiliğin düzenleyici rolü. Doktora Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Fatima, A. Salah-Ud-Din, S., Khan, S., Hassan, M. & Hoti, H. A. K. (2015). Impact of Organizational Silence on Organizational Citizenship Behavior: Moderating Role of Procedural Justice. *Journal of Economics, Business and Management*, 3(9), 846-850.
- Ferris, D. L., Brown, J. D., Berry, J. W. & Lian, H. (2008). The development and validation of the workplace ostracism scale. *Journal of Applied Psychology*, 93(6), 1348-1366.
- Fırat, E. C., (2019). İşyerinde dışlanma ve politik yetinin işyerinde kalma niyeti üzerindeki etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Fox, S. & Stallworth, L. E. (2005). Racial/ Ethnic Bullying: Exploring Links Between Bullying and Racism in The US Workplace. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 438-456.
- Haq, İ. U. (2014). Workplace Ostracism and Job Outcomes: Moderating Effects of Psychological Capital Management, Knowledge and Learning International Conference, Slovenya.
- Huertas-Valdivia, I., Braojos, J. & Llorens-Montes, F. J. (2019). Counteracting Workplace Ostracism in Hospitality with Psychological Empowerment. *International Journal of Hospitality Management*, 76, 240-251.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Kılıç, B., (2018). İşyerinde yalnızlık ve işyerinde dışlanma sarmalında presenteeizm: bankacılık sektöründe bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Koçel, T. (2015). İşletme yöneticiliği, 16. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.
- Koşar, A. (2014). Örgüt kültürü ve işyerinde dışlanma arasındaki ilişkinin Mersin Üniversitesi'nde çalışanlar üzerinde incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- Knoll, M. & Dick, R. V. (2013). Do I hear the whistle...? a first attempt to measure four forms of employee silence and their correlates. *Journal of Business Ethics*, 113, 349-362.
- Kumral, T. (2017). İşyeri nezaketsizliği ve örgütsel sessizlik ilişkisinde örgütsel dışlanmanın aracı rolü. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Leung, A. S. M., Wu, L. Z., Chen, Y. Y. & Young, M. N. (2011). The impact of workplace ostracism in service organizations. *International Journal of Hospitality Management*, 30(4), 836-844.
- Li, C. F. & Tian, Y. Z. (2016). Influence of workplace ostracism on employee voice behavior. *American Journal of Mathematical and Management Sciences*, 35(4), 281-296.
- Mahfooz, Z., Arshad, A., Nisar, Q. A., Ikram, M. & Azeem, M. (2017). Does workplace incivility & workplace ostracism influence the employees' turnover intentions? mediating role of burnout and job stress & moderating role of psychological capital. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7(8), 398-413.
- Morrison, E. W. & Milliken, F. J. (2004). Sounds of silence. *Stern Business*, 25, 31-35.
- Pelit, O. (2018). Örgütsel dışlanmanın işten ayrılma niyetine etkisi: Afyonkarahisar'daki beş yıldızlı otel işletmelerinde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Pinder, C. C. & Harlos K. P. (2001). Employee silence: quiescence and acquiescence as responses to perceived injustice. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 20.
- Salavatian, S., Nemati Anaraki, D. & Neyestani Esfahani, K. (2016). Factors affecting the organizational silence of media forces based on the experiences of the staff of the public relations office of IRIB. *Journal of Public Administration*, 8(4), 665-690.
- Slade M. R. (2008). The Adaptive Nature of Organizational Silence: A Cybernetic Exploration of the Hidden Factory. Doctoral dissertation, George Washington University.
- Takhsha, M., Barahimi, N., Adelpanah, A. & Salehzadeh, R. (2020). The effect of workplace ostracism on knowledge sharing: the mediating role of organization-based self-esteem and organizational silence. *Journal of Workplace Learning*, 32(6), 417-435.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Tekin, H. (2017). Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Yargı Yayınevi.

Türk Dil Kurumu (2020). Türkçe Güncel Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/>, erişim: 11 Ekim 2020.

Van Dyne. L., Soon, A. & Botero, I. C. (2003). Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs. *Journal of Management Studies*, 40(6), 1359-1392.



TÜRKİYE’DE COVID-19 PANDEMİSİ VE AŞISINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARIN BAZI DEĞİŞKENLER İLE İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF ATTITUDES AND BEHAVIORS TOWARDS COVID-19 PANDEMIC AND VACCINE IN TURKEY WITH SOME VARIABLES

Dr. Öğretim Üyesi Nihal ALOĞLU

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, orcid.org/0000-0003-4162-2845, nihalless@hotmail.com

Doç. Dr. Mehtap SÖNMEZ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, orcid.org/0000-0001-6975-0262, mehtapomac@gmail.com
Makale Gönderim-Kabul Tarihi(10.10.2021-20.11.2021)

Özet

Amaç: Araştırma Covid-19 pandemisinin bireyler üzerindeki etkisi ve bireylerin Covid-19 aşısına yönelik tutumlarını incelemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma tanımlayıcı özelliindedir. Araştırmanın örneklemini 18 yaş üzeri kadın ve erkekler oluşturmaktadır. Araştırmada tüm evrene ulaşılması mümkün olmayacağından seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya 1708 gönüllü dahil edilmiştir. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan ve Covid-19 Pandemisi ve aşısına yönelik sorularının da yer aldığı sosyo-demografik bilgilerin yer aldığı online anket formu (Google form) aracılığı ile toplanmıştır. Anket sosyal paylaşım siteleri (facebook, whatsapp, instagram, twitter) ve mobil gruplar (WhatsApp, instagram, telegram) aracılığı ile katılımcılara ulaştırılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların %58,8 kadın, %51,7’si 18-23 yaş aralığında, %77’nin üniversite seviyesinde eğitime sahip olduğu, %49,6’sının öğrenci, %26,8’nin devlet memuru olduğu, %25,9’un tam zamanlı çalıştığı, %51,8’nin sıklıkla, sosyal medya kullandığını; Pandemi sürecinde interneti en çok kullanma nedenlerinin %32,2’sinin öğrenci olduklarından, %14’nün işi için kullandığını; %89,3’ünün pandemi süresince yaşam tarzınının değiştiğini; %76,3’nün bu değişimin olumsuz yönde olduğunu katılımcıların %63,4’nün kendilerinde ya da akrabalarında Covid-19 hastalığı geçirdiğini, %62,3’nün çevresindekilerin Covid-19 tedavisi aldığı %42,8’inin akraba ya da yakın çevresinde covid-19 nedeniyle ölen olduğunu, %43,2’nin aşı yaptırmak istemediği, aşı olmak zorunluluğu olursa %47’sinin yerli aşığı beklemek istediğini, %24,7’sinin Almanya merkezli BioNTec aşısını tercih ettikleri tespiti yapılmıştır. Katılımcıların %22,7’si aşıları güvenli bulmazken, %14,1’i aşıların yabancı ülkelerde üretiliyor olmasından güvenmediği, %40,6’sı aşılar faydalı olduğunu ve olmak istediğini belirtmiştir. Katılımcıların çoğunun pandemi sürecinde korku ve endişe yaşadıkları, virüse karşı maske-mesafe ve temizlik, kalabalık yerlerde bulunmama vs. gibi kurallara dikkat ettikleri tespit edilmiştir. **Sonuç:** Katılımcıların Covid-19 Pandemisinin yarattığı psikolojik ve sosyolojik travma etkisinde kaldıkları, hastalığı ve ölümü yakınlarında hissetmelerine rağmen Covid-19 aşına uzak durdukları, aşıları gereksiz ve güvensiz olarak nitelendirdikleri, yerli aşığı beklemek istedikleri sonucuna varılmıştır. Bu nedenlerden dolayı toplum bilicinin oluşturulması amacıyla multidisipliner anlayışla kurumlar arası iş birliğine gidilerek sosyolojik temellere dayanan sağlık eğitimi planlamaları yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, pandemi. aşı, tutum, algı, davranış

Abstract

Objective: The research was conducted to examine the impact of the Covid-19 pandemic on individuals and their attitudes towards the Covid-19 vaccine.

Material and Methods: The research is descriptive. The sample of the study consists of men and women over the age of 18. Since it would not be possible to reach the whole universe in the research, the random sampling method was used. 1708 volunteers were included in the study. Research data were collected via an online questionnaire (Google form). The survey was delivered to the participants via social networking sites (facebook, instagram, twitter) and mobile groups (instagram, telegram).

Research data were collected using the survey method. The data collection tool, prepared by the researchers by scanning the literature, consists of the Covid-19 Pandemic Impact Questionnaire and the socio-demographic Information Form, which also includes the questions about the vaccine.

Results: 58.8% of the participants were women, 51.7% were between the ages of 18-23, 77% had a university level education, 49.6% were students, 26.8% were civil servants, 25% .9 of them work full time, 51.8% of them use social media frequently; During the pandemic process, 32.2% of the reasons for using the internet the most were students, 14% used it for their work; 89.3% of them said that your lifestyle has changed during the pandemic; 76.3% of the participants said that this change was negative, 63.4% of the participants had Covid-19 disease in themselves or their relatives, 62.3% of them were relatives or close relatives and 42.8% of those around them received Covid-19 treatment. It has been determined that there are people who died due to Covid-19 in their vicinity, 43.2% do not want to be vaccinated, if they have to be vaccinated, 47% want to wait for the local vaccine, 24.7% prefer the German-based BioNTech/Pfizer vaccine. While 22.7% of the participants did not find the vaccines safe, 14.1% stated that they did not trust the vaccines being produced in foreign countries, 40.6% stated that the vaccines were useful and wanted to be. Most of the participants experienced fear and anxiety during the pandemic process, mask-distance and cleaning against the virus, not being in crowded places, etc. It has been determined that they pay attention to rules such as.

Conclusion and Suggestions: It was concluded that the participants were under the influence of the psychological and sociological trauma caused by the Covid-19 Pandemic, they stayed away from the Covid-19 vaccine even though they felt the disease and death were close, they described the vaccines as unnecessary and unsafe, and they wanted to wait for the domestic vaccine. For these reasons, it is recommended to make health education plans based on sociological foundations by establishing inter-institutional cooperation with a multidisciplinary approach in order to create community awareness.

Keywords: Covid-19, pandemic. vaccination, attitude, perception, behavior

GİRİŞ

Covid-19, ülkemizde de ilk vakanın görüldüğü gün ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edildiğinde insanoğlunun karşılaştığı ilk pandemi değildi (SB, 2020). Dünya tarihinde üç veba, yedi kolera ve bugünlerde yaşadığımız salgınla birlikte 10'dan fazla grip pandemisi yaşamıştır. Her biri dünyanın her yerinde on milyonlarca kişinin ölümüne yol açan veba, İspanyol gribi gibi salgınlarda yaşanmıştır. (Kılıç, 2020; Pamuk, 2020).

Salgınların nerden başlayarak nasıl yayıldığını bilmek onu durdurmak için bilinmesi gereken en kritik bilgidir. Eski çağlardan Louis Pasteur'e (1822-1895) kadar hastalıkların nedeninin kötü ruhların çağırıldığı, cadıların neden olduğu, Tanrının cezası olarak ortaya çıktığı, kedilerin yaydığı, rüzgârlı, kirli havalardan insanlara bulaştığı hatta suların insanlara geçtiği düşünülmüştür. Bu inanışlardan dolayı 1665 Londra'sında veba salgının kedilerden geçtiği düşüncesiyle Londra belediye başkanı bütün kedilerin öldürülmesini istemesiyle artan fare popülasyonu sonucu veba daha da artmıştır. Avrupa'da hastalıkların kaynağının suya çıkarılmasıyla da hamam ve banyo Avrupa'da yer yer yasaklanarak hijyenden uzaklaşılmasına ve hastalıkların artmasına neden olduğu görülmüştür (Kılıç, 2020; Unat, 2019).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Solunum yoluyla bulaşan hastalıklar küresel düzeyde dolaşımın hızlı olmasından dolayı eskiye nazaran daha hızlı yayılım göstermektedir. Aynı zamanda teknolojinin gelişmesi salgın gibi tehlikeli ve aciliyet arz eden durumlarda ülkelerin dayanışma, bilgi ve tecrübelerinin paylaşmalarını sağlamıştır. Uluslararası düzeyde gerek Dünya Sağlık Örgütü gerekse ülkelerin sağlık yöneticileri toplumlarını korumaya yönelik gerekli önlemleri almalarıyla küresel bir çaba göstermeye başlamıştır. Son pandeminin nasıl seyrettiğine ilişkin bilgilerin paylaşılmasıyla diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemiz Sağlık Bakanlığı da birçok tedbirler olarak toplumu pandemi konusunda bilinçlendirmeler de bulunarak bu salgında hep beraber mücadele etmenin önemi konusunda farkındalıklar oluşturma çabası vermekte ve karantina süreçleri uygulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020; Linton, Kobayashi, Yang, Hayashi, Akhmetzhanov, Jung, vd., 2020). Diğer yandan salgının önünü kesmek için uygulanan tedbirlerin zamanla çeşitli sorunlara neden olması ve ölümleri azaltmak için aşı geliştirme işlemlerine hız verilmiştir. Geliştirilen aşuların tüm dünyada hızlı şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Bulaşıcı hastalıkların yayılma şekillerinin çok hızlı hatta öldürücü olmalarına rağmen insanların aşuya karşı tutum ve davranışlarının farklılaştığı görülmektedir (Bozkurt, 2018; Tok, Öztürk ve Gelmez; 2020; Argüt, Yetim ve Gökçay, 2016; Aslan, 2018; Kutlu ve Altındiş, 2018.; Eskiocak, 2018). Salgınların dalgalanmalarla devam ediyor olması ölümlerin azaldığı yaz döneminin gelmesiyle, insanlar kışa doğru salgının bulaş hızının tekrar artacağını bilmelerine rağmen salgın yokmuş gibi eski normallerine dönmüş hatta aşının bulunmasından sonra bahaneler ileri sürerek yaptırmak istememişlerdir (Kılıç, 2020; Taştan ve ark. 2020). Bununla birlikte Covid-19 pandemisi koruyucu önlemlerinden maske, mesafe, temizlik çağrılarının yeterli gelmediği durumlarda bulaşmayı engellemek için uygulanan yasaklar ve karantina süreçleri beraberinde getirmektedir. Salgınlarda toplumların sergiledikleri tepkiler birbirlerine benzer olsa da her toplum kendince karakteristik tutum ve davranışlar gösterirler. Toplumsal tepkilerin bir kısmı aile içi bağlarının güçlenmesi, yoksullara yardım, dayanışma kültürünün artması ve empatinin oluşması, sağlık davranışlarının ve bilime saygının artması gibi olumlu tutumların gelişmesi söz konusu olduğu gibi hastalığın bulaşması ve ölüm korkusunun yanı sıra “evde kal” çağrısıyla uygulana karantinalar pek çok sektörü etkileyerek psikolojik, sosyal, siyasi ve ekonomik travmalara neden olmaktadır (Taştan ve ark. 2020; Öztürk. 2020; Kılıç, 2020; Aşkın, Bozkurt ve Zeybek, 2019; ILO, 2020).

Tarihten günümüze kadar yaşanan salgın hastalıklara bakıldığında beklenmedik bir anda ortaya çıkan kaynağı, süreci ve tedavisi belirsiz hastalığa yakalanma ya da ölüm korkusunun yarattığı havayla yaşanan şok, panik, umutsuzluk, endişenin insanlarda akıl sağlığını bozarak intihara kadar giden bir süreç geliştiği görülmüştür (Kılıç, 2020; Taştan ve ark.2020). Görülemeyen bir mikrobun oluşturduğu bilinmeyen bir hastalığa yakalanma korkusu, hayatının, değişme uğrayacağı düşüncesi özgürlüğünü, imkânlarını kaybetme ve ölüm korkusu psikolojiyi etkilemektedir (Kıroğlu, 2020; Aslan, 2020; Baltacı ve Coşar,2020; Liu, 2009; Wu ve ark. 2003).

Bu çalışma Covid-19 pandemisi ve aşısına yönelik tutum ve davranışların bazı değişkenler ile incelenmesi amacıyla planlanmış olup aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1. Pandemide bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki değişimler nelerdir?
2. Covid-19 pandemisinde bireylerin duygu durumlarındaki değişimler nelerdir?
3. Bireylerin covid-19 aşısına yönelik tutumları nelerdir?

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Türü: Bu araştırma 2021 yılında pandeminin Türkiye’de görülmeye başladığı onuncu ve on birinci aylarında Covid-19 pandemisinin bireyler üzerindeki etkisi ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

bireylerin Covid-19 aşısına yönelik tutumlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evreni Türkiye'deki 18 yaş üzeri kadın ve erkek yetişkinler oluşturmuştur. Evrenin tümüne ulaşmak mümkün olmadığından örnekleme yapılmıştır. Seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya 1708 gönüllü dahil edilmiştir. Veri toplamak amacıyla Google Formlar platformu kullanılarak çevrimiçi bir anket hazırlanmıştır. Anket sosyal paylaşım siteleri (whatsapp, facebook, instagram, twitter) ve mobil gruplar (whatsapp, instagram, telegram) aracılığı ile katılımcılara ulaştırılmıştır. Pandemi kuralları gereği materyal alışverişi yapmamak ve sosyal mesafeyi koruyabilmek adına bu yöntem tercih edilmiştir. Anket sosyal ağlar aracılığıyla katılımcılara iletilmiştir.

Veri Toplama Aracı: Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyo-demografik bilgiler ile Covid-19 pandemisi ve insanlar üzerinde yapmış olduğu etkiler, Covid-19 aşısıyla ilgili soruları da içeren anket formu aracılığıyla toplanmıştır.

Sosyo-demografik bilgi formu; (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek/iş durumu, aylık gelir düzeyi, yerleşim yeri, aile yapısı, hane büyüklüğü, çalışma şekli), Covid 19 ile ilgili sorular (kendisinin ve akrabasının Covid-19 hastası olma durumu ve aşı ile ilgili tutumları) yer almaktadır.

Covid-19 Pandemisi ile ilgili sorular; Türkiye'de Covid-19 salgın hastalığı yayılmaya başladıktan sonra katılımcıların günlük alışkanlıklarının nasıl değiştiğini öğrenmek için bazı davranışların azalıp artma durumlarını belirlemeye yönelik literatür taraması ile Ruh Sağlığı Derneği'nin gerçekleştirdiği "Corona virüsü ile ilgili salgın hastalık korkusu araştırmasından yararlanılarak araştırmacılar tarafından biçimlendirilen 30 ifadeden oluşan anket formudur. Araştırmada kullanılan ankette Covid -19 ile ilgili sorularda beşli likert tipi dereceleme kullanılmıştır. Bu dereceleme, "1= Çok Azaldı, 2= Azaldı, 3=Değişmedi, 4= Arttı, 5=Çok Arttı" şeklinde yapılmıştır.

Verilerin Analizi: Anket sonucu elde edilen veriler SPSS 20.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Örneklem grubunun özellikleri ile Covid-19 pandemisi ve aşısına yönelik duygu durum ve algılarının tespit edilmesine ilişkin frekans, yüzde ve aritmetik ortalama hesaplamaları yapılmıştır. Anketin güvenilirliği için Cronbach alfa güvenilirlik testi yapılmış ve 0,873 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü: Bu çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam üniversitenin Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 25/01/2021 tarihli ve 2021/04 sayılı toplantıda 12 numaralı karar ile etik kurul onayı alınmıştır. Bilgilendirilmiş onam formu oluşturularak, çevrimiçi veri toplama aracının ilk sayfasında belirtilmiş ve katılımcılar bilgilendirilerek onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın bazı sınırlılıkları söz konusudur. Bunlar:

- ✓ Araştırmanın yapıldığı dönem pandeminin başladığı on ve on birinci aylarına ile sınırlıdır. Dolayısıyla daha ileri dönemlerde katılımcıların cevapları değişebilir.
- ✓ Veri toplama yöntemleri içerisinden sadece anket yöntemi kullanılmıştır.
- ✓ Veriler sosyal medya araçları ile toplandığından sosyal medya kullanıcıları katılabilmektedir.
- ✓ Araştırma sonuçları, araştırma kapsamında sorulan önermelerle elde edilen veriler ile sınırlıdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılanların sosyo demografik özellikleri tablo 1’ de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n: 1708)

Demografik Özellikler	n	%	Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet			Yaş		
Erkek	703	41,2	18-25 yaş	881	51,7
Kadın	1005	58,8	26-31 yaş	160	9,5
			32-37 yaş	151	8,8
			38-43 yaş	142	8,4
			44-49 yaş	110	6,3
			50 ve üzeri	264	15,3
Medeni durum			Yaşadığınız aile tipi?		
Bekar	1015	59,4	Tek yaşıyorum	94	5,5
Evli	664	38,9	Çekirdek aile	1320	77,3
Dul (boşanmış)	29	1,7	Tek ebeveynli aile	104	6,1
			Geniş aile (Anne-baba- çocuklar ve büyükler)	190	11,1
Eğitim durumunuz?			Meslek		
İlkokul	12	0,7	İşçi	171	10,0
Ortaokul	19	1,1	Esnaf	42	2,5
Lise	172	10,1	Devlet memuru	457	26,8
Üniversite	1315	77,0	Ev hanımı	83	4,9
Yüksek lisans /Doktora	190	11,1	Öğrenci	848	49,6
			Çalışmıyor	40	2,3
			Emekli	62	3,6
			Çiftçi	5	0,3
Yaşanılan yer			Çalışan iseniz pandemi süresince çalıştınız mı?		
Büyükşehir	824	48,2	Evet	723	42,3
Şehir	435	25,5	Hayır	598	35,0
İlçe	289	16,9	Cevapsız	387	22,7
Köy(mahalle)	160	9,4			
Çalışma şekliniz			Gelir durumunuz?		
Evden	415	24,3	Gelirimiz giderimizden çok.	306	17,9
Dönüşümlü	84	4,9	Gelirimiz ve giderimiz eşit	785	46,0
Esnek mesai	167	9,8	Gelirimiz giderimizden az	616	36,1
Tam zamanlı	442	25,9			
Cevapsız	600	35,1			
Çocuk sayısı			Sağlığımızla ilgili herhangi bir hizmet almak amacıyla ilk olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?		
Yok	346	26,3	Aile hekimi	783	45,8
1 Çocuk	230	13,5	Devlet hastanesi	522	30,6
2 Çocuk	472	27,7	Üniversite hastanesi	103	6,0
3 Çocuk	380	19,3			
4 Çocuk	190	11,1			

			Özel hastane	216	12,6
			İş yeri hekimi	16	0,9
			Eczane	5	0,3
			Acil servis	62	3,6
Kronik bir rahatsızlığınız var mı?			18 yaş sonrası hiç aşı yaptırdınız mı?		
Evet	289	16,8	Evet	673	39,4
Hayır	1418	83,0	Hayır	1035	60,6

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların %58,8 kadın, %51,7'si'si 18-23 yaş aralığında, %59,4'nün bekar, %77,3'ün çekirdek ailesiyle yaşadığı, %77,0'nün üniversite seviyesinde eğitime sahip olduğu, %49,6'nın öğrenci, %26,8'nin devlet memuru olduğu, %25,9'un tam zamanlı çalıştığı, %42,3'nün pandemi sürecinde çalıştığı, %46,0'in gelirinin giderine eşit olarak nitelendirdiği, %45,8'in sağlıkları ile ilgili ilk hizmet almak için aile sağlığı merkezine gittiklerini, %60,6'sı 18 yaş sonrası hiç aşı yaptırmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların pandemi sürecindeki bazı tanımlayıcı özelliklerine yönelik veriler tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Pandemi Süresindeki Bazı Tanımlayıcı Özellikleri (n: 1708)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%	Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Pandemi sürecinde kitap okuma durumunuz?			Pandemi sürecinde sosyal medyayı kullanma durumunuz?		
Hiç	80	4,7	Hiç	51	3,0
Nadiren	267	15,6	Nadiren	150	8,8
Bazen	676	39,6	Bazen	351	20,6
Sıklıkla	502	29,4	Sıklıkla	885	51,8
Daima	183	10,7	Daima	271	15,9
Pandemi sürecinde interneti en çok kullanma nedeniniz?			Pandemi süresince boş zamanlarınızı nasıl geçirdiniz?		
İşim için	245	14,0	Sosyal medyada	211	12,4
Öğrenci olmak	550	32,2	TV izleyerek	147	8,6
Haberler	231	13,5	Kitap okuyarak	229	13,4
Sosyal medya kullanımı için	631	37,0	İnternet	421	24,6
Alış-veriş için	51	3,0	Ev işleri	270	15,8
			Boş vaktim olmadı	395	23,1
			Spor, hobilerle	35	2,0
Pandemi süresince kilo aldınız mı?			Pandemi sürecinde ne kadar fazla kilo aldınız?		
Evet	914	53,5	Kilo veren	81	4,9
Hayır	794	46,5	Almayan	590	34,5
			2 kilo alan	160	9,4
			3 kilo alan	109	6,4
			5 kilo alan	270	15,8
			10 kilo alan	104	6,1
Pandemi öncesine göre pandemi süresince yaşam tarzınızın değiştiğini düşünüyor musunuz?			Cevabınız evetse bu değişim sizce ne yöndedir?		
Evet	1527	89,3	Olumlu	397	23,2
Hayır	183	10,7	Olumsuz	1303	76,3
Covid-19 pandemisi ile ilgili haberleri			Okul hayatınızda sağlık dersi		

en çok nerden takip ediyorsunuz?			aldınız mı?		
TV'den	650	38,1	Evet	1126	65,9
İnternette	531	31,1	Hayır	587	34,1
Sosyal medya	481	28,2			
Yakın çevre	36	2,1			
Gazetelerden	10	0,6			

Tablo 2'de görüldüğü gibi; Covid-19 pandemisinde katılımcıların %39,6'sının bazen, %29,4'nün sıklıkla kitap okuduğu; %51,8'nin sıklıkla, %20,6'sının bazen sosyal medya kullandığını; Pandemi sürecinde İnterneti en çok kullanma nedenlerinin %32,2'sinin öğrenci olduklarından, %14'nün iş için internet kullandığını; katılımcıların pandemi süresince boş zamanlarını %24,6'sının İnternette geçirdiğini, %23,1'nin boş vaktinin olmadığını; %53,5'inin bu süreçte kilo aldığını; katılımcıların %15,8'nin beş kilo aldığını; %89,3'ünün pandemi süresince yaşam tarzının değiştiğini; %76,3'nün bu değişimin olumsuz yönde olduğunu, covid-19 pandemisi ile ilgili haberleri en çok %38,1 ile TV den, % 31,1'i internette takip ettiğini ve öğrenimleri esnasında sağlık dersi alanların %65,9 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Covid-19 ile İlgili Tanı Tedavi ve Aşısına Yönelik Bazı Tanımlayıcı Özellikleri (n: 1708)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%	Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Kendinizin ya da akrabalarınızdan Covid-19 hastası olma durumu?			Çevrenizde Covid-19 tedavisi alma durumu?		
Evet	1083	63,4	Evet	1064	62,3
Hayır	625	36,6	Hayır	644	37,7
Akraba ya da yakın çevrenizde Covid-19 nedeniyle ölen oldu mu?			Covid-19 aşısı yaptırmak istersiniz?		
Evet	731	42,8	Evet	970	56,8
Hayır	977	57,2	Hayır	738	43,2
Aşı olmak zorunlu olursa hangi aşığı tercih edersiniz?			Aşı için düşünceniz nedir?		
Çin merkezli CoronaVac aşısı	350	20,5	-Aşının yararlı ve gerekli olduğunu düşünmüyorum.	230	13,5
Almanya merkezli BioNTech aşısı	422	24,7	-Aşının güvenli olduğunu düşünmüyorum	388	22,7
ABD merkezli ilaç şirketi Moderna aşısı	25	1,5	-Aşının yabancı ülkelerde üretiliyor olması nedeniyle güvenmiyorum.	240	14,1
Rusya merkezli Sputnik V'i geliştiren Gamaleya	20	1,2	-Basında çıkan olumsuz haberler kararımı etkiliyor.	132	7,7
İngiltere merkezli Oxford/Astra Zeneca aşısı	39	2,3	-Aşıların içeriğinde dinen sakıncalı maddeler (domuz ürünü vs) olduğunu düşünüyorum	23	1,3
Yerli aşığı beklemek istiyorum	803	47,0	-Aşılar faydalıdır ve olmak isterim	693	40,6

Tablo 3. İncelendiğinde katılımcıların %63,4'nün kendilerinde ya da akrabalarınızdan Covid-19 hastalığı geçirdiğini, %62,3'nün çevresinde covid-19 tedavisi alanların olduğunu, %42,8'inin akraba ya da yakın çevresinde covid-19 nedeniyle ölen olduğunu, buna rağmen araştırmaya katılanların %56,8'inin aşı yaptırmak isterken %43,2'nün yaptırmak istemediği, aşı olmak zorunluluğu olursa %20,5'inin Çin merkezli CoronaVac aşısı, %24,7'sinin Almanya merkezli BioNTech aşısını tercih edeceğini belirtirken %47'sinin yerli aşığı beklemek istediğini ifade etmiştir. Katılımcıların aşı için düşüncelerini belirlemek için sorulan ifadesine katılımın "aşılar faydalıdır ve olmak isterim" ifadesine katılımın %40,6 "Aşının güvenli olduğunu düşünmüyorum" ifadesine katılımın %22,7 "Aşının yabancı ülkelerde üretiliyor olması nedeniyle güvenmiyorum"

ifadesine katılımın %14,1 “Aşının yararlı ve gerekli olduğunu düşünmüyorum” ifadesine katılımın %13,5 seviyesinde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Covid-19 pandemisinde tutum davranış ve görüşleri tablo 4’ te verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Covid-19 Pandemisine Yönelik Tutum Davranış ve Görüşleri (n:1708)

Önermeler	Çok Azaldı		Azaldı		Değişmedi		Arttı		Çok Arttı		Ortalama
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yoksullara yardım etme isteği	42	2,5	34	2,0	480	28,1	401	23,5	745	43,6	4,4
Ellerimi sık sık yıkama isteğim	24	1,4	27	1,6	197	11,5	302	17,7	1152	67,4	4,4
Maske ve dezenfektan temin etme isteği	29	1,7	46	2,7	303	17,7	338	19,8	986	57,7	4,3
Gelecek ile ilgili endişelerim	49	2,9	56	3,3	342	20,0	341	20,0	914	53,5	4,1
Yiyecekleri daha çok yıkama sıklığım	33	1,9	74	4,3	439	25,7	357	20,9	799	46,8	4,0
Öksüren hapşırıranlardan irkilme durumum	154	9,0	144	8,4	266	15,6	239	14,0	899	52,6	3,9
Salgın geçene kadar kırsal alanda ikame etme isteği	98	5,7	97	5,7	427	25,0	248	14,5	832	48,7	3,9
Sağlığım hakkında kaygılarım	63	3,7	78	4,6	471	27,6	380	22,2	710	41,6	3,9
Haberleri takip etme merakım	81	4,7	102	6,0	462	27,0	462	27,0	688	40,3	3,8
Huzursuzluk hissim	78	4,6	112	6,6	458	26,8	370	21,7	684	40,0	3,8
Hastalıklardan korkma düzeyim	71	4,2	103	6,0	501	29,3	388	22,7	639	37,4	3,8
Covid 19’a yakalanma endişem	75	4,4	126	7,4	435	25,5	382	22,4	684	40,0	3,8
Hastalığa yakalanma riskimin olduğu düşüncem	83	4,9	134	7,8	492	28,8	375	22,0	618	36,2	3,7
Yaşadığım hastalık belirtileriyle ilgili şüphelerim	94	5,5	158	9,3	532	31,1	377	22,1	541	31,7	3,6
Sağlıklı beslenmeye dikkat etme özenim	130	7,6	100	5,9	576	33,7	394	23,1	502	29,4	3,6
Kapalı ortamlarda bulunmama isteğim	269	15,7	115	6,7	329	19,3	229	13,4	760	44,5	3,6
Hasta olduğumda başıma geleceklerin zihnimi meşgul etmesi	135	7,9	181	10,6	504	29,5	338	19,8	544	31,9	3,5
Evde kapalı kalma süresinde aile bağlarının güçlenmesi	174	10,2	131	7,7	518	30,3	341	20,0	538	31,5	3,5
Vücudumdaki değişikliklerin sebebiyle ilgili merakım	112	6,6	163	9,5	580	34,0	355	20,8	492	28,8	3,5

Kalabalık ortamlarda bulunmama isteğim	348	20,4	141	8,3	245	14,3	228	13,3	740	43,3	3,5
Evde kapalı kalma süresinde aile bağlarının güçlenmesi	174	10,2	131	7,7	518	30,3	341	20,0	538	31,5	3,5
Hastalık hakkında konuşulan ortamlara uzaklaşma isteğim	158	9,3	173	10,1	599	35,1	241	14,1	531	31,1	3,4
Meşguliyetlerime odaklanmamda güçlü çekmem	125	7,3	177	10,4	679	39,8	292	17,1	429	25,1	3,4
Çevremdeki insanların, benim sağlığımı ilgilendirme düzeyleri	112	6,6	163	9,5	676	39,6	365	21,4	386	22,6	3,4
Uyku düzeninde, uymakta zorlanma durumum	177	10,4	160	9,4	685	40,1	232	13,6	448	26,2	3,3
Modern tıbbın iyileştirici gücüne olan inancım	234	13,7	205	12,0	553	32,4	311	18,2	399	23,4	3,2
Başkalarıyla konuşma ihtiyacım	236	13,8	187	10,9	555	32,5	296	17,3	428	25,1	3,2
Hayatımın anlamını odaklanma gücüm	217	12,7	189	11,1	637	37,3	275	16,1	384	22,5	3,2
Yaşam sevincim	544	31,9	316	18,5	611	35,8	112	6,6	119	7,0	2,3
Covid19 hastalığı çıktıktan sonra muayene olma isteğim	786	46,0	337	19,7	401	23,5	81	4,7	97	5,7	2,0
Toplu ulaşımı tercih etme oranım	1230	72,0	254	14,9	165	9,7	25	1,5	28	1,6	1,4

Tablo 4 incelendiğinde katılımcıların Covid-19 pandemisinde tutum ve davranış ve görüşlerini belirlemek için verilen önermelere katılım düzeylerine bakıldığında; katılımcıların “Covid19 hastalığı çıktıktan sonra muayene olma isteğinin %46,0 çok azaldığını ($x=2,0$); Toplu ulaşımı tercih etme oranım” %72’in çok azaldığı ($x=1,4$); “Yaşam sevincim” %31,9’in çok azaldığı ($x=2,3$) belirtmiştir. Tablo yer alan diğer önermelere katılım ortalamalarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Yukarıdaki veriler ışığında katılımcıların virüs için gerekli tedbirleri yerine getirmek konusunda oldukça iyi davranış ve tutum içinde olduklarını fakat hayata karşı duygu durumlarının olumsuz yönde etkilendiğini söyleyebiliriz.

TARTIŞMA

İnsanoğlunun gözle göremediği mikroskobik canlılar; devletlerin üretiminden eğitim sistemine, siyasetten ekonomilerine kadar sarsan ve sosyal yaşam tarzlarının değişimini neden olarak toplumların psikolojisini ve yaşamlarını derinden etkileyen pandemileri ortaya çıkarmışlardır. Büyük acılara neden olan salgınların toplumsal etkilerini belirlemek ve toplumu bu mikroorganizmalara karşı geliştirilen aşılar karşı olan tutumlarını tespit etmek için yapılan bu çalışma katılımcıların (n:1708) çoğunun (%58,8) kadın olması, yaşlarının (%21,6) 20–21 aralığında ve eğitimlerinin (%81,1) yükseköğretim seviyesinde ayrıca devlet memuru (26,8) ve Öğrenci (49,6) olması nedeniyle gelecekteki benzer durumlar için karar vericilere ışık tutmuş olacaktır.

Yapılan analizlerde katılımcıların (n:1708) %27,7’sinin iki ile %19,3’nün üç çocuk sahibi oldukları, %89,3’nün pandemi süresince yaşam tarzının değiştiğini ve bu değişimin olumsuz (%76,3) yönde olduğunu, %42,3’nün pandemi süresince çalıştığı, %24,3’nün evden çalıştığı tespit



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

edilmiştir. Pandemi sürecinde kısıtlamalardan dolayı çalışan katılımcıların evden çalışmak zorunda olmaları ve tüm aile bireylerinin sürekli evde kısıtlı alanlarda kalmalarının yanı sıra okulların kapanması nedeniyle gençlerin ve çocukların evde uzaktan eğitim yüklerinin ailelere yüklenmiş olması pandeminin bireyler üzerinde etkisinin olumsuz yönde hissettirmesinin nedenlerinden olabilir. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) verilerine göre yüksek bulaş riski olan ülkeler içinde olan İspanya, İsviçre gibi ülkelerin okulları tamamen açık, Kanada, Norveç gibi ülkelerin okulları kısmen açıkken bu grup içinde bulunan Türkiye’de okulların kapalı olmasının ülkesel ve politikalar açısından etkilerinin dışında öğrenci, aile, toplum ve eğitim açısından ayrıca değerlendirmesi gereken bir konudur (<https://tedmem.org>).

Bulaşma hızı yüksek olan Covid-19 virüsünün yayılma hızını azaltmak için uygulanan kısıtlamalar nedeniyle evde kaldıkları süreçte, katılımcıların (n:1708) %67,7’sinin pandemi sürecinde sosyal medyayı kullandıkları, %24,6’sının boş zamanlarını internet ile geçirdiklerini, interneti kullanma sebeplerine bakıldığında ise %37’sinin sosyal medya amaçlı, %32,2’sinin öğrencilik faaliyetleri nedeniyle %14’nün işinden dolayı internet kullandıkları bildirilmiştir. Araştırmada katılımcıların yarısından fazlasının (%67,3) haberleri takip etme isteğinin arttığını belirtirken Covid-19 pandemisi ile ilgili haberleri %31,1’in internetten, %38,1’in TV’den takip ettiği tespit edilmiştir. İnternetin bu kadar çok kullanılmasına rağmen Covid -19 ile ilgili haberlerin genellikle televizyon aracılığı takip edildiği rapor edilmiştir (www.trthaber, 2020).

Diğer yandan iletişim araçlarından salgınla ilgili haberlere fazlasıyla maruz kalmanın otoritelerin maske-mesafe-temizlik uyarılarının etkisi ile ellerini sık sık yıkama (%67,3), maske ve dezenfektan temin etme (%85,1), yiyeceklerini normalden daha çok yıkama (%67,7), kapalı ortamlarda (%57,9) ve kalabalık ortamlarda bulunmama (%56,6) eğilimlerini arttırdığı, toplu ulaşımı tercih etmediklerin (%86,9), öksüren hapsiranlardan irkildiklerini(%66,6) hatta salgın geçene kadar kırsal alanda ikamet etme isteklerinin (%63,2) olduğunu bildirmişlerdir Geçdi ve Aloğlu’nun (2021) yaptığı çalışmada sağlık çalışanların toplumun, Sağlık Bakanlığınca oluşturulan 14 kurala uyumun ortalamalarının yüksek olduğunu tespitini yapmaları, Doğan ve Düzel (2020)’in toplumun hastalanmaktan dolayı öksüren ve kalabalık yerlerden korktukları, Doğanay ve Çopur (2020)’un çalışmasındaki yaşlıların kendilerini korumak için maske ve hijyen kuralları stratejileri geliştirmelerine yönelik tespitleri toplumun bu virüsten korunma için dikkatli davrandıklarını göstermektedir.

Aniden ortaya çıkarak küresel salgın niteliğine ulaşan Covid-19 bireylerin yaşamlarını her acıdan sıkıntı verici özelliği olan bir travma etkisi yaratmıştır. Gözle görülemeyen ve son derece hızlı yayılan virüsün yaptığı pandemi sürecinde toplumların ruhsal pencereden de bakma, ruhsal etkiler yaratan bir olgu olarak ele alma gerekliliğini göstermiştir (Kaya, 2020). Nitekim araştırmaya katılanların (n:1708); sağlığını hakkında kaygılarının (%63,8), hastalıklardan korkma (%60,1), Covid 19’a yakalanma endişesinin (%62,5), vücutlarındaki değişikliklere ilginin (%49,6), yaşanan herhangi bir hastalık belirtilerinden şüphelenme (%53,8), hastalığa yakalanma riskimin olduğu düşüncesi (%58,2), hasta olduğunda yaşanacakların zihni meşgul etmesinin (%51,7) arttığını ifade etmeleri doğal olarak toplumun var olan pandemiye yönelik korku hissettikleri görülmektedir. Salgınlar esnasında yapılan çalışmalarda insanoglunun doğası gereği korkular yaşadıkları tespit edilmiştir (Doğan ve Düzel 2020; Özşahin ve Aksoy, 2020; Özşahin ve Aksoy, 2020; Doğanay, G.ve Çopur, 2020; Paksoy, 2020; Üstün ve Özçiftçi, 2020; Tor-Kadıoğlu ve İnce, 2019; Aşkın ve ark., 2019; Kandemir, 2020). Bu verilerden dolayı toplumun sosyolojik temelli birtakım rehabilitasyonlara alınması yaşam alanların refahı için önemli olacaktır.

Öte yandan sürecin sonunun ne zaman geleceğinin bilinmemesi, uzayan kısıtlamalar evde kalış süresinin uzamasının getirdiği yılgınlıkla olumsuz duyguların ve hislerin oluşmasına neden olabilmektedir (Taylor, 2019; Doğanay, G.ve Çopur, 2020; Tarhan, 2021; Aşkın ve ark., 2019; IASC, 2020; Değirmenci, 2020; Yorguner ve ark., 2021). Bu araştırmaya katılanların da (n:1708) modern tıbbın iyileştirici gücüne olan inancın azalmasına (%25,7) huzursuzluk hissetme (%61,7), hastalık hakkında konuşulan ortamlardan uzaklaşma (%45,2), meşguliyetlerime odaklanmamda güçlük çekme (%42,2), uyku düzeninde, uymakta zorlanma (%39,8), hayatımın anlamına odaklanmada güçlük çekme (%38,6), gelecek ile ilgili endişelenme (%73,5) gibi hislerinde artışın olması ve katılımcıların yarısının (%50,4) yaşam sevincinde azalma duygu durumunda olması toplumda duygusal olarak etkilerin endişe verici olduğunun göstergesidir.

Yukarıda tespit edilen pandeminin yaratmış olduğu olumsuz etkilerin yanı sıra azda olsa getirmiş olduğu olumlu durumlarında olduğu ifade etmek gerekir. Katılımcıların (n:1708) yarısından çoğunun (%67,1) bu süreçte yoksullara yardım etme isteğinin arttığını, sağlıklı beslenmeye dikkat etme ye özen gösterdiğini (%52,6), evde kapalı kalma süresinde aile bağlarının güçlendiği (%51,5) ve bireylerin çevremdeki insanların, benim sağlığımla ilgilenme düzeylerinde (%44) arttığını ifade eden duygu durumunda olması ümit verici olarak nitelenebilir

Araştırmanın amaçlarından bir diğeri de bireylerin Covid-19 aşısına yönelik tutumlarını incelemektir. Bu nedenle öncelikle katılımcıların sağlık bilgi durumlarını ölçmek amaçlı sorulan eğitim hayatınızda sağlık dersi aldınız mı? Sorusuna 1708 kişiden %65,9'u evet, 18 yaş sonrası hiç aşı yaptırdınız mı? Sorusuna %39,4 evet, sağlığınıza ilgili herhangi bir hizmet almak amacıyla ilk olarak hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz? Sorusuna %45,8 oranında aile hekimine başvurduklarını ifade etmiş olmaları ve katılımcıların yarısından fazlasının eğitimlerinin (%81,1) yükseköğretim seviyesinde tespit edilmiş olması katılımcıların sağlık bilgi seviyelerini geliştirmeye eğilimli olabilecekleri yorumu yapılabilir. Türkiye'deki erişkin toplumun %60'dan fazlasının sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı (Sağlık Bakanlığı, 2018; Durusu Tanrıöver vd., 2014) düşünüldüğünde bu çalışmadaki katılımcıların sağlık davranışlarının daha istendik olması beklenirken Covid-19 aşını olmak istemeyenlerin oranın %43,2 olması oldukça düşündürücüdür.

Diğer yandan katılımcılara pandeminin etkilerini ne kadar yakın hissettiklerini değerlendirebilmek için sorulan sorulara %63,4 oranında katılımcının kendisinin ya da akrabalarında Covid-19 hastası olduğunu, %62,32'nün Covid-19 tedavisi aldığını, %42,8'sinin akraba ya da yakın çevrenizde Covid-19 nedeniyle ölenlerin olduğunu belirtmelerine rağmen, Covid-19 aşısı yaptırmak istemeyenlerin oranın %43,2 olması aşuya karşı bir karşıtlığın olduğunu düşündürmektedir. Aşı olmak zorunluluğu gelmesi durumunda katılımcıların yarısı yakını (%47) ilk sırada yerli aşığı beklemek istediklerini, ikinci sırada (%24,7) Almanya merkezli BioNTech/Pfizer aşısı, üçüncü sırada yayın organlarında üretim teknolojisi bakımından en çok konuşulan ve reklamı yapılan Çin merkezli CoronaVac aşısını (%20,5) tercih etmiştir. Katılımcıların %22,7'si aşıları güvenilir bulmazken, %14,1'i yabancı ülkelerde üretiliyor olmasından aşıları güvenmediğini, %13,5'i aşıları gereksiz olduğunu düşüncesindedir. Burada asıl dikkati çeken %7,7 oranındaki katılımcıların iletişim kanallarındaki haberlerden etkilendiğini belirtmeleridir. Çalışmada hastalıkların oluşturabileceği psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve fiziksel etkilerini yakından görmelerine ve de korkmalarına rağmen aşuya karşı tutumlarının olumsuz olması dünyada ve ülkemizdeki toplum sağlığı için giderek artış gösteren bir sorun olan çocukluk çağı aşı reddi ve yetişkin aşılamalarına karşı gösterilen direncin boyutları ve nedenleri ile benzerlik göstermektedir (Koşmaz ve Kara, 2021; İlter; 2020; Aygün ve Tortop, 2020; Gür, 2019; Çırtlık-Belen, 2019; Dikmen, 2019; Bozkurt, 2018; Tok, Öztürk ve Gelmez; 2020; Kurçer ve ark. 2020; Argüt, Yetim ve Gökçay, 2016; Aslan,

2018; Kutlu ve Altındış, 2018.; Eskiocak, 2018; Kocaman Karoğlu ve Atasoy, 2018 ; Sarı, Temoçin ve Köse, 2017). Bu nedenle bulaşıcı hastalıkların toplumsal etkilerini dikkate alarak otoritelerin gerekli planlamaları yapmaları gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid-19 pandemisinin bireyler üzerindeki etkisi ve bireylerin Covid-19 aşısına yönelik tutumlarını incelemek amacıyla planlanan bu çalışmada; katılımcıların pandemi sürecinde hayatlarının olumsuz etkilendiği, evde kalınan kısıtlamalarda daha çok internet ve sosyal medya alanlarında geçirdiklerini, virüse karşı maske-mesafe ve temizlik, kalabalık yerlerde bulunmama gibi kurallara dikkat ettiklerini, pandemi sürecinde korku ve endişe yaşadıkları, kendilerinin ve çevrelerinde virüse yakalanıp hastalanıp tedavi olan hatta yakınlarını kaybedenlerin olmasına rağmen toplumda Covid-19 aşısına karşı olumsuz tutumlarının olduğu, özellikle aşının yabancı ülkelerde üretiliyor olması nedeniyle güvensiz ve gereksiz buldukları, zorunlu aşı uygulamasında ise yerli aşığı beklemek isteyen bireylerin olduğu sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda konunun hassasiyeti nedeniyle ivedilikle toplum bilicinin oluşturulması amacıyla multidisipliner anlayış ile kurumlar arası iş birliğine gidilerek sosyolojik temellere dayanan sağlık eğitimi planlamaları yapılması kapsamında;

- Toplumun pandemi süresince psikolojik, sosyolojik ve diğer acılardan travma yaşayan grupların analiz edilerek ihtiyaç duyulan desteklerin verilmesi,
- Toplumda stres yaratan süreçlerin daha kolay atlatılabilmesi amacıyla bireysel ve ailesel olarak yapılabilecek etkinliklerin öne çıkarılarak yaygınlaşması sağlanmalı,
- Hastalığa yakalanma korkusu ile endişe yaşayan bireyleri rahatlatıcı açık ve net bilgi ve yönlendirmelerin sadece yetkili kişiler tarafından yapılması,
- Son yaşanan pandeminin oluşturmuş olduğu etkilerin detaylı araştırmalarının yapıpı benzer salgınlarda daha etkin koruyucu, önleyici davranışlar geliştirilmesi amacıyla araştırmacıların desteklenmesi,
- Pandemi gibi bireysel davranışların öne çıktığı durumlarda doğru, hızlı sağlık davranışlarının gösterilebilmesi için sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi amacıyla eğitim öğretim dönemleri dahilinde müfredatları içeriğinde sağlık bilgilerine gereğince yer verilmesi ve kitle iletişim araçları ile farkındalıkların artırılması,
- İthal aşılarla olan güven azlığının giderilmesi ve aşı reddinin oluşmaması için gerekli bilim çevrelerin ortak etkinliklerde bulunarak güven sağlanması. Ayrıca stratejik önemi olan yerli aşı üretimi dışında sağlık materyallerin yerli üretimi için politika yapıcıların öncelik vermesi,
- Gerek aşılarla ilgili gerekse gerçek olmayan hastalık bilgilerinin toplumda güvensizlik ve endişe yaratmaması için bilim kurulların haber kirliliklerini önüne geçecek şekilde güvenilir, net, erken faaliyetlerde bulunması önerilmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı beyanı yok



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Çıkar Çatışması: Yok.
Finansal Destek: Yok.

KAYNAKÇA

- Argüt, N., Yetim, A. ve Gökçay, G. (2016). Aşı Kabulünü Etkileyen Faktörler, Çocuk Dergisi, 16(1-2), 16-24. doi: 10.5222/j.child.2016.016
- Aslan R. (2020) Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. Ayrıntı Dergisi 8(85): 35-41.
- Aslan, S. 2018. Türkiye’de Aşılarla Karşı Çıkan Ebeveynlerin Aşılar Hakkındaki Düşünceleri ve İnanışları: Kalitatif Çalışma, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi Ankara/2018
- Aşkın, R., Bozkurt, Y. ve Zeybek, Z. (2019). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı Yıl:19 Sayı:37 Bahar (Özel Ek) s.304-318
- Aygün, E., ve Tortop, H.S., (2020). Ebeveynlerin Aşı Tereddüt Düzeylerinin ve Karşıtlık Nedenlerinin İncelenmesi, Güncel Pediatri. 2020;18 (3): 300 – 316
- Baltacı, NN., Coşar, B. Covid-19 pandemisi ve ruh beden ilişkisi. Coşar B, editör. Psikiyatri ve Covid-19. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.1-6
- Bozkurt, H.B. (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi, Kafkas J Med Sci 2018; 8(1):71–76 doi: 10.5505/kjms.2018.12754
- Çırtlık- Belen, P. (2019). Sağlık Çalışanlarının Aşı Yoluyla Bağışıklanma ile İlgili Bilgi Düzeyleri, Tutum ve Davranışları, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Değirmenci, B. (2020). Covid-19 Algısının Sosyal Endişeler Üzerindeki Etkisinde “Sıkıntıya Dayanmanın” Aracılık Etkisinin İncelenmesi Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi, 2020: 06 (Special Issue). ORCID: 0000 0001-5236-5245
- Dikmen, O. (2019). Doktor ve Hemşirelerin Erişkin Aşı Konusunda Farkındalık, Bilgi, Tutum ve Davranışları Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Uzmanlık Tezi) İzmir/ 2019
- Doğanay, G., ve Çopur, Z. (2020). Yaşlı nüfusun Covid -19 Salgınına İlişkin Görüşleri. Giresun İli Örneği. Türk Coğrafya Dergisi, 76, 59-74. DOI: 10.17211/tcd.796128
- Doğan, M.ve Düzel, B. (2020). Covid-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. Turkish Studies, 15(4), 739-752. <https://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44678>



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Durusu-Tanrıöver, M. (2014). Yıldırım H.H., Demiray-Ready F.N., Çakır, B. ve Akalın H.E., Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Eskiocak, M. (2018). Aşılammama Aşılatmama ve Türkiye’de “Aşı Reddi” Tartışmasına Kısa Bir Katkı, Toplum ve Hekim, 33(3), 220-222
- Geçdi, T. ve Aloğlu, N. (2021). “Pandemi Sürecindeki Sağlık Çalışanlarının İşe Bağlı Gerginlik Düzeylerinin İncelenmesi” International Social Sciences Studies Journal, (e-ISSN:2587-1587) Vol:7, Issue:80; pp:1257-1265
- Gür, E. (2019). Aşı kararsızlığı - aşı reddi. Türk Pediatri Ars 2019; 54(1): 1–2
<https://tedmem.org/wp-content/uploads/2021/03/okullarin-durumu-31-mayis-cdc-1030x658.jpg>.Erişim Tarihi: 29.05.2021
- ILO, (2020) Covid 19 Pandemisi, Dünya Genelinde, Çalışma Süreleri ve Kazançlarda Yıkıcı Etki Yaratıyor. Erişim Tarihi: 29.12.2020 https://www.ilo.org/ankara/areas-of-work/Covid-19/WCMS_740868/lang--tr/index.htm
- İlter, H. (2020). Konya İlinde Çocukluk Çağı Aşı Reddi Konusunda Anne-Baba Görüşleri ve Aşılamayı Etkileyen Faktörler, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi. Konya
- Kandemir, F. (2020). “Bazı Demografik Değişkenler Bağlamında Covid-19 Pandemi Neslinin Dindarlık ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Ampirik Bir Araştırma [An Empirical Research on the Relationship of Covid-19 Pandemic Generation’s Religiosity and Death Anxiety in the Context of Some Demographic Variables]”. Tokat İlimyat Dergisi 8/1 (Haziran 2020), 99-129.
- Kaya, B., (2020). Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri, Klinik Psikiyatri Dergisi, 23, 123-124. doi:10.5505/kpd.2020.64325
- Kılıç, O. (2020). Tarihte Küresel Salgın Hastalıklar, ve Toplum Hayatına Etkileri, (Editörler Şeker, M., Özer, A., Korkut,C.) Küresel Salgının Anatomisi. İnsan ve Toplumun Geleceği, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, 2020. ISBN: 978-605-2249-46-8
- Kıroğlu F. (2020) Covid-19 Pandemi Ortamında Çalışma Koşulları ve Genel Sorunlar. Meyad Akademi Dergisi 1(1): 9-90.
- Kocaman Karoğlu, A. ve Atasoy, B. (2018). Sosyal Medya Kullanımı ile Serbest Zaman Tatmini Arasındaki İlişki. Mersin University Journal of the Faculty of Education, 14(2).
- Koşmaz, T. ve Kara, Z. (2021). Erişkinlerde Aşı Reddinin, Aşılarla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi 10. International Trakya Family Medicine Congress Proceedings Book, 25- 27 March 2021, Online Congress, Edirne, Turkey
- Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y. (2020). Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 0–2 yaş çocuk ve gebelerde aşılama oranları ve aşılammada sorunlar. Harran Üniv Tıp Fak Derg 2005;2(2):10–5.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Kuruluşlar Arası Daimi Komite (IASC) Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Referans Grubu (2020) Covid -19 Salgının Ruh Sağlığı ve Psikososyal Etkenler Açısından Ele Alınması, Versiyon 1.5, 17 Mart

Kutlu, H.H. ve Altındış, M. (2018). Aşı Karşıtlığı, FLORA 2018;23(2):47-58. doi: 10.5578/flora.66355

Linton Nm, Kobayashi T, Yang Y, Hayashi K, Akhmetzhanov AR, Jung S, et al. Incubation period and other epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus infections with right truncation: a statistical analysis of publicly available case data. Journal of clinical medicine. 2020;9(2):538.

Liu TB, Chen XY, miao GD, et al. Recommendations on diagnostic criteria and prevention of SARS-related mental disorders. J Clin Psychol med. 2003; 13:188-91.

Özşahin, F ve Aksoy, A. 2020; Sağlık Bölümlerinde Okuyan Üniversite Öğrencilerinin Covid-19 Korku Düzeyleri: Bir Özel Üniversite Örneği, Online International Conference of Covid-19 (Concovid) Proceeding Book - Health Sciences June 12-13-14, 2020 | İstanbul | Turkey. ss 183-192

Öztürk, R. (2020). Yeni Normal Dönemde Salgın ile Mücadele Politikaları ve Hazırlık Çalışmaları, (Editörler Şeker, M., Özer, A., Korkut, C.) Küresel Salgının Anatomisi. İnsan ve Toplumun Geleceği, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, 2020. ISBN: 978-605-2249-46-8

Pamuk, Ş. (2020). Tarihte Küresel Salgınlar ve İktisadi Sonuçları. Erişim Tarihi: 05. 02. 2021 <https://sarkac.org/2020/04/09.tarihte-kuresel-salgınlar-ve-iktisadi-sonuclari/>

Sağlık Bakanlığı (SB), (2018). Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Ankara. Yayın No:1103. ISBN:978-975-590-689-8

Sağlık Bakanlığı (SB), (2020). 02 Temmuz 2020 Eklenme Tarihi 02 Temmuz 2020 <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html>

Sarı T., Temoçin F., Köse, H. (2017). Sağlık Çalışanlarının İnfluenza Aşısına Yaklaşımları Klinik Dergisi. 2017;30(2):59-63.

Tarhan, N. (2021). Küresel Anksiyete Salgını Kapıda, NP İSTANBUL Beyin Hastanesi, Koronavirüs Rehberi Küresel anksiyete salgını kapıda, corona virüsle yaşleçme E-Kitaplığı. <https://npistanbul.com/koronavirus/kuresel-anksiyete-salgini-kapida>

Taştan, C., Tekin, HH., Çetinöz, E. ve Demirden, A. (2020). Kovid-19 Salgını ve Sonrası Psikolojik ve Sosyolojik Değerlendirmeler. Polis Akademisi Yayınları: 90. Rapor No: 35 ISBN: 978-605-7822-35-2 Nisan 2020, Ankara

Taylor, S. (2019) The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- TRTHABER, (2020). Salgın televizyona ve haber kanallarına ilgiyi artırdı. [https://www.trthaber.com/haber /gundem/salgin-televizyona-ve-haber-kanallarina-ilgiyi-artirdi-532854.html](https://www.trthaber.com/haber/gundem/salgin-televizyona-ve-haber-kanallarina-ilgiyi-artirdi-532854.html). (ET:15.03.2021)
- Türkiye İstatistik Kurumu, (TÜİK). (2020). http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028
Erişim Tarihi: 28.05.2020
- Tok, S., Öztürk, G. Z. ve Gelmez Taş. B. (2021). 18-64 Yaş Arası Riskli Erişkinlerde Bağışıklama Durumunun Değerlendirilmesi 10. International Trakya Family Medicine Congress Proceedings Book, 25- 27 March 2021, Online Congress, Edirne, Turkey
- Tor-Kadıoğlu, C. ve İnce M. / Pandemi Sürecinde Tüketicilerde Hissedilen Ölüm Kaygısının Demografik Faktörlere Göre Değerlendirilmesi Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2021 9 (Toplum & Siyaset) 33-43
- Unat, Y. (2019). Mikrop Kuramı ve Akşemseddin, Bilim ve Ütopya, Sayı: 295, Ocak 2019, s. 54-58.
- Üstün, Ç.ve Özçiftçi, S. (2020). Covid -19 Pandemisinin Sosyal Yaşam ve Etik Düzlem Üzerine Etkileri: Bir Değerlendirme, Çalışması, Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, Ocak 2020; Cilt 25, Özel Sayı 1
- Wu P, Fang Y, Guan z, Fan B, Kong J, Yao z, et al. The psychological impact of the SARSepidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. The Canadian Journal of Psychiatry. 2009;54(5):302-11.
- Yorguner, N, Bulut NS ve Akvardar, Y. Covid -19 Salgını Sırasında Üniversite Öğrencilerinin Karşılaştığı Psikososyal Zorlukların ve Hastalığa Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Arch Nöropsikiyatri 2021; 58:3-10.



**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÜÇ MESAFESİ VE LİDERLİK TARZINA
YÖNELİK KİŞİSEL VE ÖRGÜTSEL ALGILARININ KARŞILAŞTIRILMASI
COMPARISON OF PERSONAL AND ORGANIZATIONAL PERCEPTIONS OF
HEALTHCARE PROFESSIONALS REGARDING POWER DISTANCE AND
LEADERSHIP STYLE**

Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, altug.cagatay@gop.edu.tr, orcid.org/0000-0001-7067-5570

Dr. Öğr. Üyesi Selman KIZILKAYA

Dicle Üniversitesi, selman.kizilkaya@dicle.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3136-7257

Makale Gönderim-Kabul Tarihi(20.10.2021-22.11.2021)

Öz

Bu çalışmanın amacı, sağlık personellerinin güç mesafesi ve yöneticilerinin liderlik tarzına yönelik algısının kişisel ve örgütsel açıdan değerlendirilerek bunun demografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymaktır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlarda, sağlık çalışanlarının güç mesafesi algısının orta düzeyde olduğu ve bunun çalışılan hastane ve cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaştığı, eğitim düzeyi ve mesleki çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının yönetici liderlik algısının orta düzeyde olduğu ve bunun çalışılan hastane, eğitim düzeyi ve yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı buna karşın cinsiyet, kurumdaki çalışma süresi ve mesleki çalışma süresine göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Son olarak 25-29 yaşında ve lisans, yüksek lisans, tıpta uzmanlık, doktora mezunu olanların ise yönetici liderlik algısının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Güç Mesafesi, Sağlık Çalışanları, Liderlik

Abstract

The aim of this study is to evaluate the power distance of health personnel and the perception of their managers' leadership style from personal and organizational perspectives and to reveal whether it differs according to demographic characteristics. Questionnaire method was used as data collection tool in the research. In the results obtained, it was determined that the power distance perception of health workers was at a moderate level and it differed significantly according to the hospital and gender, but did not differ significantly according to the education level and professional working time. It has been determined that the managerial leadership perception of health workers is at a moderate level and this differs significantly according to the hospital, education level and age, but it does not differ according to gender, working time in the institution and professional working time. Finally, it was concluded that the perception of executive

leadership is higher for those who are 25-29 years old and have a bachelor's, master's, medical specialization and doctorate degrees.

Keywords: Power Distance, Healthcare Professionals, Leadership

GİRİŞ

Araştırmacılar güç mesafesinin uluslararası halkla ilişkilerde önemli bir kültürel boyut olduğunu keşfettiler. Örneğin, Taylor ve Kent (1999), güç mesafesi geliştirmekte olan ülkelerdeki işletmelerin, kuruluşlarının dış iletişimlerinde bu güç mesafesinin etkiye sahip olduğunu savunmuştur. Taylor ve Kent, Malezya da yüksek güç mesafesi ile bir kültür ve halkla ilişkiler arasındaki ilişkiye yönelik uygulama analizi yapmışlar ve "Yönetimin onaylama gücüne sahip olması nedeniyle, geliştirmekte olan ülkelerin halkla ilişkilerinde güç mesafesinin önemli bir yönünün olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Ayrıca, Taylor ve Kent Asya kültürlerinin hiyerarşi ve otoriteye saygı ile karakterize olması durumunun, güç mesafesi için önemli olduğunu, bu nedenle uluslararası halkla ilişkiler teori ve pratiğini anlamak için önemli bir çerçeve olması gerektiğini önermektedirler (Tian, 2008: 482). Bir başka araştırmaya göre güç mesafesi yüksek olan insanların liderliklerinin üstün ve elit olduğu kanısı ortaya çıkmaktadır (Javidan ve diğ., 2006). Böylece örgüt lideri, örgüt yararına olacak şekilde davranmaya motive olmaktadır (Chen and vd, 2009: 748).

Sağlık kuruluşlarının toplum için sorumluluk üstlenmesi, halk sağlığını geliştirmesi, hastaların haklarına ve onuruna saygı duyması ve insanlığı ve hasta güvenliğini sağlaması beklenir. Bu açıdan sağlık hizmeti sunan örgüt liderleri, çalışanlarına adil ve dürüst davranırken, davranışlarının sonuçlarının her zaman farkında olmalıdırlar (Franczukowska vd., 2021: 230). Liderlerin sağlıklı ve güvenli işyerlerinin yaratılmasında kilit bir rol oynadığı aşıkardır (Mullen vd., 2018: 956). Özer ve arkadaşları (2018: 105)'nın yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının genel olarak liderlik algılarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Liderliğin çalışan ve takım yaratıcılığı üzerindeki etkisinin belirli bir organizasyonel bağlam tarafından güçlendirilebileceği Wendt ve arkadaşları (2009)'ınca belirtilmiştir. Liderler, etkileme yetenekleri aracılığıyla kuruluşlarının çeşitliliğini ve kültürel yetkinliğini geliştirirken, aynı zamanda kendi yönetim tarzlarına rastgele karar veremeyerek, çalışanın gücün değeri konusundaki seçimini - güç mesafesini - dikkate almaktadırlar (Zheng vd., 2018: 130; Lucas vd., 2020: 2). Otoritenin uysal kabulünü tanımlayan önemli bir kültürel değer olarak birçok alanda kabul görmüş olan güç mesafesi, örgüt çalışanlarının liderlerine nasıl tepki vereceği konusunda özel bir yöntemi ortaya koyabilmektedir (Yang, 2016: 611; Ahmad, ve Gao, 2018: 1991). Yıldız ve Arisoy (2018: 575) yaptıkları çalışmada, güç mesafesinin otantik liderlik ile kabullenici sessizlik arasındaki ilişkide düzenleyici bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Ortaya çıkan bu bulgu ile güç mesafesi düşükken otantik liderlik yapısı arttığında kabullenici sessizliğin azaldığı yani bir diğer tabirle seslilik durumunun var olduğu gözlemlenmiştir. Amin ve arkadaşları (2020: 57) yaptıkları çalışma ile güç mesafesinin karar verme yeteneği üzerinde doğrudan olumlu etkiye sahip olduğunu, bu durumun yüksek güç mesafesinin çalışanların karar verme yeteneği üzerinde artışa yol açması anlamına geldiğini ortaya koymuşlardır. Liao ve Shaw, (2020: 31)'ın yaptıkları araştırma, liderlik etkinliğinde güç mesafesinin sınır koşulunu ve güç mesafesinin çalışanın sesi sürecinde çalışan ve lider arasındaki etkileşimi etkilediğini göstermiştir. Yaptıkları bu çalışmanın bulguları, yüksek güç mesafesi durumunda, çalışanların otantik liderlik hissetme olasılıklarının daha yüksek olduğunu, bu durumun da çalışanların işlerine yönelik sorumluluk duygusunu daha da geliştirdiğini ve değişim için hissettikleri zorunlulukları güçlendirdiğini göstermektedir. Ek olarak, yüksek güç mesafesi

bağlamının aynı zamanda çalışanların sorumluluğu için bir katalizör etkisi sağladığını ve liderliğin çalışanların değişim için hissettikleri yükümlülük üzerindeki olumlu etkisini güçlendirdiğini gözlemlemişlerdir. Lam ve Xu (2019: 538)'ın yaptıkları araştırmada örgütlerde kişilerin yüksek güç mesafesi yönelimine sahip olmaları ve oldukça politik bir organizasyonda çalışmalarını durumunda, astların hem doğrudan hem de dolaylı olarak fikirler konusunda sessiz kalmasına neden olabileceği sonucunu ortaya koymuşlardır. Wang ve Guan (2018) yaptıkları çalışmada, bireysel güç mesafesinin, otoriter liderlerin çalışanlar tarafından değerlendirilme biçimleri üzerinde büyük etkilerinin var olduğunu tespit etmişlerdir. Buna göre daha yüksek güç mesafesine sahip çalışanlar, otoriterliği makul bulmaya ve dolayısıyla otoriter liderlik davranışını daha olumlu yorumlamaya meyillidirler. Bu nedenle çalışmada, otoriter liderlerin çalışanlar üzerinde etki oluşturma sürecinde güç mesafesinin olumlu rolüne dair daha fazla kanıt sağlanmış ve otoriterliğin karmaşık etkilerine ilişkin anlayış geliştirmiştir.

Güç Mesafesi

Güç mesafesi sosyal hiyerarşi ve güç yapıları için toplum hoşgörüsünün bir ölçüsüdür. Güç mesafesi bir toplumda insanlar arasındaki eşitlik veya eşitsizliği ölçmektedir. Eşitsiz olduğunun farkında olan herhangi bir toplumun temel yönleri var olup, bazı toplumlar daha eşit bulunmaktadır (Hofstede, 1980). Kültür, güç ve servet eşitsizlikleri, toplum içinde yüksek güç mesafesinin büyümesine izin anlamına gelmektedir. Bu noktada hiyerarşi ve eşitsizlik kültürü için temel teşkil eden unsurlar vardır. Bu kültürün üyeleri amirlerine veya liderlere bağlı olup, yüksek güç mesafesine sahip kültürlerin yöneticileri, çalışanların McGregor'un Çalışan Motivasyonu Teorilerinden X teorisine uygun şekilde, işi sevmediği varsayımına dayanarak çalışanlarına güç uygulamaktadırlar. Böylece yüksek güç mesafesi kullanan kültürlerin liderleri otoriter bir yönetim tarzı benimsemek için tercih edilmektedir. Düşük güç mesafesi durumu ise vatandaşların güç ve zenginlikleri arasında daha az farkın olduğu kültürlerde kendini göstermektedir. Düşük güç mesafesi görülen kültürler, çalışanların motivasyon ve davranışları konusunda iyimser bir görüş taşıyan McGregor'un Y teorisi varsayımına dayanmaktadır. Düşük güç mesafesi kültürünün liderlik tarzı (Hofstede, 1980) merkezi olmamakla birlikte ücret performansına dayalıdır (Liu&Lee, 2012: 21). Güç Mesafesi ulusal kültürün bir ürünü olarak kabul edilebilir (Walton&Parikh, 2012: 2506). Bunun yanında Güç mesafesi işletmelerde iç iletişim ile bağlantılı olup, Güç mesafesinin düzeyi yöneticiler ile astlar arasında transfer edilen bilgi miktarını belirtmektedir (Biatas, 2009: 107).

Sosyal yapı üzerindeki güç mesafesi Mulder 'ın felsefi ve deneysel bir türevidir. Mulder, güç mesafesini "Başka bir kişi veya kişilerin davranışlarını (belirli bir dereceye kadar) tam tersi yönde belirleme veya yönlendirme" şeklinde tanımlamaktadır (Walton&Parikh, 2012: 2506).

Güç Yaklaşımları ve Ortaya Atan Araştırmacılar

Güç Yaklaşımları ve Temel Boyutları	Lider Araştırmacılar
Bireysel – Psikolojik ve Temel Boyutları	
Güç başka bir kişinin davranışını etkileyebilmeyi ifade eder.	Dahl (1957)
Güç formal veya informal olabilir.	Mechanic (1962)
Güç kişilik ve durumsal faktörlerin bir fonksiyonudur	Kaplan (1964)

Güç aşağılık duygusunu telafi eder.	Adler (1966)
Güç gerçek veya potansiyel formda var olabilir	Wrong (1968)
Güç sahibinin elinde bulunur.	Berle (1969)
Güç ihtiyaçları tatmin etmek için kullanılır	McClelland
İlişkisel Yaklaşım	
Güç kişiler arası müdahale yaratır	Lewin (1951)
Beş Güç Kaynağı vardır: Ödüllendirme, benzeşim, yasal, zorlayıcı, uzmanlık	French & Raven (1959)
Bireyin gücü beş güç kaynağının taktik kullanımına sahip olmasına ve kontrolüne dayanır	Pettigrew (1957)
Güç örgütün olasılıklarından oluşur	Salancik & Pfeffer (1977)
Güç kişilerin diğerlerine bağımlılıklarından oluşur	Bacharach & Lawer (1980)
Güç kişiler arasındaki belirsizlik alanlarından oluşur	Crozier & Friedberg
Güç kaynakları kıt, zorunlu ve ikame edilemez olmalıdır	Mintzberg (1983, 1989)
Güç aşırı ilgiyi kontrol altında tutmak için ani işleyişi yansıtır	Kanter, Stein & Jick (1992)

Kaynak: Daniel Côté, (1999) Power Strategy Formation In A Human Service Organization Undergoing Turbulent Change, Philosophie Doctor (Ph.D.) en Sciences Humaines Appliquées, ss. 15

Hofstede'nin, Kültürel Boyutlar Teorisine göre ülke düzeyindeki puanların yapı geçerliliğini kontrol etmek için bir dizi arasında toplu veya ekolojik korelasyonlar gerçekleştirilmiştir. Buna göre Hofstede'nin kültürel boyut puanları ile güncel değerler anketleri ve son kültürler arası çalışmalar yüksek yakınsaklık göstermektedir. Hofstede'nin Bireyciliği Duygusal ve Entellektüel Özerklik, Eşitlikçi Bağlılık, Faydacı Katılım ve Materyalizm Sonrası "Sağkalım ve refah" boyutu ile ilişkilidir. Sonuçlar göstermektedir ki Hofstede'nin Bireyselliği Koruma ve Hiyerarşi ile negatif ilişkilidir. Yine bu sonuçlar bireyselliğin özerk ve ayırt edici bir benliğin bağımsız ve sorumlu kararlar olduğunu varsayan gelişimle bağlantılı olduğunu ve bu durumun eşitlik ilkelerine göre kendini başkalarına adanmış hissettirdiğini göstermektedir. Ancak Hofstede'nin Bireyciliği ile Trompenaars'ın evrensel normların toplumsal ilişkilerde uygulanması ve kişisel başarıya dayalı statü kazanımını içeren Eşitlikçi Taahhüdü arasındaki yüksek korelasyonlarını açıklayan rekabetçi bir yönü de bulunmaktadır. (Basabe&Ros, 2005: 196)

Scott Shane ve arkadaşları tarafından 1995 te farklı ülkelerde yenilik odaklı çalışma yapılmıştır. Çalışma alanlarında bulunan üstlerinden aldıkları destek oranı fazla olan yapılarda, düşük güç mesafesi görülürken, desteği az olan yapı ve organizasyonlarda tam tersine yüksek güç mesafesi görülmektedir. Güç mesafesi fazla yapıda olan bir toplumun insanlarında oluşması istenen yenilik



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

için yapılacak olan eylemlerde, otorite izni aranmaktadır. Daha az güç mesafesi olan toplumlarda ve örgüt üyelerinde ise otorite izninden ziyade yukarıdan destek kazanılmakta ve dahası yeni fikirler için çalışanlar arasında geniş bir taban oluşturulmaya gayret gösterilmektedir (Den&Deanne, 2012: 3).

Yüksek güç mesafesi ile rahat çalışanların işe katılımı daha az olacağından; Katılımın az olması ve örgütsel anlamda yaşanan güç mesafeli çalışma ile oluşması muhtemel görünen örgütsel bağlılık değerinin de daha az olacağı ortaya konulmuştur. Ortaya koydukları değer bunun bir kanıtı olacak niteliktedir (Francesco&Chen, 2000: 5).

Güç mesafesi, bir ülkenin kültürel tutumları ya da işle ilgili değerlerini sınıflandırmak için kullanılmakta ve bir toplumun güç farklılıklarını kabul etme derecesini ifade etmektedir. Düşük güç mesafesi kültürüne sahip toplumlar kişisel sorumluluk alma ve özerklik eğiliminde iken, yüksek güç mesafesi kültürüne sahip toplumlarda otorite için yüksek saygı uygulamaları eğilimi baş göstermektedir. Bu kavramın anlaşılması durumunun kültürler arası iletişimi kolaylaştırması nedeniyle, bu kavram özellikle uluslararası ticaret, uluslararası eğitim ve planlama ve insan davranışları başta olmak üzere birçok araştırma için kullanılmıştır. Örneğin; bir Türk yapısı olan KOBİ'lerin çalışanların iş memnuniyetini araştırmak için Hofstede'nin kolektivizm, bireycilik, güç mesafesi ve belirsizlikten kaçınma boyutları uygulanmıştır. Bir başka örnek olarak Taylor (2000) güç mesafesinin altı Avrupa ülkesinde krize karşı halkın tepkisini nasıl etkilediğini araştırmıştır (Tananuraksakul, 2013: 105).

Ayrıca Sargut (2001)'un Türk kültürüne uygun T tipi bir yönetim ve örgütlenme modelinden söz edilip edilemeyeceğini sorguladığı kitabında; Türk kültürüne ilişkin çeşitli varsayımların test edilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur. Söz konusu varsayımlar şöyle sıralanmaktadır:

- Türk kültürü ortaklaşa davranışı bireyciliğin önünde tutmaktadır,
- Türk kültürü sanıldığı gibi, çağdışı sayılabilecek geleneksel erkek değerler sisteminin egemenliği altında değildir.
- Türk kültüründe belirlenimcilik(determinizm) egemendir. Bu nedenle de belirsizlikten kaçınma eğilimi yüksektir.
- Türk kültürü denetim noktası dışarıda olan bireyler üretmektedir.
- Türk toplumunda örgütsel güç mesafesi fazladır.
- Türk toplumunda bireylerin değişmeye direnci yüksektir.
- Türk kültürü çatışmadan kaçınmayı ya da çatışmayı bastırmayı öngörür. Uzlaşma ve yarışmadan kaçınma da Türk kültürü tarafından özendirilir.
- Türk toplumundaki alışkanlıklar ve değerler sistemi Batı tipi bürokrasiyle uyuşmamaktadır.
- Türk toplumunda çalışanların liderlerden beklentileri Batılı toplumlara göre farklılaşmaktadır,
- Türk toplumunda sinerjinin düşük olduğuna ve içgrup üyeliği bulunmayan bireyler arası güven ilişkilerinin sorunlu olduğuna ilişkin ipuçları vardır.
- Türk toplumu geniş bağlamlı bir kültürün içinde yaşamaktadır (Uzun&Tamimi, 2005: 4).

Hofstede (1997), Afrika ülkelerini yüksek güç mesafesi kültürü yaşıyor olarak sınıflandırmakta, daha az güçlü üyelerin bu gücü beklediğini ve bu gücün organizasyonda eşit olmayan bir şekilde dağılmasını kabul ettiklerini belirtmektedir. Örneğin; Yüksek güç mesafesi kültürüne sahip ülkelerde, çalışan güçlendirme uygulamaları düşük olma eğilimindedir. Bununla birlikte çalışanların karar alma süreçlerinde inisiyatif alması beklenmez çünkü yöneticilerin üzerinde bir karar alınması olanaksızdır(Ogotu, 2012: 50).

540

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(ÇAĞATAY, A. / KIZILKAYA, S.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Güç mesafesi boyutu yüksek ve düşük statülü insanlar arasındaki farklı ödülleri de dahil olmak üzere, genel olarak toplumda gücün nasıl organize edildiği ile ilgilidir.

Düşük güç mesafesine sahip ülkelere örnek olarak Danimarka ve Yeni Zelanda; Yüksek güç mesafesine sahip ülkelere ise Malezya ve Guatemala örnek olarak verilebilmektedir. Asimetrik bir toplumun toplumsal piramidin içinde artan bir aracı olarak rekabet gücünü güçlendirmesi beklenmektedir (Basabe&Ros, 2005: 192).

Güç Mesafesi ve Liderlik

Liderler organizasyonda önemli bir konuma sahiptir. Bir organizasyonda, organizasyonun her bir üyesini yönlendirebilmek ve etkileyebilmek için bir liderin olması gerekir. Lider, organizasyonun sürdürülebilirliğinden sorumlu olan kişidir. Örgütün amaçlarına ulaşmak için üyelerini yönlendirmeli ve yönetmelidirler. Liderlik, bir grup insanın ortak hedeflere ulaşmasını etkileyen süreçlerden biridir (Putri, 2020: 50). Bir başka tanımlama ile liderlik, bir organizasyonun misyonunu yerine getirmesine yardımcı olmak için bireyleri ve ekipleri motive etmek için gerekli olan karmaşık bir beceriler dizisidir. Etkili bir liderlik için tek bir tarz varlığından bahsetmek mümkün değildir. Liderlik geniş bir beceri seti gerektirir ve bazı liderlik tarzları bazı durumlarda diğerlerinden daha iyi sonuç verebilir. Liderlik görevlerini yerine getirirken, bir liderin farklı liderlik kalıpları ve stilleri vardır. Liderler çalışanlarına ve etkisinde bulunduğu tüm yapıya dönük olarak bir durumsal yaklaşım güderek karar vermektedir. (Shanafelt vd., 2021: 642; Demirel ve Kışman, 2014: 703).

Sağlık sektöründe, 'liderlik' terimi, 'yönetim' ile yakından ilişkilidir ve sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Yönetim ve liderlik, iki farklı disiplin ve uygulama alanını temsil edebilmesine rağmen, uygulamada iki kavram arasında ayırım yapmak zor olabilir. Bazı durumlarda, yönetim işlevleri liderlik sağlayabilirken, liderlik faaliyetleri yönetime katkıda bulunabilir. Ek olarak, yöneticilerin ve liderlerin, geleneksel rolleriyle sınırlı kalmayıp, kendilerinden (yöneticiler ve liderler) tüm insanlar için her şey olmaları gerektiği görüşünü yansıtan farklı durumlarda etkili bir şekilde örgütlerde değişimsel işlev görmeleri beklenir (Ayeleke ve Dunham, 2018: 83). Örgütsel uyum için liderlik, değişimi yönlendirmekten farklıdır; çünkü liderlerin değişimi yukarıdan aşağıya nasıl yönlendirebileceğine odaklanmak yerine, örneğin vizyon ve ilham yoluyla, liderlerin örgütleri ve içlerindeki insanları karmaşık durumlar karşısında uyum sağlamaları için nasıl konumlandırabileceklerini ele almaktadır. Değişken ve genellikle öngörülemez bir dünyayla ilişkili değişikliklere yanıt olarak kuruluşların ve içindekilerin esnek, çevik ve uyumlu olmaları için liderlik mevcut gereksinimlerden yararlanır (Uhl-Bien ve Arena, 2018: 89). Sağlık sektöründe lider, sağlık personelini güçlendirebilir ve bu da tüm sağlık hizmeti organizasyonu için sağlıklı bir ortamı teşvik edecektir. Hastane yöneticilerinin, orta düzey yöneticilerin personelini yönetme şekline odaklanması gerekmektedir. Liderlik davranışları personelin desteklenmesini ve dikkate alınmasını, yüksek görünürlüğü ve liderlik sorumluluklarını paylaşma isteğini içerdiğinde, sağlık personelinin elde tutulması üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir (Robbins ve Davidhizar, 2020: 119). Tersine bir durumda da çalışan devir hızını etkileyen "yönetici sorunu", güç mesafesi yüksek olan yöneticilerin liderlik tarzı ve yönetim tarzının bazı astlar tarafından kabul edilememesinden ortaya çıkmaktadır (Zheng vd., 2018: 137). Liderlik, genellikle stratejik yönetim hedeflerine ulaşmak için bir araç olarak araştırılmıştır. Mevcut meta-analiz, liderliğin araçsal değerinden bağımsız olarak büyük olasılıkla kendi başına önemli bir iş sağlığı faktörü olduğunu öne çıkarmaktadır. Lider-takipçi ilişkisinin lider davranış ve özellikleri, örgüt çalışmasının ruh



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sağlığı için hem koruyucu hem de risk faktörü olarak hareket edebilmektedir. Ayrıca, örgütsel performans ve üretkenlik düzeylerini önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir (Montano vd., 2017: 344). Bu da gösteriyor ki, sağlık yöneticilerinin ve çalışanların kuruma yönelik algılarının belirlenmesi ve kurumsal itibarın stratejik bir araç olduğunun bilinmesi gerekmektedir (İnce ve Tosun, 2015: 49). Ayrıca örgütüne ve çalışanlarına karşı duyarsızlaşma yaşamayan sağlık yöneticilerinin kişisel başarı algılarının yüksek olduğu saptanmıştır (Ulusoy vd. 2012: 258).

Güç mesafesi, sosyal sistemlerdeki hiyerarşi ve güç farklılıklarının algılanan uygunluğunu yansıtan bir değerdir. Sadece ulusal ve örgütsel kültürlerin değil, kültürler içindeki bireylerin de farklılaştığı bir değerdir. Güç mesafesi değeri bu nedenle bireysel bir özellik olarak kabul edilebilir. Güç mesafesi yüksek olan liderlerin (yani, hiyerarşi ve güç farklılıklarını daha uygun bulanlar), yetkilendirme liderliğini normatif olarak daha az uygun gördükleri ve dolayısıyla tam tersine, güç mesafesi düşük liderlerin yetkilendirme liderliğine katılmaya daha açık oldukları savunulmaktadır. Bununla birlikte, gerçekte bunu yapma derecesi, güçlendirici liderliği durumsal olarak uygun olarak algılama derecesine bağlıdır (Tang vd., 2020: 552).

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, sağlık personellerinin güç mesafesi ve yöneticilerinin liderlik tarzına yönelik algısının kişisel ve örgütsel açıdan değerlendirilerek bunun demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmektedir. Araştırmada bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

H₁: Sağlık çalışanlarının güç mesafesi ve liderlik tarzına yönelik kişisel ve örgütsel algıları ile çalışılan hastane arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Sağlık çalışanlarının güç mesafesi ve liderlik tarzına yönelik kişisel ve örgütsel algıları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Sağlık çalışanlarının güç mesafesi ve liderlik tarzına yönelik kişisel ve örgütsel algıları ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Sağlık çalışanlarının güç mesafesi ve liderlik tarzına yönelik kişisel ve örgütsel algıları ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₅: Sağlık çalışanlarının güç mesafesi ve liderlik tarzına yönelik kişisel ve örgütsel algıları ile kurumdaki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₆: Sağlık çalışanlarının güç mesafesi ve liderlik tarzına yönelik kişisel ve örgütsel algıları ile mesleki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Araştırmanın Modeli

Anket çalışması ile sağlık çalışanlarının güç mesafesi ve liderlik tarzına yönelik kişisel ve örgütsel algılarının demografik özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığının tespit edildiği bu çalışmada tarama modeli kullanılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın amacına uygun olarak kullanılan anket formunda sağlık personellerinin kişisel ve mesleki özelliklerini ortaya koyan soruların yanında, örgüt kültürünün güç mesafesi boyutunu değerlendirmeye yönelik ölçek ve örgüt içerisindeki liderlik tarzlarını değerlendirmeye yönelik bir ölçek yer almaktadır. Bu ölçek çalışması Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi E-33490967-044-25016 sayılı etik kurul kararı alınarak uygulanmıştır. Örgüt kültürünün güç mesafesi boyutunu değerlendirmeye yönelik kullanılan ölçek, Dorfman ve Howell (1988) tarafından geliştirilmiş olup toplam 5 ifadeden oluşmaktadır. 5’li likert olarak yapılan ölçek ifadelerinde 1. seçenek için katılımcıların “Kesinlikle katılmıyorum” cevabını, 5. seçenek için ise “Kesinlikle katılıyorum” cevabını vermeleri sağlanmıştır. Bu çalışmada, güç mesafesine ilişkin kişisel görüşleri ortaya koyan 5 ifadenin (“Yöneticiler işle ilgili çoğu kararlarını astlarına sormadan alırlar.”, “Bir yöneticinin astlarıyla olan ilişkisinde sıklıkla konumu gereği sağladığı yetki ve gücü kullanması gerekir.”, “Yöneticiler işle ilgili konularda nadiren çalışanlarının görüşlerini almalıdır.”, “Çalışanlar, yöneticilerinin işle ilgili verdiği kararlara karşı çıkmamalıdır.” ve “Yöneticiler önemli işleri astlarına devretmemeli; kendileri yapmalıdır) güvenilirlik düzeyinin 0,74, bu görüşlerin örgüt için doğruluk değerini ortaya koyan ifadelerin ise güvenilirlik düzeyinin 0,76 olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık personellerinin, tepe yöneticilerin liderlik tarzlarını değerlendirmesine yönelik Sevinç (2006) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Toplam 8 ifadenin yer aldığı ölçek benzer şekilde 5’li likert olarak yapılandırılmıştır. Bu çalışmada “Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşler” içerisinde yer alan 5 ifadenin güvenilirlik düzeyinin 0,81; İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların güvenilirlik düzeyinin 0,82 ve son olarak İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların Örgüt İçin Doğruluk Düzeyini ortaya koyan ifadelerin (4 ifade) güvenilirlik düzeyinin 0,84 olduğu tespit edilmiştir.

Sayıtlar/Varsayımlar

Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu ve Ölçeğin uygun ölçme araçları olduğu varsayılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin kendilerine yöneltilen sorulara doğru cevap verdiği varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

Sağlık personelleri üzerinde yapılan bu araştırmanın kapsamı, İstanbul ili Kadıköy ilçesindeki 2 özel hastane ile sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle, araştırma sonuçlarının diğer bütün hastanelere genellenemez olması araştırmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır. Araştırma veri toplama aşamasında kullanılan anket formu ile sınırlıdır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

543

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(ÇAĞATAY, A. / KIZILKAYA, S.)

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Kadıköy ilçesinde hizmet veren 2 özel hastanede çalışan sağlık personelleri oluşturmaktadır. Söz konusu hastanelerin birincisinde çalışan personel sayısı toplam 350 iken, ikinci hastanede çalışan personel sayısı 200'dür. Araştırmanın örneklemini ise sözü edilen hastanelerde çalışan sağlık personelleri arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilen kişiler oluşturmaktadır. Bu çalışmada istatistiksel açıdan elde edilen verilerin anlamlılık düzeyinin sağlanması amacı ile toplam 276 adet anket istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Araştırmanın Bulguları

Bu kısımda araştırmaya katılanların kişisel bilgilerini ortaya koyan sorulara yönelik elde edilen bulgular yer almaktadır.

Araştırmaya Katılan Personelin Demografik ve Mesleki Özellikleri

Çalışmanın bu kısmında, anket uygulamasına katılan sağlık personellerinin kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik elde edilen sonuçlar yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Kişisel Özellikleri

Cinsiyet			Yaş		
Male	52	18,8	25 yaş altı	74	26,8
Female	224	81,2	25-29 yaş	75	27,2
Toplam	276	100,0	30-34 yaş	56	20,3
Eğitim Düzeyi			35-40 yaş	47	17,0
			41 yaş ve üzeri	24	8,7
Lise	114	41,3	Toplam	276	100,0
Önlisans	109	39,5	Çalışılan Hastane		
Lisans	23	8,3			
Yüksek Lisans	5	1,8	Birinci Hastane	136	49,3
Tıpta Uzmanlık-Doktora	25	9,1	İkinci Hastane	140	50,7
Toplam	276	100,0	Toplam	276	100,0
Hastanedeki Çalışma Süresi			Mesleki Çalışma Süresi		
1 yıldan az	104	37,7	1 yıldan az	59	21,4
1-5 yıl	108	39,1	1-5 yıl	115	41,7
6-10 yıl	38	13,8	6-10 yıl	56	20,3
11 yıl ve üzeri	26	9,4	11 yıl ve üzeri	46	16,7
Toplam	276	100,0	Toplam	276	100,0

Sağlık personellerinin çalıştıkları hastaneye yönelik elde edilen sonuçlarda %49,3'ünün birinci hastanede, %50,7'sinin ise ikinci hastanede çalıştıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında %18,8'inin erkek, %81,2'sinin ise kadın olduğu tespit edilmiştir. Sağlık personellerinin yaş dağılımlarına bakıldığında %26,8'inin 25 yaş altında, %27,2'sinin 25-29 yaşında, %20,3'ünün 30-34 yaşında, %17'sinin 35-40 yaşında ve son olarak %8,7'sinin 41 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Sağlık personellerinin eğitim düzeylerine yönelik elde edilen sonuçlarda %41,3'ünün lise mezunu, %39,5'inin Ön lisans mezunu, %8,3'ünün Lisans mezunu, %1,8'inin yüksek lisans mezunu ve son olarak %9,1'inin tıpta uzmanlık/doktora mezunu olduğu tespit edilmiştir. Sağlık personellerinin çalışma sürelerine yönelik elde edilen sonuçlarda %37,7'sinin 1 yıldan az, %39,1'inin 1-5 yıl, %13,8'inin 6-10 yıl ve son olarak %9,4'ünün 11 yıl ve üzeri bir süredir kurumda çalıştığı tespit edilmiştir.

Normallik Analizi

Araştırmada, anket yöntemi sonucu elde edilen verilerin çözümlenmesinde kullanılan bir diğer test tekniği de normallik testidir. Bu test, parametrik test yöntemlerinin kullanılabilirliğinin temel bir şartı olan "Verilerin normal bir dağılıma sahip olması" koşulunu ortaya koyan bir test tekniğidir. Normallik testinde Kolmogorov-Smirnov değerinin "0.05"ten büyük olması beklenmektedir. Bu koşulun yerine geldiği durumlarda verilerin normal dağılıma sahip olduğu varsayılır.

Tablo 2. Normallik Test Sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov		
	İstatistik	df	p*
Güç Mesafesine İlişkin Kişisel Görüşler	,083	276	,000
Güç Mesafesine İlişkin Görüşlerin Örgüt İçin Doğruluk Düzeyi	,091	276	,000
Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşler	,105	276	,000
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışlar	,131	276	,000
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların Mevcut Kurum İçin Doğruluk Düzeyi	,212	276	,000

* Beklenen değer

Anket içerisinde yer alan ölçek ifadelerine verilen cevapların normallik test sonuçlarına bakıldığında verilerin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle araştırmada, parametrik olmayan test yöntemleri tercih edilmiştir.

Tablo 3. Güç Mesafesi Ölçek İfadelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri (N=276)

İfadeler	Kişisel		Örgüt	
	Ort.	SS	Ort.	SS
Yöneticiler işle ilgili çoğu kararlarını astlarına sormadan alırlar.	3,37	1,274	3,47	1,272
Bir yöneticinin astlarıyla olan ilişkisinde sıklıkla konumu gereği sağladığı yetki ve gücü kullanması gerekir.	3,43	1,140	3,54	1,180
Yöneticiler işle ilgili konularda nadiren çalışanlarının görüşlerinin almalıdır.	3,29	1,345	3,67	1,081
Çalışanlar, yöneticilerinin işle ilgili verdiği kararlara karşı çıkmamalıdır.	3,25	1,170	3,55	1,055
Yöneticiler önemli işleri astlarına devretmemeli; kendileri yapmalıdır.	3,50	1,234	3,72	1,087
Toplam	3,37	,865	3,59	,816

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan sağlık personellerinin çalışma hayatında yöneticilerin davranışlarına yönelik görüşleri ile bu davranışlarla ilgili kişisel görüşlerine yönelik elde edilen sonuçlar yer almaktadır. Buna göre, “Yöneticiler işle ilgili çoğu kararlarını astlarına sormadan alırlar.” ifadesine sağlık personelinin katılım düzeyi 3,37 iken bu ifadenin mevcut kurumdaki doğruluk düzeyinin 3,47 olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, “Bir yöneticinin astlarıyla olan ilişkisinde sıklıkla konumu gereği sağladığı yetki ve gücü kullanması gerekir.” ifadesine sağlık personelinin katılım düzeyi 3,43 iken bu ifadenin mevcut kurumdaki doğruluk düzeyinin 3,54 olduğu tespit edilmiştir. “Yöneticiler işle ilgili konularda nadiren çalışanlarının görüşlerinin almalıdır.” ifadesine sağlık personelinin katılım düzeyi 3,29 iken bu ifadenin mevcut kurumdaki doğruluk düzeyinin 3,67 olduğu tespit edilmiştir. “Çalışanlar, yöneticilerinin işle ilgili verdiği kararlara karşı çıkmamalıdır.” ifadesine sağlık personelinin katılım düzeyi 3,25 iken bu ifadenin mevcut kurumdaki doğruluk düzeyinin 3,55 olduğu tespit edilmiştir. “Yöneticiler önemli işleri astlarına delege etmemeli; kendileri yapmalıdır.” ifadesine sağlık personelinin katılım düzeyi 3,50 iken bu ifadenin mevcut kurumdaki doğruluk düzeyinin 3,72 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Personellerinin Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşlerine Yönelik Elde Edilen Sonuçlar (N=276)

İfadeler	Ort.	SS
İşle ilgili tüm bilgileri çalışanlarla paylaşır.	3,09	1,134
Çalışanlarıyla, sanki onların arkadaşıymış gibi iletişim kurar.	3,25	1,091
Bir karar almadan önce çalışanlarının fikrine başvurur.	3,05	1,122
Çalışanlarının ortaya koyduğu iş sonuçlarından daha çok onların moral düzeyleri ile ilgilenir.	3,11	1,158
Çalışanlarının kurumun hedeflerini tam ve doğru olarak anlamalarını sağlar.	3,83	,991
Toplam	3,27	,829

Sağlık personellerinin yönetici davranışlarına ilişkin görüşlerine yönelik elde edilen ortalama değerlere bakıldığında en yüksek ortalamanın “Çalışanlarının kurumun hedeflerini tam ve doğru olarak anlamalarını sağlar.” ifadesine; en düşük ortalamanın “Bir karar almadan önce çalışanlarının fikrine başvurur.” ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 5. Cinsiyete Göre Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	Sıralı Ortalama	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	P
Güç Mesafesine İlişkin Kişisel Görüşler	Erkek	52	176,01	9152,50	3873,500	,00*
	Kadın	224	129,79	29073,50		
	Toplam	276				
Güç Mesafesine İlişkin Görüşlerin Örgüt İçin Doğruluk Düzeyi	Erkek	52	167,97	8734,50	4291,500	,00*
	Kadın	224	131,66	29491,50		
	Toplam	276				
Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşler	Erkek	52	150,13	7807,00	5219,000	,24
	Kadın	224	135,80	30419,00		
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışlar	Erkek	52	159,20	8278,50	4747,500	,04*
	Kadın	224	133,69	29947,50		
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların Mevcut Kurum İçin Doğruluk Düzeyi	Erkek	52	142,41	7405,50	5620,500	,69
	Kadın	224	137,59	30820,50		
	Toplam	276				

* p<,05

Cinsiyete göre yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarında, sadece “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşlerin” anlamlı düzeyde farklılaştığı ve bu farklılıkta erkeklerin ortalama değerlerinin kadınların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6. Çalışılan Hastaneye Göre Yapılan Mann-Whitney U Testi Sonuçları

	Çalışılan Hastane	N	Sıralı Ortalama	Sıralar Toplamı	Mann-Whitney U	p
Güç Mesafesine İlişkin Kişisel Görüşler	Birinci Hastane	136	119,14	16203,50	6887,500	,00*
	İkinci Hastane	140	157,30	22022,50		
	Toplam	276				
Güç Mesafesine İlişkin Görüşlerin Örgüt İçin Doğruluk Düzeyi	Birinci Hastane	136	114,42	15561,50	6245,500	,00*
	İkinci Hastane	140	161,89	22664,50		
	Toplam	276				
Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşler	Birinci Hastane	136	127,99	17406,00	8090,000	,03*
	İkinci Hastane	140	148,71	20820,00		
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışlar	Birinci Hastane	136	125,34	17046,50	7730,500	,01*
	İkinci Hastane	140	151,28	21179,50		
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların Mevcut Kurum İçin Doğruluk Düzeyi	Birinci Hastane	136	126,22	17166,00	7850,000	,01*
	İkinci Hastane	140	150,43	21060,00		
	Toplam	276				

* p<,05

Çalışılan hastaneye göre yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarında, tüm değişkenlerde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler” ile çalışılan hastane arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta ikinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinin, birinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi” ile çalışılan hastane arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta ikinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinin birinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler” ile çalışılan hastane arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta ikinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinin birinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar” ile çalışılan hastane arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta ikinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinin birinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi” ile çalışılan hastane arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta ikinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinin birinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Yaşa Göre Yapılan Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

	Yaş	N	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	P	Fark Testi
Güç Mesafesine İlişkin Kişisel Görüşler	25 yaş altı	74	114,83	14,856	,00*	36 yaş ve üzeri ile 25 yaş altı ve 30-34 yaş
	25-29 yaş	75	144,77			
	30-34 yaş	56	129,44			
	36 yaş ve üzeri	71	163,70			
	Toplam	276				
Güç Mesafesine İlişkin Görüşlerin Örgüt İçin Doğruluk Düzeyi	25 yaş altı	74	115,16	17,333	,00*	36 yaş ve üzeri ile 25 yaş altı
	25-29 yaş	75	146,52			
	30-34 yaş	56	124,07			
	36 yaş ve üzeri	71	165,73			
	Toplam	276				
Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşler	25 yaş altı	74	128,84	13,230	,00*	25 yaş ile 30-34 yaş
	25-29 yaş	75	162,61			
	30-34 yaş	56	114,52			
	36 yaş ve üzeri	71	142,01			
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışlar	25 yaş altı	74	121,73	13,247	,00*	36 yaş ve üzeri ile 25 yaş altı ve 30-34 yaş
	25-29 yaş	75	146,95			
	30-34 yaş	56	120,06			
	36 yaş ve üzeri	71	161,60			
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların Mevcut Kurum İçin Doğruluk Düzeyi	25 yaş altı	74	115,74	10,932	,01*	25 yaş altı ile 30-34 yaş ve 36 yaş ve üzeri
	25-29 yaş	75	142,42			
	30-34 yaş	56	160,14			
	36 yaş ve üzeri	71	141,01			
	Toplam	276				

* p<.05

Yaşa göre yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarında, tüm değişkenlerde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler” ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 36 yaş ve üzerinde olanların ortalama değerlerinin, diğer yaş gruplarında olan çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi” ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 36 yaş ve üzerinde olanların ortalama değerlerinin, diğer yaş gruplarında olan çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler” ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 25-29 yaşında olanların ortalama değerlerinin, diğer yaş gruplarında olan çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar” ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 36 yaş ve üzerinde olanların ortalama değerlerinin, diğer yaş gruplarında olan çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi” ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 30-34 yaşında olanların ortalama değerlerinin, diğer yaş gruplarında olan çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yaşa göre yapılan çoklu karşılaştırma test sonucuna bakıldığında, “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler”de 36 yaş ve üzerinde olanlarla, 25 yaş altı ve 30-34 yaşında olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. “Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi”nde 36 yaş ve üzerinde olanlarla, 25 yaş altında olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

“Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler”de 25-29 yaşında olanlarla, 30-34 yaşında olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar”da 36 yaş ve üzerinde olanlarla 25 yaş altı ve 30-34 yaşında olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Son olarak, “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi”nde 25 yaş altında olanlarla 30-34 ve 36 yaş ve altında olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8. Eğitim Düzeyine Göre Yapılan Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

	Eğitim Düzeyi	N	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	P	Fark Testi
Güç Mesafesine İlişkin Kişisel Görüşler	Lise	114	134,40	3,098	,21	Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora ile Önlisans
	Önlisans	109	134,38			
	Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora	53	155,79			
	Toplam	276				
Güç Mesafesine İlişkin Görüşlerin Örgüt İçin	Lise	114	141,05	7,689	,02*	Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-
	Önlisans	109	124,79			
	Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora	53	161,21			
	Toplam	276				

Doğruluk Düzeyi	Toplam					Doktora ile Önlisans ve Lise
		276				
Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşler	Lise	114	129,44	9,696	,01*	Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora ile Önlisans
	Önlisans	109	133,21			
	Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora	53	168,86			
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışlar	Lise	114	141,68	6,622	,04*	Lise ile Önlisans
	Önlisans	109	125,36			
	Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora	53	158,67			
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların Mevcut Kurum İçin Doğruluk Düzeyi	Lise	114	154,61	8,829	,01*	Lise ile Önlisans
	Önlisans	109	124,15			
	Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora	53	133,35			
	Toplam	276				

* p<,05

Eğitim düzeyine göre yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarında “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler” ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. “Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi” ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora mezunu olanların ortalama değerlerinin, diğer eğitim düzeyine sahip olanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler” ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora mezunu olanların ortalama değerlerinin, diğer eğitim düzeyine sahip olanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar” ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta Lisans-Yüksek Lisans-Tıpta Uzmanlık-Doktora mezunu olanların ortalama değerlerinin, diğer eğitim düzeyine sahip olanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi” ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta lise mezunu olanların ortalama değerlerinin diğer eğitim düzeyine sahip olanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Eğitim düzeyine göre yapılan çoklu karşılaştırma test sonucuna bakıldığında, güç mesafesine ilişkin kişisel görüşlerde lisans-yüksek lisans-tıpta uzmanlık-doktora mezunu olanlarla, önlisans mezunu olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Yönetici davranışlarına ilişkin görüşlerde lisans-yüksek lisans-tıpta uzmanlık-doktora mezunu olanlarla lisans ve önlisans mezunu olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlarda lisans-yüksek lisans-tıpta uzmanlık-doktora mezunu olanlarla lise mezunu olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Son olarak, iyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyinde lise mezunu olanlarla önlisans mezunu olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9. Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Yapılan Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

	Kurumdaki Çalışma Süresi	N	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	P
Güç Mesafesine İlişkin Kişisel Görüşler	1 yıldan az	104	145,27	3,115	,21
	1-5 yıl	108	140,85		
	6 yıl ve üzeri	64	123,52		
	Toplam	276			
Güç Mesafesine İlişkin Görüşlerin Örgüt İçin Doğruluk Düzeyi	1 yıldan az	104	147,12	2,009	,37
	1-5 yıl	108	134,28		
	6 yıl ve üzeri	64	131,62		
	Toplam	276			
Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşler	1 yıldan az	104	144,27	5,012	,08
	1-5 yıl	108	144,49		
	6 yıl ve üzeri	64	119,01		
	Toplam	276			
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışlar	1 yıldan az	104	137,04	,107	,95
	1-5 yıl	108	140,42		
	6 yıl ve üzeri	64	137,63		
	Toplam	276			
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların Mevcut Kurum İçin Doğruluk Düzeyi	1 yıldan az	104	137,14	4,177	,12
	1-5 yıl	108	130,05		
	6 yıl ve üzeri	64	154,98		
	Toplam	276			

Kurumdaki çalışma süresine göre yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarında, tüm değişkenlerde anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 10. Mesleki Çalışma Süresine Göre Yapılan Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları

	Mesleki Çalışma Süresi	N	Sıralı Ortalama	Kruskal-Wallis H	P	Fark Testi
Güç Mesafesine İlişkin Kişisel Görüşler	1 yıldan az	59	148,12	2,316	,51	
	1-5 yıl	115	130,41			
	6-10 yıl	56	143,85			
	11 yıl ve üzeri	46	139,87			
	Toplam	276				
Güç Mesafesine İlişkin Görüşlerin Örgüt İçin Doğruluk Düzeyi	1 yıldan az	59	162,89	11,114	,01*	
	1-5 yıl	115	122,83			
	6-10 yıl	56	148,74			1-5 yıl ile 1 yıldan az
	11 yıl ve üzeri	46	133,92			
	Toplam	276				
Yönetici Davranışlarına İlişkin Görüşler	1 yıldan az	59	130,86	1,399	,71	
	1-5 yıl	115	143,65			
	6-10 yıl	56	141,28			
	11 yıl ve üzeri	46	132,04			
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışlar	1 yıldan az	59	141,04	9,364	,03*	
	1-5 yıl	115	123,02			
	6-10 yıl	56	148,32			1-5 yıl ile 11 yıl ve üzeri
	11 yıl ve üzeri	46	161,99			
	Toplam	276				
İyi Bir Yöneticiye İlişkin İnanç ve Davranışların Mevcut Kurum İçin Doğruluk Düzeyi	1 yıldan az	59	170,65	15,305	,00*	
	1-5 yıl	115	121,95			
	6-10 yıl	56	137,46			1-5 yıl ile 1 yıldan az
	11 yıl ve üzeri	46	139,90			
	Toplam	276				

* p<,05

Mesleki çalışma süresine göre yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçlarında “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler” ile mesleki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. “Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi” ile mesleki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 1 yıldan az mesleki çalışma süresine sahip olanların ortalama değerlerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler” ile mesleki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar” ile mesleki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 11 yıl ve üzeri mesleki çalışma süresine sahip olanların ortalama değerlerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi” ile mesleki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 1 yıldan az mesleki çalışma süresine sahip olanların ortalama değerlerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Mesleki çalışma süresine göre yapılan çoklu karşılaştırma test sonucuna bakıldığında, “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler”de 1-5 yıl arası mesleki çalışma süresine sahip olanlarla 1 yıldan az çalışma süresine sahip olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar”da 1-5 yıl arası mesleki çalışma süresine sahip olanlarla 11 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Son olarak, “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi”nde 1-5 yıl arası mesleki çalışma süresine sahip olanlarla 1 yıldan az çalışma süresine sahip olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11. Sağlık Personellerinin Kendisi ve Çalıştıkları Kuruma Yönelik İnanç ve Davranış Modellerine Yönelik Görüşleri (N=276)

İfadeler	İfadeye Katılım Düzeyi		İfadenin Mevcut Kurum İçin Doğruluk Düzeyi	
	Ort.	SS	Ort.	SS
Güçlü, azimli ve sert fakat adil. Sadık çalışanlarına karşı korumacı, cömert ve hoşgörülü	3,04	1,074	3,49	,846
Otoriteyi kendi lehine kullanmayacak şekilde şahsiyetli ve doğru. Çalışanlarından sadece formal sistemin gerekliliklerini talep eder.	2,97	1,092	3,24	,934
Görevle ilgili konularda eşitlikçi ve etkilenebilir. İş için gereken kaynakları elde etmek için otoritesini kullanır.	2,95	1,028	3,22	1,005
Kişisel ihtiyaçlar ve diğer insanların değerleri konusunda ilgili ve hassastır ve çalışanları için tatmin edici ve gelişimi teşvik eden çalışma koşulları yaratır.	2,88	1,114	3,32	1,001
Toplam	2,96	,867	3,32	,783



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Yukarıdaki tabloda, sağlık personellerinin kendisi ve çalıştıkları kuruma yönelik inanç ve davranış modellerine yönelik görüşlerinin ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Buna göre, “Güçlü, azimli ve sert fakat adil. Sadık çalışanlarına karşı korumacı, cömert ve hoşgörülü” ifadesine katılımcıların katılım düzeylerinin 3,04; bu ifadenin mevcut kurum için doğruluk düzeyinin ise 3,49 olduğu tespit edilmiştir.

“Otoriteyi kendi lehine kullanmayacak şekilde şahsiyetli ve doğru. Çalışanlarından sadece formal sistemin gerekliliklerini talep eder.” ifadesine katılımcıların katılım düzeylerinin 2,97; bu ifadenin mevcut kurum için doğruluk düzeyinin ise 3,24 olduğu tespit edilmiştir.

“Görevle ilgili konularda eşitlikçi ve etkilenebilir. İş için gereken kaynakları elde etmek için otoritesini kullanır.” ifadesine katılımcıların katılım düzeylerinin 2,95; bu ifadenin mevcut kurum için doğruluk düzeyinin ise 3,22 olduğu tespit edilmiştir.

“Kişisel ihtiyaçlar ve diğer insanların değerleri konusunda ilgili ve hassastır ve çalışanları için tatmin edici ve gelişimi teşvik eden çalışma koşulları yaratır.” ifadesine katılımcıların katılım düzeylerinin 2,88; bu ifadenin mevcut kurum için doğruluk düzeyinin ise 3,32 olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç ve Tartışma

Kültür, bir ülkenin, bölgenin veya grubun üyelerinin birbirleriyle paylaştığı ancak başkalarıyla paylaşılmayan kolektif bir zihinsel programdır (Hofstede, 1983: 76). Dolayısıyla farklı toplumlarda farklı kültürleri görmek bu toplumlarda farklı yönetim biçimi ve çalışanlar ile yöneticiler arasındaki ilişki toplumun kendine özgü yönetim biçiminin şekillenmesine neden olmaktadır. Yöneticilerin topluma ve kültüre uygun özellikler gösterebilmeleri, yönetim sürecinin başarılı bir şekilde uygulanmasına katkıda bulunmalıdır. Yönetim süreci, insan kaynakları gibi diğer üretim faktörlerini de içeren plan ve politikalarla başlar. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının güç mesafesi ve liderlik tarzına yönelik kişisel ve örgütsel algıları ile demografik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının tespiti amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, İstanbul ili Kadıköy ilçesinde hizmet veren 2 özel sağlık kuruluşunda çalışan toplam 550 sağlık personelinin 276’sı üzerinde anket uygulanmıştır. Uygulama sonucunda, sağlık çalışanlarının güç mesafesi algısının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akyol’un (2009) yaptığı ve çalışanların yöneticilerle ilgili görüşlerini değerlendirdiği araştırmada ise, katılımcıların güç mesafesi algılarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları hastane ile “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler”, “Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi”, “Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler”, “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar” ve “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi” arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta ikinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinin birinci hastanede çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, ikinci hastanede çalışanların, çalıştıkları hastanenin çok güçlü bir katılımcı iklime sahip olduğunu, bunun da çalışanların görüşlerini söylemeye istekli olmasını sağladıklarını düşündüğü ifade edilebilir.

Cinsiyet değişkeni ile güç mesafesine ilişkin kişisel görüşlerin anlamlı düzeyde farklılaştığı ve bu farklılıkta erkeklerin ortalama değerlerinin, kadınların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Altınkurt ve Yılmaz (2012) ile Deniz’in (2013) araştırmalarında ise katılımcıların, yöneticilerinin kullandıkları güç kaynaklarına ilişkin görüşlerinin cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Yaş ile “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler”, “Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi” ve “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar” arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 36 yaş ve üzerinde olanların ortalama değerlerinin diğer yaş gruplarında olan çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, “Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler” ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 25-29 yaşında olanların ortalama değerlerinin diğer yaş gruplarında olan çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi” ile yaş arasında ise benzer şekilde anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 30-34 yaşında olanların ortalama değerlerinin diğer yaş gruplarında olan çalışanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Akyol’un (2009) çalışmasında çalışanların örgütsel güç mesafesi düzeyine ilişkin beklentileri ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmada, sağlık çalışanlarının yöneticilerinin liderlik algıları ile yaş arasında da benzer şekilde anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulguda, eğitim düzeyi ile “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler” arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. “Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi”, “Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler” ve “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar” ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta lisans-yüksek lisans-tıpta uzmanlık-doktora mezunu olanların ortalama değerlerinin diğer eğitim düzeyine sahip olanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, entelektüel eğilimleri yükselen sağlık personellerinin küresel anlamda meydana gelen değişikliklerden etkilendiği ve bu değişiklikleri kendi örgütlerinde görme eğiliminde oldukları ifade edilebilir. Akyol’un (2009) çalışmasında çalışanların örgütsel güç mesafesi düzeyine ilişkin beklentileri ile yaş arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta eğitim düzeyi yüksek olanların beklentilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

“İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi” ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta lise mezunu olanların ortalama değerlerinin diğer eğitim düzeyine sahip olanların ortalama değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen bir diğer bulgu da, kurumdaki çalışma süresi ile araştırmada ele alınan tüm değişkenler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Akyol’un (2009) çalışmasında da çalışanların örgütsel güç mesafesi düzeyine ilişkin beklentileri ile kurumdaki kıdem arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen diğer bir bulguda ise, mesleki çalışma süresi ile “Güç mesafesine ilişkin kişisel görüşler” ve “Yönetici davranışlarına ilişkin görüşler” arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. “Güç mesafesine ilişkin görüşlerin örgüt için doğruluk düzeyi” ve “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışların mevcut kurum için doğruluk düzeyi” ile mesleki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 1 yıldan az mesleki çalışma süresine sahip olanların ortalama değerlerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. “İyi bir yöneticiye ilişkin inanç ve davranışlar” ile mesleki çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta 11 yıl ve üzeri mesleki çalışma süresine sahip olanların ortalama değerlerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmayı destekler nitelikte Altinkurt ve Yılmaz’ın (2012) çalışmasında güç mesafesi algısında kıdem değişkeninin etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmada 11-20 yıllık deneyime sahip kişilerin, yöneticilerinin güç kaynaklarını 10 yıl ve daha az deneyime sahip kişilere göre daha fazla kullandıklarına inandıkları

tespit edilmiştir. Titrek ve Zafer'in (2009) araştırmasına göre 16 yıl ve üzeri mesleki niteliklere sahip çalışanlar, yöneticinin örgütsel güç düzeyini 1-10 yıllık mesleki niteliklere sahip çalışanlara göre daha olumlu görmektedir. Bir diğer taraftan ise Deniz'in (2013) araştırmasında, çalışanların güç mesafesi algısı ile kıdem değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir.

Öneriler

Çalışmada, güç mesafesi ve liderlik tarzına ilişkin görüşlerin demografik özelliklere göre karşılaştırılmasında cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi değişkenler baz alınmıştır. Gelecekteki araştırmalarda aylık gelir düzeyi, çalışma saatleri gibi farklı değişkenlere göre de karşılaştırmalar yapılabilir.

Çalışmanın İstanbul ili Kadıköy ilçesindeki iki özel hastane özelinde gerçekleşmesinden yola çıkarak, elde edilenlerin genellenebilirliği amacıyla farklı illerdeki sağlık çalışanları üzerinde de çalışmalar yapılabilir.

Çalışmanın özel hastanelerde çalışan sağlık personelleri üzerinde gerçekleştiği göz önüne alınarak, gelecekteki çalışmalarda kamu hastanelerindeki çalışanlar üzerinde de çalışmalar yapılarak hastane türüne göre karşılaştırmalar yapılabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı	✓ Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.
Destek ve Teşekkür Beyanı	✓ Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.
Çatışma Beyanı	✓ Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir

KAYNAKÇA

- Ahmad, I., & Gao, Y. (2018). Ethical leadership and work engagement: The roles of psychological empowerment and power distance orientation. *Management Decision*. Ss.1991-2005
- Akyol, Ş. (2009). *Örgüt Kültüründe Güç Mesafesi ve Liderlik İlişkisi*, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Altinkurt, Y. ve Yılmaz, K. (2012). Okul yöneticilerinin kullandığı güç kaynakları ile öğretmenlerin örgütsel vatandaşlık davranışları arasındaki ilişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1833-1852.
- Amin, B., Hamidah., & Gunawan, K. (2020). The Influence Of Transformational Leadership, Power Distance, And Followership On The Capability Of Decision Mak-ing In Kostrad. *Journal of Business and Behavioural Entrepreneurship*, 4(1), 43-61.
- Ayeleke, R. O. & Dunham, A.(2018). The Concept of Leadership in the Health Care Sector, in Leadership, Edited by Suleyman Davut Göker, IntechOpen.
- Basabe, N., Ros, M. (2005) *Cultural dimensions and social behavior correlates: Individualism-Collectivism and Power Distance*, Presses Universitaires de Grenoble, ss. 192-196



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Biatas, S. (2009) *Power distance as a determinant of relations between managers and employees in the enterprises with foreign capital*, Journal of Intercultural Management Vol. 1, No. 2, ss. 106-107
- Chen, G., Kırkman, B., Chen, Z. X., Lowe, K. B., (2009) *Individual Power Distance Orientation And Follower Reactions To Transformational Leaders: A Cross-Level, Cross-Cultural Examination*, Academy of Management Journal, Vol. 52, No. 4, ss. 748
- Côté, D. (1999) *Power Strategy Formation in A Human Service Organization Undergoing Turbulent Change*, Philosophie Doctor (Ph.D.) en Sciences Humaines Appliquées, ss. 15
- Demirel, H. G., & KİŞMAN, Z. A. (2014). KÜLTÜRLER ARASI LİDERLİK. *Electronic Turkish Studies*, 9(5). 681-705
- Den H., Deanne N. (2012) *"Power Distance."* *Encyclopedia of Leadership*. Ed. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2004. 1225-30. SAGE Reference Online. Web. Ss. 3
- Deniz, A. (2013). "Okullarda Güç Mesafesi ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki", Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi ve Teftişi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
- Dorfman, P. W., & Howell, J. P. (1988). *Dimensions of national culture and effective leadership patterns: Hofstede revisited*. In E.G. McGoun (Ed.), *Advances in international comparative management* (Vol. 3, pp. 127-149). Greenwich, CT: JAI Press'den aktaran: Ming-Yi Wu (2008), *Comparing Expected Leadership Styles in Taiwan and the United States: A Study of University Employees*, China Media Research, 4(1).
- Francesco, A.M., Chen, Z. X., (2000) "Cross-Cultural" Differences Within A Single Culture: Power Distance As A Moderator of The Participation- Outcome Relationship in The People's Republic Of China, *An earlier version of this paper was presented at the Academy of Management meeting*, Toronto, Canada, August, ss.5
- Franczukowska, A. A., Krczal, E., Knapp, C., & Baumgartner, M. (2021). Examining ethical leadership in health care organizations and its impacts on employee work attitudes: an empirical analysis from Austria. *Leadership in Health Services*. ss.229-246
- Hofstede, G. (1983), "The cultural relativity of organizational practices and theories", *Journal of International Business Studies*, Vol. 14: 75-89.
- İnce, Ali. R. Tosun, N. (2015) "İç Müşteri Odaklı Kurumsal İtibar Bileşenlerinin Belirlenmesi ve İşgören Performansına Etkisinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma" *KAÜ İİBF Dergisi*, 6(11), 37-52.
- Lam, L. W., & Xu, A. J. (2019). Power imbalance and employee silence: The role of abusive leadership, power distance orientation, and perceived organisational politics. *Applied Psychology*, 68(3), 513-546.
- Liao, H. Y., & Shaw, K. H. (2020). Authentic Leadership and Employee Voice: Roles of Obligation Perception and Power Distance Orientation. *Business and Management Research*, 9(3), 25-33.
- Liu, W.K., Lee, Y. (2012) *Evaluation of Relationship between Power Distance and Transformational Leadership: Examination of Multinational Corporations in Taiwan*, ss.21



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Lucas, R., Kothari, P., Adams III, C., Jones, L., Williams, V. N., & Sánchez, J. P. (2020). We are All Leaders: Introducing Self-Leadership Concepts Through the Lens of Improving Diversity in the Health Care Workforce. *MedEdPORTAL*, 16, 1-6.
- Ly, A. (2012) *A critical discussion of Hofstede's concept of Power Distance, This article is based on the compulsory presentation given in connection with a doctoral course in theory of science and ethics*, delivered on 22 August 2012 at NHH Norwegian School of Economics, ss.53
- Michael H. Bond, Kwok-Choi Wan, Kwok Leung and Robert A. Giacalone, (2010) *How are Responses to Verbal Insult Related to Cultural Collectivism and Power Distance?* *Journal of Cross-Cultural Psychology*, ss. 112-113.
- Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hüffmeier, J. (2017). Leadership, followers' mental health and job performance in organizations: A comprehensive meta-analysis from an occupational health perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 38(3), 327-350.
- Mullen, J., Fiset, J., & Rhéaume, A. (2018). Destructive forms of leadership: The effects of abusive supervision and incivility on employee health and safety. *Leadership & Organization Development Journal*. ss.946-961
- Ogutu, M. *Influence of Power Distance on Employee Empowerment and MNC Performance: A Study of Multinational Corporations in Kenya*, *Education Research Journal* Vol. 2(2): 47-61, ss. 50
- Özer, Ö., Budak, F., Şentürk, S., & Gün, Ç. (2018). Hekim ve Hemsirelerin Klinik Liderlik Algılarının Sosyodemografik Degiskenler Açısından İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 15(2), 99-105.
- Preston, D. (2009) *Website Design Guidelines: High Power Distance and High-Context Culture*, *International Journal of Cyber Society and Education* Pages 47-60, Vol. 2, No. 1, ss. 48
- Putri, S. A., Mirzania, A., & Hartanto, D. (2020). The importance of a transformational leadership model in managing organizational culture. *Journal of Leadership in Organizations*, 2(1). ss.49-56
- Robbins, B., & Davidhizar, R. (2020). Transformational leadership in health care today. *The Health Care Manager*, 39(3), 117-121.
- Sevinç, L., (2006). *EILEAD Liderlik Tarzları Envanteri Teknik Kitapçığı*, İstanbul,
- Shanafelt, T., Trockel, M., Rodriguez, A., & Logan, D. (2021). Wellness-Centered Leadership: Equipping Health Care Leaders to Cultivate Physician Well-Being and Professional Fulfillment. *Academic Medicine*, 96(5), 641.
- Tananuraksakul, N. (2013) *Power distance reduction and positive reinforcement: EFL learners' confidence and linguistic identity*, *International Journal of Language Studies* Volume 7, Number 1, ss.105
- Tang, G., Chen, Y., van Knippenberg, D., & Yu, B. (2020). Antecedents and consequences of empowering leadership: Leader power distance, leader perception of team capability, and team innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 41(6), 551-566.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Tian, Y. (2008) *Cultural Variance in Corporate Presentation: Content Analysis of U.S. and Chinese Corporate Web Sites*, Human Communication. A Publication of the Pacific and Asian Communication Association. Vol. 11, No. 4, ss. 482
- Titrek, O. ve Zafer, D. (2009). *İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Kullandıkları Örgütsel Güç Kaynaklarına İlişkin Öğretmen Görüşleri*, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 15(4), 657-674.
- Uhl-Bien, M., & Arena, M. (2018). Leadership for organizational adaptability: A theoretical synthesis and integrative framework. *The Leadership Quarterly*, 29(1), 89-104.
- Ulusoy, H., Biçer, E., & Karabulut, N. (2012). Hastane yöneticilerinde tükenmişlik düzeyi. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(3), 252-259.
- Uzun, Ö. Tamimi, Y. (2005) *Örgüt Kültüründe Güç Mesafesi Boyutunun Metaforlarla Analizi (Tekstil Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir İşletme Örneği)*, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi No 8, ss.3-4
- Walton, J. Parikh, V. (2012) *Power Distance and Knowledge Management from a Post-Taylorist Perspective*, World Academy of Science, Engineering and Technology, ss. 2506-2513
- Wang, H., & Guan, B. (2018). The positive effect of authoritarian leadership on employee performance: The moderating role of power distance. *Frontiers in psychology*, 9, 357.
- Yang, J., Liu, H., & Gu, J. (2017). A multi-level study of servant leadership on creativity: The roles of self-efficacy and power distance. *Leadership & Organization Development Journal*. ss.610-629
- Yildiz, S., & Arisoy, A. A. (2018). Otantik Liderlik İle Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkide Güç Mesafesinin Düzenleyici Rolü 1. *Kafkas Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü*, (22), 553-580.
- Zheng, W. B., Wang, W. J., Meng, D. U., & Zang, Y. X. (2018). Study on the Influence of Power Distance on Leadership Behavior. *DEStech Transactions on Social Science, Education and Human Science*, (emass). ss.130-139



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg., 2021; 7(3):561.-573 (Derleme makale)

SAĞLIK ALANINA YÖNELİK SOSYAL FRANCHISING UYGULAMALARI SOCIAL FRANCHISING APPLICATIONS TOWARD HEALTHCARE

Dr. Öğr. Üyesi Fatma MANSUR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, fatma.mansur@hbv.edu.tr, orcid.org/ 0000-0002-0336-6329

Arş. Gör. Gamze ARIKAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, gamze.arikan@hbv.edu.tr, orcid.org/ 0000-0003-2911-2412

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (29.10.2021-30.11.2021)

Öz

Sosyal franchising, toplumsal fayda sağlamak amacıyla ticari franchise yapısını kullanan, sözleşmeye bağlı olarak oluşturulan bir sistemdir. Sağlık alanında franchising ise, hizmetlerin sunumundaki eşitsizlikler ve erişim problemlerini gidermek ve kaliteli hizmet sunumundan gelir düzeyi düşük bireylerin de faydalanmasına imkân veren bir uygulamadır. Sağlıkta sosyal franchising daha çok az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerinden, özellikle anne-çocuk sağlığı, üreme sağlığı, aile planlaması gibi, faydalanmalarını amaçlamaktadır. Franchising ve sosyal franchising tanımlarından yola çıkarak sağlık sektöründeki sosyal franchising örneklerini teorik çerçevede ele almak amaçlanmıştır. Çalışmada literatür taraması yapılmıştır. Sosyal franchising kavramı ve sağlık hizmetlerindeki uygulamaları ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir. Sosyal franchising uygulamalarına bakıldığında, sosyal ihtiyaçların geniş kapsamlı ve optimal bir şekilde karşılandığı görülmektedir. Bu yüzden geleneksel franchise'lardan en önemli farkı, sosyal franchising'in nihai hedefidir. Sağlık alanında sosyal franchising, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kamunun sağlık konusundaki yükünü hafifleterek, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi bakımından son derece önemlidir. Sosyal franchising sağlık hizmetlerine erişimde fırsat eşitliği sunmakla birlikte, kaliteli sağlık hizmetinden ekonomik durumu düşük olan kişilerin de faydalanmasına imkân sağlamaktadır. Sağlık alanına yönelik uygulamaların daha çok üreme-anne-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili olduğu görülmektedir. Sosyal franchising marka tanıtımına katkı sağlamakla birlikte, sosyal sorumluluk bilincinde olan hekimlere yardıma muhtaç bireylere yardımcı olma imkânı da sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Franchising, Sağlık, Sağlık hizmetleri, Sosyal franchising

Abstract

Social franchising is a contractually built system that uses the commercial franchise structure to provide social benefits. Franchising in the field of health is an application that allows individuals with low income levels to benefit from the provision of quality services and to eliminate inequalities and access problems in the provision of health services. Social franchising in health aims to enable individuals living in less developed and developing countries to benefit from health services, especially mother-child health, reproductive health, family planning. Based on the definitions of franchising and social franchising, it is aimed to deal with the examples of social franchising in the health sector in a theoretical framework. The literature was searched in the study. The concept of social franchising and its applications in health services have been reviewed in detail. Looking at social franchising practices, it is seen that social needs are met in a comprehensive and optimal way. Therefore, the most important difference from traditional franchises is the ultimate goal of social

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(MANSUR, F. / ARIKAN, G.)

franchising. In the field of health, social franchising is extremely important in improving healthcare services in underdeveloped and developing countries by alleviating the public health burden. Social franchising provides equal opportunities in access to healthcare services, and enables people with low economic status to benefit from quality healthcare. It is seen that practices in the field of health are mostly related to reproductive-mother-child health and communicable diseases. In addition to contributing to brand promotion, social franchising also offers physicians who are aware of social responsibility to help individuals in need.

Keywords: Franchising, Health, Healthcare, Social franchising

GİRİŞ

Uluslararası Franchising Derneği (UFRAD)'nin tanımına göre franchising “bir ürün veya hizmetin franchising yani imtiyaz veya ayrıcalık hakkına sahip tarafın, belirli bir süre şart ve sınırlamalar kapsamında işin yönetim ve organizasyonuna dair bilgi ve destek (know-how) sağlamak amacıyla, imtiyaz hakkını ticari işler yürütmek üzere ikinci tarafa verdiği imtiyazdan doğan, uzun vadeli ve sürekli iş ilişkilerinin bütünüdür” (UFRAD, 2001-2002). Franchising, birbirinden bağımsız iki taraf arasında meydana gelen sözleşmeye dayalı bir ilişkidir. Ticari bir franchise'da (bayilik) bir işletme, ürününün nasıl satılacağına dair bir plan sunar ve yerel bir işletme, planı belirli kurallar altında genellikle belirli bir coğrafi alanda kullanma hakkını satın alır (LaVake, 2003). Franchising, kanıtlanmış bir kavramı yeniden oluşturmak için karmaşıklıkları yönetme konusunda etkili bir yaklaşım olabilir. Yenilikçi girişimcilere, sosyal işletmelere olan ilgilerini, sürdürülebilir işletmelere dönüştürmek için gereken yapıyı ve desteği sağlamanın yanı sıra bu girişimlerin uygulanması için bir yol haritası da sunmaktadır (Volery ve Hackl, 2010).

Franchising sisteminde, franchiser ve franchisee olmak üzere iki taraf yer almaktadır. Franchiser; bir ürüne, hizmete veya bilgi birikimine, bunlara ait kalitesi kanıtlanmış ve başarılı bir markaya/isme sahip olmakla birlikte, bunların satış-dağıtım veya işletme hakkını belirli bir bedel karşılığı veren taraf anlamına gelmektedir. Franchisee ise; doğrudan veya dolaylı bir malı bedel karşılığında franchiser'ın ticari adını/markasını, know-how'ını, iş görme ve teknik yöntemlerini, sistemini ve diğer sınai/fikri mülkiyet haklarının kullanımını üstlenen taraf demektir (Cebeci, 2005). Kısaca özetlemek gerekirse; franchising, *franchise-veren* (franchiser) ile *franchise-alan* (franchisee) olarak adlandırılan, birbirinden hukuken bağımsız iki taraf arasında gerçekleştirilen sözleşmeli bir ilişkidir (Nart, 2005). Franchiser, kendisi ve bireysel franchisee'lerinden oluşan franchising sisteminin kurucusu ve uzun dönemli koruyucusudur. Franchisee'nin franchiser'a ödediği bedel; isim, marka veya sistemi kullanma hakkı karşılığında ödenen bir başlangıç ücreti "Franchisee Fee"den ve yıllık ciro ve kardan, anlaşmada belirlenen oranlarda yüzde olarak ödenen ücretlerden lisans bedelinden yani "Royalty" den oluşur (UFRAD, 2001-2002). Uluslararası Franchise Derneği (International Franchise Association, [IFA]) franchise sisteminin kamuoyu imajı ve itibarının en değerli ve kalıcı varlıkları olduğunu ifade etmektedir. Olumlu bir imaj ve itibar, franchiserlar ve franchisee sahipleri için değer yaratacak; franchisee sahipleri ve yeni franchisee operatörleri mevcut ve yeni satış noktalarına yatırım yapacak; ek pazar payını, tüketici sadakatini ve memnuniyetini artıracaktır. Ancak bu sayılanların tümü franchiser ve franchisee sahipleri arasındaki güven, doğruluk ve dürüstlikle elde edilebilir (IFA, 2020).

Franchise nispeten nadir bir metadır, çünkü makul bir gelişme ve olgunlaşma şansına sahip olmak için bir franchise'ın dört özelliği olmalıdır. Bu özelliklerden herhangi biri eksik olursa, başarı şansı azalır. Bunlar (Murray, 2006):

- Standardizasyon
- Özgün satış teklifi
- Kullanım kolaylığı
- Satışlarda brüt karlıdır.

Franchising sisteminin avantajları; denenmiş ve test edilmiş, kanıtlanmış iş yapma kavramının olması yani iyi bilinen ve güvenilir olan bir marka adının belirlenmiş ve kurumsal imajının olması, risklerin azalması, güçlerin birleşmesi, daha kolay finanse edilebilir ve bağımsızlık hissini olmasındadır (Murray, 2006). McBride ve Ahmed (2001) çalışmalarında, franchising'in tüketicilere fayda sağlamanın yanı sıra, franchise sahiplerine ve franchiser'a da fayda sağladığını belirtmişlerdir. Franchise sahipleri, artan müşteri taleplerini karşılama yeteneklerini geliştiren eğitim ve teknik destekten ve hizmetleri için talep yaratan ulusal ve yerel franchise tanıtımlarından yararlanır. Franchiser, kanıtlanmış bir hizmet sunum modelini çoğaltmak için verimli bir mekanizma kullanarak fayda sağlar ve böylece sosyal etkiyi önemli ölçüde artırır.

Günümüzde araştırmalar giderek sosyal işletme, sosyal girişimcilik ve sosyal franchising kavramları üzerine yoğunlaşmaktadır. Bu yüzden son yıllarda mevcut olan iş modellerinin sosyal değişimin oluşturulması ve toplumun sosyal ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla kullanılmasına olanak sağlayan sosyal franchising uygulamalarının örnekleri daha fazla görülmektedir (Eti İçli ve Anıl, 2017).

1.SOSYAL FRANCHISING

Sosyal franchising (sosyal yardım), başarılı bir sosyal kavramın (franchiser) geliştiricisinin, diğerlerinin (franchisee sahiplerinin) kanıtlanmış bir sistem ve marka adı kullanarak, sosyal fayda elde etmek için modeli kopyalamasını sağlayan ticari franchising'in bir uyarlamasıdır. Sosyal franchising, sosyal hedeflere ulaşmak ve sosyal etki yaratmak için ticari bir franchise yapısını kullanan sözleşmeye dayalı ilişkilerden oluşan sistem olarak tanımlanabilir (LaVake, 2003). Sosyal franchising ve ticari franchising birbirlerine benzer görünse de aralarında farklılıklar vardır. Ticari franchising genellikle finansal yeterlilik, deneyim ve yönetim kabiliyeti, örgün eğitim, tutum ve kişiliği franchise sahibi için temel seçim kriterleri olarak kullanır. Bu doğrultuda sosyal franchising, sosyal etki üzerinde dururken ticari franchising karlılığı en üst düzeye çıkarmaya vurgu yapmaktadır. Bu nedenle sosyal franchising'de asıl vurgu toplumsal yarardır. Sosyal bayilik, ticari bayiliklerin aksine yatırım riskini paylaşmaz (Sivakumar ve Schoormans, 2011). Bir başka farklılık da Eti İçli ve Anıl (2017) tarafından, sosyal franchising'de ekonomik ve sosyal kaygının birbirinden ayrılması olarak ifade edilmiştir. Ekonomik kaygılar sosyal misyon ve hedeflerle dengede tutulmaktadır. Ticari franchising'de ise ekonomik endişeler yüksektir. Sosyal franchising, sosyal açıdan faydalı hizmetlere erişimi ve hizmetlerin kullanımını ve kalitesini artırmak için ticari franchising tekniklerinden yararlanır. Ticari sektörde ise özel sektör girişimcilerinin becerilerini ve ilgilerini kullanarak belirli bir kaliteye sahip ürün ve hizmetlerin dağıtımını genişletmek için kullanılır (McBride ve Ahmed, 2001). Sosyal franchising'in konusunu Carlos Cuellar (2001) "Franchising, kanıtlanmış bir iş stratejisini kopyalamak için kullanılan bir mekanizmadır" şeklinde açıklamaktadır (Aktaran: LaVake, 2003). Sosyal franchising, sosyal değişimi sağlamak için tasarlanmış girişimlere franchising ilkelerini uygular (McBride ve Ahmed, 2001). Sosyal ihtiyaçları

karşılmak ve/veya sosyal değişimi artırmak için çeşitli kaynakları ortaya çıkarmak ve bunları yenilikçi bir biçimde kullanarak avantajları değerlendirmek, sosyal franchising sisteminin asıl amacı olarak tanımlanabilir (Eti İçli ve Anıl, 2017). Bu tanımdan yola çıkarak, sosyal girişimcilik alanında yeni bir kurumsal düzenleme ve sosyal hedeflere ulaşmak için umut verici bir araç olduğu görülmektedir (Volery ve Hackl, 2010). Halk sağlığı alanında “sosyal franchising” doğuran ticari franchising araç ve teknikleri kullanılmaya başlanmıştır. 1990'larda ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID), klinik aile planlaması hizmetlerinde sosyal yardım çabalarını genişletmek amacıyla, kamu sağlığı hastaneleri ve kliniklerinin ötesinde, özel sektör doktorlarına, eczanelere sosyal franchising programları için fon sağlamaya başlamıştır. Sosyal franchising, katı bir franchise yaklaşımının ötesinde, topluluk ortaklarını içeren bir yaklaşıma geçmeye başlamıştır; bu model ile gençlerin üreme sağlığı ve HIV hastalığını önlemek amacıyla çalışan program planlayıcılarına hitap edebilir (LaVake, 2003). Üreme sağlığı alanındaki franchising çabaları, özellikle çok amaçlı toplum kuruluşları mevcut programlarına franchise hizmeti ekledikçe, büyüklük, hükümet katılımı, kârlılık veya maliyet kazanımı ve franchise'ın doğası bakımından önemli ölçüde farklılık göstermektedir (LaVake, 2003).

Sosyal franchising, genellikle veri sistemlerini, logoları, marka konumlandırma, kalite standartlarını, pazarlama ve eğitimini paylaşmaktadır (LaVake, 2003). Sosyal franchising uygulamasının çalışması için üç temel bileşen bulunmalıdır (McBride ve Ahmed, 2001):

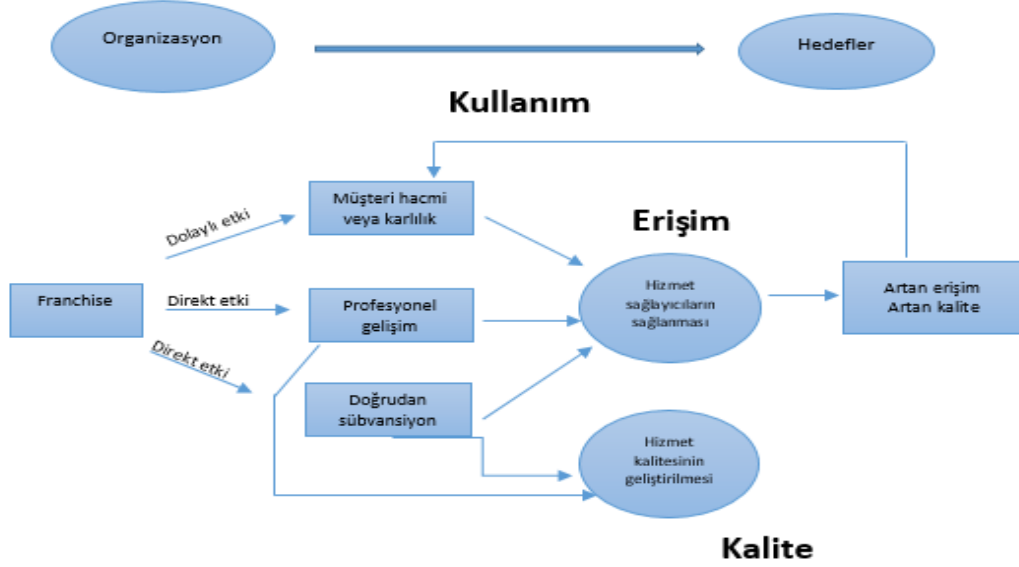
- İş modeli
- Marka
- Kalite güvencesi

Geleneksel olarak, franchise sahipleri işletmenin fiziksel varlıklarının hepsine olmasa da çoğuna sahiptir ve franchise sahibi marka adı ve iş modeli kullanmaktadır. Franchise veren, franchise alan tarafından kazanılan gelirin bir yüzdesini alır ve franchise alan işletmenin stratejik kontrolünde kalır. Bir ülkede çalışan model, satın alma gücü, özel sağlık hizmeti sağlayıcılarının sayısı ve hizmetlere erişim gibi sosyal, kültürel, ekonomik ve politik farklılıklar nedeniyle başka bir ülkede işe yaramayabilir (LaVake, 2003).

Montagu (2002), sosyal franchising programlarının amacını, sağlayıcı üyelerine fayda sağlamak için bir franchise ağının ticari ilişkisini kullanmak ve daha sonra bu faydaları sosyal olarak faydalı hizmetlere aktarmak olduğunu ifade etmiştir. Sosyal franchising'i göz önünde bulundurmanın yaygın olarak açıklanan nedenleri, bir sosyal girişimin erişimini genişletmek, mevcut faaliyetleri daha büyük bir coğrafi bölgeyi kapsayacak şekilde büyütme ve daha fazla yararlanıcıya ulaşmak, kaliteyi korurken orijinal hedeflere odaklanmış olarak kuruluşun kapsamını genişletmektir (Asemota ve Chahine, 2017). Sosyal franchising'in arkasındaki teori, sosyal pazarlama teorisine benzer; her iki durumda da toplumun sağlık durumunu iyileştirmek gibi sosyal malları elde etmek için sosyal sektöre kanıtlanmış ticari stratejiler uygulanır (McBride ve Ahmed, 2001).

Sosyal franchising hizmet kalitesi ve memnuniyet algularını geliştirmek için tasarlanmış, kalite ve müşteri odaklı bir “iş model” kullanmaktadır. Sosyal franchising'in uygulanması üç stratejik girişimi içerir: hizmet kalitesini artırma, hizmet kullanılabilirliğini artırma ve yeni franchise markasını aktif olarak tanıtmadır (Ngo vd., 2010). Her girişimde, franchise programlarının etkili olması sağlanmalıdır çünkü bir girişimdeki başarının diğerlerine yayılma etkisi vardır ve Şekil 1'de gösterildiği gibi her alanı sırayla güçlendirmektedir (Montagu, 2002).

Şekil 1. Sosyal franchise'ların girişim alanları ve hedefleri



Kaynak: Montagu, D. (2002). Franchising of health services in low-income countries. *Health policy and planning*, 17(2), 121-130.

Sosyal franchise seçimi, sosyal franchise başarısı elde etmede önemli bir adımdır (Sivakumar ve Schoormans, 2011). Marka adının itibarını korumak, koordine eden kurumun en önemli işlevlerinden biridir. Franchise sözleşmesi, franchise sahiplerini standartların dışında düşük kalitede hizmet sunan kuruluşlara çok az başvuru hakkı sunmaktadır (Bishai ve diğerleri, 2008).

1.1. Sağlık Hizmetlerinde Franchise ve Entegre Sistemlerin Özellikleri

Dünya'nın pek çok yerinde sağlık hizmetleri; kamu sektörü, kâr amacı güden özel sektör, inanç temelli kuruluşlar, toplum sağlığı çalışanları ve gezici hizmetler dâhil olmak üzere bir dizi farklı kanal aracılığıyla sunulmaktadır. Son 20 yılda yapılan araştırmaların gösterdiği gibi, özel sektör tarafından sağlık hizmetlerinin sunumu, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hem zengin hem de yoksul aileler için önemli bir bakım kaynağıdır (Chakraborty vd., 2016) ancak özel sektör hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliğinde önemli boşluklar bulunmaktadır (Beyeler vd., 2013). Özel sektörün etkili katılımı, temel sağlık hizmetlerine erişimi ve kapsamı artırmanın bir yolu olarak desteklenmektedir. Özel sektörde hizmet sunumunu iyileştirmenin bir yolu da sosyal franchising'tir (Chakraborty vd., 2016).

Sağlık alanında sosyal franchise, ortak bir marka altında sosyal açıdan faydalı hizmetler sunmak için sözleşmelerle tarafları birbirine bağlayan kâr amaçlı özel sağlık uygulayıcıları ağıdır (Sundari Ravindran ve Fonn, 2011). Sağlık için sosyal franchising, sağlık alanındaki eşitsizlikleri gidermek için yüksek kaliteli hizmetlerin kapsamının artırılabilceği bir hizmet sunum kanalı sağlar. Özel hizmet sunucuları, çok ihtiyaç duyulan koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz sunulduğu alanlara erişimi bu yaklaşımla gerçekleştirmektedir (Rehana Ahmed, 2011).

Sağlık hizmetlerine ticari franchise prosedürlerinin uygulanması kavramının temelleri, aile planlaması farkındalığını artırmayı, doğum kontrol yöntemleri ve hizmetlerin erişilebilirliği ile kullanılabilirliğini artırmayı amaçlayan sosyal pazarlama programlarına dayanmaktadır. Ancak sağlık hizmetleri için franchising (klinik franchising), sosyal pazarlama programlarının ilkelerini hizmetlere, yani hizmet pazarlamasına kadar genişletir (LaVake, 2003). Özellikle üreme sağlığı hizmetleri alanında sosyal franchising uygulandığında, sosyal pazarlamaya benzer olduğu görülmektedir (Du Toit, 2014). Bu doğrultuda klinik franchising, özel sağlık hizmetleri pazarlarında hizmetlerin sunulması için hızla büyüyen bir model olmaktadır (Sieverding vd., 2015). Sağlık Franchising'ı, ticari franchising sistemlerinin sosyal motivasyon sağlayan sağlık programlarına uygulanmasıdır. Bireysel bayilikler, franchiser ile sözleşme ilişkisi içinde belirlenen açık ve kesin olarak tanımlanmış klinik ve kalite talimatlarına uygun olarak kâr amaçlı satış yerleri veya klinikler için çalışmaktadır (Prata vd., 2005). Sosyal franchise modeli, geleneksel olarak, ortak bir marka adı altında daha düşük maliyetlerle standart bir hizmet seti sunan özel sağlık çalışanları (doktorlar, hemşireler, ebeler, eczacılar) ağı oluşturmuştur (LaVake, 2003). Franchise üyelerine normalde eğitim, marka ve ürün reklamları, bayilikler içi yönlendirmeler, yüksek kalite standartları gösteren bir marka ve diğer avantajlar sunulmaktadır (LaVake, 2003). Franchise sahibi işletmeler, kalite standartlarını korumakta, yönetsel eğitim sağlamakta, merkezi satın alma gerçekleştirmekte ve ortak bir markayı teşvik etmektedir (Ngo vd., 2010).

Global Sağlık Grubuna göre, bir sosyal franchise'ın dört temel sosyal hedefi vardır (Sundari Ravindran ve Fonn, 2011):

- *Erişim:* Hizmet sunum noktalarının ve sağlayıcıların sayısının yanı sıra sunulan hizmetlerin çeşitliliğini artırmak,
- *Maliyet etkinliği:* Tüm sübvansiyon ve sistem maliyetleri dâhil olmak üzere diğer hizmet sunum seçeneklerine eşit veya daha düşük maliyetle hizmet sunmak,
- *Kalite:* Kalite standartlarına bağlı ve mevcut kalite standartlarını iyileştiren hizmetler sunmak.
- *Eşitlik:* En çok ihtiyacı olanları vurgulayarak tüm nüfus gruplarına hizmet etmektir.

Genellikle, istenen sosyal faydayı üretmek için sosyal franchise'lar sübvansiyonlu hizmetler sunarak hizmet alıcısının cepten sağlık harcamalarının daha düşük bir ödemeye sahip olmasını sağlar. Sosyal franchising'i temsil eden unsurlar (Koehlmoos vd., 2009):

- Eğitim (örneğin klinik prosedürlerde, işletme yönetimi)
- Protokollü yönetim (doğum öncesi bakım, çocukluk çağındakilerin diyare tedavisi gibi)
- Tedarik ve hizmetlerin standartlaştırılması (doğum kitleri, HIV testleri gibi)
- Markalama (işaretler, ürünler veya giysiler üzerinde bir logo kullanımı gibi)
- İzleme (franchiser'a üç aylık raporlar, incelemeler sunmak gibi)
- Ağ üyeliği (kuruluştan birden fazla franchise sahibi olması).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO], 2007), sağlık hizmetlerinin sunulmasına vurgu yapılan sosyal franchising üzerine odaklanmaktadır. Sağlık hizmetleri için franchising (klinik franchising) aşağıdaki modellere ve ağın gücüne göre daha fazla kategorize edilebilir (Stephenson, 2004):

- Yalnızca franchise destekli mal ve hizmetler sağlamak için oluşturulmuş bağımsız model uygulamaları.

- Kesirli model, franchise hizmetleri mevcut bir uygulamaya eklenir.
- Franchising sunduğu birinci nesil franchising, kurallar çerçevesinde franchising bölgesi ve kullanımı.
- İkinci nesil franchising, birinci nesil franchising öğelerini ve ayrıca etkin izleme ve kontrolü (daha sıkı, daha yapılandırılmış, daha düzenlenmiş bir ağ oluşturma) içerir.

Bu sosyal franchising modelleri etkilerine göre değişebilir. Herhangi bir etki, faktörlerin türüyle değiştirilebilir. Örneğin Franchiser'ın türü (hükümet, bağışçılar veya sivil toplum kuruluşları (STK'lar)), sundukları hizmetler (tüberküloz (TB), cinsel ve üreme sağlığı, temel bakım, HIV / AIDS bakımı); sağlık çalışanlarının türü (doktor, hemşire, toplum sağlığı çalışanı, sağlık görevlisi); çalışma ortamı (kırsal ve kentsel); çalışma popülasyonunun, sağlayıcısının veya ülkesinin sosyoekonomik durumu (aşırı yoksul, düşük gelir, orta gelir, yüksek gelir) şeklinde farklılaştırabilir (Koehlmoos vd., 2009).

Ngo ve arkadaşları (2010) çalışmalarında, gelişmekte olan ülkelerde özel sektörde üreme sağlığı ve aile planlaması (Reproductive Health Family Planning, [RHFP]) hizmetlerinin franchise edilmesinin kaliteyi ve kullanımını geliştirdiğini ifade etmişlerdir. Ancak, franchising'in toplum merkezli kamu sağlığı klinikleri aracılığıyla sunulan RHFP hizmetlerini iyileştirdiğine dair çok az araştırma olduğunu da belirtmişlerdir (Ngo vd., 2010). Ancak Huntington ve arkadaşları (2012), sosyal franchise'ların maliyet etkinliği, kalitesi ve sağlık kapsamı hakkında giderek araştırmaların arttığını ifade etmişlerdir.

Ticari franchising teknikleri en iyi şekilde; bir mal veya hizmet için sürekli veya artan tüketici talebi, yeni girişimleri sürdürebilecek bir piyasa yapısı, beceri ve finansman ile eğitilebilir franchise sahiplerinin varlığı ile çalışmaktadır. Bir franchising sisteminin sağlık alanında başarılı olması için, üç temel kural geçerlidir (Montagu, 2002). Bu kurallar; özel sektör sağlık hizmetlerinin en az %25'ini sağlamalıdır; net bir katma değer niş alanı sağlamak için düşük hizmetlere sahip konsantre bir pazar mevcut olmalıdır; koruyucu veya iyileştirici sağlık hizmeti için pazar büyüme potansiyeli mevcut olmalıdır. Örneğin günümüzde yaşanan Covid-19 koronavirüs pandemisiyle beraber koruyucu önlem olarak dünyada maskelerin önemi artmıştır. Bu yüzden maskelerin üretilmesi, çoğaltılması ve dağıtılması sağlık hizmetleri pazarında bir niş alanı sağlamaktadır. Franchise sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler, potansiyel olarak teşvik ödeme sistemleri veya makbuz sistemleri gibi franchising dışındaki sözleşme yapılarıyla gerçekleştirilebilir. Başarılı olmak için, sistem, bağımsız sağlık hizmet sağlayıcısının işlevini, kaliteyi ve bakıma erişimi koordine eden ve izleyen oldukça proaktif bir kuruluşla bütünleştirilebilir (Bishai vd., 2008). Gelişmekte olan ülkelerde standartlaştırılmış bir dizi hizmet sunan franchise sağlık kuruluşlarının yöntemleri uygulanmaktadır. (LaVake, 2003). Stephenson ve arkadaşları (2004) klinik franchise programları değerlendirirken, aile planlama yöntemlerine erişim ve seçim imkânlarının genişletildiğine dair araştırmaların ve hizmetlerin, daha yoksul alt gruplara yönelik hedeflerinin arttığına dair imtiyazlarla birlikte franchise üyeliğinin hem avantajlarını hem de dezavantajlarını öne sürmektedir. Ayrıca Stephenson ve arkadaşları (2004) çalışmalarında, franchise üyeliği ile hem sağlık kuruluşu hem de tüketici düzeyinde sonuçlar arasında olumlu ilişkiler bulduklarını ortaya koymuşlardır.

Montagu ve arkadaşları (2013) çalışmalarında, sosyal franchise hizmet sunum modeli için, hastalık yükünün bir ölçümü olarak DALY's (Disability Adjusted Life Years) benimsemek için güçlü bir teorik temel bulmuşlardır. Sosyal franchisee'ler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin, farklı program alanlarında programın etkisini en iyi şekilde nasıl ölçeceğini öğrenmek için fırsatlar sağladıklarını ifade etmişlerdir. DALY's mevcut olan en kapsamlı ölçümdür, program



sürecini izlemek ve stratejik planlama ve program tasarımına yönlendirmek için program içi karşılaştırmalara olanak tanımaktadır. Teoride olduğu kadar uygulamada da DALY's aile planlama yöntemlerinin uygulanmasıyla sınırlı olmamak üzere çok çeşitli sağlık hizmeti veren kuruluşlar üzerindeki etkiyi yakalar ve bu nedenle en iyi, sosyal franchise programlarının çoğunluğunun sunduğu bakım ve tedavi kapsamını en iyi şekilde temsil eder (Montagu vd., 2013). Bir sonraki bölümde sağlık hizmetleri için sosyal franchising'in uygulamalarına değinilmiştir.

1.2. Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Sosyal Franchising Örnekleri

Sosyal franchising, gelişmekte olan ülkelerde, halk sağlığına aşırı yüklenilmiş sistemlerde ve özel sektörün ilgili alanda az olduğu ülkelerde, üreme sağlığı hizmetlerinin genişletilmesi ve iyileştirilmesi için çok uygundur (McBride ve Ahmed, 2001). Sosyal franchising bazı ülkelerde özel sektörden sağlık hizmeti sağlayan yetişkinler için aile planlaması hizmetlerini başarıyla yaygınlaştırmıştır (LaVake, 2003: 20). Üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanması için 21. yüzyılın başlarında, sosyal franchise'ların yaygın hale gelmesi için bağışlar yoluyla teşvik edilmeye yönelik uygulamaların sayısı oldukça fazladır (Sundari Ravindran ve Fonn, 2011). Sundari Ravindran ve Fonn (2011)'un, Afrika, Asya ve Latin Amerika'nın 27 ülkesinde bulunan 45 klinik sosyal franchise hakkında tanımlayıcı bilgilere dayanan çalışmalarında, sosyal franchising'in kapsamlı üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişime olan katkılarını incelemişlerdir. Bu franchise'ların üreme sağlığı hizmetlerini genişletmediğini, ancak esas olarak doğum kontrol yöntemleri ile anne sağlığı ve kürtaja odaklanıldığını belirtmişlerdir. Ngo ve arkadaşları (2009) çalışmalarında, Vietnam'ın merkezindeki iki ilde halk sağlığı klinikleri aracılığıyla üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması için sosyal franchise ağının geliştirilmesi ve başlatılması gerektiğini belirtmişlerdir. Yaptıkları çalışma sonucunda sosyal franchising ağının başarılı bir şekilde başlatılmasıyla, klinik altyapısının iyileştirilmesi, kaliteli hizmet standardizasyonunun artırılması, proaktif ilişki yönetimi hakkında personel eğitimi ve kültürel açıdan ilgili bir markanın tanıtımına katkıda bulunmuşlardır. Üreme sağlık hizmetleri ve gönüllü danışmanlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yönetimi ve kürtaj sonrası bakım gibi uzun vadeli aile planlama yöntemleri, eğitimli hizmet sağlayıcıları ve minimum kalite standartlarının kurulmasını gerektirir (McBride ve Ahmed, 2001). Uluslararası Nüfus Hizmetleri (Population Services International, [PSI]) gibi kısmi sosyal franchise'ların başarı hikâyeleriyle de destek verilmektedir. PSI, mevcut özel sağlık sistemi altyapısını kullanan gelişmekte olan ülkelerde kaliteli sağlık hizmetlerine erişim konusundaki eksiklikleri gideren bir sosyal franchise'dır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970 yılında kurulan PSI 69'dan fazla ülkeye yayılmıştır ve ishal, HIV, üreme sağlığı, sıtma ve tüberküloz ve pnemonya konularında önemli bir etki yaratmaya devam etmektedir (Asemota ve Chahine, 2017).

Hızlı nüfus artışı ve Pakistan'daki kadınların sağlık durumlarının ortalamasının altında olması, büyük ölçüde yetersiz bir sağlık sisteminin, özellikle sistemin kadınların üreme sağlığı ihtiyaçlarını karşılayamamalarının sonucudur. Pakistan dünyanın en eski ulusal aile planlama programlarından birine sahip olmakla tanınırken, tutarsız stratejiler ve zayıf uygulamayla programlar başarısızlıklarla sonuçlanmıştır. Kaynak kısıtlamaları, kamu sektörünün kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişim sağlama imkânı üzerinde de ciddi sınırlamalar yaratmıştır (McBride ve Ahmed, 2001). Bir başka örnek, Wellcome Trust ve Dünya Bankası ile iş birliği içinde olan Alman Dünya Nüfusu Vakfı (The German Foundation for World Population, DSW), özellikle üreme sağlığı konularında bir büyüme stratejisi olarak sosyal franchising ile ilgili konferanslar düzenlemiştir (Fleish, 2008).

Prata ve arkadaşları (2005) çalışmalarında, sosyoekonomik duruma göre toplumda farklı düzeylerdeki bireylerin hangilerinin kamu sağlık hizmetlerinden, hangilerinin özel sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

hizmetlerinden yararlandığını ortaya koymaya çalışmıştır. Bu doğrultuda Dünya Bankası'nın Afrika'daki 22 ülkede Sağlık ve Nüfus Yoksulluğu Tematik Raporları'ndan alınan verileri kullanarak, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin kullanımı, ishal ve akut solunum enfeksiyonlarının tedavisi için beşli gruplarla kamu tarafından sübvansiyonların kullanımı hakkında bir değerlendirme yapmışlardır. Afrika ve Asya'daki sağlık franchise örneklerini, franchise sistemlerinin özel sağlayıcılardan yararlanma potansiyelini göstermek ve böylece hizmetlerin, kamu yararı sağlamaya yönelik kullanılabilirliğini arttırmak için vermişlerdir.

Green Star Network, sundukları hizmetlere aile planlamasını eklemek için bilgi ve becerilerini geliştirmek isteyen özel sektör sağlık hizmeti sağlayıcılarının potansiyelinden yararlanmak üzere tasarlanmıştır (McBride ve Ahmed, 2001). Sosyal Pazarlama Pakistan (SMP), 1995 yılında, Germanyis Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) hükümetinden gelen fonlarla Green Star Network'ü uygulamaya başlamıştır. Green Star Network'ün amacı, kaliteli aile planlaması hizmetlerini, Pakistan'ın her yerindeki düşük gelirli insanlar için daha yaygın bir şekilde erişilebilir ve uygun hale getirerek doğum kontrol yöntemlerinin daha fazla kullanılmasına katkıda bulunmaktır (McBride ve Ahmed, 2001). Huntigton ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında ise elde edilen bulgular hekimler açısından değerlendirilmiş ve hekimlerin "Sun Quality Health" sosyal franchising temsilciliğinde yer almasının en yaygın nedenlerinin, kaliteli ve ucuz ilaçlara erişim, sosyal sorumluluk duygusundan hareketle yoksul bireylere sağlık ihtiyaçları konusunda yardımcı olmaya çalışmak olduğu belirtilmiştir.

Sieverding ve arkadaşları (2015) çalışmalarında, Kenya'daki üç klinik sosyal franchising tesislerinde 47 hasta ile üreme ve çocuk sağlığı hakkında derinlemesine görüşmeler yaptıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmalarının sonucunda kaliteli tedavi ve bununla ilgili değer algılarını franchising yoluyla aldıkları hizmetlerle ilişkilendirmek için yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyduklarını vurgulamaktadırlar. Buna ek olarak hasta memnuniyetinin yanı sıra, franchising'in sağlık etkisi, klinik kalite ve hasta bakış açısından etkisini ölçebilen çalışmalara da ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir.

Lönnroth ve arkadaşları (2007) çalışmalarında, tüberküloz bakımının sosyal franchising ile kaliteli tedaviye erişimde eşitlik ve yoksullar için mali koruma dâhil olmak üzere halk sağlığına olumlu katkıda bulunabileceğini göstermişlerdir. Weaver ve arkadaşları da (2015) pediatrik tüberküloz tedavisine bağlılığı artırmak için yapılan işlemlerin tasarımını, uygulamasını ve sonuçlarını değerlendirmek için sosyal franchising kapsamında bir çerçeve sunduklarını ifade etmişlerdir.

Başka bir çalışmada Mohanan ve arkadaşları (2017), sosyal franchising ve teletıp programı olan "World Health Partners' Sky Program"ının, Hindistan'ın Bihar kentindeki çocukluk çağındakilerin ishal ve zatürre bakım hizmetlerinin kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, sosyal franchising'in, gelişmekte olan ülkelerdeki kırsal alanlarda kaliteli bakım sağlamak için küresel bir model olarak dikkat çektiğini ancak destekleyici araştırmaların az olduğunu saptanmıştır. Çalışmanın bulguların da sosyal franchising programlarının ölçeklendirilmeden önce ampirik araştırmalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadırlar. Maciejewski ve arkadaşları (2018), sosyal franchising'in, sağlık sektöründeki çeşitli ortamlarda kapsamlı bir şekilde test edilmediğini ancak düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sistemlerinde başarı elde ettiğini ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda çalışmalarında sosyal franchising'in daha hızlı bir ölçek ve inovasyon sunarak Kanada sağlığına fayda sağlayabilecek fırsatlar sunabileceğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda çalışmalarında Kanada sağlık sisteminde yeniliğin yönetişimi ve işleyişi için geçerli bir seçenek olarak sosyal

franchising uygulamasına ilişkin politika yapıcılarıyla, sağlık uzmanları, sağlık teknolojisi sağlayıcıları ve ilgili paydaşlar arasında tartışma başlattıklarını düşünmektedirler.

2. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sonuç olarak sosyal franchising, gelişmekte olan ülkelerde, halk sağlığına aşırı yüklenilmiş sistemlerde ve özel sektörün daha az ilgili olduğu ülkelerde, sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve iyileştirilmesi için çok uygundur. Sosyal franchising örnekleri, kaliteli tedaviye erişimde eşitlik ve yoksullar için mali koruma dahil olmak üzere halk sağlığına olumlu katkıda bulunabileceğini göstermiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sistemlerinde başarılı olmaktadır. Gelişmiş ülkeler için de uygulanabilirliği halen tartışılmaktadır.

Sağlık alanında uygulanan sosyal franchising'ler daha çok aile planlaması, üreme ve çocuk sağlığı, doğum kontrol yöntemleri, anne sağlığı ve kürtaj, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yönetimi, kürtaj sonrası bakım, ishal, zatürre, HIV, sıtma, tüberküloz, pnemonya gibi konularda farkındalığın artırılması ve hizmetlerin daha büyük coğrafyalara yayılması amacıyla uygulanmaktadır.

Sosyal franchising uygulamalarının marka tanıtımına katkı sağladığı ve özel sağlık sistemi altyapısını kullanan gelişmekte olan ülkelerde kaliteli sağlık hizmetlerine erişim konusundaki eksiklikleri giderdiği görülmüştür. Bu uygulamalarda yer alan hekimler, kaliteli ve ucuz ilaçlara erişim, sosyal sorumluluk duygusundan hareketle yoksul bireylere sağlık ihtiyaçları konusunda yardımcı olma imkânı bulmaktadırlar.

Özel sektördeki franchise modelinin başarısından esinlenen, sosyal girişimlerin franchising'i oldukça yeni bir olgudur. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sosyal franchising ile ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. Sosyal franchising girişimciliğinin gelişmesi açısından önemli fırsatlar sunabilmektedir (Abdullaev, 2011). İşletmelerin neden franchising yapmayı tercih ettikleri ve franchising yoluyla ne gibi faydalar elde etmeyi beklediklerini dikkate almak önemlidir. Franchising'in önemli bir yönü, işletmelerin daha az yatırım yaparak, yeni pazarlara nüfuz etmelerine olanak sağlamasıdır. Bu durum aynı zamanda işletmelere pazarlama ve büyüme stratejisi sunmaktadır. Franchise alanların kendi sermayelerini yatırmadıkları sosyal girişimler için bile franchising başarılı bir program ve girişimi arttırmak için potansiyel bir strateji olarak tanımlanmıştır (Pinnell, 2009).

Franchising yoluyla büyüyen birçok sosyal girişim örneği görülmektedir. Sosyal girişimde franchising örnekleri, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri sağlamak için franchise kullanımını içermektedir (Pinnell, 2009). Sağlık hizmetlerinde kullanılan sosyal franchising örneklerine bakıldığında, sosyal franchising'in ağırlıklı olarak sağlık sektöründe var olmasına rağmen, sosyal franchise modelinin başarısına katkıda bulunan belirli kriterlerin karşılanması koşuluyla franchise verilebilecek geniş bir hizmet yelpazesi olduğunu göstermektedir (Du Toit, 2014). Bu doğrultuda sosyal fayda elde etmek için sosyal franchising uygulamalarının yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar makalenin literatür taraması ve veri toplaması aşamalarından, ikinci yazar ise yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %50 oranında, ikinci yazar %50 oranında katkı sağlamıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abdullaev, B. (2011). *Franchise uygulamalarında franchise alanların memnuniyetine yönelik bir araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Asemota, J., & Chahine, T. (2017). Social franchising as an option for scale. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 28(6), 2734-2762.
- Bishai, D. M., Shah, N. M., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Peters, D. H. (2008). A social franchising to improve quality and access in private health care in developing countries. *Harvard Health Policy Review*, 9(1), 184-197.
- Beyeler, N., York De La Cruz, A., & Montagu, D. (2013). The Impact of clinical social franchising on health services in low- and middle-income countries: a systematic review. *Plos*, 8 (4), 1-9.
- Cebeci, R. (2005). *Franchising rehberi*. KOSGEB Girişimciliği Geliştirme Merkezi: Ankara.
- Chakraborty, A., Paranjape, B., Kakarla, S., & Ganguly, N. (2016, August). Stop clickbait: detecting and preventing clickbaits in online news media. In *2016 IEEE/ACM International Conference on Advances in Social Networks Analysis and Mining (ASONAM)* (pp. 9-16), IEEE.
- Du Toit, A. (2014). Social franchising as organizational format—an overview. Ilan Alon. Palgrave Pivot (Ed.), *In Social Franchising* (1st ed., pp. 8-32). London.
- Eti İçli, G., ve Anıl, N. K. (2017). Franchising kavramının dönüşümü: sosyal franchising. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(3), 38-45.
- Fleisch, H. (2008). *Social franchising*. Bundesverland Deutscher Stiftungen.
- Huntington, D., Mundy, G., Hom, N. M., Li, Q., & Aung, T. (2012). Physicians in private practice: reasons for being a social franchise member. *Health Research Policy and Systems*, 10(1), 25.
- IFA. (2020, October, 9). Trust, truth and honesty: foundations of franchising. <https://www.franchise.org/about-us>.
- Koehlmoos, T. P., Gazi, R., Hossain, S. S., & Zaman, K. (2009). The effect of social franchising on access to and quality of health services in low-and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- LaVake, S. D. (2003). Applying social franchising techniques to youth reproductive health/hiv services. *Family Health International, YouthNet Program*, 9-20.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Lönnroth, K., Aung, T., Maung, W., Kluge, H., & Uplekar, M. (2007). Social franchising of TB care through private GPs in Myanmar: an assessment of treatment results, access, equity and financial protection. *Health Policy And Planning*, 22(3), 156-166.
- Maciejewski, B., Jaana, M., Keely, E., Crowe, L., & Liddy, C. (2018). Social franchising: scale and spread of innovation in Canada. *Health Policy and Technology*, 7(2), 217-223.
- McBride, J. & Ahmed, R. (2001). Social franchising as a strategy for expanding access to reproductive health services: a case study of the Green Star Service Delivery Network in Pakistan. *Commercial Market Strategies Project (CMS): New Directions in Reproductive Health*, 15-25.
- Mohanani, M., Giardili, S., Das, V., Rabin, T. L., Raj, S. S., Schwartz, J. I., ... & Vera-Hernandez, M. (2017). Evaluation of a social franchising and telemedicine programme and the care provided for childhood diarrhoea and pneumonia, Bihar, India. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(5), 343.
- Montagu, D. (2002). Franchising of health services in low-income countries. *Health Policy and Planning*, 17(2), 121-130.
- Montagu, D., Ngamkitpaiboon, L., Duvall, S., & Ratcliffe, A. (2013). Applying the disability-adjusted life year to track health impact of social franchise programs in low-and middle-income countries. *BMC Public Health*, 13(S2), S4.
- Murray, I. (2006). *The Franchising Handbook: The Complete Guide to Choosing a Franchise*. Kogan Page Publishers, 26-31.
- Nart, S. (2005). Türkiye’de franchising sisteminin gelişimi ve franchise alan girişimcilerin iş memnuniyeti belirleyicilerinin analizi üzerine bir araştırma. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (10), 123-149.
- Ngo, A. D., Alden, D. L., Hang, N., & Dinh, N. (2009). developing and launching the government social franchise model of reproductive health care service delivery in Vietnam. *Social Marketing Quarterly*, 15(1), 71-89.
- Ngo, A. D., Alden, D. L., Pham, V., & Phan, H. (2010). The impact of social franchising on the use of reproductive health and family planning services at public commune health stations in Vietnam. *BMC Health Services Research*, 10(1), 54.
- Pinnell, N. (2009). Best practices in social and private enterprise franchising.
- Prata, N., Montagu, D., & Jefferys, E. (2005). Private sector, human resources and health franchising in Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 274-279.
- Rehana Ahmed, MD (2011, October, 9). Social franchising for health. https://www.greenstar.org.pk/assets/publications/Social_Franchising_For_Health.pdf.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Sieverding, M., Briegleb, C., & Montagu, D. (2015). User experiences with clinical social franchising: qualitative insights from providers and clients in Ghana and Kenya. *BMC Health Services Research*, 15(1), 49.
- Sivakumar, A., & Schoormans, J. P. (2011). Franchisee selection for social franchising success. *Journal of Nonprofit and Public Sector Marketing*, 23(3), 213-225.
- Stephenson, R., Tsui, A. O., Sulzbach, S., Bardsley, P., Bekele, G., Giday, T., ... & Feyesitan, B. (2004). Franchising reproductive health services. *Health Services Research*, 39(6p2), 2053-2080.
- Sundari Ravindran, T. K., & Fonn, S. (2011). Are social franchises contributing to universal access to reproductive health services in low-income countries? *Reproductive Health Matters*, 19(38), 85-101.
- UFRAD. (2001-2002). *UFRAD Franchise rehberi*, UFRAD yayınları.
- Volery, T., & Hackl, V. (2010). The Promise of Social Franchising as a Model to Achieve Social Goals.
- Weaver, M. S., Lönnroth, K., Howard, S. C., Roter, D. L., & Lam, C. G. (2015). Interventions to improve adherence to treatment for paediatric tuberculosis in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 700-711.
- World Health Organization. (2007). public policy and franchising reproductive health: current evidence and future directions. Guidance from a technical consultation meeting.

OSMANLI İMPARATORLUĞUNDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE VAKIFLARIN ROLÜ THE ROLE OF FOUNDATIONS IN HEALTH SERVICES OFFERED IN THE OTTOMAN EMPIRE

Öğr.Gör.Dr. Mahmut Fevzi GÜN

Kırklareli Üniversitesi, mahmutfevzigun@klu.edu.tr, orcid.org/ 0000-0003-3249-0123

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (20.09. 2021-06.11.2021)

Öz

Günümüzde sağlık hizmetlerine olan talep çeşitli nedenlerden dolayı hızla artmaktadır. Sağlık hizmetlerine olan talepteki artışa bağlı olarak sağlığa ayrılan kaynaklarda da her geçen gün artış yaşanmaktadır. Kaynak tüketiminin artışından dolayı, tüm dünyada ülkeler sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği açısından yeni arayışlara ve bunun sonucu olarak reform hareketlerine girişmektedir.

Bu çalışma, Osmanlı İmparatorluğu'nda sunulan sağlık hizmetlerinde vakıfların rolüne dair bilgi sağlamaktadır. Çalışmada, katılımcılardan veri toplanmasını gerektiren nitel ya da nicel yaklaşımlar kullanılmamış, kişi ve kurumlardan onam alınmasına yönelik bir araştırma desenine başvurulmamıştır. Bu nedenle araştırma için bir etik kurul raporuna gerek duyulmamıştır. Çalışmada, literatürde yer alan çeşitli kaynakların taranması sonucu ulaşılan bilgilerle, Osmanlı İmparatorluğu'nda vakıfların rolü ve vakıflarca sunulan sağlık hizmetlerine dair bilgi verilmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Osmanlı, Vakıflar, Sağlık Hizmetleri

Abstract

Today, the demand for health services is increasing rapidly due to various reasons. Due to the increase in the demand for health services, there is an increase in the resources allocated to health day by day. Due to the increase in resource consumption, countries all over the world are embarking on new searches for the financial sustainability of health systems and as a result of reform movements. This study provides information on the role of foundations in the health services offered in the Ottoman Empire. In the study, qualitative or quantitative approaches that require data collection from the participants were not used, and a research design was not used to obtain approval from individuals and institutions. Therefore, an ethics committee report was not required for the research. In the study, it is aimed to give information about the role of foundations in the Ottoman Empire and the health services delivered by foundations, with the information obtained as a result of scanning various sources in the literature.

Keywords: Ottoman, Foundations, Health Services

1. GİRİŞ

Günümüz yaşam koşullarına etki eden düşünce tarzları ve yaşayış şekilleri kaynağını tarihteki fikir, buluş ve yöntemlerden almaktadır. Bu buluş ve yöntemler de çoğunlukla üretimden ve üretimin karakterinden gücünü almaktadır. Söz konusu üretim ve üretimin şekliyle toplumsal yaşam da eşzamanlı etkilenmektedir. Bu etkileşim toplumsal üretimin bir sonucu olan eşya ile birey arasındaki ilişkiye de yön vermekte, bunun sonucunda bireyin de çevresiyle olan iletişimde belirleyici bir rol oynamaktadır.

Bireylerin, toplumların, ülkelerin geçirdiği dönüşümler sağlık alanında da kendini göstermektedir. Günümüz sağlık hizmetlerinin durumunu izah etmenin ve buna bağlı olarak sağlığı geliştirmenin bir yolu da geçmişteki iyi ve kötü uygulamaları anlamaktan geçmektedir. Buradan hareketle çalışmamızda Osmanlı İmparatorluğu'nda sunulan sağlık hizmetleri ve vakıfların bu hizmetlerdeki etkinliği incelenmektedir.

Çalışmada amaç, Osmanlı İmparatorluğu'nda sunulan sağlık hizmetlerinde vakıfların rolüne dair bilgi sağlamaktır. Çalışmada il olarak, Osmanlı İmparatorluğu'nda Vakıflar, Vakıf kavramı, Osmanlı Toplumunda Vakıfların Rolü ve Vakıflarca Sunulan Hizmetler konularına yer verilmektedir. Daha sonraki bölümde Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Hizmetleri ana çerçevesi altında Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Örgütlenmesi ve sunulan sağlık hizmetleri 1826 Yılı Öncesi ve Sonrası şeklinde bir ayırım üzerinden incelenmektedir. Bu iki girizgah niteliğindeki bölümden sonra Osmanlı İmparatorluğu'nda sunulan sağlık hizmetlerinde vakıfların rolü ile ilgili tartışma ve sonuç bilgilerine yer verilmektedir.

2. OSMANLI'DA VAKIFLAR

2.1. Vakıf Kavramı

Vakıf sözcük anlamı itibariyle, durdurma fiili ve alıkoyuş, kavramsal anlamda ise, mal veya mülkün bir satın alma eylemi sonucu sahibi olunmayacak biçimde hayır işlerinde kullanılması, böylelikle, hayır işine bağışlanan mal veya mülkün hakkından mülki anlamda feragat edilmesi demektir. Söz konusu özel mülkiyet hükmünden ayrılan mallar, toplumun çatı örgütü olan devletin de sahipliğine girmemekte, bunun sonucu olarak üçüncü bir tür mülkiyet durumu ortaya çıkmaktadır (Ayдын, 2004).

Vakıf kavramı kısaca; insanoğlunun mutluluğunu hedefleyen bir sistemler bütünü olarak ifade edilebilmektedir. Vakıfları kuran bireylerin, sahip olduklarından ve haklarından kendi istekleriyle vazgeçmenin ve bu sayede diğer insanlara yardım etmenin huzur ve mutluluğunu; yararlananların ise ihtiyaçlarını karşılamanın mutluluğu ve hazzını duyumsadığı öne sürülmektedir. Dolayısıyla, vakıf kavramıyla, birbirleriyle tutarsızlık içermeyen ve biri bir başkasının haz ve huzurunu azaltmaksızın yükselen ve toplumun tüm kesimlerini kapsayan, topyekün bir mutluluk tanımlaması yapılabilmektedir (Yedyıldız, 1986).

Temeli yardımlaşmaya dayanan vakıflar, içinden çıkıkları toplumların dini, sosyal ve kanuni menşelerine göre tesis edilmiş kuruluşlardır. Vakıfların toplum içinde sosyal bir kurum olarak ortaya çıkmalarında ve gelişimlerinde birtakım etkenlerden söz etmek gerekmektedir. Bunlar, bireyin içsel ve sosyal yönü, topluma ait kültürel öğeler, sosyal ve politik gerçeklikler, iktisadi ve dini gerekçeler, halk devlet ilişkileri, fikir ve ideolojik yönelimler olarak ifade edilebilmektedir (Işık, 2009).

Vakıf kurumunun çıkış noktası ile ilgili birbirinden farklı görüşler mevcuttur. Bazı çalışmacılar, vakıf kavramını islam diniyle ilişkilendirip temel olarak islam çıkışlı bir sosyal yardımlaşma modeli olarak tanımlamaktadırlar. Düşüncenin temelini de islamın ilk zamanlarında Medine'deki peygamber mescidinin bir kısmının Zulle ve Suffe isimleriyle anılan bir eğitim merkezi olmasına dayandırmaktadırlar. Bunu destekleyen bir diğer hususun, 8. Yüzyılda vakıf konusunun islami hukuk çerçevesinde ele alındığı eserler olduğu öne sürülmektedir. Bununla birlikte vakıfların kaynağını Budist viharalarına, Eti tabletlerine veya Bizans ya da batı kültürüne dayandıran görüşler de mevcuttur (Aydın, 2004). “Örneğin Babil’de ruhunun selametini temin etmek isteyen dindar bir adam, bir mabet yaptırmış ve bu mabede tayin ettiği rahibin oturması için de bir mülk hibe etmiştir. Yine Boğazköy kazılarında ele geçen tabletlerde M.Ö. 1290-1280 yıllarında Hitit Kralı Hattusilis tarafından düzenlenmiş bir vakfiye bulunmuştur. Vakfiyenin içeriği şöyledir: “Hitit Kralı Hattusilis kendisine düşman bulunan Armadataş’ı mağlûp ediyor, emlakını zaptederek bunlarda bir ev ile müstemilâtını Tanrıça Iştar’a ibadet edilmek üzere vakfetmiştir”. Eski Yunan’da da farklı uygulamalar mevcut olup vakfa benzer bazı kurumlardan bahsedilmektedir. Kişi malını başka birine belirlemiş olduğu kuralları kabul etmek ve değiştirmemek şartı ile hibe ve vasiyet etmiştir. Roma ve Bizans’ta da vakıf kurumunun bir ölçüde gelişmiş olduğu görülmektedir” (Vakıflar Genel Müdürlüğü, 2012). Tüm bu bilgilerden hareketle vakıf kavramının gelişiminde farklı kültürlerin etkisi olduğunu söylemek gerekir. Bununla birlikte Türk vakıflarını milli ve toplumsal bir yapı olarak tanımlamak da isabetsiz bir yaklaşım olmayacaktır (Aydın, 2013).

Vakıflar yönetsel olarak incelendiğinde, vakıfların yönetim kademesinde vakıfların kurucuların olduğu ve kurucuların vakıftaki yönetsel teamülleri ilkesel olarak belirledikleri görülmektedir. Genellikle mütevellî olarak adlandırılan vakıf yöneticileri, vakıfları vakıflardan fayda sağlayacak kişilerin yararına olacak şekilde yönetme çabasında olmuşlardır. Bu doğrultuda mütevellîlerin ilk görevi vakıf mülklerini koruma ve vakıf hizmetlerinden faydalanan kişiler için vakıf gelirlerini arttırmak olmuştur. Bu konuda 19. asra ait incelenen vakfiyelerde, vakıfların sahibi konumunda olan kişilerin icra ettikleri mütevellî görevine ödenek ayırdıkları ve bu görevlere öncelikle kendileri olmak üzere, sonrasında en uygun ve eşit olan oğullarını ve sonrasında da en uygun akrabalarını seçtikleri, bu kişilerin vefatı durumunda ise köy ahalisince en uygun görülen kişinin seçilmesini şarta bağladıkları görülmektedir (Ülker ve Toraman, 2012).

2.2. Osmanlı Toplumunda Vakıfların Rolü ve Vakıflarca Sunulan Hizmetler

Osmanlı Devleti, basit bir şekilde ifade etmek gerekirse, düzenli orduya mensup askerler, bürokratlar ve alim sınıfından oluşan askeri nitelikli bir tabaka ile köylü halk, ticaret ehli kişilerden oluşan üretici tabaka olmak üzere iki ana gruptan oluşagelmıştır. Devlet önceliğini vergiye ve verginin toplanması için vergi unsurlarını korumaya, bununla birlikte vergi miktarını en azami noktaya çıkarmaya verdiği için diğer bayındırlık ve sosyal temelli faaliyetleri ikinci planda bırakmış, bu meselelerin pek üstünde durmamıştır. Devlet, verginin toplanması ile ilgili olduğundan pazarın faaliyetlerine müdahalede bulunmuş fakat üretici konumunda bulunan kurumlarla (loncalar, kethüdalık) faaliyetlerin yapılış biçimine ve ortak yaşam alanlarına müdahale etmemiştir (Buluş, 2009).

Günümüz dünyasının çağdaş devlet anlayışında devletin sorumluluk alanlarına giren birçok hizmet (eğitim, sağlık, bayındırlık, diyanet, sosyal yardım hizmetleri) Osmanlı İmparatorluğu’nda devletin asli sorumlulukları arasında görülmemiş, tüm hizmetler bireylerce kurulan vakıf müesseselerince tatbik edilmiştir. Vakıflara tüm bu işlerin üstesinden gelebilmeleri için önemli maddi kaynaklar aktarılmıştır. Osmanlı’da devlet anlayışı sonsuza kadar sürecek olan devlet anlayışına tekabül eden “Devlet-i Ebed Müddet” biçiminde karşılık bulduğundan, vakıflara da ebedi olma şart ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

yükümlülüğü getirilmiş, devlet yetkilileri de vakıf hizmetlerinin sürdürülebilirliği için ellerinden gelen desteği esirgememiştir (Ağmanvermez, 1999).

Osmanlı Devleti'nde ilk vakıflara Orhan Gazi döneminde rastlanılmaktadır. Kazıcı'ya göre, 1324 yılının Mart ayında Mekece'de vakfettiği misafirhane olarak da kullanılan tekkenin mütevelliyetini verdiği dair şart ve hükümleri gösteren tuğralı evrakta şöyle bir ifade yer almaktadır: "Ben, Şucaeddin Orhan b. Fahrüddin Osman Hududu ile Mekece nahiyesinin tamamını sırf Allah rızası için vakfettim. O hankahta misafir ola gelip gidici fukarayı, garipleri, miskinleri, dervişleri ve ehl-i ilmi (iskan ve infak emesi) için azatlı kölem Tavaşi Şerafeddin Mukbil'i (mütevell-i vakf tayin ettim). Vakfın vazifesi (yani varidatı, geliri) ne ise bunlara sarf edilsin. Ve her kim ki bu vazifeden nasib almaya müstahak değilse hankahta misafir olmasın..... Bu belgeyi okuyanlar, hazır olan cemaatin şehadetiyle bunu hakikat bilsinler ve itimad etsinler. Onların rızasıyla yazıldı. Benim mülkümden olanlar mezkur Mekece'yi (bu vesikayı) mütalaa edenler bileler ve inşaallahu taala itimad edeler." (Işık, 2009).

Vakıf müessesesi, sadece Osmanlı'da değil, İslam dinini kabul etmiş olan büyük bir coğrafyada kendine uygulama alanı bulmuştur. Başta Osmanlı sultanları ve aileleri ve çevreleri ile devletin üst makamlarında bulunan görevlilerinin en yüksek makama sahip olanından en düşük makama sahip olanlarına kadar birçok kişi, vakıf adıyla müsemma dini ibadet yerleri, dini okullar, kütüphaneler, hanlar-hamamlar, kervanlar için konaklama yerleri, kişilerin su ihtiyaçlarını karşılamaları için yapılan sebül adı verilen yapılar, şifa yurdu gibi kuruluşlar, köprü ve yollar gibi bayındırlık yapı ve kuruluşları inşaa ettirmişlerdir. Vakıflar, Osmanlı İmparatorluğu döneminde birçok eski kavimde olduğu gibi salt dini vazifelere odaklanmamış, devletin yetki ve sorumluluk alanına giren ve toplumsal bir yönü olan birçok hizmeti ücretsiz ve karşılıksız bir şekilde sunma yoluna gitmişlerdir (Köprülü, 1951).

Buluş'a göre büyük vakıflar, "sadrazam, şeyhülislam, baş defterdar, kadı, enderun, daru's-saade ve babü's-saade ağaları, iç hazinedar başı, nakibu'l-eşraf gibi devlet görevlilerinin nezareti altında" faaliyet göstermekteydi. Bu durumu sıradan halk kitlelerinden üstün konumda olan bu devlet görevlilerinin servetlerine müsadere uygulamasından kaçınmak için kullandığına dair görüşler de bulunmaktadır. Fakat bu sınıftaki görevlilerin ve vakıf sahiplerinin vakıf kurmada amaçlarının bu şekilde olması halinde bu kişilere gelir sağlayan daha fazla eserin yapılması gerektiği yönünde bir yaklaşım da söz konusudur. Ancak birtakım geniş arazilerde sultan tarafından nadiren verilen ve adına "mülkname" denilen evraklarla özel mülk haline gelmiş bazı büyük arazilerin yıllar içinde merkezi yapının denetiminden bağımsız bir şekilde evlatlık vakıflara dönüştüğü de ortadadır. Bu vakıflar 17. yy'dan sonra sayısal olarak daha da büyümüş, bunun sonucunda vakıflar tımar sistemi dışındaki aile vakıfları haline gelmişlerdir (Buluş, 2009).

Vakıfların zengin Osmanlılar tarafından kurulmasının altında yatan motivasyonun başlıca nedeninin ise dini temellere dayandığı öne sürülmektedir. Söz konusu inancın, sevab ba'del mevt diye ifade edilen bir hadise dayandığı düşünülmektedir. Buna göre, bir Müslümanın öldükten sonra dahi sevap kazanabilmesi üç şeyi başarmasına bağlı kılınmıştır. Bunlar insanlara faydalı olabilecek bilginin sağlanması, öldükten sonra ölünün ardından dua eden ve dini yaşayan çocuklar ve süregelen hayırseverlik işleridir. Bu üç şartın, vakıflarca birleştirildiği öne sürülmüştür. Haliyle, vakıf kurmak ahirette kurtuluş ile ilişkilendirilen bir faaliyet olarak görülmüş ve müslümanların birçok farklı ihtiyaca cevap veren vakıflar kurmalarına vesile olmuştur (Çizakça, 2000).

Bayartan'a göre "bu anlayıştan hareketle Osmanlı toplumunda; cami, tekke, zaviye, kalenderhane, türbe, kabristan, namazgâh, medrese, mektep, kütüphane, imaret, kervansaray, tabhane, misafir evi,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

dur evi, gölgelik, sığınak, hastahane, tıp medresesi, ayakta tedavi yeri (dispanser), hamam, kuyu, su yolları, çeşme, aşevi, kaldırım, köprü, muvakkithane gibi vakıfların yanı sıra, öksüz kızlara çeyiz verilmesi, borçlu olduğundan dolayı hapiste bulunanların borçlarının ödenmesi, köy ahalisinin yaşlılarına elbise verilmesi, kale ve istihkâmlara veya donanmaya yardım edilmesi, askerin donanımı, deniz feneri inşası, yetimlere, dul kadınlara ve muhtaçlara yardım edilmesi, çocukların baharda açık havada gezdirilmesi, okul çocuklarına gıda, elbise, okul araç-gereçleri temin edilmesi, fakirlerin ve kimsesizlerin cenazelerinin kaldırılması, bayramlarda fakir ve kimsesizlerin sevindirilmesi, açık hava mektepleri, kuşlara pirinç ve hayvanlara gıda ve su verilmesi gibi toplumun ihtiyaç duyacağı her tür hizmet yürütülmüştür.” Vakıflar böylelikle toplumsal ve kültürel hizmet yaklaşımından hareketle önemli roller üstlenmişlerdir. Bu açıdan bakıldığında vakıfların İslâm coğrafyasında toplumsal hizmetlerin sunumunda, birtakım köy ve kentlerin inşasında ve yeniden teşkilatlandırılması anlamında yeniden tesisinde önemli bir rol aldığı söylenebilmektedir (Bayartan 2008).

Vakıflarla ilgili oynadıkları büyük roller dışında çeşitli eleştirel yaklaşımlar da söz konusu olmuştur. Vakıfların yoksulluğu teşvik ettiği ve tembelleğe olanak sağladığı, Osmanlı ve İslam coğrafyasında iktisadi gelişime ket vurduğu, üretilen malların serbestçe dolaşımına mani olduğu, devlete ait arazilerin mülk haline gelip değerlendirilememesine sebep olduğu ve daha önce de belirtildiği üzere müsadereye yönelik tedbir amaçlı olarak oluşturulduklarına yönelik eleştiriler getirilmiştir. Eleştirilerin tamamında bir miktar haklılık payı bulunduğu gibi, eleştirilerin kökenine inildiğinde, tüm sorumluluğun sadece vakıflara ait olduğunu ifade etmenin de doğru bir yaklaşım olmadığı görülmektedir. Bu tekil yaklaşım, kısıtlılığı dışında, Osmanlı'daki gerilemeyi sadece vakıflara mal eden bilimsel olmayan bir çıkarım olarak ifade edilebilmektedir. Buradan hareketle vakıfların toplum için faydalı işler sağlayıp sağlamadıkları penceresinden konuya yaklaşmanın çok daha sağlıklı olduğu düşünülmektedir. Bu perspektiften bakıldığında, vakıfların Osmanlı'da 19. asra kadar oldukça etkili ve genel itibarıyla olumlu bir role sahip olduğu, Tanzimat sonrası dönemde bu etkinliğini yitirdikleri görülmektedir (Buluş, 2009).

2.3. Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Hizmetleri

Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık hizmetleri devletin gözetimi altında sunulmaya çalışılmıştır (Ertem, 1999). Hizmetlerin devlet tarafından sistemli belirli bir plana bağlı kalınarak ve bilinçli bir şekilde sunulmasını içeren bir sağlık politikası sadece Osmanlı için değil 19. yüzyıla gelene kadar dünyanın hemen hemen hiçbir bölgesinde hiçbir devlet yönetimince söz konusu olmamıştır. Bundan dolayı Osmanlı Devleti'ni bu çerçeveden eleştirmenin anlamsız olduğu düşünülmektedir. Fakat bu durum Osmanlı'daki sağlık hizmetlerine ilişkin tespitler yapılamayacağı anlamına da gelmemektedir. Osmanlı İmparatorluğu'nun kurulduğu 13. asrın sonlarında dahi, Anadolu'da, dönemi için zengin bir sağlık hizmeti yapılanmasının mevcut olduğu görülmektedir. Anadolu'daki büyük şehirlerde Darüş-şifalar, Dar üs-sıhhalar, Bimaristanlar, Maristanlar aracılığıyla sağlık hizmet sunumu gerçekleşmiştir. Çoğunluğu Anadolu Selçukluları'ndan kalan hastanelere Osmanlı'ya başkent yapmış payitaht şehirlerindeki yeni hastaneler de eklenmiştir. Sözü edilen tüm hastanecilik hizmetleri vakıflarca sunulagelmiştir. Vakıflarca kurulan ve hizmeti sunulan hastane hizmetlerinin ne kadarının devletin direkt veya dolaylı olarak gözetimi altında olduğu, daha doğrusu ne kadar bilinçli bir politikanın ürünü olduğuna dair kesin bir bilgi ise bulunmamaktadır (Aydın, 2004).

Osmanlı'da sağlık hizmetleri külliye şeklinde oluşturulmuş vakıflara ait hastanelerde verilmiş, tüm sağlık kuruluşları, vakıflar ve hayır sahibi kimselerin aracılığı ile kurulmuştur. Tımarhane, darüşşifa ve tabhane olarak isimlendirilen sağlık kuruluşlarında istihdam edilen kişilerin maaşları



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

da vakıflar tarafından karşılanmıştır... Vakıf külliyesi içerisinde yer alan Darüşşifa ve tımarhaneler aynı zamanda tıp medreseleri için de birer uygulama alanı olmuşlardır. Devletin katkısına mazhar olmadığı için, bu hastanelere vakıflarca önemli oranda kaynak aktarımı yapılmıştır. İstanbul'da günümüz şartlarında da hizmet sunmakta olan Haseki, Gureba ve Şişli Etfal Hastaneleri geçmişin önemli vakıf kuruluşları olarak öne çıkmaktadır (Ertem, 1999).

Tüm bunlarla birlikte Aydın'a göre, "Batı dünyasında yüzyıllar içerisinde adım adım gelişen "bilimsel tıp" anlayışının Osmanlı toplumuna yansımaları çok yavaş ve geç olmuştur. 17. ve 18. yüzyıla ait yazma eserlerden yavaş biçimde de olsa Batı tıbbının farkına varıldığı izlenmektedir." (Aydın, 2004).

2.4. Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Örgütlenmesi

Osmanlı Devleti, 13. asırdan başlayıp 20. asrın başlarına kadar sürmüş, uzun ömürlü bir siyasi yapılanmadır. Klasik ve yenileşme hareketlerinin olduğu dönemler gibi, bu uzun yıllara dayanan süreç içinde Osmanlı sınırlarında yaşayan halkın hangi sosyal güvenlik teamüllerine göre hayatlarını idame ettirdiği ve bu sosyal güvenlik uygulamalarının neler olduğu konusu hep merak uyandıran bir husus olagelmıştır (Şen, 2002). Yine de Osmanlı Devleti'ndeki ilk sağlık kurumlarının ortaçağın ilkel görünümünden bağımsız olmadığı bilinmektedir. Söz konusu yapıların, Üçüncü Selim'in 1789'da tahta geçmesiyle başlayan Batılılaşma dönemine kadar mevcut yapılarını korudukları görülmektedir. Biçimsel olarak Selçuklu sağlık yapılarını yineleyen ve biçimsel olarak da Selçuklu'nun devamı olan Osmanlı sağlık kuruluşları, Selçuklu tarzı medreseleri çağrıştıran, bir orta avlu çevresine dizili odalardan oluşmuş geleneksel formlarını Batılılaşma döneminin başladığı sürece kadar devam ettirmişlerdir. Bimarhaneler, Dâr-üşşifâlar ve Tımarhânelerde cerrah, hekim, eczacı ve kehhâl (göz hekimi) gibi uzmanlar istihdam edilmişlerdir (Yavuz, 1988).

Osmanlı'da devlet yönetiminde, sağlık alanında en yetkili kişi hekimbaşılık müessesesi olagelmıştır. Tarihteki diğer İslam devletlerinde olduğu gibi devletin tüm sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu üstlenen Hekimbaşılığın Osmanlı Devleti'nde hangi tarihten itibaren faaliyete geçirildiği konusunda kesin bir tarihsel dokümana ulaşılamasa da, Osmanlı padişahlarıyla hekimler arasındaki ilişkilerin 15. asırdan itibaren izlenebildiği görülmektedir (Taşpınar, 2011).

Taşpınar'a göre, "Hekimbaşılar, eğitimlerini klasik Osmanlı medreselerinde tamamlamış ilmiye sınıfına mensup kişiler olarak çoğu zaman medreselerde ve darüşşifalarda müderrislik görevi de yürütmüşlerdir. 19. yüzyıl öncesi Osmanlı Devleti'nde sağlık alanında yetki ve sorumlulukları dolayısıyla önemli bir yere sahip olan hekimbaşılar, hekimliğin ve sağlık işlerinin yürütülmesi kadar, bu alanda yetişen insanların eğitim ve denetlenmesinden de sorumluydular. Ülkedeki serbest tabip, cerrah ve eczacı gibi sağlık personelinin imtihana tabi tutularak görevlendirilmesi, teftiş ve kontrolleri de hekimbaşının denetimi altında gerçekleştirilmiştir. 16. yüzyılda Mehmed Muhyiddin İzmiti ile başlayan ve 19. Yüzyılın ortalarında Abdülhak Molla ile sonlanan üç yüz elli senelik dönemde, kırk iki kişi hekimbaşılık görevinde bulunmuştur. Hekimbaşılık müessesesinin tesisinden itibaren ehliyetli kişilerin bu makama getirilmesine dikkat edilirken, hemen her sahada çözülmenin görüldüğü 18. yüzyılın sonlarında bu makama da yetenezsiz kişiler getirilmiştir. Dolayısıyla bu kurum giderek işlevini yitirmeye başlamıştır." (Taşpınar, 2011).

19. yüzyıl öncesinde toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamada darüşşifalar dışında hekimbaşınca mesleği serbest bir şekilde yapmasına mani olmadığına dair izni olan hekimler, tıbbi dükkan ismi ile kendilerine ait muayenelerde halka sağlık hizmeti sunmuşlardır. Bu dönemde hekimbaşı tarafından mesleki yeterliliği kabul gören serbest nitelikli hekimlere eczacılık yapma hakkı da



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

tanınmıştır. Osmanlı devletinde bu yetkilerle faaliyetlerini yürüten hekimler, aynı zamanda “gedik usulü” adı verilen bir uygulamaya tabi olmuşlardır. Hekim, eczacı faaliyetleri türü serbest mesleklerin yapılışına dayalı olan sağlık hizmetlerinin denge içinde yürütülmesini ve söz konusu hizmetleri sunan kişilerin arasında yaşanabilecek haksız rekabeti önleyici bir planın hekimbaşı müessesesince belirlenip izin verilmesi manasında kullanılan gedik sistemi, 19. asrın ortalarına değin kullanılmıştır (Taşpınar, 2011).

Osmanlı’da 19. Yüzyıla kadar olan ve en üst aşamada hekimbaşlarının olduğu bu dönemde, tıp medreselerinde usta çırak ilişkisine dayalı bir eğitim verilmiş, darüşşifaların külliyeleere dahil olarak hizmet sunduğu vakıf sistemine dayalı bir sağlık yapılanması görülmüştür. İkinci dönem ise 1827 sonrası ilk tıp okulunun açılması sonrasında 1839’da ilk Mektebi Tıbbiye Nezaretinin kurulmasıyla birlikte Osmanlı’nın farklı bir teşkilat yapısına girmesine başladığı dönemdir (Şimşek, 2010).

1826 Yılı öncesi

Osmanlı İmparatorluğu’nda sağlık ile ilgili ilk reform faaliyetleri daha önce de ifade edildiği üzere 1789 yılında sonra, Sultan III. Selim zamanında başlatılmıştır. İlk başlarda askeri alanda, ordu ve donanma içinde yürütülen reformlar Abdülmecid han döneminde konusu halk sağlığı uygulamaları olacak şekilde genişletilmiştir (Yavuz, 1988).

19. yüzyıl öncesi sağlık kuruluşu olarak adlandırabileceğimiz darüşşifalar ve tıp medreseleri, 1730 ve 1827 seneleri arasında geçen batı dünyasını yakından tanıma 1827 yılında kurulan Tıbhane-i Amire ile birlikte, modern tıbbin gelişimine paralel olarak farklı bir evreye girmiş ve tamamı ile farklı bir yaklaşımla hizmet sunulan kitle ve hizmetlere göre birbirinden farklılıklar gösteren sağlık kuruluşları haline gelmişlerdir (16).

1826 Yılı sonrası

1713’de payitaht şehirleri olan İstanbul, Edirne ve Bursa gibi şehirler başta olmak üzere vakıfların birçoğu, Evkaf Muhasebesi adlı bir maliye idaresindeyken 1826 yılı ile birlikte faaliyete geçen Evkaf Nezareti kurumunun yetki ve idaresine alınmışlardır. 1826 yılından itibaren alacaklı olan kişilere ödeme yapabilme hedefiyle tahsisatı yapılmış vakıf gelirleri Maliyenin Hazinesine geçirilmiş ve Hazineyle ilgi ve alakası kurulmakta zorlanılan vakıf faaliyetleri de Evkaf Nezareti’nin kontrolü altına girmiştir (Genca, 2014). Bu sayede varlıkları genişlik kazanan vakıfların bir elde tek çatı altında toplanması sağlanmış ve vakıflar bu merkezden idare edilmeye başlanmıştır (Bayartan 2008).

Evkaf-ı Hümayun Nezareti kurulana kadar merkezi denetimden yoksun olan vakıfların yine de hiçbir denetim olmaksızın faaliyetleri yürütülmemiştir. Vakıfların denetimi görevi, kadılar ve görevler için özel olarak seçilen ve ataması yapılan müfettişler tarafından yürütülmüştür (Genca, 2014).

Osmanlı’da sağlık teşkilatlanmasına yönelik ilk hareketler, 1826 yılından on üç yıl sonra 1839 yılında ortaya çıkmıştır. Bu yıl içinde Beynelminel Sıhhiye Meclisleri kurulmuş, (16), bunu 1866’de açılan Sivil Tıp Okulu izlemiştir. Okul, Osmanlı’daki yeni teşkilatlanma ve tıbbi modernleşmeye önemli bir katkı sunmuştur. Osmanlı’da modernleşme, bireylerin sağlık ihtiyaçlarına karşı sorumluluk alma girişimleri, 19. yüzyılda dünyada başlayan kamu idarelerinin sorumluluk alma ve bu istikamette sağlık hizmeti üretme süreçleriyle tarihsel anlam paralellik taşımaktadır. Askeri Tıp Okulu’nu faaliyete sokarken ordu için hekim yetiştirmeyi amaçlamış olan Osmanlı devlet idaresi, sivillere yönelik Tıp Okulunun kurulmasında ise ülke çapında hekimlerin görevlendirmesi amacıyla hareket etmiştir. Bu doğrultuda söz konusu okulların yönetiminde bulunmaları ve eğitim öğretim



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

faaliyetlerine katılmaları için batılı ülkelerden bilim adamı ve hekimler davet edilmiştir. Daveti kabul eden yabancı hekim ve eğitimcilerin Batıya ayak uydurma çabası içinde olan Türk tıbbına önemli faydaları olmuş, bunun yanında dönemin modern eğitim ve tıp uygulamalarının öğretilmesinde ve tatbikinde büyük katkıları olmuştur (Aydın, 2004).

Osmanlı devletinde, devletin ülke genelindeki sağlık örgütlenmesi ve taşrayla kırsala sağlık hizmeti götürme olgusunun seneler geçtikçe daha da belirgin bir hal aldığı görülmektedir. Devlet sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasını sağlamak gayesiyle Vilayeti İdare-i Sıhhiye Nizamnamesi ismiyle yeni bir tüzüğü yürütmeye sokarak, 1913 senesindeki bu tüzük vasıtası ile memleket tabipliği hizmetlerini veya daha genel bir ifadeyle sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasının organizasyonunu iyileştirmeyi hedeflemiştir. Sözü edilen yeni tüzük (nizamname) hizmetlerin sunulmuş anlayışı açısından çok fazla değişiklik getirmemesine rağmen, bahse konu olan tüzükteki ilk dikkat celbeden konunun, "Memleket Tabipliği" ünvanının bir kenara bırakılıp onun yerine "Hükümet Tabipliği" isminin kullanılmaya başlanmasıdır. İkinci değişiklik ise, il merkezlerinde Sağlık Müdürlüklerinin kurulmuş olmasıdır. Bir başka önemli değişiklikse, ilçe ve kasabalarda yaşanan sağlıkla ilgili problemlerinin görüşülüp gerek şart olarak görülen girişimlerin icrasını sağlayan ve bir çeşit toplum katılımı ilkesinin yürürlüğe girilmesi anlamına gelen "Sıhhiye Meclisleri"nin kurulmuş olmasıdır. Tüzük gereği kurulan İl Sağlık Müdürlükleri ile sağlık müdürleri, ilk başta koruyucu ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olmak kaydıyla vilayet genelinde bütün sağlıkla ilgili faaliyetlerden yönetsel açıdan sorumlu tutulmuşlardır. Aynı zamanda vilayet genelinde faaliyet gösteren fabrikalarda çalışmakta olan işçilerin sağlığı ile ilgili denetim sorumluluğu da sağlık müdürlerine yüklenilmiştir (Aydın, 2004).

2.5. Osmanlı İmparatorluğu Sağlık Hizmetlerinde Vakıfların Rolü

Osmanlı İmparatorluğu süresinde 1826 öncesi ve sonrası vakıfların rolü, Tanzimatın ortaya koyduğu etkilerle kabuk değiştirip sistemini revize etmiş olsa da Osmanlı Devletince halka yönelik doğrudan bir sağlık hizmeti sunumu söz konusu olmadığından son derece önemli görülmektedir. Osmanlı devleti idaresinde halkın geneline yönelik olarak düzenlilik gösteren bir devlet politikası olarak sağlık hizmetleri örgütlenmesinden bahsetmek pek mümkün olmadığından var olan sağlık kuruluşlarının neredeyse hepsi, bireysel girişimler veya vakıflarca örgütlenmiştir. Devletin herhangi bir katkısı olmaksızın vakıfların kendi gelirleri ile işletilen darüşşifa ve diğer sağlık kuruluşları, vakıfların topluma yönelik bir yardımlaşma ve hayır kurumu olma gibi özelliklerini bünyelerinde bulundurmaları dışında sıhhi müesseselerin de kaynak kuruluşları olagelmışlerdir. Bu bağlamda, vakıf müessesesine bağlı olarak faaliyetlerini yürüten darüşşifa gibi kurumların, ücretsiz muayene ve tedavi hizmeti sunmaları, vakıfların toplumun geneline yönelik kapsayıcı nitelikte bir sağlık sigortası sistemi oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir (Taşpınar, 2011).

Osmanlı döneminde vakıfların bir başka etkisi ve rolü, vakıflarca kurularak külliyelele bağlı olarak faaliyete geçmiş olan şifahanelerce sunulan sağlık hizmetlerinin kolaylaşması ve bununla birlikte hastaların toplumdan tecrit edilmesinin önlenmesi olmuştur. Şifahanelerde, yoksul bireylere ve yolcu olarak addedilen kişilere de sağlık hizmeti sunulmuş; her bir şifahane, bir vakıf aracılığıyla desteklenmek kaydıyla, ücretsiz sağlık hizmeti sunumuyla da günümüzün modern hastane yapısından son derece farklı bir işleve aracılık etmiştir (Songur ve Saygın, 2014). Osmanlı'da hastane işlevi gören tüm kurumlar vakıf sistemine tabii olduğundan, sunulan bütün sağlık hizmetleri, din, mezhep ayırt etmeksizin para alınmadan sunulmuştur (16).

Daha önce de ifade edildiği gibi "Sevab ba'del mevt" diye ifade edilen hadis doğrultusunda mallarını vakıflara adamaktan çekinmeyen insanların destekleriyle ayakta duran vakıflar,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

toplumdan aldıkları bu olumlu destekten hareketle hastaneler tahsis etmiş ve bu sayede, Osmanlı'da sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda, vakıf kurumunun etkin kaynaklı rolü neticesinde bir sorun yaşanmamıştır (Songur ve Saygın, 2014).

Bu sürdürülebilirliği sağlayan bir diğer husus, Osmanlı döneminde yaşayan insanların hastalarına genellikle evde bakmalarıdır. Bu sayede darüşşifalar, daha çok kimsesizler ve hastasına evde bakacak durumu olmayanlara hizmet sunmuştur. Burada etkili olan kaide, hastaya evinde sağlık hizmeti sunulması, istisnai hallerde ise hastanelerde bakımının yapılması olmuştur (Songur ve Saygın, 2014).

Fakat imparatorluğun çok geniş bir coğrafyada hüküm sürmüş olması, halk sağlığı uygulamalarına yönelik politikaların kapsamını daraltmış, sağlık hizmet üretimi ve sunumunun da yeterli kılınamamasına neden olmuştur. Bundan dolayı, daha etraflı, plan ve programa dayalı, bilinçli bir sağlık politikası ile hareket edilememiştir. Bu yöndeki eksiklikler ise; 19. asırda Osmanlı devletinin yenilik hareketleri çerçevesinde sağlık alanında yaptığı çalışmalarla gerçekleştirilmiştir (Taşpınar, 2011).

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

İslam dininin hadis, inanç ve yaşayış teamüllerine uygun bir yapı olarak ifade edilen, farklı toplumlarda ve dinlerde de benzer uygulamalara rastlanılmasına rağmen milli kurumlar olarak görülen vakıf müesseseleri Osmanlı'da birçok hizmetin sorumluluğunda önemli bir rol üstlenmiş ve bu hizmetlerin sunumu için aracılık etmişlerdir. Sadece Osmanlı için değil, tüm dünyada devletler nezdinde sağlık politikalarından bahsetmenin mümkün olmadığı 19. asra kadar, sağlık sisteminin sunum, örgütlenme ve finansman işlevleri vakıflar tarafından yürütülmüştür.

Selçuklu'nun devamı niteliğindeki Osmanlı Sağlık Örgütlenmesi 19. asra kadar vakıf sistemini temel alan bir doğrultuda halkın sağlık ihtiyaçlarına cevap vermeye çalışmış, 19. asırdaki batılılaşma hareketleriyle birlikte Osmanlı sağlık sistemi değişime uğramıştır. Bu bağlamda 19. asra kadarki dönemde sağlık hizmet sunumunda vakıfların rolünün hayati bir ehemmiyette olduğu, vakıfların bir çeşit sosyal güvenlik, finansman sistemi işlevi gördüğü, bununla beraber toplumsal sınıflar arasındaki varlıklı kişilerden yoksul kimselere yönelik bir çapraz sübvansiyon görevi üstlendiği görülmektedir. Ne var ki hizmetlerin sağlanması, kaynakların yaratılması, finansman, idare gibi temel fonksiyonları yerine getirmesine rağmen, Dünya'daki benzerlerinde olduğu gibi arkasında düzenli bir devlet politikası olmadığından, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi, hakkaniyet, erişim ve verimlilik gibi unsurları karşılama konusunda daha etraflı, plan ve programa dayalı bir bilinç ile hareket edilememiş, çok geniş bir coğrafyada hüküm sürmüş Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık hizmetleri, yenilik hareketlerine kadar vakıfların özverili fakat sınırlı olarak ifade edilebilecek faaliyetleri etrafında şekillenmiştir. Bu duruma, batıdaki bilimsel tıbbi gelişmelere ayak uydurulamadığı gerekçesiyle son verilmiştir.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı

Çalışma tek yazar tarafında yürütülmüştür.

Destek ve Teşekkür Beyanı

Çalışma herhangi bir destek almamıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Aydın, E. (2004). 19. Yüzyılda Osmanlı Sağlık Teşkilatlanması. OTAM Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi, 15 (15), 185-207 .
- Yediyıldız, B. (1986). Vakıf, İslam Ansiklopedisi, c.13, MEB. Yayınları, İstanbul, 153-172.
- Işık, H. (2009). Bir Kamu Hizmeti Birimi Olarak Vakıfların Osmanlı Toplum Yaşamındaki Rolü. Akademik Bakış, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi,(16), 1-10.
- Vakıflar Genel Müdürlüğü, Yayın No:101. (2012). Bir Medeniyetin İzdüşümü Vakıflar. İstanbul: T.C. Vakıflar Genel Müdürlüğü.
- Aydın, V. (2013). Türk Yönetim Tarihi Açısından Vakıf Sistemi ve Eğitim Yönetimine Katkısı, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi c.8, s.1, 313-338.
- Ülker, Y., Toraman, C. (2012). Osmanlı Devleti'nin Sosyal ve Ekonomik Hayatında Para Vakıflarının Rolü ve Muhasebe Uygulamaları, Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt 1 Sayı 2, 55-84.
- Buluş, A. (2009). Sivil Toplum Kuruluşlarına Tarihsel Bir Örnek: Osmanlı Vakıfları. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 8 (16), 20-36.
- Ağmanvermez, A. (1999). Bir Vakıf Medeniyeti Olarak Osmanlı, İlkadım Dergisi, Sayı 136.
- Köprülü, B. (1951). Tarihte Vakıflar, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: 8 Sayı: 3 495-506.
- Çizakça, M. (2000). Osmanlı Dönemi Vakıflarının Tarihsel ve Ekonomik Boyutları, Bahçeşehir Üniversitesi Yayınları, (www.tusev.org.tr), İstanbul, 19-31.
- Bayartan, M. (2008). Osmanlı Şehirlerinde Vakıflar Ve Vakıf Sisteminin Şehre Kattığı Değerler. Osmanlı Bilimi Araştırmaları Cilt 10, S.1, 157-175.
- Ertem, A. (1999). "Osmanlı'dan günümüze vakıflar", Divan: Disiplinlerarası Çalışmalar Dergisi, 111-150.
- Şen, M. (2002). Osmanlı Devleti'nde Sosyal Güvenlik: Ahi Birlikleri, Loncalar ve Vakıflar. Çimento İşveren, Kasım, 18-40.
- Yavuz, Y. (1988). Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları, ODTÜ MFD, (8:2) 123-142.
- Taşpınar, A. (2011). Osmanlı Devleti'nde Sağlık Teşkilatı (1827-1914), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tarih Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta - 12-17.
- Şimşek, R. (2010). İstanbul'daki Osmanlı Dönemi Sağlık Kuruluşları, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sanat Tarihi ABD Yüksek Lisans Tezi, Konya 2010, 15-16.
- Genca, E. (2014). Osmanlı Hukukunda Vakıfların Denetimi, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, Cilt 72, Sayı 1, 531-554.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Songur, H., Saygın, T. (2014). Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (19), 199-212.

BİMARHANELER HAKKINDA ALAN YAZIN ÇALIŞMASI FIELD STUDY ABOUT BİMARHANELER

Ayşe SARI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, asari@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0621-4838

Dr. Öğr. Üyesi, Sezgin ZABUN

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, sezginzabun@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0003-2566-2513

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (25.09.2021-05.11.2021)

Öz

İnsanlığın var oluşundan bu yana sağlığın, bedensel ve ruhsal olarak bozulması sonucu birtakım çözümler aranmıştır. Sağlığı bozulan kişilere şifa dağıtan kimseler ortaya çıkmış ve zaman içerisinde de onların şifa dağıttıkları mekânlar oluşmuştur. Toplumun özellikleri şifa dağıtılan yer olan şifahanelerin, yerleşimi ve şeklini de etkilemiştir. Selçuklu ve Osmanlılar 'da şifahaneler külliyenin bir parçası olarak inşa edilmiş ve zaman içerisinde şifahane adının yanında; “darüşşifa, bimarhane, bimaristan, maristan” gibi adlar da verilmiştir. Hastane anlamına gelen bu yerlerde genel bir sağlık hizmeti verilirken, zaman içinde “bimarhane” adıyla özelleşen alanlarda akıl hastalarının tedavi edildiği bilinmektedir. Bu çalışmada; “bimarhane” kavramının ne anlama geldiği, tarihi süreçte nasıl şekillendiği, bimarhanelerde kullanılan tedavi yöntemleri ve günümüze nasıl ulaştığı konuları irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bimarhane, ilk hastaneler, darüşşifa

Abstract:

Since the existence of humanity, a number of solutions have been sought as a result of physical and mental deterioration of health. People who have given healing to people whose health has deteriorated have emerged, and over time, the places where they have distributed healing have emerged. Healing of the characteristics of the society also influenced the settlement and shape of the healing place. In the Seljuks and Ottomans, the heifers were built as a part of the complex and over time the name of the cafeteria was found darüşşifa, bimarhane, bimaristan, maristan names are given. While a general health service is provided in these places, which mean hospitals, it is known that mental patients are treated in the areas that specialize as Bimarhane (madhouse) over time. In this study, what the concept of Bimarhane means, how it is shaped in historical process, the treatment methods used in bimarhane and how it reached today are examined.

Keywords: Bimarhane, first hospitals, hospital

GİRİŞ

Osmanlı Devleti zamanında birçok kurum açılmıştır ki, bunlardan biri de bimarhanelerdir. Bu kurumların tarihte ne amaçla kullanıldığı ve nasıl hizmet verdiği konusunda bilgi eksikliği olduğu bilinmektedir. Günümüzde birçoğu farklı amaçla kullanılan bu kurumların, şu anki psikiyatri biliminde kullanılan tedavi yöntemlerinin temelini oluşturduğu görülmektedir.

Bimarhane; Farsça bir kelime olup, "bimar" hasta anlamına gelmekte ve "hane" kelimesi de bugünkü anlamıyla "ev" olarak tanımlanmaktadır. Hastane anlamına gelen bimarhane, 17.yy öncesine kadar maristan, bimaristan, darüşşifa kelimeleri aynı anlamda kullanılmıştır. Benzer şekilde Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat'ta da bimarhane; "hastane", "tımarhane", "deliler yurdu" şeklinde tanımlanmaktadır. Asırlardır günümüzdeki hastane kavramını ifade eden "bimarhane" kelimesinin 17.yy sonrası Osmanlı'da "tımarhane" olarak yalnızca akıl hastaları için kullanılan bir yer olarak benimsendiği ve kullanıldığı kabul edilmektedir. Sonrasında da, 18.yy sonuyla 19.yy başlarında "darüşşifa" binalarının anlamının özelleşerek sadece delilerin bulunduğu yeri tanımlayan, "bimarhane" şeklinde kullanılmakta olduğu görülmektedir (Emlak Ansiklopedisi, 2013).

Bimarhane kelimesi ile aynı anlamda kullanılan "mâristan" sözcüğünün "bimâristandan" bozma bir sözcük olduğu ve yine hastane anlamında kullanıldığı savunulmaktadır (Devellioğlu, 2006). Farsça'da "mâr" kelimesinin yılan anlamı taşıdığı ve bu bakışla, yılanların bulunduğu bir yer anlamında da olabileceği de düşünülmektedir (Turkish and English Lexicon, 2011). Bununla birlikte bilindiği üzere yılan kelimesi tıbbın sembolü olarak kullanılmaktadır. "Tımâr" sözcüğünün de "bakım" anlamına geldiği ve bu yapıdan türeyen "tımârhane" sözcüğünün ise yaygın olarak, hastane anlamında kullanıldığı bilinmektedir (Yılmaz, 2014).

17.yy öncesine kadar bimarhane kelimesinin genel bir hastane kavramı anlamında kullanılması sebebiyle kaynaklarda, bimarhane ile ilgili geçen tanımların da hastanelerin işlevlerini tanımladığına rastlanmaktadır. Günümüze kadar taşınan kelimeler arasında hastane anlamında kullanılan kelimelerden en yaygın olanının da "darüşşifa" olduğuna görmekteyiz.

Pakalın (1993), "Osmanlı Tarih Deyimleri ve Terimleri Sözlüğü'nde" darüşşifayı: Sağlık hizmetlerinin organize edildiği ve verildiği, tıp eğitiminin yapıldığı ve öğrencilerin yetiştirildiği, tedavi ilaçların yapıldığı mekân olarak tanımlamıştır. Aynı zamanda bimarhane kelimesinin tarih içinde; Dârü's-sihha, Dârü'l-afiye, Dârü'r-raha, Dârü't-tıp, Maristan, Bimarhane, Taphane, Nekahethane, Şifaiyye, Bimaristan, Darü'l-merza ve Me'menü'l-istihare şeklinde kullanıldığına da değinmektedir. Bu kurumlarda hastaların tedavi edildiğini, ilaçlarının yapıldığını ve sağlık hizmetleri ne ait bütün faaliyetlerin yürütüldüğünden söz etmektedir. Mevlana Mektupları'nda, Selçuklu Devletinin sıhhat nazırı olarak adlandırılan hekimbaşına hitaben yazılan mektuplardan da söz etmektedir. Bu mektuplarda baştabiplere takılan lakapların neler olduğundan bahsetmektedir (Mevlânâ Celaleddin Rumî, 1999; Songur ve Saygın, 2014: 201).

Günümüze kadar ulaşan bimarhanelerin tarih içerisindeki yapılanması, temel amacı, fiziki koşulları, buralarda çalışan kişilerin özellikleri, yönetim şekli, ekonomik olarak nasıl desteklendiği, kullanılan tedavi yöntemleri hakkındaki merak edilen konuları bir araya getirmek önem arz etmektedir. Bu çalışmanın amacı: Tarih boyunca sağlıkla ilgilenen kurumlara verilen isimlerden biri olan, "bimarhane" kavramının nasıl tanımlandığı, tarih içerisinde ne şekilde kullanıldığı ve yukarıda bahsedilen konular ile ilgili olarak kronolojik olarak incelemek ve bilgi vermektir. Çalışma derleme niteliğinde olduğu için etik kurul raporu gerektirmemektedir.

1. BİMARHANE, ŞİFAHANE, DARÜŞŞİFA VE HASTANE KAVRAMLAR

İnsanlığın var oluşundan itibaren bilimsel bilgiler, birikimini ve oluşumunu sürdürmeye devam etmiştir. Genel kanıdan farklı olarak insanlar ve eski kavimler insanlık için gerekli olan tıp bilgilerinin çoğunu zaten keşfetmişlerdi, ancak zaman zaman din olgusu, inançlar, sihir ve büyü gibi uygulamalar nedeniyle tıp bilgi düzeyinin gerilemesi de gündeme gelmiştir (Bolak, 1950: 8).

Anadolu’da ki sağlık hizmeti veren kurumların adları darüşşifa, bimarhane, hastane, maristan, bimaristan, dar-üs-sihha, darü't-tıb olarak verilse de genel olarak darüşşifa adı tercih edilmektedir (Cantay, 1992: 1,2). Dârüşşifâ kelimesi, şifa yurdu anlamını taşımaktadır (Devellioğlu, 1978: 201). Bugünkü anlamıyla kullanılmakta olan hastane kelimesi ilk defa Ahmet Vefik Paşa tarafından 1876 yılında yazılan Lehçe – i Osmani ile sözlüğe “hastane” olarak girmiş ve Farsça’dan Türkçe’ye aktarılmış kelime olarak bilinmektedir. İngilizce’de kullanılan hastane kelimesi hospites yani ziyaretçi kelimesiyle ilişkili bir kelimedir (Turner, 2011:186).

Evliya Çelebi’nin Seyahatnâmesi’nde hastaneden söz edilirken “dârüşşifâ”, “tîmârhâne”, “tîmâristân”, “bîmârhâne”, “bîmâristân” ve “mâristân” sözcüklerini kullanılmış olduğu görülmektedir. Michael W. Dols, “bîmârhâne” ve “bîmâristân” sözcüklerinin Farsça’da genel olarak hasta kişilerin tedavilerinin yapıldığı, bakımın yapıldığı yer anlamını taşıdığı belirtmektedir (Dols, 1992).

Betül Bakır ve İbrahim Başağaoğlu (2006), çalışmasında; “bîmâristân”, “bîmârhâne”, “şifâhâne” gibi sözcüklerin Ortaçağda “dârüşşifâ”yla aynı anlama geldiğini, fakat daha önceleri sadece akıl hastalarını tedavi eden yerler anlamında kullanıldığını ileri sürmektedirler. Üsküdar’daki Toptaşı Bimarhanesi üzerine araştırmaları olan Ayten Altıntaş (2012), bu bimarhanenin 19. yüzyılda sadece psikiyatri kliniği olarak hizmet verdiğini ifade etmektedir.

Gönül Cantay’ın (1992), Selçuklu ve Osmanlı döneminde inşa edilen hastanelerin mimari özelliklerini kıyasladığı çalışmasında, “bîmârhâne” kelimesinin “dârüşşifâ”yla aynı anlamda, yani hastane anlamı ile kullanılmış olduğunu, sadece deliler için ayrılmış bir yer olarak görülmesinin uygun olmayacağını ileri sürmektedir. Aksi durumda, İstanbul’daki bimarhane sayısının bu tarihlerde dokuza kadar çıktığını ve hepsini dolduracak kadar akıl hastası olmasının mümkün olmayacağını söylemiştir.

Yörükoğlu (1993), “Manisa Bimarhanesi” isimli çalışmasında “hastane” kelimesinin 1839 yılında Tanzimat Fermanı’nın ilanından sonra kullanılan yeni bir sözcük olduğunu belirtmektedir. Seyahatnâme’de bütün bu sözcüklerinde genel anlamıyla hastane anlamında kullanıldığı görülmektedir. Edirne Bimarhanesinde normal hastalarla, ruh ve sinir hastalarının tedavilerinin aynı yerde yapıldığı bildirilmektedir. Selçuklular döneminde de sağlık kurumları için farklı adların kullanıldığı bilinmektedir. Şifahane, maristan, bimaristan, darüssihha, darülafiye, darütııp, darülmerza, şifaiye, bimarhane, tımarhane olarak adlandırılan darüşşifalar (Cantay, 1992: 1-8) vakıf disiplini içinde eğitim, yiyecek, kalacak yer gibi hizmetleri sunan önde gelen sosyal yardım kuruluşları olarak hizmetlerini gerçekleştirmişlerdir.

1.1. İlk Hastaneler

“Ey Allah’ın kulları tedavi olunuz, Allah yarattığı her hastalık için bir şifa ve ilaç yaratmıştır” (Tirmizi, Tıb, 2) hadislerinde de desteklendiği üzere, İslam’ın büyü ve benzeri uygulamaları kınaması, Müslümanları bu arayışlardan uzaklaştırarak, tedavi ve ilaç aramaya yönlendirmiştir (Çetin, 2012: 63). İslam toplumuna ait ilk hastane, Akkavi’nin tespitine göre Emevilerin başkenti Dimaşk’ta bulunan ve Muaviye zamanında yaptırılmış olan el-Bimaristanü’s-Sağır’dır. İslam

dünyasındaki sayılı hekimlerinden biri olan Haris b. Kelede'nin de tıp okuduğu İran'da bulunan Cündişapur hastanesi ve tıp okuluna "bimarhane" denmesinin Araplar arasında bu terimin erken dönemlerden beri Arap toplumu içinde de benimsenmesine neden olduğu söylenmektedir. İlk İslami bimarhane, Hendek Savaşı döneminde seyyar bir savaş hastanesi şeklinde kurulmuş ve savaşta yaralanan kişilerin tedavi edildiği bu bimarhanelerden sonra tam teşekküllü ilk hastanenin 707'de Emevi Halifesi olan Velid b. Abdülmelik tarafından yaptırıldığı bilinmektedir. Bu hastaneye maaşla çalışan hekimler görevlendirilmiş, cüzzam ve akıl hastaları için tecrit ve tedavi odaları yaptırılmıştır. İslam ülkelerinde ilk olarak ruh ve fiziksel hastalıkların birlikte tedavi edildiği hastaneler bu dönemde gelişmiştir (Öztürk, 2007).

Halife Mütevekkil Alellah dönemi olan 847-861 yılları arasında Bağdat ile Vasıt arasındaki Deyrihizkil'de akıl hastaları için bimarhaneler kurulduğu belirtilmektedir. Buranın zamanının en iyi hastanelerinden biri olduğu, sadece akıl hastalarının tedavisine adanmış olduğu ve 1400'lü yıllarda İspanya ve İngiltere'de kurulan psikiyatri hastanelerine oranla daha gelişmiş olduğu belirtilmektedir. Bugün hala ayakta olan ve kendi adıyla anılan Ahmet b. Tolun'un 872 yılında Mısır'da kurduğu Bimarhane, 10. yüzyılda normal hastaların yanında, akıl hastalarının da tedavi gördüğünü kanıtlamaktadır. Bimarhane içinde hastaların hastaneye özgü kıyafetlerle yattığı, hekimler tarafından tedavi edildiği, kendilerine ilaç ve yemek getirildiği, teknik imkânların dışında hasta bakımı ve hizmetleri açısından günümüz modern hastanelerinin özelliklerini taşıdığı bilinmektedir (Emlak ansiklopedisi, 2013).

Bu konuda yapılan çalışmalardan bazıları incelendiğinde, Avrupa'daki hastanelerin tarihi süreci, üç döneme ayrılmaktadır. Birinci dönem, erken dönem olarak isimlendirilmiş ve bu hastanelerin temelini dinsel kuruluşların oluşturduğu bilinmektedir. İkinci dönem olarak vakıf hastaneleri döneminin olduğu ve bu dönemde ilk vakıf hastanesi Londra'da 1719 yılında kurulmuş ve 1913 yılında Ulusal Sağlık Sigortası yasası kapsamında kapatılmıştır. Son dönem hastaneleri ise modern bürokratik hastaneler dönemi olarak tanımlanmış ve 1913-1948 yılları arasını kapsadığı bildirilmektedir (Turner, 2011).

Bolak (1950) ise, bu konuda yaptığı çalışmalardan birinde, eski dönem hastanelerimiz, yeni dönemde hastanelerimiz, ortaçağda hastanelerimiz ve tanzimattan sonraki dönemdeki hastanelerimiz olmak üzere, Türk hastanecilik tarihini dörde ayırmış ve bu sınıflamaya günümüz modern hastane kavramını da ekleyerek beşe çıkarılabileceğini bildirmiştir.

1.2. Bimarhanelerin Genel Özellikleri

Bimarhaneler, İslam medeniyeti süresince şekillenmiş, Selçuklular ve Osmanlılar döneminde ise en ihtişamlı görünüme kavuşmuştur. "Anadolu'nun Şefkat Abideleri" (Kılıç, 2012) olarak adlandırılan bu kurumlar; yatarak tedavi edilen hastalarla birlikte, hafta içi iki gün süresince poliklinik hizmeti vermiş, pazartesi ve perşembe günleri ise ihtiyacı olan ve şehirden gelip geçen kişilere ücretsiz tedavi hizmeti sunmuştur (Altıntaş, 2012: 42). Bimarhaneler ayırım yapmaksızın müslüman olsun ya da olmasın; askerler, siviller, çocuklar, erkekler ve kadınlar olmak üzere herkese açık kurumlar şeklinde hizmet sunmuşlardır. Bimarhanelerde (Darüşşifalar), han ve kervansaraylarda geçerli olan konaklama süresinin en fazla üç gün olduğu bilinmektedir. Ancak hastalar veya kalacak yeri bulunmayan yabancıların istedikleri sürece kalabildikleri söylenmektedir (Shefer, 2003: 136).

Orta Çağ'da bir hayırseverlik örneği olan hastaneler, içinde yaşayan toplumun özelliklerinden etkilenmiştir. Modern çağın başlangıcında bir hapsedme ve kısıtlama yeri olarak görülmüştür (Turner, 2011: 195). Osmanlı döneminde külliye'nin bir parçası olarak inşa edilen şifahaneler, bu



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

özelliği ile hastanede yürütülen hizmetlerin kolaylaşmasını sağlarken, bununla birlikte hastaların toplumdan soyutlanmış hissetmelerini engellemiştir. Şifahanelerin yolculara ve yoksullara sağlık hizmeti sunması açısından mevcut hastane yapısından oldukça farklı bir toplumsal işlevi olduğu, her hastanenin bir vakıf tarafından desteklendiği ve ücretsiz hizmet sunduğu görülmektedir. Vakıf müessesesine, “Kişi ölünce üç şey dışında amel biter: Devam eden sadaka, yararlanılan ilim ve kendisine dua eden hayırlı evlat” (Müslim, Vasiyyet 14; Ebu Davud, Vasaya, 14; Nesai, Tirmidhi, Ahkâm 36; Nesai, Vasaya, 8) hadislerinde atıfta bulunulan devam eden bir hayır işi olarak görülmüştür. Bu sebeple insanlar mallarını vakfa bağışlamaktan çekinmezler, böylece vakıflar ve vakıflar tarafından tahsis edilen kuruluşların bir parçası olan hastaneler maddi sıkıntı yaşamazlardı. Selçuklu döneminde kurulan darüşşifalar külliye tarzında; cami, medrese, kervansaray, tabhane gibi bölümleri de barındıran tam bir sağlık sitesi olarak inşa edilmekteydi. Genel bir cephe mimarisi anlayışı görünümünde taş ve tuğladan yapılan binaların ısıtma sistemi bulunmaktadır. Bu binaların her biri sanat, mimari eser olarak kabul edilmiştir. Mimarisinde temel olarak eyvan ve avlu bulunmakta ya da kubbeli eyvanlı bir planlamayla yapılmıştır. Türkiye Selçuklu dönemi darüşşifaları da, bu medreselerde uygulanan plana sadık kalınarak inşa edilmiştir (Cantay, 1992:15).

Bimarhanelerin fiziki yapısı incelendiğinde, merkez binanın ortasında havuz ve üzeri büyük bir kubbe kaplı merkezi avlu bulunmaktadır. Avlu çevresinde altı tane kışlık, altısı ise yazlık olarak tasarlanmış hasta odaları yer almakta ve bu odalardan biri olan, giriş kapısının karşısındaki odanın, müzikle tedavi amaçla kullanılan oda olduğu anlaşılmaktadır. Binanın müzik tedavisi için eşsiz bir akustik özelliğe sahip olduğu ve on kişilik bir müzik grubunun haftanın üç günü müzik dinletisi gerçekleştirdiği ve seslerin binanın her yerinden yankılanmadan, net bir şekilde duyulabildiği belirtilmiştir. Selçuklular döneminde sağlık hizmeti veren بیمارhanelerin dışında sadece akıl hastalarının tedavisiyle uğraşan özel birimlerinde açıldığı görülmektedir. Bu özellikte ki kurumların en önde gelenleri, Afyon yakınlarında Karacaahmet Tekkesi, Burdur çevresinde olan Onacak'taki Melek Dede Türbesi ve hatta Erzurum'da bugünkü adıyla “Deli Baba” olarak bilinen ve köyde akıl hastalarını tedavi etmeye uğraşan tekkelerin var olduğu bilinmektedir. İspanya kralının elçisi olan Klavijo'nun günlüklerinde yer alan bazı yazılarda; Semerkant'a gidişi sırasında buralardan geçtiği ve dervişlerin buradaki hasta kişilere telkin ve uğraşı tedavisiyle şifa dağıttığı yazmaktadır (Emlak Ansiklopedisi, 2013).

İslam medeniyeti zamanında Osmanlılar ve Selçuklular tarafından yaptırılan بیمارhanelerin mimari yapılarının çok benzeştiği, ikisinde de eyvan, revak ve avlulu medreseler olduğu görülmektedir (Altıntaş, 2012: 44). Selçuklu dönemi بیمارhaneleri aynı dönemde inşa edilen diğer yapılarda olduğu gibi büyük, gösterişli ve sağlam yapılar, Osmanlı dönemindekiler ise mimarideki gelişmeler neticesinde daha ince hatlı ve işlevselliği yüksek yapı özelliği ile kendini göstermektedir (Kılıç, 2012: 66, 67). Osmanlı ve Selçuklu dönemindeki darüşşifaların en önemli farkı, Osmanlı darüşşifalarının daha teferruatlı bir sanat anlayışı ve yorumuyla yapılmış olmasındandır. Darüşşifalar daha çok bir bütün olarak inşa edilen ve külliye adı verilen medrese, cami ve hamam gibi yapıları içeren yerleşkelerde yer almaktadır. Bu darüşşifalara Mardin Eminuddin Maristan, Kayseri Gevher Nesibe Hastanesi, Sivas Hastanesi, Divriği Turan Melek Hastanesi ve Edirne Sultan II. Bayezid Hastanesi örnek olarak verilebilir. Türkiye Selçuklu Devletinin sağlık açısından güven duyulan bu sağlık kuruluşlarında; din, dil, ırk ayırımı gözetilmeksizin halka hizmet verilmiştir. Bununla birlikte hasta kişilere psikolojik tedavi yöntemleri de uygulanmış, tedavi için gerekli ilaçlar bu yerlerde yapılmış ve yapılan bu ilaçlar doktorların gözetimiyle belirli dozlarda hastalara verilmiştir. Tıp eğitiminin de verildiği bu yerlerde uygulamalı bir eğitim ve öğretim metodunun takip edildiği bilinmektedir (Ünver, 1940: 47-51).

2. SELÇUKLULAR VE OSMANLILAR'DA BİMARHANELER

Günümüze ulaşan İslam hastanelerinin çoğunun Osmanlılar dönemine ait olduğu görülmektedir. İmparatorluğun en parlak döneminde Mimar Sinan tarafından İstanbul'da yaptırılan ve günümüze iyi durumda gelen Haseki Hastanesi (1538-1550), Süleymaniye Külliyesi'ndeki hastane ve tıp medresesi (1550-1557), ve Atik Valide Hastanesi (1583-1587) ruh hastalıklarının tedavisinin yapıldığı ünlü Osmanlı hastanelerindedir. Osmanlı Devleti tarafından kurulan ilk hastane, Sultan Yıldırım Bayezid tarafından Bursa'da 1394-1399 yılında yaptırılan Yıldırım Külliyesi içinde yer almaktadır ve hastanede tıp eğitiminin verildiği de bilinmektedir. Osmanlı dönemindeki hastanelerin belirgin mimari özellikleri; medrese, cami, tabhane, imaret, çeşme, çarşı, kervansaray, hamam gibi benzer yapılardan oluşmuş ve külliyelerin içinde bir parça olarak yer almış olmalarıdır. Şehir içerisinde küçük bir şehir yapısında olan külliyelerin, halkın sağlık ihtiyaçları ve sosyokültürel gereksinimlerini karşılayan sosyal merkez niteliğinde olduğu bilinmektedir (Emlak ansiklopedisi, 2013).

Anadolu Selçuklu Devleti zamanında yaptırılan külliyelerin vakıf gelirleri ile yürütülmesi geleneği Osmanlı döneminde de sürdürülmüştür (Bakır ve Başağaoğlu 2006: 65). Vakfiyeler, devlet desteği olmaksızın masraflarını kendi kendilerine karşılamışlardır. Vakfiyelere bağlı kuruluşlar olan hastanelerdeki bütün ihtiyaçların karşılanması mütevellinin sorumluluğunda yer almaktaydı: “Bu darüşşifalara, vakıf gelirleri oranında günlük ilaç ve mutfak masrafı tahsis edilmiştir” (Cantay 1992: 5,6). Osmanlılarda da emsal uygulamaların sürdürüldüğü bilinmektedir. Selçuklular ve Osmanlılar döneminde inşa edilen önemli bimarhanelerden bazıları şunlardır:

2.1 Kayseri Gevher Nesibe Tıp Medresesi ve Maristanı (1206)

Anadolu Selçuklu döneminin ilk sağlık hizmeti veren kuruluşu olarak bilinen bu yer; veremden ölen Gevher Nesibe Sultan'ın vasiyeti doğrultusunda kardeşi Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından hastane ve tıp okulu olarak yaptırılmıştır (Ünver, 1940; Bayat 2003). Bu özelliği ile Selçukluların ilk tıp medresesi olma özelliğini taşımaktadır. Hastanede akıl hastaları için on sekiz odalı bimarhanenin bulunduğu bilinmektedir. Mimari özelliği ile müzikle tedavi yapılmasına uygun yapıda olduğunu düşündürmektedir. Bugün bu bina Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Müzesi olarak hizmet vermeye devam etmektedir (Tekiner, 2006).

2.2 Divriği Ulu Camii ve Darüşşifası (Turan Melik Darüşşifası) (1228-9)

Darüşşifa kısmı 1228 yılında, Erzincan Beyi Fahrettin Behram Şah'ın kızı Turan Melik Sultan tarafından yaptırılmıştır (Ünver, 1940; Bayat 2003). Anadolu'da müzikle tedavinin uygulandığı merkezlerden biri olan darüşşifa, 1985 yılında UNESCO'nun “Dünya Kültür Mirası” listesinde ilk 3 içine girmiştir (Çoban, 2005).

2.3. Amasya Darüşşifası (1308)

Gerekli olan hekim ihtiyacını karşılamak amacıyla, İlhanlı Hükümdarı Olcayto Mehmed döneminde açılmıştır. Prenses Yıldız Hatun'un isteği üzerine Anber Bin Abdullah tarafından inşa edilen darüşşifada hekim yetiştirilmiştir (Ünver, 1940; Bayat 2003). Dünya'da ruh hastalıklarının tedavisinde müziğin ve su sesinin kullanıldığı ilk yer olma özelliği açısından önem arz etmektedir. Müzik sesi titreşimlerinin doğrudan beyin dokularını etkilediği düşüncesi, akıl hastaları üzerinde müzikle tedavinin uygulanmasının önünü açmıştır. Tanzimat dönemiyle birlikte önemini yitirmiş ve 1939 yılındaki depremde ciddi hasar görmüştür. 1945 de dış cephesi onarılmış, sonrasında Belediye Konservatuarına devredilmiştir (Çoban, 2005; Erkan, 1982).

2.4. Fatih Darüşşifası (1470)

İstanbul'da 1470 yılında kurulan Fatih Külliyesi'ne eklenen 70 odalı, 200 yataklı Fatih Bimarhanesinin (Bîmârthane-i Ebûl-Feth) akıl hastaları için yaptırıldığı ve bu hastanenin, döneminde Avrupa'nın en büyük hastanesi olduğu bilinmektedir. İstanbul Tıp Fakültesi'nin ilk adımı sayılan bu darüşşifada hastalara uygun ilaçlar verilip, müzik konserleri gibi psikolojik tedavi hizmetlerinin 1824 yılına kadar verildiği kayıtlarda yer almakta, bugün sadece bir duvar parçasının ayakta kaldığı bilinmektedir (Akdeniz, 1977; Erkan, 1982).

2.5. Edirne II. Bayezid Darüşşifası (1488)

II. Bayezid'in isteği ile mimar Hayreddin tarafından yapılan külliyenin bir parçasıdır. Darüşşifa'da akıl hastalarına müzikle tedavi uygulanmış ve hastaların tedavileri için ihtiyaç olan bütün imkânlar sağlanmıştır (Ünver, 1940; Çalışır, 1971). Darüşşifa, akustik yapısıyla birlikte, fiziki yapı özelliği bakımından ve müzikle tedavi yöntemine uygun inşa özelliği ile Türk psikiyatrisinde ve medeniyetinde benzersiz olarak görülmektedir (Şevki, 1991). Hastanenin merkezi yapısı altı köşeli özellikte ve hemen yanında bulunan kocaman avlunun etrafında altı oda, orta bölümde kubbeli büyük bir oda ve 12 adet küçük odası olan hastanenin 16.yy ortasından, 1912' ye kadar olan sürede akıl hastalarını tedavi eden bölümün varlığı söylenmektedir. Selçuklu ve Osmanlılar 'da ki diğer hastane yapısından bu darüşşifanın farkı, mimari ağırlığının camiye değil de, yanındaki hastane ve tıp eğitimine ayrılmış medreseye verilmesidir (Terzioğlu, 1997).

Evliya Çelebi bu konuda; binanın merkezinde bulunan alanda, hafta da üç gün 10 kişilik bir müzisyen ekibi ile (şarkı söyleyen 3 kişi ve çalgı aleti çalan 7 kişi; keman, santur, musikar, ud, ney, vb.) hastalar için konser verildiğini bildirmektedir. Ayrıca buralarda müzikle ve ilaçla tedavinin yanı sıra, çiçek ve bitki kokularıyla da (sümbül, reyhan, lale, karanfil, şebboy vb.) tedavi yöntemlerinin kullanıldığını ifade etmektedir (Çoban, 2006; Şevki, 1991).

Avrupalıların akıl hastalarını farklı inançlar ile yaktığı bu dönemde Edirne'de bulunan II. Bayezid Darüşşifasında müzikle tedavi yapılmakta, hastaların tecridi planlanmaktaydı. Beraberinde bu dönemde ilk kez yetersiz çalışan sayısı ile yüksek verim elde etmeyi hedefleyen merkezi sistem kullanmış ve 18.yy ve 19. yy dönemindeki hastane sistemine önderlik edecek havalandırma sistemi açısından bir ilke imza atmış ender yapı niteliğini taşımaktadır (Terzioğlu, 1997).

Evliya Çelebi, Edirne'deki II. Bayezid Külliyesinde bulunan, darüşşifa hekimleri ve burada yetişen tıp öğrencileri için de övgü dolu sözler etmektedir. Burada ki medresede çok bilgili ve yetenekli tıp öğrencileri yetiştiğini vurgulayarak, hekim ve yetiştirilen öğrencilerin Platon (Eflatun-ı İlâhî), Aristoteles (Ristatalis), Hipokrat (Bukrat), Sokrates, Pisagor (Fisagores) ve Galenos (Calinus)'e benzer kalitedeki bilim adamı ve düşünörlere yakın başarıda olduğunu söylemektedir. 866'da Edirne'de yeni bir hastanenin açılmasıyla birlikte yalnızca ruh hastalarına hizmet veren Darüşşifa, Balkan Savaşının arkasından tamamen boşaltılmıştır. Sonrasında Trakya Üniversitesi tarafından onarılmış ve günümüzde Tıp Tarihi Müzesi olarak kullanılmaktadır (Bayat, 2003).

2.6. Süleymaniye Darüşşifası (1557)

1550-1557 yılları arasında Kanuni Sultan Süleyman tarafından Mimar Sinan'a yaptırılan külliyenin en önemli parçasını hastane oluşturmaktadır. Hamamı, hasta odaları olan ve bodrum katta da akıl hastalarının tedavisi için ayrılmış bir bölümün olduğu önemli bir yapı olarak görülmektedir (Ünver, 1940; Bayat 2003). 1843'ten sonra hastane sadece akıl hastalarına hizmet etmiştir. Cumhuriyet dönemi sonrasında ise medresenin büyük bir bölümüne Süleymaniye Kadın Doğumevi inşa edilmiştir (Çoban, 2005).

2.7. Mardin Şeyh Eminüddin Bimarhanesi

Bu dönemdeki diğer bir bimarhane olan Şeyh Eminüddin Bimarhanesinin 18. yüzyılda; Şeyh Eminüddin Mescidi, Bimaristan Mescidi, Tımarhane Mescidi, Şeyh Eminüddin Tımarhanesi Camii, Eminüddin Zaviyesi gibi farklı farklı isimlerle anıldığı bilinmektedir. Kayıtlarda vakıf görevlilerinin beratlarının tecdidine veya vefatları nedeniyle yerlerinin başkalarına tevcihine dair bilgiler de yer almaktadır. Burada çalışan; mütevellî, cabî, ferrâş, nâzır, müezzin, cüzhân ve bevâb olarak görev yapan kişilerin kayıtlarının olduğu bilinmektedir. Kayıtlardaki para karşılığı, günlük bir akçe ile çalışan bimarhanececi olarak adlandırılan bu kişinin hekim dışı bir sağlık personeli olabileceği iddia edilmektedir (Yılmaz, 2014).

2.8. Toptaşı Bimarhanesi (1582)

Toptaşı Bimarhanesi, Üsküdar'da Atik Valide Külliyesinde bulunur ve III. Murad'ın annesi Nurbânu Sultan tarafından 1582 tarihinde yaptırılmıştır. 1873 yılında Süleymaniye Darüşşifasında çıkan salgın hastalık nedeniyle akıl hastalarının farklı bir yere sevk edilmesi zorunluluğu çıkınca en uygun yerin Toptaşı olduğuna karar verilmiş ve aynı yıl içinde hastaların hepsi buraya taşınmıştır (Erkoç-Yazıcı 2006: 109; Yıldırım, 1994; Sarı 1992: 169-177). Osmanlı İmparatorluğunun baş şehrinde Toptaşı Bimarhanesi dışında 19. yüzyıl başlarında hizmet veren diğer akıl hastaneleri; Haseki, Süleymaniye ve Sultanahmet Dârüşşifalarıdır. Ayrıca 1837'de kurulan Balıklı Rum Hastanesi, 1874'de kurulan Ermeni Hastanesi gibi azınlık hastanelerinde de az sayıda akıl hastalarının bulunduğu belirtilmektedir (Koptagel-İlal, 1981). Akıl hastalarının İstanbul'da kabul edildiği diğer bir yer de Şişli Lape-Hastanesi'dir (Erkoç ve Yazıcı, 2006). Bunlara rağmen Toptaşı Bimarhanesi 1924 yılına kadar İstanbul'da, Osmanlı'daki akıl hastalarının tecrit ve tedavilerinin yapıldığı temel kurum olma özelliğini korumuştur. Cumhuriyet Dönemi Türkiye'sinde, Bakırköy'de bulunan Reşadiye kışlalari binasının akıl hastanesi yapılması için Mazhar Osman'a verilmesiyle, Türkiye'nin en büyük akıl hastanesi niteliğini bugüne kadar korumuş olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kurulmuştur (Koptagel-İlal, 1981).

Bimarhaneler Türkiye'de akıl hastalıkları yönetiminde; Birinci Meşrutiyet öncesi (1876) ve İkinci Meşrutiyet sonrası (1908) olmak üzere iki dönem şeklinde dikkate değer görülmektedir (Koptagel-İlal, 1997). Her iki dönemin odağındaki kurumun da Toptaşı Bimarhanesi olduğu söylenmektedir (Artvinli, 2013). 1870'lere kadar İstanbul'da ki ruh hastaları, Süleymaniye Bimarhanesinde 'zabt ve tedavi' edilirken, burada yaşanan salgın hastalıklar nedeniyle hastaların Üsküdar'da Toptaşı Bimarhanesine taşınmaları zorunluluk haline gelmiştir. İkinci Meşrutiyet döneminde en çok eleştiri alan kurumların başında yine Toptaşı Bimarhanesi gelmiş ve dönemin önemli gelişmelerinden biri olan, ilk Bimarhaneler Nizamnamesi 1876'da yayımlanmıştır. Bu süreçte akıl hastalarının bakım ve yaşam koşullarına ilişkin iyileştirmeler yapılarak, var olan yasa ve kilit kadroda çalışan kişilerde değişiklikler yapılmıştır (Artvinli, 2012).

Osmanlıda hastanelere gösterilen özenli yaklaşım, buralarda çalışan hekimlerin seçiminde de geçerliydi. Hekimlerin yeteneklerini iyi kullanan, yaptığı tedavi ve ameliyatlarda başarılı, saygın kişiler olmasına çok önem verilmekteydi. Hastaya yaklaşımı sırasında uygun teknikleri kullanan, iletişimi iyi, tecrübe sahibi, hasta ihtiyacına göre hastayı ziyaret edebilecek duyarlılıkta özellikleri var olan kişilerden olmasının önemi vurgulanmaktadır (Şehsuvaroğlu ve ark., 1984; Pay, 2005).

3.BİMARHANELERDE AKIL HASTALARININ TEDAVİSİ

Osmanlı Devleti zamanında akıl ve ruh sağlığı sorunu olan hastalar ve tedavi yöntemleri literatürde en çok önemsenen konular arasında yer almıştır. Tıp tarihçileri tarafından Avrupa uygulamalarıyla kıyaslama yapıldığında; Türk ve İslam toplumlarında "deli" diye adlandırılan hastaların hem toplumdaki konumları hem de tedavileri açısından çok iyi durumda olduklarını ortaya koymaktadır. Sadece akıl hastalarına özgü hastanelerin inşa edildiği ve bu hastaların tedavilerine özen gösterildiği bilinen bir gerçektir. Evliya Çelebi de imparatorluk topraklarında yaptığı yolculukta bu yaklaşımın örneklerini vermiştir. Evliya Çelebi'nin Seyahatnamesinde akıl hastalıkları konusunda Edirne, Şam ve Mısır'da bulunan üç bimarhane ön plana çıkmaktadır. Edirne'deki Sultan Bayezid Bimarhanesi, bu konuda en dikkat çeken olarak görülmektedir (Yiğitbaş, 1972).

Orta Çağ'da Batılılar akıl hastalarını hasta olarak nitelendirmez ve batıl inançlarla işkence ederken, Türklerde ise bu kişilerin hastalıkları ve tedavileri üzerinde ciddiyetle durulmuştur. Akıl hastalıklarının tedavisini düzenli ve bilinçli olarak müzikle uygulayan ve tedavisine öncülük eden Türkler olmuştur (Grebene, 1978; Erkan, 1982). Türklerin müziği terapi yöntemi olarak kullandığı dönemler, İslamiyet öncesinde ve sonrasında da devam etmiştir. Fakat tam anlamıyla müzik kullanılarak bilimsel olarak terapinin kullanılmasının Selçuklu ve Osmanlı döneminde olduğu söylenmektedir. Bu dönemlerde müzik tedavisinin uygulanmasına imkân veren, akustik yapısı planlanmış darüşşifaların yapıldığı görülmektedir (Akdeniz, 1977; Atıcı ve Erer, 2010). 19. yy' da; Gevrekzade Hafız Hasan bin Ahmet, "Emraz-ı Ruhaniye-i Negamat-ı Musikiye ile Sahne" adlı eserinde Türkler'de akıl hastalıklarının müzikle tedavi edildiğini ve olumlu sonuçların alındığını, özellikle durgun, kırgın ve kayıtsız, hayata küskün hastalarda daha yüksek etki gösterdiğini söylemiştir (Grebene, 1978).

Tarihsel bilgilerde, altı bin yıl öncesinde Türk müziğinin tarihinden söz edilse de, Türklerin müzik terapi ilkelerini Araplardan ve Acemlerden aldığı bilinmektedir. Dönemin bilginlerinden olan; Hoca Nasır Musa, Abdülmümin Safi, Safiddin Barid, Keyhüsrev vb. Arap alimleri ve Farabi, Tıbbi Shuuri, musikiden anlamayan bir hekimin tıp âlimi olamayacağı ve mesleğinde maharetli olamayacağı için teşhis koyamayacağını söylemiş ve müziğin ruh sağlığındaki pozitif tesirlerinden bahsetmişlerdir. İbn Sina "Kitabü's Şifa" adlı eserinde; hasta tedavisinde müziğin önemine vurgu yapmıştır. Bununla birlikte hasta kişinin akıl ve ruh sağlığını güçlendirmenin, kişiyi cesaretlendirmenin, çevresini düzenlemenin ve sevdiği insanlar ile bir araya getirilmesinin ve müzik terapisi yapmanın çok etkili olacağını söylemiştir. Hekim ve deneyimli bilim adamları, insan nabzının müziğin hareket tarzı ve yöntemi ile ilgili olduğunu, nabız hareketlerinin bir makam ve ezgiye denk olduğunu düşüncesini taşıyorlardı. Müzik terapisi; nabız hızının düşmesi, yükselmesi ve genişlemesi gibi durumların her birine farklı bir makamın uygulanmasıyla başlamıştır (Şevki, 1991).

Evliya Çelebi, bimarhaneleri anlatırken üç konuya dikkat çekmektedir. Bunlar; bimarhanelerin hasta tedavisine uygun şekilde yapılmış mimari yapısı, hastaların durumu ve akıl hastalarının tedavi yöntemleridir. Bimarhane'de var olan; havuz, odalar, yataklar, bahçe ve hastalar için her şeyin düşünüldüğü bir yapılanmayı tarif ederken, "deli birader" diye nitelendirdiği hastaların durumunu bir fotoğraf karesi gibi tasvir etmektedir. Hastaların bazılarının aslan gibi kükrediğini, bazılarının ise kendi kendine konuştuklarını söylemektedir. Saldırgan olanlar; altın ve gümüş zincirlerle bağlanırken, daha sakin olanlar ise şadırvan çevresinde veya bahçede dolaşmaktadırlar. Yazar ilkbaharda akıl sağlığı bozulan hasta sayısının arttığını ve takip edilen hastaların da şikayetlerinin şiddetlenmesiyle çalışanların görevlerinin arttığını ve aynı zamanda bu bölümde çalışanların akıl hastalarına yaklaşımını tanımlamaktadır. İlkbaharda hastalar zincirleri kırdığında,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

şehir halkının ve dilberlerin bir eğlenceye gidermiş gibi bimarhaneye gelerek, hastaları izlediğini söylemektedir. Bu dilberlerin güzelliğini anlatırken kendi kedine hayıflanarak deli olmak isteğini belirtirken, diğer taraftan da akıl hastalarını tanımlamaktadır; “gözünün akı karasına ve gözyaşı sümüşüne, tükürüğü balgamına ve balgamı salyasına karışmış” bir akıl hastası portresi çizmektedir. Bimarhane’de normal bir hastane hizmetinin yanında, akıl hastalarının tedavisinde kullanılan havuz (su sesi), bahçe ve müzik tedavisi hizmetlerinin de yapıldığını anlatmaktadır (Yiğitbaş, 1972).

Evliya Çelebi Şam’da üç bimarhanenin olduğunu ve burada mecnunların eksik olmadığından bahsetmektedir. Şam’da esmaullahın ezkar ve efkarından dolayı çok kişinin silsile keş olup, tımarhaneye alındığından ve hekimler tarafından bu kişilerin ruh kuvvetini artırmak için macunlar verildiğini belirtmektedir. Evliya Çelebi’nin “deli büraderler” dediği akli dengesi bozuk olanlarla, “tahsil-i mîzâca karib” dediği, yani iyileşme belirtisi gösterenlere, efkarlarının azalması için günde üç kez işin ehli olan hanende ve sazandelerin icra ettiği fasılların dinletildiği, müzikle terapi seanslarında akli dengesi bozuk olanlardan bazılarının bu müzik terapisinden olumlu etkilenerek sakinleştiklerini, bazılarının ise kontrol edilemediğinden bahsetmektedir (Ertaş ve Eğnim, 2011).

Eskiden Mısır’da yüz kırk dar-ı meczub ve darüşşifa bulunduğunu ifade eden Evliya Çelebi Sultan Kalavan Darüşşifası’nda ise kadınlara mahsus bir “nisvan bimarhanesi” bulunduğunu belirtmektedir. Kalavan Bimarhanesini daha kapsamlı ve hayranlıkla betimlerken, en çok vurgu yaptığı konulardan biri de darüşşifada bulunan su ve havuzların varlığıdır. Sebillerden akan suların bir havuz içinde toplandığı ve iyileşme belirtileri olan hastaların bu alanda dinlendiklerini, hastalardan bir kısmının karanlık bodrumlarda, bazılarının havuz ve şadırvanı bulunan havadar, hücre tipi odalarda vahşi hayvan gibi zincirlere bağlandıklarından söz etmektedir. Evliya Çelebi, Mısır’ın havasının kötü olması nedeniyle burada akıl sağlığı bozulan kişilerin çokluğundan bahsetmektedir. Hasta kişilerin bimarhanelere yerleştirilmesinde paşadan izin alınması gerektiğini, hastalık durumlarına göre kişilere yiyecek, macun ve ilaç verildiğini söylemektedir (Ertaş ve Eğnim, 2011). Abbas Vesim, ilaçlarla tedavisi yapılamayan hastalıkların müzikle tedavi edilmesi gerektiğine vurgu yapmış, tedavi yönteminin belirli aralıklarla tekrarlanmasının tedavi üzerinde daha da olumlu etkiler yaratacağını söylemiştir. Aynı zamanda; soğuk havalarda sıcak ezgiler, sıcak havlarda ise soğuk ezgilerin kullanılmasının önemli olduğunu söylemektedir (Akdeniz, 1977).

Türkiye’deki ruh sağlığı alanında olan ilk nizamname, Bimarhane Nizamnamesi 1870’den önce hazırlanmış olmasına rağmen, Süleymaniye Bimarhanesinde ki büyük kolera salgınından kurtulan hastaların Toptaşı Bimarhanesine nakledilmesinden sonra ancak 1876 yılında çıkarılabilmektedir. Yine bu dönemlerde Toptaşı Atik Valide Hastanesine birkaç koğuş eklenmesine rağmen yönetimdeki kargaşa önlenememiş ve akıl hastaları ile bimarhanenin diğer sakinleri ayırt edilememiştir. Bu olaylardan yaklaşık kırk yıl sonra 1913’te Toptaşı Bimarhanesi ve Mecanin Müşahede hanesi Nizamnamesi yayımlanmıştır (Artvinli ve Etker, 2013).

Daha önceki ve sonraki dönemlere bakıldığında 14 Aralık 1913 tarihinde çıkan, Bimarhane Nizamnamesi’nin bu alanda hazırlanan en detaylı yönetmelik olduğu görülmektedir. Personellerin bireysel görev tanımlarını ve birbirleriyle kurumsal ilişkilerini 50 maddede toplayan yönetmelik, detaylı olarak hazırlanmış ve konuyla ilgili ileride ki düzenlemelere temeli olarak nitelendirilmiştir. Toptaşı Bimarhanesinin Bakırköy’e taşınmasından sonraki dönemde 29 Kasım 1929 tarihinde çıkarılan Akliye ve Asabiye Hastaneleri Dahili Talimatnamesinde de; sağlık ve idari hizmet sınıfları, personel tanımları ve görevleri bakımından benzer düzenlemeler yer almıştır. Bunun



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

ardından İstanbul Şişli Lape (La Paix) Hastanesi için kısa bir talimat (Akliye ve Asabiye Hastaneleri Dahili Talimatnamesi- 1928) çıkarılmıştır (Artvinli,2017).

On dokuzuncu yüzyılda ruh sağlığı biliminin gelişmesiyle 20.yy da ilaç tedavisine ek olarak psikoterapi yöntemlerinin gelişmiştir. Bununla birlikte insana biyo-psikososyal yönden tam bir bütün olarak bakma ihtiyacını ve bütünleştirici bir tedavi yaklaşımını beraberinde getirmiştir. Psikiyatri bilimi yeni arayışlara yönelmiş ve müzikle tedaviyi yöntemini tekrar gündeme getirmiş ve öncelikle II. İkinci Dünya Savaşı sırasında yaralı askerlerin kaldığı hastanelerde müziğin kullanılmasıyla müzik terapisi bir uzmanlık alanı olarak görülmüştür. 1960'lı senelerde bir taraftan konuyla ilgili eğitilmiş insanlar yetiştirilmiş ve aynı zamanda da bilim dünyasında müzik terapisinin, yardımcı bir seçenek tedavisi mi veya rehabilitasyonda kullanılacak bir tedavi şekli mi olduğunun tartışmaları devam etmiştir. 1980 yılında Amerikan Müzik Terapi Derneği, müzik terapiyi; "Zihinsel ve fiziksel sağlığın kazanılması, devam ettirilmesi ve restorasyonu için terapötik hedeflere ulaşmak için müziğin uzmanlar tarafından sistematik kullanımı" olarak tanımlamıştır. Son olarak da 1997 yılında müzik terapi şu şekilde tanımlanmıştır; "Bireylerin psiko-sosyal, fiziki ve ihtiyaç duyduğu gereksinimleri karşılamak için müziği ve müzikle ilgili aktiviteleri kullanan bir uzmanlıktır". Müzikle terapinin tıbbi uygun bilimsel bir tedavi şekli olduğu kabul görmüştür (Çoban, 2005).

SONUÇ

Bimarhaneler İslam medeniyeti ile şekillenmiş, Selçuklu ve Osmanlılar zamanında en ihtişamlı görünümlerine kavuşmuştur. İslam tarihinde ilk bimarhanenin Hendek savaşında açıldığı ve Arap toplumu tarafından da benimsendiği bilinmektedir. Bimarhane kavramı önceleri genel bir hastaneyi tanımlasa da daha sonraları halk dilinde tımarhane şeklinde telaffuz edilmesiyle delilerin kapandığı, tedavi edildiği yer anlamında kullanılmıştır. Selçuklular döneminde yapılan bimarhanelerin genel özellikleri Osmanlılar zamanında da sürdürülmüştür. Osmanlılar zamanında yapılan bimarhanelerin sayılarının daha da çok arttığı bilinmektedir. Bimarhanelerin normal hastalar dışında yoksul ve yolcu kişilere de sağlık hizmeti vermiştir. Bütün bimarhaneler bir vakıf tarafından desteklenmiş ve verilen hizmetler ücretsiz olarak verilmesi şekliyle, bugün var olan hastanelerin yapısına benzemediği görülmektedir. Bimarhanelerin külliyelerin bir parçası şeklinde inşa edilmiş olması şifahane çalışanlarının hizmetlerini kolaylaştırmış ve bununla birlikte kendilerini toplumdan tecrit edilmiş hissetmesini de engellemiştir.

Bimarhane kelimesinin "tımarhane" yani akıl hastalarının tedavi edildiği yer şeklinde ki kullanımı daha çok 17. yy ve sonrasında yaygınlaşmıştır. Külliyein içinde akıl hastaları için ayrılmış odaların bulunduğu ve yatarak tedavi edildikleri, bu hastaların tedavisinde ilaçların yanı sıra; su sesi, özel kokular ve müzik tedavisinin ağırlıklı olarak kullanıldığı görülmektedir. Bütün hastalar ve akıl hastaları için, beslenmenin de çok önemli olduğu ve dengeli beslenme konusuna özen gösterildiği konusu da vurgulanmaktadır. Bimarhanelerin mimari yapısı ve tedavi şekillerini şüphesiz en güzel tasvir eden Evliya Çelebi: haftanın üç günü on müzisyenle; keman, santur, musikar, ud, ney benzeri enstrümanlar çalan müzik ekibi tarafından hastalara konser verildiğini belirterek, fiskiyeli havuzlar ve beraberinde güzel çiçek kokularıyla da tedavi yapıldığını söyleyerek bimarhanelerde ki tedavinin temelini özetlemiştir.

Batı dünyasında akıl hastalarının hasta olarak görülmediği ve işkence yapıldığı dönemlerde Osmanlı bimarhanelerindeki tedavi modellerinin günümüzde uygulanan tedavi şekillerinin de temelini öncülük ettiği görülmektedir. Bu bilgilerden de anlaşılacağı üzere akıl hastalarının



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

tedavisini bir düzen ve prensip dahilinde müziği kullanarak ilk olarak Türk toplumunun yaptığı anlaşılmaktadır.

Selçuklu ve Osmanlılar döneminde hizmet veren bimarhaneler tarih içerisinde olumlu eleştiriler yanında dönem dönem olumsuz eleştirilerle de karşı karşıya kalmıştır. Özellikle Süleymaniye Darüşşifasındaki salgın hastalık sebebiyle akıl hastalarının Toptaşı Bimarhanesine taşınması ve daha sonraki süreçte burada yaşananlar eleştiri konusu olmuştur. Toptaşı Bimarhanesine hasta kabulü sırasında yaşanan zorluklar, hastaların sayısının çok olması, fiziki koşulları ve hastaların kötü koşullarda tedavi edilmesi eleştirilerin temelinde yer almıştır. Dolayısıyla bimarhanelerin yönetilmesi ile ilgili sıkıntılar olduğu düşünülmüş ve bazı yasal düzenlemeler yapılması gerekliliği doğmuştur.

Bimarhaneler tarih içerisinde bugün hala kullanılan tedavi yöntemlerinin temelini oluşturan mekânlar olarak hizmet vermiştir. Selçuklular ve Osmanlılar döneminde müzikle terapi yöntemine uygun şekilde inşa edilen hastaneler, sadece ruh hastaları özgü kullanılmakta olan müzik terapi yöntemi, dünya psikiyatrisinin ve hastane yönetiminin gelişmesinde de öncü rol oynamıştır.

Araştırmacıların Katkı Oranı

Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı

Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Akdeniz, N. (1977). Osmanlılarda Hekim ve Deontolojisi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Altıntaş, A. (2012) "Anadolu Selçukluları ve Osmanlılar'da Tıp ve Darüşşifalar", Anadolu ve Osmanlı Şefkat Abideleri Şifahaneler (ed. Abdullah Kılıç), Diasan Basım.
- Artvinli, F. (2012). 'Toptaşı Bimarhanesi sertabibi Dr. Avram De Castro: bir biyo-bibliyografi,' Osmanlı Bilimi Araştırmaları, c. 13, sayı 2, s. 85-97.
- Artvinli, F. (2013). Delilik, Siyaset ve Toplum: Toptaşı Bimarhanesi (1873-1927), İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi yay.
- Artvinli, F. (2017). "'Mecnuna ne urulur, ne sövülür!": Mazhar Osman ve yönetilemeyen bimarhaneler". Osmanlı Bilimi Araştırmaları 19, s: 13-42
- Artvinli, F., Etker, Ş.(2013). Bimarhaneler ve Mecanin Yönetimi: İki Taslak ve Süregelen Tartışma Osmanlı Bilimi Araştırmaları, XIV/2 (2013): 1-40
- Bakır, B., Başağaoğlu, İ., (2006). "How Medical cal Functions Shaped Architecture in Anatolian Seljuk Darüşşifas (Hospitals) and Especially in the Divriği Turan Malik Darüşşifa".JISHIM (2006): 65-82.
- Bayat, A.H. (2003). Tıp Tarihi. Ankara: Üçer Matbaacılık Ltd. Şti.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Bolak, O. (1950) Hastanelerimiz: Eski Zamanlardan Bugüne Kadar Yapılan Hastanelerimizin Tarihi ve Mimari Etüdü, İstanbul Matbaacılık.
- Cantay, G. (1992). Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Darüşşifaları, Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Atatürk Kültür Merkezi Yayını, 61, Ankara.
- Çalışır, F. (1971). Müziğin Düşüncedeki Yeri, Ankara: İş Matbaacılık ve Ticaret.
- Çetin, O. (2012) Şifahanelerin Manevi Temelleri, Anadolu ve Osmanlı Şefkat Abideleri Şifahaneler (ed. Abdullah Kılıç), Diasan Basım:62-64.
- Çoban, A. (2005). Müzikterapi. Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Devellioğlu, F. (1978) Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lugat,3. Baskı, Doğuş Matbaası.
- Develioğlu, F. (2006). Osmanlıca Türkçe Ansiklopedik Lugat, Ankara: Aydın Kitabevi, s. 581.
- Dols, Michael W. (1992). Majnûn: The Madman in Medieval Islamic Society. Ed. Diana E. Immisch.Oxford: Clarendon Press.
- Erer, S., Elif, A. (2010). Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi Yapılan Hastaneler.Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 36 (1) 29-32.
- Erkan, M., Şahin, S. (1982). Türklerde Müzikle Ruh ve Sinir Hastalıklarının Tedavisi.
- Erkoç, Ş.ve Yazıcı, O. (2006). Mazhar Osman ve Dönemi mecnunları,mekanları, dostları. 3. İstanbul: Argos İletişim Hizmetleri.
- Ertaş, M. Y., Eğnim, K. (2011). Evliya Çelebi Seyahatnamesinde Hastalıklar. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , (10) , 83-108.Grebene B, (1978). (ed). Müzikle Tedavi. Ankara: Güven Kitabevi.
- Kılıç, A. (2012) Şifahanelerde Mimari Yapı, Anadolu ve Osmanlı Şefkat Abideleri Şifahaneler (ed. Abdullah Kılıç), Diasan Basım:65-69. O'NEILL J., 1986, The Disciplinary Society: From Weber to Foucault, The British Journal of Sociology, Vol. 37, No. 1, , 42-60.
- Koptagel-İlal, G. (1981). "Son 100 Yılda Türkiye'de Genel Çizgileriyle Psikiyatri ve Psikosomatik Hekimliğin Gelişimi". Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi XII (Temmuz). 355- 372.
- Koptagel-İlal, G. (1997). 'Sosyo-politik devinimler karşısında psikiyatri,' Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları, sayı 6, ,s. 47-62.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Mevlânâ Celaleddin Rumî (1999), Mektuplar, Çev: Abdülbaki Gölpınarlı, İnkılâp Kitabevi, İstanbul.

Öztürk, L. (2007).İslam Dünyasında Hastaneler, İz yayıncılık.

Pakalın, M. Z. (1993). Osmanlı Tarih Deyimleri ve Terimleri Sözlüğü I, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, İstanbul.

Pay, S. (2005). “Osmanlı Toplumuna Etkileri Bakımından Kuruluş Dönemi Osmanlı Külliyesi”, Osman Gazi ve Bursa Sempozyumu “Payitaht Bursa’nın Kültürel ve Ekonomik İlişkileri” Bildiri Kitabı (4-5 Nisan 2005, Bursa), Bursa, Özener Matbaası, s. 237-244

Sarı, N. (1992). “Toptaşı Nûrbânû Valide Sultan Darüşşifası”. I. Türk Tıp Tarihi Kongresi-Bildiriler. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yay. 169-176.

Songur, H. Saygın, T. (2014), Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(19): 199-212.

Şehsuvaroğlu B.N., Erdemir AD, Güreşsever GC. (1984). Türk Tıp Tarihi. Bursa. Taş Kitapçılık.

Şevki, O. (1991). (Sadeleştiren Uzel İ, (ed)). Beşbuçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi. Ankara: Kültür Bakanlığı.

Shefer, M. (2003.) “Charity and Hospitality”, Poverty and Charity in Middle Eastern Context (Ed. Michael Bonner, Mine Ener, Amy Singer) State University of New York Press, Albany.

Tekiner, H. (2006). (ed). Gevher Nesibe Darüşşifası Ortaçağda Öncü Bir Tıp Kurumu. Ankara: Kalkan Matbaası.

Terzioğlu, A. (1997). Temel Atılışının 500. Yıldönümü Münasebeti ile Edirne’deki II. Bayezid Hastanesi ve Tıp Tarihi Açısından Önemi. Bifaskop, sayı 15:1.

Turkish and English Lexicon (2011). (ed. Sir James W.), Redhouse, İstanbul: Çağrı Yayınları, 4.baskı, s.1655.

Turner B. S. (2011) Toplumsal Güç ve Tıbbi Bilgi (çev. Ümit Tatlıcan), Sentez Yayınevi.

Ünver, A.S. (1940.) Selçuk Tababeti. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları.

Yıldırım, N. (1994). “Toptaşı Bimarhânesi”. Düünden Bugüne İstanbul Ansiklopedisi. C. VII. İstanbul: Kültür Bakanlığı ve Tarih Vakfı Yay. 295

Yılmaz, S.(2014). Mardin Şeyh Eminüddin Bimaristanı. Türk - İslam Medeniyeti Akademik Araştırmalar Dergisi. Yıl:9,Sayı:18,Sayı:18, Sayfa:21-40.

Yiğitbaş, M.S. (1972). Musiki İle Tedavi www.emlakansiklopedisi.com. (2013,Kasım 26).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Yörükoğlu, N. (1993), Hafsa Sultan ve Külliyesi, Sevinç Matbaası, Ankara.

<http://emlakansiklopedisi.com/wiki/bimarhane-nedir;2013>. E.T: Mayıs,2020

<https://www.salakfilozof.com/selcuklu-ve-osmanlilarda-muzikle-tedavi-yapilan-hastaneler-dr-sezer-erer-elif-atici/> E.T: Haziran, 2020

http://isamveri.org/pdfdr/G00310/2017/2017_KAFASE_ATICIE.pdf. E.T: Mayıs,2020

http://www.journalagent.com/pausbed/pdfs/PAUSBED_10_83_108.pdf. E.T: Kasım, 2019

<https://silo.tips/download/brka-sz-foreword-par-l-editeur-4-14>. E.T: Kasım, 2019

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/uutfd/issue/35281/391528>. E.T: Eylül, 2019

https://sbedergi.sdu.edu.tr/assets/uploads/sites/343/files/haluk_songur-04052014.pdf. E.T: Ocak,



**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ÜSTÜN NİTELİKLİLİK ALGISI VE ÖRGÜTSEL
MUHALEFET DAVRANIŞLARI İLİŞKİSİ: KONYA İLİNDE BİR UYGULAMA**
**THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEPTION OF OVERQUALIFICATION
AND ORGANIZATIONAL OPPOSITION BEHAVIORS ON HEALTHCARE
PROFESSIONALS: AN APPLICATION IN KONYA**

Özge ÜSTÜN

Kayseri Üniversitesi, ozgeustun@kayseri.edu.tr, orcid.org/0000-0001-9827-4808

Mehmet KILINÇ

Süleyman Demirel Üniversitesi, mehmetkilinc@hotmail.com, orcid.org/0000-0001-6835-9325

Hamdi ÖZTÜRK

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, hamdizotr@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-9879-1909

Serap KILINÇ

Kayseri Üniversitesi, serap_kilic@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-3125-9619

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (20.09. 2021-05.11.2021)

Öz

Özellikle hizmet sektöründe, çalışanların örgütüne ve işine ilişkin olumlu tutum, duygu ve davranışlar sergilemesi ve/veya geliştirmesi işveren açısından istenilen bir durumdur. İnsan faktörünün etkinliği ve verimliliği ise daha çok işletmenin ihtiyacı olan personelin alınması ve bu durumun sürdürülebilirliği ile mümkün olabilmektedir. Bu nedenle doğru kişilerin işletmeye alınması noktasında personelin özellikleri ile yapılan işin özellikleri arasındaki uyumun sağlanması önem arz etmektedir. Bu bakımdan literatürde kısıtlı çalışma olan örgütsel üstün niteliklilik algısı ve örgütsel muhalefetin sağlık çalışanlarındaki düzeyinin incelenmesi, demografik verilerle ve birbirleriyle olan ilişkisinin araştırılması hem literatüre hem de sağlık sektörüne katkı sağlayacaktır. Çalışma örneklemini Konya ilinde görev yapan 379 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışma sonuçlarında üstün niteliklilik algısı ve örgütsel muhalefet davranışlarının yaş, eğitim düzeyi, görev yılı ve görev ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Üstün niteliklilik algısı sonuçları ile gizli muhalefet, açık muhalefet ve örgütsel muhalefet arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: üstün niteliklilik algısı, örgütsel muhalefet, sağlık çalışanı.

Abstract

Especially in the service sector, it is desirable for the employer to develop and / or exhibit positive emotions, attitudes and behaviors towards the work and organization of the employee who has a direct impact on the

600



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

satisfaction with the organizational output. The efficiency and effectiveness of the human factor is only possible by recruiting the candidates who are in need of the enterprise and sustaining this situation in a sustainable way. In this respect, the perception of organizational superiority, which is a limited study in the literature, and the level of organizational opposition among health workers, and the relationship between demographic data and each other will contribute to both literature and health sector. The sample of the study consists of 379 health care workers in Konya. Perceptions of superior quality and organizational opposition behaviors were found to be related to age, education level, duty year and duty. A positive and significant relationship was found between the perception of superiority scores and open opposition, hidden opposition and organizational opposition.

Keywords: overqualification, organizational opposition, health workers.

GİRİŞ

Johnson ve Mynard (2002) işveren ve çalışan arasındaki ilişkilerin değişmesinde, istihdamın ürün (mal) üretiminden hizmet üretimine kayması önemli bir yer tutmaktadır. Söz konusu değişim iş gören için başta istihdam olmak üzere çeşitli zorluklar ortaya çıkarmıştır. İstihdamdaki zorluk işgörenin alanında uzman olmasının yanında birçok başarı belgesine de sahip olunması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Fakat eğitim düzeyinin artması, eğitilmiş iş görene olan talebi aynı oranda artırmamıştır. Bu nedenle bireylerin sahip olduğu beceri ve yeteneklere göre daha düşük vasıf gerektiren işlerde çalıştırılması durumu ortaya çıkmıştır. İşe uygun aday olma durumu hem işletme hem de çalışanlar için öznel bir konudur. Bu sebepten iş ile iş gören arasındaki uyumun objektif kriterler göz önünde bulundurularak sağlanması ve bu objektifliğin hem örgüt hem de iş gören tarafından onaylanmalıdır. Ancak gerek bireylerin kendileri hakkındaki görüşleri gerekse personel seçme ve yerleştirme faaliyetleri tam anlamıyla rasyonel olmayabilir (Yıldız vd., 2017). Bu çalışmanın amacı, üstün nitelikli olma durumu ile örgütsel muhalefet davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Türkiye’de ileri düzeyde nitelikli iş görenler işsiz kalmamak için kendi nitelikleri ile uyum göstermeyen işleri kabul edebilmekte ve bu işlerde çalışmaktadır (Akbiyık, 2016:1713). Feldman ve Maynard (2011) son yıllarda bireylerde üstün niteliklilik deneyimlerinin ve iş görenler için nasıl sonuçlar elde edeceği üzerine, örgütsel davranış ve endüstriyel psikoloji alanına dikkat çekmiştir. Örgütsel teorisyenler ve çalışma ekonomistleri de bu konuyu farklı bir bakış açısı ile ele almaya başlamışlardır (Akın ve Ulukök, 2016:72).

Overqualification Türkçe literatürde, aşırı vasıflılık, aşırı yeterlilik, aşırı niteliklilik, fazla niteliklilik ve üstün niteliklilik olarak ifade edilmektedir. Her ne kadar ulusal ve uluslararası literatürde üstün niteliklilik kavramının anlamı hakkında fikir birliğine varılmış olsa da aynı noktada birleşmeyen farklı isimler de kullanılmaktadır (Yıldız vd., 2017). Edwards (1991) kişi-iş uyumunu, ihtiyaç-sunulan uyum ve talep-yetenek olarak ele almıştır. Bireyin bilgi, beceri ve yeteneklerinin yaptığı işin gerekleriyle uyumlu olması talep-yetenek uyumunu ortaya çıkartmaktadır (Cable ve DeRue, 2002:877). Çalışanlar, işin gerekliliklerini aşan becerilere, bilgiye, yeteneklere, niteliklere ve / veya deneyime sahip olduklarının farkına varılmasını ya da sahip oldukları yeteneklerinin işlerde (Alfes vd., 2016:85). Üstün niteliklilik aynı zamanda insanların çalışma hayatını etkilemesi beklenen faktörlerden biridir (Benedict vd., 2009:283) Nitekim bugüne kadar, üstün nitelik konusundaki mevcut literatürün çoğu, bir iş için üstün nitelikli olmanın, otomatik olarak çalışanın sıkılmaya, ayrılmaya ve potansiyel olarak ayrılmasına yol açtığını varsayar (Erdoğan vd., 2011a). Kendisini üstün nitelikli algılayan çalışanlarda daha düşük iş tutumu düzeyi görülmektedir (Maynard vd., 2006; Verhaest ve Omeij, 2006). Öte yandan, sahip oldukları iş için gerekenden daha üstün niteliklere sahip kişilerin, yeterli niteliklerini tamamen boşa harcadıkları düşünülmektedir (Benedict vd., 2009:284). Çalışanlar, işte kullanamayacakları becerilere sahip olduklarını gördüklerinde, daha olumsuz iş tutumları yaşarlar. Ayrıca, kendilerini çalışanlar ve kuruluşlarının dışındaki referanslarıyla karşılaştırabilirler ve mevcut işleri



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

beklentileriyle uyuşmadığından kendi durumlarını olması gerekenin altında olarak değerlendirebilirler (Maynard vd., 2006). Üstün niteliklilik algısı Algılanan Üstün Niteliklilik (AÜN) ve Gerçek Aşırı Vasıflılık (GAV) olarak iki başlıkta incelenmektedir. GAV, iş analizi verilerinin temelinde nesnel olarak ölçümlenirken, AÜN ise subjektif olarak bireyin iş yaşam çevresini değerlendirmesinden oluşur (Fine ve Nevo 2008). GAV gerçekte iş için olması gerek eğitimi, yetenek ve deneyimlerini tanımlarken, AÜN ise iş için iş görenin sahip olduğu nitelikler ve gerekli olan özellikler arasındaki uyumsuzluk algısı olarak ifade edilmektedir (Fine, 2007). Bir başka tanıma bakacak olursak Fine ve Nevo (2008: 346) Algılanan Üstün Niteliklilik kavramını, bireyin kendisini iş için olması gerekenden daha fazla vasıflı olarak algılaması şeklinde tanımlamaktadırlar (Jonhson ve Jonhson, 2000; Ucar, 2016). Üstün nitelikli adayların reddedilme sebepleri nedeniyle işverenlerle ilgili araştırmalarda, bu tür adayların işverenlerden daha fazla ücret ve erken terfi talep edeceğini, daha az deneyime ve bilgiye sahip olan yöneticilerle çalışmak istemeyeceklerini ve iş tekliflerini kabul etmeyeceklerini ortaya koymaktadır (Berk vd., 2015:62). Aynı zamanda geçmiş bazı araştırmalar, üstün nitelikli olduklarını bildiren çalışanların alternatif iş arama durumlarının daha muhtemel olduğunu göstermektedir (Maynard vd., 2006).

Örgütsel muhalefet, örgütsel politikalar ya da uygulamalarla ilgili anlaşmazlık ya da zıt fikirler olarak tanımlanır. Örgütsel muhalefet tetikleyen bir olayla başlamaktadır (Graham, 1986; Kassing, 1997). Muhalefet etmeyi vazgeçilmez yapan ve tetikleyen olaylar kişiden kişiye göre değişiklik gösterebilir. Çalışanların davranış şekilleri, kaynak dağılımı sonucu meydana gelebilecek eşitsizlikler, etik olmayan veya hukuk dışı uygulamalar karar alırken yapılan taktiksel hatalar, ücretlendirme ve performans değerlendirirken yapılan adaletsiz uygulamalar başlıca faktörlerdendir (Kassing,2009). Çalışanlar örgüt içinde kendilerini doyumsuzluğa sürükleyen ve kaygıya sevk eden durumlarda ya da kendilerinin ve/veya örgütün durumunu daha iyiye götürecek görüşlere sahip olduklarını düşündüklerinde seslerine başvurabilirler (Detert ve Burris, 2007). Burns ve Wagner (2013), muhalefet kavramını tanımlarken sadece basit bir görüş ayrılığı ifadesi şeklinde düşünmenin yetersiz olduğunu ve çalışan ve yönetim arasındaki yönetimsel düşüncelerle çalışanın hayal kırıklığı ve mutsuzluğu arasında döngü oluşturacak bir çeşit iletişim modeli olduğunu söylemektedir. Bir model olarak düşünüldüğünde ise temel bağlayıcı faktör uyumsuzluktur. Kassing (1997), örgütsel muhalefetin teorik modelini, üç temel kuram üzerine inşa ettiğini ifade etmektedir. Bunlar; terk etme-dile getirme-sadakət gösterme kuramı (Exit-voice-loyalty model of dissatisfaction), örtük kontrol kuramı (theory of unobtrusivecontrol) ve bağımsız düşünce kuramlarıdır (theory of independent-mindedness). Bu kuramlar, çalışanların neden muhalif hissettiklerini, neden bu hislerini dile getirme ihtiyacı duyduklarını ve muhalefeti ne şekilde ifade ettiklerini anlamamızı sağlayacak teorik altyapıyı sunuyor olmaları bakımından önem arz etmektedir. Hirschman'ın (1970) terk etme-dile getirme- sadakat gösterme (exit-voice-loyalty) kuramına göre, örgüt çalışanlarının, tatminsizlik yaratan durumlarda göstermeleri muhtemel üç temel davranış söz konusudur: Bunlardan ilki terk etmedir. Yazara göre, şayet birey olumsuz koşulların düzeleceğine dair bir umut taşııyorsa, aynı örgütte farklı bir işe geçiş yapmayı veya örgütü tamamen terk etmeyi seçebilir. Bir diğer davranış alternatifi sadakat göstermedir. Bununla kastedilen, bireyin herhangi bir tepki göstermeden önce bir süre sessizce durumun düzelmesini beklemesidir. Bu süreç boyunca kişi ne örgütünü terk edecek ne de söz konusu olumsuzluk hakkındaki görüşlerini dile getirecektir. Bu davranışının sebebi ise yakında durumun kendiliğinden düzeleceğine dair inanç duyuyor olmasıdır. Üçüncü alternatif dile getirmedir. Bireyin, olumsuzluk yaratan koşulları görmezden gelmek yerine, bunları değiştirmek üzere harekete geçmesi anlamına gelen dile getirme davranışı, örgüt içinden ve dışından üst yetkililere karşı gösterilebilmektedir. Sayılan üç davranış biçiminden hem örgüt hem de çalışanın kendisi için en avantajlı olanının ise dile getirme olduğu ifade edilmektedir. Çünkü bu sayede kalite bilincine sahip ve yaratıcı yanı güçlü katılımcıların, yönetime, problemleri çözmede destek olması mümkün olacaktır. Öte taraftan,

çalışanlar için ise sıkıntı yaratan durumun ortadan kaldırılması imkanı doğacaktır (Keeley ve Graham, 1991: 353). Kassing (2002) araştırması, çalışanların yöneticilerine karşı muhalefet ederken kullandıkları mesajların beş farklı kategori halinde sınıflandırılabilceğini tespit etmiştir (Ataç, 2015:115): *Kanıt Gösterme*: Muhalif görüşlerin, o konudaki fiziksel kanıtlar, kişisel deneyimler veya örgüt politikaları gibi fiili birtakım bilgiler ile destelenerek sunulmasıdır. *Tekrarlama*: Kişinin, en sonunda bir yanıt alabilmek ümidi ile muhalif görüşlerini zaman içinde tekrar tekrar dile getirmesi olarak açıklanabilir. *Çözüm sunma*: Yalnızca, fikir ayrılığına konu olan durumla ilgili kanıtlar sunmak yerine, yöneticilere sorunun çözümü ile ilgili öneriler getirmektir. *Kademe atlama (circumvention)*: Kişinin, bir üst yöneticisinden beklediği karşılığı göremediği durumlarda, şikayetlerini daha üst kademelerdeki yöneticilere iletmesidir. *İstifa tehdidi*: Yöneticileri bir konuda eyleme geçirmek ve muhalefet edilen durumun düzeltilmesini sağlamak için, işten ayrılma tehdidinin bir baskı unsuru olarak kullanıldığı durumlarda da karşılaşılabilmektedir.

İnsan kaynakları araştırmaları, üstün nitelikli, yani çalışanların nitelikleri ve iş gereksinimleri arasındaki uyumsuzluktan ne kadar haberdar olduklarının farkında olmalarının, üstün nitelikli çalışanlar ve onları istihdam eden kuruluşlar için olumsuz sonuçlara yol açtığına dair güçlü kanıtlar üretmiştir (Feldman vd, 2002; Erdoğan ve Bauer, 2009). Kişinin üstün nitelikli olduğu kanısına girmesi hem kişi hem de örgüt bakımından istenmeyen tutum ve davranışlara neden olacağı yapılan ampirik araştırmalar ile ortaya koyulmuştur. Mutlu (2013), çalışmada örgütsel bağlılık ile üstün niteliklilik algısı arasında negatif ilişki, işten ayrılma niyeti ile üstün niteliklilik arasında ise pozitif bir ilişki tespit etmiştir. Ayrıca söz konusu araştırmadaki ilişkilerde dışsal prestij algısının moderatör etkiye sahip olmadığı tespit edilmiştir. Berk ve diğ. (2015) ise, sağlık sektöründe AÜN örgütsel bağlılık ve iş tatmini üzerine etkisini araştırmış ve araştırma sonuçlarına göre, eğitim düzeyine ilave olarak, bireyin elde ettiği gelir ve istihdam süresinin AÜN algısı üzerinde etki sahibi olduğu ve fazla nitelikliliğin hem örgütsel bağlılık hem de iş tatmininin bir belirleyicisidir. Akbıyık (2016)' in yaptığı araştırmada, aşırı nitelikliliğin görev performansını anlamlı ve negatif yönde etkilediği görülmüştür. Ayrıca algılanan iş fırsatlarının, AÜN görev performansı üzerinde biçimlendirici değişken rolü oynadığı ve görev performansı üzerindeki negatif etkisini azalttığı tespit edilmiştir. Ayrıca Kassing (1997)'e göre de çalışanların talep ettikleri istekler doğrultusunda oluşan kişinin beklentileriyle örgütsel gerçekler arasında oluşan uyumsuzluk sonucunda çalışanlar örgütte alınan kararları kabullenirken isteksiz davranırlar. Bunların sonucunda iki taraf arasında çatışma süreci meydana gelecek ve çalışmada protesto edici ve karşı gelme davranışları sergileyecektir (Ata, 2018:4). Literatür taraması sonucunda üstün niteliklilik algısı ve örgütsel muhalefet davranışları arasında ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma, sağlık çalışanlarında üstün niteliklilik algısı ve örgütsel muhalefet ile ilgili mevcut durumun belirlenmesi, uygulamalı ve betimsel değişkenlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi bakımından ilişkisel bir çalışma niteliğindedir.

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Konya ilinde görev yapan 10388 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Ulaşılabilecek örneklem sayısı basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak %95 güven düzeyinde 371 kişi olarak tespit edilmiştir.

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Çalışmada elde edilen verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Söz konusu anket 31 Temmuz – 31 Eylül tarihleri arasında sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Formülden elde edilen kişi sayısı göz önünde bulundurularak 400 anket araştırmacılar tarafından dağıtılmış olup 384 ankete geri dönüş sağlanmıştır. Ancak 5 adet eksik veya yanlış doldurulmuştur. Bu nedenle 379 anket değerlendirilmeye alınmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmaya dahil olan katılımcıların demografik özelliklerin belirlenmiştir. İkinci bölümde Johnson ve Johnson'un (2000) geliştirdiği ve Mutlu'nun (2013) Türkçeye uyarladığı "Algılanan Aşırı Niteliklilik Ölçeği" kullanılarak üstün niteliklilik algıları değerlendirilmiştir. Üçüncü bölümde ise Kassing (2000) tarafından geliştirilen ve Korucuoğlu (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan "Örgütsel Muhalefet Ölçeği" kullanılarak çalışanların örgütsel muhalefet düzeyleri değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Ölçek verilerinin güvenilirliği bu çalışmada Cronbach's Alpha istatistiği ile değerlendirilmiştir. (Kılıç, 2016)'a göre Cronbach's Alpha değeri $0,61 < \alpha < 0,80$ arasında ise ölçek orta güvenilirliktedir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısının $0,80 \leq \alpha < 1,00$ aralığında olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Çalışmanın ilk bölümünde yer alan ölçeğin Algılanan Uyumsuzluk ve Algılanan Gelişememe alt boyutları ile Algılanan Aşırı Niteliklilik Ölçeği Cronbach' s Alpha katsayıları sırasıyla 0,89, 0,90 ve 0,93 olarak bulunmuştur. İkinci bölümünde yer alan ölçeğin ise Açık Muhalefet ve Gizli Muhalefet alt boyutları ile Örgütsel Muhalefet Ölçeği Cronbach' s Alpha katsayıları sırasıyla 0,84, 0,92 ve 0,87 olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçların ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Skewness (Çarpıklık) katsayısı ve Kolmogrov-Smirnov ile değerlendirilmiştir. Dağılımın normal dağılımdan manidar düzeyde farklılaşmıyor olması için bu değerlerin (-1, +1) aralığında kalması beklenir. Normallige bakıldığında ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden cinsiyet ile medeni durum değişkenlerinin karşılaştırılması için bağımsız iki örneklem t testi (Independent samples t test) ve yaş, eğitim durumu, meslek ve hizmet süresi değişkenlerinin karşılaştırılması için tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) testi kullanılmıştır. ANOVA testinde gruplar arasında anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi iki grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey post hoc testinden yararlanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi ve sonrasında nedensellik etkisini belirlemek amacıyla ise regresyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ($p < 0,05$) olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada katılımcıların demografik ve bireysel özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Demografik Özellikler

Demografik / Bireysel Bulgular	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	216	57,0
	Erkek	163	43,0
	Toplam	379	100,0
Yaş	18-24	68	18,0
	25-34	115	30,3
	35-44	107	28,2

	45 ve üzeri	89	23,5
	Toplam	379	100,0
Medeni Durum	Evli	256	67,5
	Bekar	123	32,5
	Toplam	379	100,0
Eğitim Düzeyi	Lise	69	18,2
	Önlisans	71	18,7
	Lisans	174	45,9
	Lisansüstü	65	17,2
	Toplam	379	100,0
Hizmet süresi	1 yıldan az	26	6,9
	1-6 yıl	49	12,9
	7-11 yıl	123	32,5
	12-16 yıl	104	27,4
	17 yıl ve üzeri	77	20,3
	Toplam	379	100,0
Meslek	Hekim	51	13,4
	Hemşire/Ebe	157	41,4
	Sağlık Lisansiyeri*	45	11,9
	Teknisyen-Tekniker**	61	16,1
	Tıbbi Sekreter	65	17,2
	Toplam	379	100,0

* Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı, Diyetisyen, Psikolog.

** Anestezi, Laboratuvar ve Acil Tıp Teknisyen-Teknikerleri, Röntgen.

Tablo 1' de katılımcıların %57'si (n= 216) kadın, %30,3'i (n= 115) 25-34 yaş aralığında, %67,5'i (n= 256) evli ve %45,9'u (n= 174) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. İlaveten katılımcıların %32,5'inin (n=123) 7-11 yıldır mevcut çalışmakta olduğu kurumda görev yaptığı ve %41,4'ünün (n= 157) ebe/hemşire olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2: Ortalama, Standart Sapma, Independent Samples T Test ve One Way Anova Sonuçları

	\bar{X}	SS	1	2	3	4	5	6
1. Üstün Niteliklilik Algısı	3,69	0,91	(0,93)					
2. Algılanan Uyumsuzluk	3,61	1,07	(0,89)					
3. Algılanan Gelişememe	3,74	0,90	(0,90)					
4. Örgütsel Muhalefet	3,05	0,59	(0,87)					
5. Açık Muhalefet	2,45	0,68	(0,84)					
6. Gizli Muhalefet	3,64	0,85	(0,92)					
7. Cinsiyet			0,0162*	0,460*	0,003*	0,110*	0,002*	0,692*
8. Medeni Durum			0,424*	0,025*	0,002*	0,084*	0,033**	0,474*
9. Yaş			0,0001*	0,0003**	0,0006**	0,0008**	0,0003*	0,0001*
10. Eğitim Düzeyi			0,0005*	0,0005**	0,0002**	0,0002*	0,0007*	*
			*				*	0,0005*

11. Hizmet Süresi			0,0005*	0,0005**	0,0008**	0,0003**	0,0001*	*
12. Meslek			*	0,0002**	0,0002**	0,0006**	*	0,0005*
			0,0001*				0,0001*	*
							*	0,0002*
								*
Listelenen parantezler Cronbach'ın alfaları								
* independent samples t test $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı,								
** One Way ANOVA $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı								

Çalışanların genel olarak üstün niteliklilik algısı (3,69), algılanan uyumsuzluk (3,61) ve algılanan gelişememe (3,74) düzeyleri orta düzeyin üzerinde bulunmuştur.

Çalışanların algılanan gelişememe ($t = -2,94$; $p < 0,05$) sonuçlarının cinsiyete göre anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Erkek personellerin algılanan gelişememe sonuçları kadın personel sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Algılanan uyumsuzluk ve üstün niteliklilik algısı sonuçlarının cinsiyete göre anlamlı olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. ($p > 0,05$). Buna istinaden cinsiyetin algılanan uyumsuzluk ve üstün niteliklilik algısı üzerinde belirleyici olmadığı söylenebilir.

Çalışanların algılanan uyumsuzluk ($t = 2,25$; $p < 0,05$) ve algılanan gelişememe ($t = -3,12$; $p < 0,05$) alt boyut sonuçlarının medeni duruma göre anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bekar çalışanların algılanan gelişememe sonuçları, evli çalışanların ise algılanan uyumsuzluk sonuçları anlamlı seviyede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışanların üstün niteliklilik algısı sonuçlarının medeni duruma göre anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Buna göre medeni durumun üstün niteliklilik algısı üzerinde belirleyici olmadığı söylenebilir.

Çalışanların algılanan uyumsuzluk ($F = 68,238$; $p < 0,05$), algılanan gelişememe ($F = 60,556$; $p < 0,05$) ve üstün niteliklilik algısı ($F = 69,347$; $p < 0,05$) sonuçlarının yaşa göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Fark kaynağına ilişkin yapılan Tukey post hoc testi sonuçlarına göre 18-24 yaş arasındaki çalışanların algılanan uyumsuzluk sonuçları, 45 ve üzerindeki yaş grubunda çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 25-34 yaş ve 35-44 yaş arasındaki çalışanların algılanan uyumsuzluk sonuçları ise 18-24 yaş ve 45 ve üzerindeki yaş grubunda çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 18-24 yaş ve 35-44 yaş arasındaki çalışanların algılanan gelişememe sonuçları, 45 ve üzerindeki yaş grubunda çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. 25-34 yaş arasındaki çalışanların algılanan gelişememe sonuçları ise 18-24 yaş, 35-44 yaş ve 45 ve üzerindeki yaş grubunda çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. 18-24 yaş arasındaki çalışanların üstün niteliklilik algısı sonuçları, 45 ve üzerindeki yaş grubunda çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. 25-34 yaş ve 35-44 yaş arasındaki çalışanların sonuçları ise 18-24 yaş ve 45 ve üzerindeki yaş grubunda çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışanların algılanan uyumsuzluk ($F = 115,484$; $p < 0,05$), algılanan gelişememe ($F = 278,405$; $p < 0,05$) ve üstün niteliklilik algısı ($F = 245,079$; $p < 0,05$) sonuçlarının eğitim düzeyine göre anlamlı olmadığı bulunmuştur. Fark kaynağına ilişkin yapılan Tukey post hoc testi sonuçlarına göre ön lisans mezun çalışanlarının algılanan uyumsuzluk sonuçları, lise mezun çalışanlarının sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Lisans ve lisansüstü mezun çalışanların algılanan uyumsuzluk sonuçları ise lise ve ön lisans mezun çalışanın sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Ön lisans mezun çalışanlarının algılanan gelişememe sonuçları, lise mezun çalışan sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Lisans mezun çalışanlarının



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

algılanan gelişememe sonuçları lise, ön lisans ve lisansüstü mezun çalışan sonuçlarından, lisansüstü mezun çalışanların ise lise ve ön lisans mezun çalışan sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Ön lisans mezun çalışanların üstün niteliklilik algısı sonuçları, lise mezun çalışan sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Lisans mezun çalışanlarının üstün niteliklilik algısı sonuçları lise, ön lisans ve lisansüstü mezun çalışan sonuçlarından, lisansüstü mezun çalışanların ise lise ve ön lisans mezun çalışan sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların algılanan uyumsuzluk ($F=35,198$; $p<0,05$), algılanan gelişememe ($F=38,206$; $p<0,05$) ve üstün niteliklilik algısı ($F=40,144$; $p<0,05$) sonuçlarının hizmet süresine göre anlamlı olmadığı bulunmuştur. Fark kaynağına ilişkin yapılan Tukey post hoc testi sonuçlarına göre hizmet süresi 1-6 yıl, 7-11 yıl ve 12-16 yıl olan çalışanların algılanan uyumsuzluk sonuçları, hizmet süresi 1 yıldan az ve 17 yıl ve üzerindeki çalışanların sonuçlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hizmet süresi 1-6 yıl, 7-11 yıl ve 12-16 yıl olan çalışanların algılanan gelişememe sonuçları, hizmet süresi 1 yıldan az ve 17 yıl ve üzerindeki çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hizmet süresi 1-6 yıl, 7-11 yıl ve 1-16 yıl olan çalışanların üstün niteliklilik algısı sonuçları, hizmet süresi 1 yıldan az ve 17 yıl ve üzerindeki çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların algılanan uyumsuzluk ($F= 39,204$; $p< 0,05$), algılanan gelişememe ($F=29,515$; $p< 0,05$) ve üstün niteliklilik algısı ($F= 32,986$; $p< 0,05$) sonuçlarının mesleğe göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Fark kaynağına ilişkin yapılan Tukey post hoc testine göre Hekimlerin algılanan uyumsuzluk sonuçları, Hemşire/Ebe, Sağlık Lisansiyeri ve Sağlık Teknisyeni-Teknikeri sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hemşire/Ebe, Sağlık Lisansiyeri ve Tıbbi Sekreterlerin algılanan uyumsuzluk sonuçları ise Sağlık Teknisyeni-Teknikeri sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hekim, Hemşire/Ebe ve Tıbbi Sekreterlerin algılanan gelişememe sonuçları, Sağlık Teknisyeni-Teknikeri sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Sağlık Lisansiyerlerinin algılanan gelişememe sonuçları ise Hemşire/Ebe, Sağlık Teknisyeni-Teknikeri ve Tıbbi Sekreterlerin sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hekim, Hemşire/Ebe, Sağlık Lisansiyeri ve Tıbbi Sekreterlerin üstün niteliklilik algısı sonuçları, Sağlık Teknisyeni-Teknikeri sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışanlarda açık muhalefet (2,45) orta düzeyin altında belirlenirken, gizli muhalefet (3,64) orta düzeyin oldukça üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Örgütsel muhalefet (3,05) ise orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çalışanların açık muhalefet ($t= -3,19$; $p< 0,05$) alt boyut sonuçları cinsiyete göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Erkek personelin açık muhalefet sonuçları kadın personellerin slarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Personellerin örgütsel muhalefet ve gizli muhalefet sonuçlarının cinsiyete göre anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p> 0,05$). Buna göre cinsiyetin gizli muhalefet ve örgütsel muhalefet üzerinde belirleyici olmadığı şeklinde değerlendirme yapılabilir.

Çalışanların açık muhalefet ($t= 2,14$; $p< 0,05$) alt boyut sonuçlarının medeni duruma göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Evli çalışanların açık muhalefet sonuçları bekar çalışanlara göre anlamlı seviyede daha yüksektir. Çalışanların örgütsel muhalefet ve gizli muhalefet sonuçlarının medeni duruma göre anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p> 0,05$). Buna göre medeni durumun gizli muhalefet ve örgütsel muhalefet üzerinde belirleyici olmadığı şeklinde değerlendirme yapılabilir.

Çalışanların açık muhalefet ($F= 11,407$; $p< 0,05$), gizli muhalefet($F= 24,595$; $p< 0,05$) ve örgütsel muhalefet ($F= 21,384$; $p< 0,05$) sonuçlarının yaşa göre anlamlı olduğu bulunmuştur.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Farkın kaynağına ilişkin yapılan Tukey post hoc testine göre 25-34 yaş ve 45 ve üzeri yaş grubundaki çalışanların açık muhalefet sonuçları, 18-24 yaş grubundaki çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. 35-44 yaş arasındaki çalışanların açık muhalefet sonuçları ise 18-24 yaş, 25-34 yaş ve 45 ve üzeri yaş grubundaki çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. 18-24 yaş ve 35-44 yaş arasındaki çalışanların gizli muhalefet sonuçları, 45 ve üzeri yaş grubundaki çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. 26-34 yaş arasındaki çalışanların gizli muhalefet sonuçları ise 18-24 yaş ve 45 ve üzeri yaş grubundaki çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. 25-34 yaş ve 35-44 yaş arasındaki çalışanların örgütsel muhalefet sonuçları, 18-24 yaş ve 45 ve üzeri yaş grubundaki çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir.

Çalışanların açık muhalefet ($F= 24,781$; $p< 0,05$), gizli muhalefet ($F= 237,040$; $p< 0,05$) ve örgütsel muhalefet ($F= 161,183$; $p< 0,05$) sonuçlarının eğitim düzeyine göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Farkın kaynağına ilişkin yapılan Tukey post hoc testine göre ön lisans ve lisans mezunlarının açık muhalefet sonuçları, lise mezunlarının sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Lisansüstü mezunların açık muhalefet sonuçları ise lise, ön lisans ve lisans mezunlarının sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Ön lisans mezunlarının gizli muhalefet sonuçları, lise mezunlarının sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Lisans ve lisansüstü mezunların gizli muhalefet sonuçları ise lise ve ön lisans mezunların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Ön lisans mezunlarının örgütsel muhalefet sonuçları, lise mezunlarının sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Lisans mezunlarının örgütsel muhalefet sonuçları lise ve ön lisans mezunların sonuçlarından, lisansüstü mezunların ise lise, ön lisans ve lisans mezunlarının sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların açık muhalefet ($F= 12,519$; $p< 0,05$), gizli muhalefet ($F= 17,221$; $p< 0,05$) ve örgütsel muhalefet ($F= 16,184$; $p< 0,05$) sonuçlarının hizmet süresine göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Farkın kaynağına ilişkin yapılan Tukey post hoc testine göre görev yılı 7-11 yıl olan çalışanların açık muhalefet sonuçları, görev yılı 1 yıldan az, 1-6 yıl ve 12-16 yıl olan çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hizmet süresi 17 yıl ve üzeri olan çalışanların açık muhalefet sonuçları ise 1 yıldan az olan çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hizmet süresi 1-6 yıl, 7-11 yıl ve 12-16 yıl olan çalışanların gizli muhalefet sonuçları, hizmet süresi 1 yıldan az ve 17 yıl ve üzeri olan çalışanların sonuçlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hizmet süresi 1-6 yıl ve 12-16 yıl olan çalışanların örgütsel muhalefet sonuçları, hizmet süresi 1 yıldan az olan çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hizmet süresi 7-11 yıl olan çalışanların örgütsel muhalefet sonuçları ise hizmet süresi 1 yıldan az, 1-6 yıl, 12-16 yıl ve 17 yıl ve üzeri olan çalışanların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir.

Çalışanların açık muhalefet ($F= 72,625$; $p< 0,05$), gizli muhalefet ($F= 35,785$; $p< 0,05$) ve örgütsel muhalefet ($F= 79,771$; $p< 0,05$) sonuçlarının mesleğe göre anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Farkın kaynağına ilişkin yapılan Tukey post hoc testine göre Hekim ve Sağlık Lisansiyerlerinin açık muhalefet sonuçları, Hemşire/Ebe, Sağlık Teknisyeni-Teknikeri ve Tıbbi Sekreterlerin sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Tıbbi Sekreterlerin açık muhalefet sonuçları ise Hemşire/Ebe ve Sağlık Teknisyeni-Teknikeri sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hekimlerin gizli muhalefet sonuçları, Hemşire/Ebe, Sağlık Lisansiyeri, Sağlık Teknisyeni-Teknikeri ve Tıbbi Sekreterlerin sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hemşire/Ebe ve Tıbbi Sekreterlerin gizli muhalefet sonuçları Sağlık Teknisyeni-Teknikeri sonuçlarından, Sağlık Lisansiyerlerinin ise Teknisyeni-Teknikeri ve Tıbbi Sekreterlerin sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hekimlerin örgütsel muhalefet sonuçları,

608

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/pub/usaysad>

(ÜSTÜN, Ö./ KILINÇ, M./ ÖZTÜRK, H./KILINÇ, S.)

Hemşire/Ebe, Sağlık Lisansiyeri, Sağlık Teknisyeni-Teknikeri ve Tıbbi Sekreterlerin sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir. Hemşire/Ebe ve Tıbbi Sekreterlerin örgütsel muhalefet sonuçları Sağlık Teknisyeni-Teknikeri sonuçlarından, Sağlık Lisansiyerlerinin ise Hemşire/Ebe, Sağlık Teknisyeni-Teknikeri ve Tıbbi Sekreterlerin sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3: Üstün Niteliklilik Algısı ile Örgütsel Muhalefet Arasındaki Pearson Korelasyon Sonuçları

BOYUTLAR	1	2	3	4	5	6
1. Algılanan Uyumsuzluk	1					
2. Algılanan Gelişememe	0,766**	1				
3. ÜSTÜN NİTELİKLİLİK ALGISI TOPLAM	0,924**	0,953**	1			
4. Açık Muhalefet	0,180**	0,178**	0,190**	1		
5. Gizli Muhalefet	0,809**	0,864**	0,893**	0,187**	1	
6. ÖRGÜTSEL MUHALEFET TOPLAM	0,686**	0,724**	0,752**	0,707**	0,827**	1

*p<0,05 **p<0,01

Üstün niteliklilik algısı puanları ile açık muhalefet ($r= 0,190$; $p< 0,01$); gizli muhalefet ($r= 0,893$; $p< 0,01$) ve örgütsel muhalefet toplam ($r= 0,752$; $p< 0,01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Üstün niteliklilik algısı yüksek olan çalışanlarda yüksek düzeyde örgütsel muhalefet davranışı; üstün niteliklilik algısı düşük olan bireylerde düşük düzeyde örgütsel muhalefet olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Değişkenler arasında regresyon analizi için doğrusal ilişki var olma durumu karşılanması nedeniyle üstün niteliklilik algısının örgütsel muhalefet üzerindeki nedensellik etkisini tespit etmek için iki değişken arasında basit regresyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 4: Üstün Niteliklilik Algısının Örgütsel Muhalefet Üzerindeki Etkisine Ait Basit Regresyon Analizi

Bağımsız Değişken	B	β	t	P
Sabit	1,237		14,659	0,0008
Üstün Niteliklilik Algısı	0,491	0,752	22,142	0,0003

$R=0,752$ $R^2=0,565$ $\Delta R^2=0,564$
 $F=490,289$ $p=0,0003$

Bağımsız (üstün niteliklilik algısı) ve bağımlı (örgütsel muhalefet) değişkenler arasında kurulan regresyon modelinin uygun olduğu ($F = 490,289$; $p < 0,05$) bulgusu elde edilmiştir. Üstün niteliklilik algısı, örgütsel muhalefetteki değişimin yaklaşık %56'sını açıklamaktadır ($\Delta R^2 = 0,564$).

Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde üstün niteliklilik algısının, örgütsel muhalefet üzerinde pozitif yönde anlamlı etkiye ($\beta = -0,752$; $t = 22,142$; $p < 0,0003$) sahip olduğu bulgusu elde edilmiştir. Çalışanların üstün niteliklilik algısı yükseldikçe örgütsel muhalefet düzeyleri artmakta; üstün niteliklilik algısı düştükçe örgütsel muhalefet düzeyleri azalmaktadır.

Regresyon analiz sonuçlarına bakıldığında örgütsel muhalefetin üstün niteliklilik algısı değişkenince yordanmasına ilişkin matematiksel model aşağıdaki gibidir:

$$\text{Örgütsel Muhalefet} = 1,237 + 0,752 * \text{Üstün Niteliklilik Algısı}$$

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulgularının sonuçlarına göre, üstün niteliklilik algısı sonuçları ile açık muhalefet, gizli muhalefet ve örgütsel muhalefet arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Üstün niteliklilik algısı yüksek olan çalışanlarda yüksek düzeyde örgütsel muhalefet davranışı; üstün niteliklilik algısı düşük olan bireylerde düşük düzeyde örgütsel muhalefet olduğu bulgusu bulunmuştur. Yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre üstün niteliklilik algısı, örgütsel muhalefetteki değişimin yaklaşık %56'sını açıklamaktadır.

Üstün niteliklilik algısı ve örgütsel muhalefet davranışlarının yaş, eğitim düzeyi, görev yılı ve görev ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İzgüden (2017) tarafından yapılan çalışma sonucuna göre de örgütsel muhalefetin alt boyutlarının bazı demografik değişkenlerle (yaş, eğitim, gelir, görev yılı ve görev) ilişkisi bulunmaktadır. Kassing ve DiCioccio (2004) çalışmasında örgütsel muhalefet ile yaş arasında ilişki bulunduğu bu çalışmayı desteklemektedir. Ancak Kayış (2019) ve Özdemir (2010) çalışmalarında örgütsel muhalefet davranışları yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulgusu ile örtüşmemektedir. Uçar (2016) çalışmasında görev yılının örgütsel muhalefet ile ilişkisi olduğuna dair sonuçları çalışmayla uyumluluk göstermiş ama Sims ve Keenan (1998) çalışmasında ilişki olmadığına dair bulgular bulmuştur. Kayalık (2017) ve Berk vd. (2015) çalışmasında görev yılının üstün niteliklilikle ilişki olduğuna dair bulguları bu çalışmayla paralellik göstermektedir.

Sağlık çalışanları çalıştıkları kurumlarda geleceğe yönelik elde edecekleri edimlere yönelik olarak muhalif davranış biçimlerinden açık muhalefet yerine gizli muhalefet davranışı sergileyebilmektedir. Kassing ve Avtgist (1999) ve Özdemir'in (2013) araştırmalarında çalışanların yöneticiler ile ters düşme endişesine sahip olmalarından dolayı muhalif davranış gösterememe ve görüşlerini açıkça sergileyememe durumu tespit edilmiştir. Söz konusu bulgu bu çalışmadaki bulgu ve yorumu destekler niteliktedir.

İlgili literatür kapsamında sağlık sektöründeki personellerin örgütsel muhalefet düzeyinin düşürülmesi kurumlara fayda sağlayacaktır. Sağlık sektöründeki çalışanların örgütsel muhalefet düzeyinin düşürülmesi için sağlık kurumlarına;

- Çalışanların alınan kararlara dahil edilmesi,
- Örgütün vizyon ve misyonunun onlara benimsetilmesi,
- Muhalefet davranışlarının nedenlerini ve sonuçlarını ortaya koyan farkındalık eğitimleri ve çalışmaları planlaması,

- Yetki devri ve yönetime katılma gibi araçlarla personelin güçlendirilmesi önerilmektedir.

Sağlık kurumları, çalışanlarını eğitimlerine ve deneyimlerine göre uygun birimlerde çalıştırması ve terfi ettirmesi sağlık çalışanlarının üstün niteliklilik algısına etki edecektir. Diğer bir ifade ile çalışanlar zaman zaman kendilerini eşit koşullar altında işe girdikleri çalışma arkadaşları ile çeşitli değişkenleri (deneyim, eğitim, tecrübe vb.) göz önünde bulundurarak kıyaslamakta ve kendilerinin daha nitelikli olduğu kanısına varabilmektedir. Söz konusu durum aşırı niteliklilik olarak tanımlanmaktadır. Literatür incelendiğinde aşırı niteliklilik olgusu gelir kaybı, eğitim düzeyi, işten ayrılma, devamlılık ve performans vb. gibi değişkenlerle yakından ilgilidir. Bu nedenle insan kaynakları yöneticilerinin etkili iş analizleri, iş gereklilikleri, iş tanımları yapmalarının yanı sıra seçme ve yerleştirme çalışmalarına da önem vermesi gerekmektedir. Yönetim kademesinin belli periyotlar da çalışanlar ile ayrı ayrı toplantılar düzenlemesi, kurumsal anlamda rahatsız edici hususları, sıkıntı ve aksaklıkları ilk ağızdan dinlemeleri gerekmektedir. Böylece insanların çalıştığı örgütteki konumlarının ve değerlerinin bilinmesi gerek çalışanların sağlıklı yaşam ve çalışma hayatına sahip olması gerekse örgütlerin etkili ve verimli olması bakımından önem arz etmektedir.

Araştırma ile ilgili incelenen literatür kapsamında sonraki çalışmalar için aşağıdaki gibi önerilerde bulunulabilir.

Sağlık alanında farklı meslek gruplarına personellerin üstün niteliklilik algısı ve örgütsel muhalefet düzeylerini belirlemek için ayrı ayrı uygulanarak yapılabilir. Ayrıca aynı çalışma diğer meslek alanlarında da gerçekleştirilebilir. Sağlık sektöründeki çalışan personellerin araştırma kapsamında üstün niteliklilik algısı ve örgütsel muhalefet davranışlarını etkileyebilecek motivasyon, stres, örgütsel adalet gibi diğer faktörler de ele alınarak farklı çalışmalar da yapılabilir. Çalışmanın literatür incelemesi sonucunda sağlık sektöründe yeterli sayıda çalışmanın mevcut olmadığı, farklı illerde ve hastanelerde sağlık personellerinin üstün niteliklilik algısı ve örgütsel muhalefet düzeyleri araştırılabilir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

Destek ve Teşekkür Beyanı :Bu araştırma, kamu, ticari veya kâr amacı gütmeyen sektörlerdeki herhangi bir finansman kuruluşundan özel bir hibe almamıştır.

Çatışma Beyanı : Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Akbyık, Banu S. Ünsal. (2016). Otelcilik Sektöründe Algılanan Aşırı Nitelikliliğin Görev Performansına Etkisi: Alternatif İş Fırsatlarının Biçimlendirici Değişken Rolü. *Journal of Tourism Theory and Research*, 2(1), 26-41.
- Akbyık, BSÜ.(2016). Algılanan aşırı Nitelikliliğin iş performansına etkisi: Örgütsel Desteğin Biçimlendirici Değişken Rolü. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(42), Şubat, ISSN: 1307-9581.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Akın, A. Ulukök, E. (2016). Fazla Nitelikliliğin Bireysel ve Örgütsel Sonuçlarının İncelenmesine Yönelik Kavramsal Bir Değerlendirme. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 8(4), 71-86.
- Alfes, K. Shantz, A.Baalen S.V.(2016). Reducing perceptions of overqualification and its impact on job satisfaction: the dual roles of interpersonal relationships at work. *Human Resource Management Journal*, 26(1), 84-101.
- Ata, S. (2018). Örgüt Kültürünün Örgütsel Muhalefeti Şekillendirici Rolü: Ulusal ve Uluslararası Ticaret Yapan Firmalarda Karşılaştırmalı Bir Analiz. Yüksek Lisans Tezi, Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yalova.
- Ataç, L.O. (2015). Örgütsel Demokrasi ve Örgütsel Muhalefet İlişkisi: Beyaz Yakalılar Üzerine Bir Araştırma. Doktora Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Manisa.
- Benedict, J.N. Gayatri Devi, S. and Velayudhan A. (2009). Perceived Overqualification, Job Satisfaction, Somatization and Job Stress of MNC Executives. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35(2), 283-289.
- Berk, U. Kahya M. Kuzu, B. ve Bayramlık, H. (2015). Effect of Laborers Overqualifications Perception on Job Satisfaction and Organizational Commitment: An Empirical Study on Health Sector in Turkey. *Journal of International Health Sciences and Management*, 1(1), 60-73.
- Cable, M.D., De Rue, D. S. (2002). The Convergent and Discriminant Validity of Subjective Fit Perceptions. *Journal of Applied Psychology*, (87), 875-844.
- Detert, J.R. Burris, E.R. (2007). Leadership behavior and Employee Voice: Is The Door Really Open? *Academy of Management Journal*, 50(4), 869- 884.
- Erdoğan B. Bauer T.N. (2009). Perceived Overqualification and its Outcomes: The Moderating Role of Empowerment. *Journal of Applied Psychology*. 94(2), 557-565.
- Erdoğan, B. Bauer, N.T. Peiro, M.J. Truxillo, M.D. (2011b). Overqualified Employees: Making The Best of a Potentially Bad Situation for Individuals and Organizations. *Industrial and Organizational Psychology: Perspectives on Science and Practice*, 4(2), 215-232.
- Erdoğan, B., Bauer, N.T., Peiro, M.J., and Truxillo, M.D. (2011a). Overqualification Theory, Research, and Practice: Things That Matter. *Industrial and Organizational Psychology*, 4, 260-267.
- Fine, S. Nevo B. (2008). Too Smart for The Iron Good? A Study of Perceived Cognitive Overqualification in The Work Force. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(2), 346-355.
- İslamoğlu, A. H. (2009). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. İzmit: Beta Basım.
- İzgüden, D. (2017). Hastane Çalışanlarında İletişim Doyumunun Örgütsel Muhalefet Davranışları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, Isparta.
- Johnson, G. J., and Johnson, W. R. (2000). Perceived Overqualification and Dimensions of Job Satisfaction: A Longitudinal Analysis. *The Journal of Psychology*, 134 (5), s.537-555.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Kassing J. W., and Avtgis, T. A. (1999) Examining The Relationship Between Organizational Dissent and Aggressive Communication. *Management Communication Quarterly*, 13(1), 100-115.
- Kassing, J. W. (1997). Articulating, Antagonizing, and Displacing: A Model of Employee Dissent. *Communication Studies*. 48(4), 311-332.
- Kassing, J. W. (2009). In Case You Didn't Hear Me The First Time. An Examination of Repetitious Upward Dissent. *Management Communication Quarterly*. 22(3), 416-436.
- Kassing, J. W., and DiCioccio, R. L. (2004). Testing a Work Place Experience Explanation of Displaced Dissent. *Communication Reports*, 17(2), 113-120.
- Kayalık, A. (2017). Üstün niteliklilik algısının mental iyi oluş üzerindeki etkisi ve duygusal yeteneğin aracılık rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.
- Kayış, E. (2019). Öğretmenlerin Örgütsel Muhalefet Davranışları İle Mobbing Yaşamaları Arasındaki İlişki ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Keeley M., Graham J. W., (1991). Exit, Voice and Ethics. *Journal of Business Ethics*, 10, 349-355.
- Kılıç, S (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal Of Mood Disorders*, Cilt 6, Sayı.1, ss.47-48
- Korucuoğlu, T. (2016). Örgütsel Güç Oyunları ve Örgütsel Muhalefet Arasındaki İlişki. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Maynard, D.C., Joseph, T.A., and Maynard, A.M. (2006). Under Employment, Job Attitudes, and Turnover Intentions. *Journal of Organizational Behaviour*, 27, 509-536.
- Mutlu, P. (2013). The Effect of Perceived External Prestige on The Relationship Between Perceived Overqualification and Both Organizational Commitment and Turnover Intention. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Özdemir, M. (2010). Ankara İli Kamu Genel Liselerinde Görev Yapan Yönetici ve Öğretmenlerin Örgütsel Muhalefete İlişkin Görüşleri. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Sims, R. L., and Keenan, J. P. (1998). Predictors of External Whistle Blowing: Organizational and Intrapersonal Variables. *Journal of Business Ethics*, 17(4), 411-421.
- Ucar, Z. (2016). Kontrol Algısı-Psikolojik Sahiplenme İlişkisi Üzerinde Algılanan Aşırı Vasıflılığın Düzenleyicilik Etkisi. *International Journal of Applied Business and Management Studies*, 1(1).
- Verhaest, D. Omev, E. (2006). The Impact of Overeducation and Its Measurement. *Social Indicators Research*, 77, 419 – 448.
- Yıldız, B., Özdemir, F., Habip, E., ve Çakı, N. (2017). Aşırı Nitelikliliğin İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisinde Kolektif Şükranın Moderatör Etkisi. *Örgütsel Davranış Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 40-61.

SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜNÜN EĞİTSEL VE AKADEMİK YAPISI EDUCATIONAL AND ACADEMIC STRUCTURE OF THE HEALTH MANAGEMENT DEPARTMENT

Öğr. Gör. Mustafa FİLİZ

Artvin Çoruh Üniversitesi, mustafafiliz1109@gmail.com, orcid.org/0000-0002-7445-5361

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (10.11.2021-15.12.2021)

Öz

Bu çalışmada amaç sağlık yönetimi bölümünün akademik yapısı ve eğitim durumu ile ilgili genel profili ortaya koymaktır. Tanımlayıcı tipte olan çalışmaya, Türkiye’de bulunan ve 2020 yılında yüksek öğretim kurumları sınavı ile öğrenci kabul eden lisans düzeyinde eğitim veren sağlık yönetimi bölümleri dahil edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 25 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin gösterilmesinde yüzde ve frekans değerler kullanılırken sürekli değişkenler için ortalama, minimum ve maksimum değerler kullanılarak tablolar oluşturulmuştur. Yükseköğretim Kurumu atlas veri tabanı, üniversitelerin ve yükseköğretim kurumunun resmi sitelerinden veriler elde edilmiştir. Mevcut durumda 59 kamu üniversitesinde sağlık yönetimi bölümünün olduğu, 2020 yılında 4.678 öğrencinin kayıt yaptırdığı, mevcut öğrenci sayısının 14.561 kişi olduğu görülmüştür. Akademik yapı olarak 440 öğretim elemanın görev aldığı ve üçte birinin lisans mezuniyetinin sağlık yönetimi olduğu görülmüştür. Sağlık yönetiminin mevcut kontejanların azaltılması ve yığılmanın olmaması için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlık yönetimi, akademi, üniversite, sağlık, eğitim.

Abstract

The aim of this study is to reveal the general profile of the academic structure and educational status of the health management department. The study, which is of descriptive type, included health management departments in Turkey, which accept students with the examination of higher education institutions in 2020, providing education at the undergraduate level. SPSS 25 package program was used in the analysis of the data. Evaluation was made using descriptive statistics. While percentage and frequency values were used to show categorical variables, tables were created by using mean, minimum and maximum values for continuous variables. Data were obtained from the atlas database of the Higher Education Institution, the official websites of universities and higher education institutions. In the current situation, it has been seen that there are health management departments in 59 public universities, 4.678 students registered in 2020, and the current number of students is 14.561. It has been observed that 440 faculty members are employed as an academic structure and one third of them has a bachelor's degree in health management.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Keywords: health management, academy, university, health, education.

GİRİŞ

Dünya genelinde sağlık sektörünün hızlı gelişimi ile beraber nicelik ve nitelik açısından daha iyi sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Covid-19 salgını ile beraber bu ihtiyaç daha da belirginleşmiştir. Sağlık alanı uzmanlaşmanın yüksek olması ve yapılan hataların geri dönüşü olmaması gibi nedenlerden dolayı çalışanların mesleki eğitimi büyük önem arz etmektedir (Filiz ve Karagöz, 2020). Covid-19 salgını sürecinde birçok bölümlerde olduğu gibi sağlık bölümleri de online eğitimden olumsuz etkilenmiştir. Sağlık eğitimleri çoğunlukla uygulamaya dayalı olduğu için bu süreçte eğitim açısından en çok etkilenen alan olduğu görülmektedir.

Modern yaşamın önemli kurumları arasında şüphesiz üniversiteler gelmektedir. Eğitimin önemli merkezi olan üniversitelerin birçok farklı şekilde yansımaları olabilmektedir (Arap, 2010). Bununla birlikte modern yaşamla beraber üniversitelerin yapısında birçok değişim yaşanmaktadır. Artan rekabet, üniversite sayılarındaki artış, toplumun beklentileri, özel üniversitelerin yaygınlaşması ve kaliteli eğitim algısının artması gibi birçok neden değişimi zorunlu kılmaktadır (Esen ve Esen, 2015).

Üniversitelerde eğitim ve öğretim fonksiyonu esas olmakla beraber birçok fonksiyonu beraber gerçekleştirmektedir. Üniversitelerde hem akademik yapı hem de eğitsel durumun birlikte değerlendirilmesi ve genel profilin ortaya konulması önem arz etmektedir. Bu çalışmada sağlık sektörünün önemli bir ayağı olan ve lisans düzeyinde eğitimi sunulan sağlık yönetimi bölümü değerlendirilmiştir. Çalışmada sağlık yönetimi bölümünün, Türkiye’de mevcut akademik yapısı ve eğitsel durumu ile ilgili genel yapının belirlenmesi amaçlanmıştır. Sağlık yönetimi bölümünün genel profilinin ortaya konulması ve geleceğe yönelik adımlar atılırken mevcut durumun tespiti açısından çalışmanın literatüre, öğrencilere ve sağlık yönetimi alanında yer alan çalışanlara katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Sağlık Yönetimi

Sağlık yönetimi meslek olarak 1900’lü yıllarda ABD’de özel hastanelerin yönetimi ile ilgili yapılan tartışmalar sırasında gündeme gelmiştir. Michael Davis’in 1929 yılında yazmış olduğu “Hospital Administration A Career” adlı eserin sağlık yönetiminin meslekleşmesi adına önemli bir gelişme olduğu kabul görmektedir (Çimen, 2010). Türkiye’de sağlık yönetimi ile ilgili olarak 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından kurulan Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, alanda ilk örnek olarak kabul görmektedir (Şener vd., 2010). Bu okul daha sonra Hacettepe Üniversitesi bünyesinde işlevine devam etmiştir (Uzuntarla, 2017).

Sağlık yönetimi, insan kaynakların, finansın, tıbbi ve idari gibi birçok farklı fonksiyonu bir arada yürütülmesini ifade etmektedir. Bu yüzden sağlık yönetimi diğer yönetim alanlarından farklı olmaktadır. Bu durum sağlık yönetimi alanının önemini artırmaktadır (Austin, 1978).

Meslek tanımı

Sağlık yönetimi, tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre için bireylere, kurumlara ve topluma gerekli hizmetleri sağlayarak ve bunun öncü gereği olan kaynak ve sürecin planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi, koordinasyonu ve denetimi ile ilgili yapılan bütün süreçleri kapsamaktadır (Schultz and Alton, 1976).

Sağlık Yöneticisi; Üniversitelerin lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullarının, “Sağlık İdaresi”, “Sağlık Yönetimi”, “Sağlık Kurumları Yönetimi”, “Sağlık Kurumları

615

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

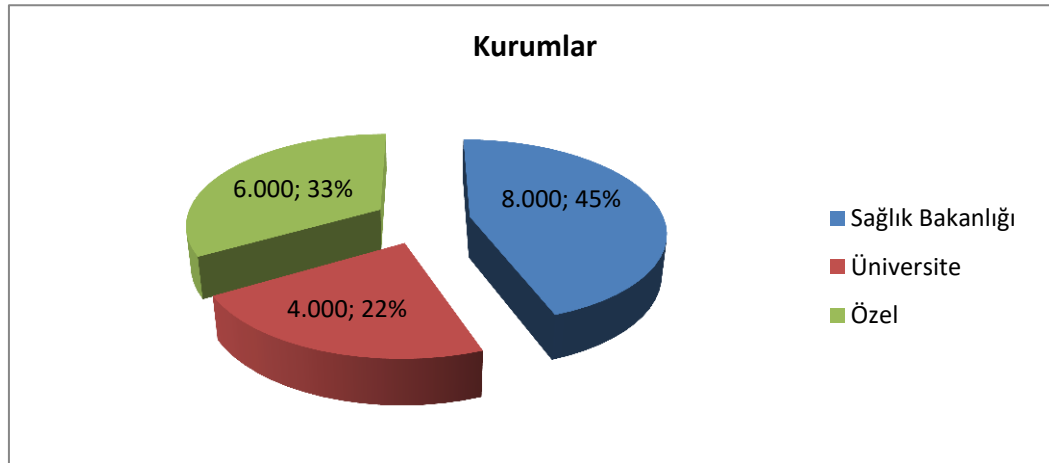
(FİLİZ, M.)

Yöneticiliği”, “Sağlık İşletmeciliği”, “Sağlık Kurumları İşletmeciliği” bölümlerinden mezun olan kişidir. Unvanı Sağlık Yöneticisi / Sağlık İdarecisi’dir (Resmi Gazete, 2014).

Görev tanımı olarak; Sağlık İdarecisi/Yöneticisi: “Sağlık kurumlarındaki çalışmaların düzenlenmesinden ve yürütülmesinden, bölümlere gerekli personel, araç ve gerecin sağlanmasından, bütçenin hazırlanmasından ve hasta bakım hizmet ücretlerinin saptanmasından, insan kaynakları, muhasebe, kalite ve satın alma ile ilgili alanlarda yönetim işlevlerini yerine getirmekten sorumlu kişi” olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2014).

Mevcut İşgücü

Türkiye’de Aralık 2017 verilerine göre, Sağlık Bakanlığın verilerine göre ve sağlık yönetimi ile ilgili derneklerle yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilere göre; sağlık yönetimi toplam mezun sayısı yaklaşık olarak 40.000 civarında olup, aktif çalışan sağlık yönetimi mezunu sayısı 18.000’dir. Sağlık yönetimi mezun çalışan sayısının kurumlara göre dağılımı şekil 1’de gösterilmiştir. Buna göre; Sağlık yönetimi mezunlarının %45’i Sağlık Bakanlığında, %33’ü özel sektörde, %22’si üniversitelerde çalıştığı tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2017). 2017’de 1.000 kişiye düşen aktif çalışan Sağlık Yönetimi mezun sayısı Türkiye’de 0,22’dir.



Şekil 1: Sağlık Yönetimi Mezunlarının Kurumlara Göre Dağılımı

Meslek Eğitimi

Sağlık Yönetimi programlarında okuyan öğrenciler 8 yarıyıllık eğitim süresinin sonunda sağlık yöneticisi unvanıyla mezun olmakta ve mezuniyet sonrası sağlık işletmelerinde, kamu, üniversite ve vakıf hastanelerinde, özel hastanelerde, rehabilitasyon merkezlerinde, Sosyal Güvenlik Kurumunun sağlık sigortası ile ilgili birimlerinde, özel sigorta şirketlerinde, ilaç ve tıbbi cihaz üreten endüstri kuruluşlarında, sağlık araştırma merkezlerinde çalışma imkanına sahip olmaktadır (Şener vd., 2010).

Sağlık Bakanlığı 2023 Yılı Hedefleri

Sağlık Bakanlığının 2023 sağlık insan gücü vizyonunun da birçok meslek grubuna yönelik hedefleri bulunurken sağlık yönetimi mezunlarına yönelik herhangi bir hedefi veya planı bulunmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

YÖNTEM

Çalışma tanımlayıcı tiptedir. Türkiye’de bulunan ve 2020 yılında Yüksek Öğretim Kurumlarına Geçiş Sınavı (YKS) ile öğrenci kabul eden lisans düzeyinde eğitim veren sağlık yönetimi programları dahil edilmiştir. Araştırmada 2020 yılında sağlık yönetimi bölümüne öğrenci kabul eden üniversiteler, minimum-maksimum sayıda öğrenci kabul eden üniversiteler, bölümde mevcut kayıtlı toplam öğrenci sayısının cinsiyete göre dağılımı, sağlık yönetimi bölümlerinde akademik kadroda bulunan öğretim elemanlarının unvana göre dağılımı ve öğretim elamanlarının mezun olduğu lisans programına göre dağılımı tablolar halinde incelenmiştir. Veri kaynağı olarak Öğrenci Seçme Yerleştirme Merkezi tarafından açıklanan 2020 yılına ait YKS’nin yerleştirme sonuçlarına ilişkin sayısal bilgilere ait veriler Yükseköğretim Kurumu atlas veri tabanından, üniversitelerin resmi internet sayfalarından ve Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) arama ekranı kullanarak veriler toplanmıştır. Veriler 01.04.2021-13.04.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler analizinde SPSS 25 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kullanılarak değerlendirme yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin gösterilmesinde yüzde ve frekans değerler kullanılırken sürekli değişkenler için ortalama, minimum ve maksimum değerler kullanılarak tablolar oluşturulmuştur. Araştırmanın verileri ilgili sitelerden alındığı için etik kurul izni gerektiren biri durum söz konusu olmamasından dolayı etik kurul izni alınmamıştır. Araştırmada sadece devlet üniversiteleri dahil edilmiştir. Bu kapsamda Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde ve vakıf üniversitelerinde yer alan sağlık yönetimi programları dahil edilmemiştir. Kapsam dışında tutulan üniversitelerde sağlık yönetimi akademik kadrosuna yönelik yeterli veri sağlanamadığından dolayı böyle bir sınırlandırmaya gidilmiştir.

BULGULAR

Bu kısımda Çalışmanın amacı doğrultusunda internet ağı üzerinden gerekli taramalar yapılmıştır. Elde edilen veriler tablo halinde gösterilip yorumlanmıştır.

Tablo 1: 2020 Yılı Sağlık Yönetimi Programına Öğrenci Kabul Eden Üniversiteler

No	Üniversite Adı	No	Üniversite Adı
1	Afyonkarahisar Ü. SBF*	31	Karamanoğlu Mehmet Bey Ü. SBF
2	Aksaray Ü. SBF	32	Kayseri Ü. SBF
3	Ankara Hacı Bayram Veli Ü. İİBF*	33	Kırıkkale Ü. SBF
4	Ankara Ü. SBF	34	Kırklareli Ü. SYO
5	Ankara Yıldırım Beyazıt Ü. SBF	35	Kilis 7 Aralık Ü. SBF
6	Ardahan Ü. SBF	36	Marmara Ü. SBF
7	Artvin Çoruh Ü. İF	37	Mersin Ü. SYO
8	Bandırma Onyediy Eylül Ü. SBF*	38	Muğla Sıtkı Koçman Ü. SBF
9	Batman Ü. SYO	39	Munzur Ü. İİBF
10	Bayburt Ü. SBF*	40	Muş Alparslan Ü. SBF
11	Bilecik Şeyh Edebali Ü. SBF	41	Necmettin Erbakan Ü. SBF
12	Bingöl Ü. SBF	42	Niğde Ömer Halis Demir Ü. SYO
13	Burdur Mehmet Akif Ersoy Ü. İİBF*	43	On Dokuz Mayıs Ü. SBF
14	Çanakkale Onsekiz Mart Ü. UBF	44	Ordu Ü. SBF

15	Çankırı Karatekin Ü. SBF	45	Osmaniye Korkut Ata Ü. SBF
16	Dicle Ü. İİBF	46	Sağlık Bilimleri Ü. SBF (İstanbul)
17	Düzce Ü. İF*	47	Sağlık Bilimleri Ü. SBF (Ankara)
18	Erzincan Binali Yıldırım Ü. İİBF*	48	Sakarya UBF
19	Eskişehir Osmangazi Ü. SBF	49	Sakarya Ü. İF
20	Gümüşhane Ü. SBF	50	Samsun Ü. İİBF
21	Hacettepe Ü. İİBF	51	Selçuk Ü. SBF *
22	Hitit Ü. SBF*	52	Sinop Ü. İİBF
23	Iğdır Ü. İİBF	53	Sivas Cumhuriyet Ü. SBF*
24	İstanbul Medeniyet Ü. SBF	54	Süleyman Demirel Ü. İİBF*
25	İstanbul Ü. Cerrahpaşa SBF	55	Şırnak Ü. İİBF
26	İzmir Bakırçay Ü. SBF	56	Tokat Gaziosmanpaşa Ü. SBF
27	İzmir Katip Çelebi Ü. İİBF	57	Trakya Ü. SBFx2
28	Kahramanmaraş Sütçü İmam Ü. İİBF *	58	Uşak Ü. SYO
29	Kafkas Ü. SYO	59	Yozgat Bozok Ü. İİBF*
30	Karadeniz Teknik Ü. SBF		

-SBF: Sağlık Bilimler Fakültesi

-İİBF: İktisadi İdari Bilimler Fakültesi

-UBF: Uygulamalı Bilimler Fakültesi

-SYO: Sağlık Yüksek Okulu

-İF: İşletme Fakültesi

-Ü: Üniversite

-SBBF: Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi

-*:İkinci öğretimi olan üniversiteler

Tablo 1'e göre sağlık yönetimi bölümünde eğitim veren toplamda 59 kamu üniversitesi bulunmaktadır. Ayrıca bu üniversitelerden 15 tanesinin ikinci öğretimi de bulunmaktadır. Sağlık yönetimi bölümünün 34 adet sağlık bilimleri, 14 adet iktisadi ve idari bilimler, 3 adet işletme, 6 adet sağlık yüksekokulu ve 2 adet uygulamalı bilimler gibi farklı fakültelerde yer aldığı görülmektedir.

Tablo 2: 2020 Yılında Sağlık Yönetimine Kayıt Yapan Toplam Öğrenci Sayıları

Öğretim Türü	Program Sayısı	Minimum Öğrenci alan Üniversite	Maksimum Öğrenci Alan Üniversite	Ortalama	Toplam Kayıt Yapan öğrenciler
Birinci Öğretim	59	23(Kafkas Ü)	103(Ankara Hacı Bayram Ü)	63,90	3770
İkinci Öğretim	15	41(Bandırma On Yedi Eylül Ü.-Hitit Ü.)	72(Afyonkarahisar Ü.- Selçuk Ü. Süleyman Demirel Ü. Trakya Ü.)	60,53	908
Genel Toplam					4678

Tablo 2'ye göre 2020 yılında sağlık yönetimi bölümünü tercih edip yerleşen 4.678 öğrenci olduğu görülmektedir. Bu öğrencilerin 3.770'nin birinci öğretim, 908'nin ise ikinci öğretime yerleştiği görülmektedir. Birinci öğretimde en az öğrenci alan üniversitenin Kafkas, en fazla alan öğrenciyi ise Ankara Hacı Bayram üniversitesi olduğu görülmektedir. Toplam program sayısı ise birinci öğretimde 59 ikinci öğretimde ise 15 ve toplamda 74 adet programın olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Sağlık Yönetimi Bölümünde Mevcut Kayıtlı Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	9.798	%67,29
Erkek	4.763	%32,71
Genel Toplam	14.561	%100

Tablo 3'e göre sağlık yönetimi bölümünde mevcut kayıtlı öğrenci sayısının 14.561 olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre kadın öğrencilerinin (%67,29) çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Tablo 4: Sağlık Yönetimi Bölümlerinde Görev Alan Öğretim Elemanlarının Unvana Göre Dağılımı

Akademik Unvan	Sayı	Yüzdellik (%)
Profesör	62	%14,09
Doçent	67	%15,23
Doktora Öğretim Üyesi	148	%33,64
Öğretim Görevlisi	21	%4,77
Araştırma Görevlisi	142	%32,27
Toplam	440	%100

Tablo 4'e göre sağlık yönetimi bölümünde görev alan öğretim elemanlarının ağırlıklı olarak Doktora Öğretim Üyeleri (%33,64) ve Araştırma Görevlilerinden (%32,27) oluştuğu görülmektedir. Toplamda 428 öğretim elemanının sağlık yönetimi bölümünde görev aldıkları görülmektedir.

Tablo 5: Sağlık Yönetimi Bölümlerinde Mevcut Akademisyenlerin Lisans Mezuniyetlerine Göre Dağılımı

Bölüm	Sayı	Yüzdellik (%)
Sağlık İdaresi/Yönetimi	158	%35,91
İşletme	74	%16,82
Hemşirelik	35	%7,95
İktisat	26	%5,91
Tıp	14	%3,18
Biyoloji	10	%2,27
Kamu Yönetimi	9	%2,05

Sağlık Programları	7	%1,60
Sosyoloji	7	%1,60
Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi	7	%1,60
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	7	%1,60
Endüstri Mühendisliği	7	%1,60
Sağlık Eğitimi	6	%1,36
Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik	6	%1,36
Diş Hekimliği	5	%1,13
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri	5	%1,13
Maliye	5	%1,13
Sağlık Memurluğu	4	%0,90
Elektrik-Elektronik Mühendisliği	4	%0,90
Ekonometri	4	%0,90
Hukuk	4	%0,90
Uluslararası İlişkiler	4	%0,90
Matematik	3	%0,69
Muhasebe	3	%0,69
Eğitim Bilimleri	3	%0,69
Diğer	23	%5,23
Genel Toplam	440	%100,0

Tablo 5'e göre sağlık yönetimi bölümünde eğitim veren mevcut öğretim elemanlarının lisans mezuniyetlerinin birbirinden farklı birçok alandan olduğu görülmektedir. Mevcut öğretim elemanlarının en çok sağlık idaresi/yönetimi bölümünden (%35,91) olduğu, sırasıyla işletme (%16,82) ve hemşirelik (%7,95) gibi bölümlerin ağırlıkta olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Sağlık Yönetiminde Görev Alan Öğretim Elemanlarının Unvan ve Üniversitelere Göre Dağılımı

No	Üniversite Adları	Prof. Dr.	Doç.Dr.	Dr.Öğr.Ü	Öğr.Gör	Arş.Gör	Toplam
1	Afyonkarahisar Ü	0	1	5	4	1	11
2	Aksaray Ü	0	1	3	0	3	7
3	Ankara Hacı Bayram Veli Ü	4	2	5	0	2	13
4	Ankara Ü	4	2	0	2	8	16
5	Ankara Yıldırım Beyazıt Ü	1	2	1	0	2	6
6	Ardahan Ü	0	2	2	0	0	4

7	Artvin Çoruh Ü	0	0	2	0	0	2
8	Bandırma Onyedi Eylül Ü	1	1	2	0	2	6
9	Batman Ü	0	0	3	0	1	4
10	Bayburt Ü	0	0	3	0	1	4
11	Bilecik Şeyh Edebali Ü	0	1	2	0	1	3
12	Bingöl Ü	0	1	3	1	5	10
13	Burdur Mehmet Akif Ersoy Ü	1	1	4	0	3	9
14	Çanakkale Onsekiz Mart Ü	2	1	1	0	1	5
15	Çankırı Karatekin Ü	0	0	3	0	0	3
16	Dicle Ü	1	4	2	1	4	12
17	Düzce Ü	3	2	2	0	2	9
18	Erzincan Binali Yıldırım Ü	4	1	3	1	3	12
19	Eskişehir Osmangazi Ü	1	0	2	0	1	4
20	Gümüşhane Ü	0	2	4	0	2	8
21	Hacettepe Ü	6	4	2	1	13	26
22	Hitit Ü	0	1	3	0	3	7
23	Iğdır Ü	0	0	2	0	0	2
24	İstanbul Medeniyet Ü	1	2	1	0	2	6
25	İstanbul Ü	4	2	2	0	4	12
26	İzmir Bakırçay Ü	1	0	3	0	1	5
27	İzmir Katip Çelebi Ü	2	1	2	0	1	6
28	Kahramanmaraş Sütçü İmam Ü	1	0	2	0	2	5
29	Kafkas Ü	0	0	3	0	1	4
30	Karadeniz Teknik Ü	0	1	2	0	4	7
31	Karamanoğlu Mehmet Bey Ü	0	0	3	0	1	4
32	Kayseri Ü	0	2	0	0	0	2
33	Kırıkkale Ü	0	1	3	0	2	6
34	Kırklareli Ü	1	0	2	2	2	7
35	Kilis 7 Aralık Ü	0	0	3	0	2	5
36	Marmara Ü	6	2	5	3	3	19
37	Mersin Ü	0	2	1	0	1	4
38	Muğla Sıtkı Koçman Ü	1	2	2	2	0	7
39	Munzur Ü	1	0	5	0	7	13
40	Muş Alparslan Ü	0	0	3	1	9	13

41	Necmettin Erbakan Ü	0	3	2	0	1	6
42	Niğde Ömer Halis Demir Ü	0	0	3	0	2	5
43	On Dokuz Mayıs Ü	0	3	2	0	0	5
44	Ordu Ü	2	1	1	0	1	5
45	Osmaniye Korkut Ata Ü	0	0	3	0	1	3
46	Sağlık Bilimleri Ü (İstanbul)	0	0	3	0	0	3
47	Sağlık Bilimleri Ü (Ankara)	4	2	0	2	8	16
48	Sakarya Uygulamalı Bilimler Ü	0	1	2	0	1	4
49	Sakarya Ü	3	1	2	0	1	7
50	Samsun Ü	1	1	2		1	5
51	Selçuk Ü	2	1	3	1	4	11
52	Sinop Ü	0	0	4	0	1	5
53	Sivas Cumhuriyet Ü	1	4	1	0	4	10
54	Süleyman Demirel Ü	3	3	5	0	3	14
55	Şırnak Ü	0	0	4	0	9	13
56	Tokat Gaziosmanpaşa Ü	0	0	3	0	0	3
57	Trakya Ü	0	1	3	0	2	6
58	Uşak Ü	0	0	3	0	1	4
59	Yozgat Bozok Ü	0	2	1	0	2	5
Genel Toplam		62	67	148	21	142	440

Tablo 6’da sağlık yönetimi bölümü bulunan üniversitelerin akademik yapısı ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiştir. Buna göre Hacettepe Üniversitesi 26 akademik personelle en çok akademisyene sahip üniversitedir. Artvin Çoruh Üniversitesi, Iğdır Üniversitesi ve Kayseri Üniversitesi 2’şer personelle en az akademisyene sahip üniversitelerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sektörünün finansal, idari ve sağlık bakımı açısından iyi yönetilmesi büyük önem arz etmektedir. İyi bir yönetim için profesyonel yöneticilere ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık kurumlarının yönetimi için de lisans düzeyinde eğitim sunan ve yönetici adayı yetiştiren sağlık yönetimi bölümü bu çalışmada değerlendirilmiştir. Çalışmada sağlık yönetimi bölümünün akademik yapısı birçok yönden değerlendirilmiştir.

Elde edilen verilere göre 2020 yılında kamu üniversitelerinde lisans düzeyinde sağlık yönetimi bölümünde eğitim sunan ve öğrenci alan toplamda 59 kamu üniversitesinin bulunduğu, 15 üniversitenin ikinci öğretim bölümü de bulunduğu görülmektedir. Sağlık yönetimi bölümünün sağlık bilimleri fakültesi, iktisadi ve idari bilimler fakültesi, işletme fakültesi gibi çeşitli fakülteler altında açılmakta ve çoğunlukla sağlık bilimleri fakültesinin tercih edilmektedir. 2020 yılında sağlık yönetimi bölümlerine yerleşen 4.678 öğrenci bulunmaktadır. Bölümlere yerleşen minimum 23 öğrenci maksimum ise 103 öğrencinin bulunduğu görülmektedir. Mevcut kayıtlı öğrenci

622



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sayısının 14.561 olup cinsiyete göre kadın öğrenciler (%67,29) çoğunluğu oluşturmaktadır. Sağlık yönetimi bölümlerinde kadrosu bulunan öğretim elemanlarının akademik unvan olarak 62 profesör, 67 doçent, 148 doktora öğretim üyesi, 21 öğretim görevlisi ve 142 araştırma görevlisi olmak üzere toplamda 440 öğretim elemanı bulunmaktadır. 440 öğretim elemanın lisans mezuniyetlerinin çok çeşitli olduğu ve 158 öğretim elemanın sağlık yönetimi bölümlerinden mezun olduğu görülmektedir. Hacettepe Üniversitesi sağlık yönetimi bölümleri arasında sayısal olarak en yüksek akademik kadroya sahip olan üniversitedir.

Sağlık yönetimi bölümü akademik ve öğrenci yapısı olarak giderek artış görülen bir bölümdür. Bölümün en büyük eksikliği ise geleceğe yönelik plan yapılmamış olması ve mezunların uygun istihdamının yapılmamasıdır. Bu yüzden nicel olarak artışın sağlanmasından ziyade mevcut kontejanların azaltılması ve yığılmanın olmaması için gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı ve YÖK'ün birlikte çalışarak sağlık yönetimi mezunları için geleceğe daha güzel adımlar atması daha yararlı olacaktır. Sonraki çalışmaların sağlık yönetimi mezunlarının mevcut istihdam politikası, iş gücü ve yerleşme oranına yönelik olmasının yararlı olacağı öngörülmektedir.

Yazar Katkısı Beyanı

Literatür Taraması: MF

Verilerin Toplanması ve Analizi: MF

Bulgu ve Sonuçların Yazılması: MF

Finansal Destek ve Çıkar Çatışması Beyanı: Bu çalışma için herhangi bir yerden finansal destek alınmamıştır. Çıkar çatışması arz edecek herhangi bir durum bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Arap, K.S. (2010). Türkiye yeni üniversitelerine kavuşurken: Türkiye'de yeni üniversiteler ve kuruluş gerekçeleri. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 65(01), 1-29.
- Austin Charles, J. (1978) What is health administration, New York S.P. Medical and Scientifics Books, Spectrum Publications, 105-106.
- Çimen, M. (2010). Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), 136-139.
- Esen, M., ve Esen, D. (2015). Öğretim üyelerinin performans değerlendirme sistemine yönelik tutumlarının araştırılması. Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 5(1), 52-67. <https://doi.org/10.5961/jhes.2015.109>.
- Filiz M., ve Karagöz N.(2020). Kamu Hastane Birliklerinin Ülke Sağlık Politikalarına Katkısı Belirlemede Sağlık Personelinin Algısı [Sivas İli Örneği]. Cumhuriyet Üniversitesi İİBF Dergisi, 21(1), 105-127.
- ÖSYM. (2021). Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi. <https://www.osym.gov.tr/TR,19460/2020-yks-yerlestirme-sonuclarina-iliskin-sayisal-bilgiler.html>
- Resmi Gazete (2014). Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Tarih: 22 Mayıs 2014, Sayı: 29007
- Sağlık Bakanlığı. (2014). SHGM, Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Sağlık Bakanlığı, HMM.
- Sağlık Bakanlığı. (2017). SHGM, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Aktif Çalışan Personel CD çalışması. <https://shgm.saglik.gov.tr>



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Sağlık Bakanlığı. (2013). SHGM, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Aralık 2013. <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr>.
- Schultz, R., & Alton, C.J. (1976). Management of Hospitals. New York: Mc Graw Hill Book Company, 86-87.
- Şener, E., Erdem, R., ve Akçakanat, T. (2010). Türkiye'de Lisans Düzeyinde Sağlık Yöneticisi Yetiştiren Kurumların Akademik ve Eğitsel Profili. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 13(1), 29-44.
- Uzuntarla, Y. (2010). Sağlık yönetimi bölümünün üniversite sınavında ve kamuya personel alımlarındaki kontenjanları: 2016 yılı değerlendirmesi. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4(1), 17-22. <https://doi.org/17-22.10.5455/sad.13-1483426746>.
- YÖK. (2021). Yükseköğretim Kurulu. <https://akademik.yok.gov.tr/AkademikArama/>. <https://yokatlas.yok.gov.tr/>.

HASTANELERDE STOK KONTROL YÖNETİMİ: İLAÇ STOKLARININ ABC, VED VE ABC-VED YÖNTEMLERİ İLE ANALİZİ

INVENTORY CONTROL MANAGEMENT IN HOSPITALS: ANALYSIS OF DRUG INVENTORIES WITH ABC, VED AND ABC-VED METHODS

Dr. Nazife ÖZTÜRK

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, nazife_sahan@yahoo.com, orcid.org/0000-0001-7552-5723

Ecz. Rabia Nilüfer ERSOYOĞLU

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, rabiabarin@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-3656-0136

Arş.Gör.Uzm. Ferda IŞIKÇELİK

Ankara Üniversitesi, ferdabuluc@gmail.com, orcid.org/0000-0002-7975-4141

Makale gönderim tarihi (10.11.2021-15.12.2021)

Öz

Bu çalışmanın amacı, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastanenin iki yıllık ilaç tüketimlerini incelemek; COVID-19 Pandemisi öncesi ve Pandemi döneminde ilaç tüketimlerindeki değişimi ortaya koymaktır. Hastanenin 2019 ve 2020 yıllarına ait ilaç tüketimleri ABC, VED ve ABC-VED Matrisi stok kontrol yöntemleriyle analiz edilmiştir. Hastanenin 2019 yılında 113 farklı kalem ilaçtan 174.668 adet; 2020 yılında 105 farklı kalem ilaçtan 88.547 adet tükettiği; yıllık ilaç tüketim tutarının 2019'da 785.744,55 TL, 2020'de 650.038,56 TL olduğu belirlenmiştir. Analiz sonucunda, 2019'dan 2020'ye toplam ilaçlar içinde I. Kategori ilaçların payı %26'dan %23'e, II. Kategori ilaçların payı %35'ten %28'e düşerken, III. Kategorideki ilaçların payı %40'tan %50'ye yükselmiştir. Parasal açıdan I. ve II. Kategorideki ilaçların payı aynı kalırken III. Kategorideki ilaçların payı artmıştır. Hem maliyet hem de hayati önem açısından en önemli grup olan AV kategorisindeki ilaç tüketimi 2019 yılında 3 adet iken 2020 yılında 4 adet olduğu tespit edilmiştir. Pandemi döneminde ilaç tüketim miktarının ve tutarlarının genel olarak azaldığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: ABC Analizi, ABC-VED Analizi, İlaç, VED Analizi, Stok Kontrol

Abstract

The aim of this study is to examine the two-year drug consumption of a hospital with Ministry of Health; to reveal the change in drug consumption before the COVID-19 Pandemic and pandemic period. The drug consumptions of the hospital examined for the years 2019 and 2020 were analyzed with ABC, VED and ABC-VED Matrix stock control methods. The hospital examined was 174,668 out of 113 different drugs in 2019; consumed 88,547 units of 105 different drugs in 2020. The annual drug consumption amount was 785,744.55 TL in 2019, it was 650,038,56 TL in 2020. As a result of the analysis, the share of Category I



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

drugs in total drugs decreased from 26% to 23%, the share of Category II drugs decreased from 35% to 28%, while the share of Category III drugs decreased from 40% to 50% has risen to. In monetary terms, the share of drugs in Category I and II remained the same, while the share of drugs in Category III increased. According to the ABC-VED analysis, it was determined that while the consumption of drugs in the AV category, which is the most important group in terms of both cost and vitality, was 3 in 2019, it was 4 in 2020. It has been determined that the amount and amounts of drug consumption decreased in general during the pandemic period.

Keywords: ABC Analysis, ABC-VED Analysis, Drug, VED Analysis, Inventory Control

GİRİŞ

Gelişmiş tıbbi teknoloji ve ilaçların ortaya çıkmasıyla birlikte, sağlık hizmeti sunumuna yapılan harcamalar orantısız bir şekilde artmıştır. Sağlık harcamalarında ortaya çıkan bu orantısız artış sağlık hizmetlerindeki mevcut finansal zorluklara da büyük katkı sağlamıştır (Gupta vd., 2011: 326; Antonoglou vd., 2017: 170). Sağlık harcamaları içerisinde önemli bir paya sahip olan hastaneler en önemli kaynaklarını ilaç ve tıbbi malzeme almak için kullanmaktadır (Yiğit ve Yiğit, 2019). Özellikle ilaç maliyeti hastaneler için önemli bir gider kaynağıdır, bir kamu hastanesinin yıllık bütçesinin %20-35'inin eczane birimi tarafından harcandığı tahmin edilmektedir (Hussain vd., 2019; Woldeyhonnis ve Jemal, 2020: 96).

Eczaneler, hastanelerde hem en çok kullanılan hem de sürekli olarak yüksek tutarların harcandığı birkaç bölümden biridir. Hastanelerde ilaçların uygun kullanımı ve bulunabilirliği, hastaların erken taburcu edilmesini sağladığı gibi mevcut kaynaklar dahilinde hasta bakımını iyileştirmek için hayati önem taşımaktadır. Diğer taraftan hastanelerde akılcı olmayan ilaç kullanımı, temel ilaçlara erişimin azalması, stokların tükenmesi gibi nedenler hastaların sağlık sistemine olan güveninin azalması, hastanede kalma süresinin artması gibi bir dizi soruna yol açmakta, hizmet sürecini olumsuz etkilemektedir (Kivoto vd., 2018; Hazrati vd., 2018). Hem bu sorunları en aza indirmek hem de sınırlı kaynakların etkin kullanımı için harcama talep dengesi olması gerekmektedir. Bu denge ancak hastanelerde eczane gibi çok harcama gerektiren özellikli birimlerin klinik ve idari açıdan verimli bir şekilde çalışması ile kurulabilir. Bu nedenle hastanelerde etkin ilaç lojistiği planlaması ve stok kontrol yöntemlerini kullanmak önem arz etmektedir (Pund vd, 2016: 469; Liu, 2017: 201).

Stok kontrolü, satın alma maliyetlerinin ve depolama maliyetlerinin mümkün olduğunca düşük tutulması için neyin, ne zaman ve ne kadar sipariş edileceğini ve ne kadar stoklanacağını gösteren bir yöntemdir. İlaç stok yönetimi, ilaçların satın alınması için kaynakların maliyetlerini ve kritikliğini göz önünde bulundurarak makul bir şekilde tahsis edilmesini sağlamaktadır. Bu sistem farmasötik tedarik sisteminin özüdür. Amacı, tüketicilerin gerçek ihtiyaçlarını verimli bir şekilde karşılamak için stok maliyetlerini en aza indirirken kaliteyi optimize eden kararları vermektir. Ayrıca bu sistem etkin stok kontrolüne, arz ve talepteki dalgalanmalara, belirsizliğe karşı korunmaya ve bekleme süresini en aza indirmeye yardımcı olmaktadır. Hastanelerde stok kontrolü için çeşitli yöntemler kullanılmakla birlikte en yaygın kullanılan yöntem ABC-VED analiz yöntemidir. Bu yöntem ilaçların hem ekonomik hem hayati önemine göre eş zamanlı sonuç vermektedir (Mohammed ve Workneh, 2020: 113; Pund vd., 2016: 470; Anand vd., 2013: 114).

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı A-II grubu 502 yataklı bir hastanenin iki yıllık ilaç tüketimlerini maliyetleri ve hayati önemleri açısından incelemek; COVID-19 Pandemi dönemi öncesi ve pandemi döneminde ilaç tüketimlerindeki değişimi ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu kapsamda çalışmanın Kavramsal Çerçeve bölümünde ABC, VED ve ABC-VED Matrisi

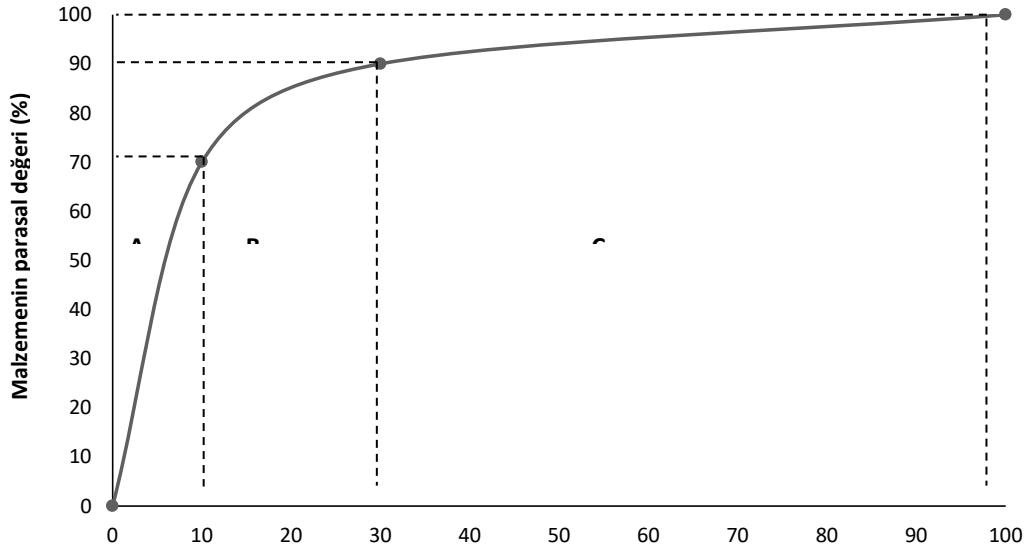
Yöntemleri ile ilgili teorik bilgiye yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde yöntem hakkında bilgiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular ve tartışma bulunmaktadır. Son bölümde ise araştırma sonuçları ve bunlar doğrultusunda geliştirilen öneriler sunulmuştur.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

ABC (Always – Better – Control) Yöntemi

ABC (Always Better Control) yöntemi “Her Zaman Daha İyi Kontrol” yöntemi olarak bilinmekte, Pareto prensibine dayalı olarak stokları önem derecesine göre sınıflandırmayı esas almaktadır. Bu yaklaşıma göre stokta bulunan %10'luk kalemler bütçenin yaklaşık %70'ini, (A Grubu), sonraki %20'lik kalemler bütçenin %20'sini, (B Grubu) ve kalan %70'lik kalemler bütçenin sadece %10'unu oluşturmaktadır (C Grubu) (Kumar ve Chakravarty, 2015). Yöntemin temel prensibi stoklamaya esas olan malzemeyi önem derecesine bakarak sınıflamak ve kontrol etmeye dayalı bir sistem oluşturmaktır (Çabuk vd., 2014:69). Şekil 1'de ABC yöntemine esas parasal değer ve yüzdesel değerler gösterilmiştir.

Şekil 1: ABC Yöntemi



Kaynak: Gupta 2007; Khurana et al. 2013; Singam et al. 2016

ABC grubuna giren malzemeler maliyeti yüksek, orta düzey ve düşük malzemeler olarak sınıflandırılmaktadır. Maliyeti yüksek olan malzemeler A grubunda yer almakta ve bu grupta yer alan malzemelerin stok seviyesinin düşük tutularak stoklarının yakından takip edilmesi gerekmektedir. B grubunda yer alan malzemeler stok seviyesi orta düzeyde olmalı ve orta düzeyde kontrol gerekmektedir iken C grubunda yer alan maliyeti düşük grupta olan malzemelerin stok miktarının çok olması nedeniyle fazla stoklandığı bilinmekte, bu tür malzemelerin stok takibinin düşük seviyede kontrolü gerekmektedir (Jobira vd., 2021: 3).

VED (Vital – Essential – Desirable) Yöntemi

VED (Vital – Essential – Desirable) yöntemi kritiklik ve faydaya dayalı stok kontrol yöntemidir. Bu yöntemde malzemeler hayati önemli, orta derecede önemli, hayati önem taşımayan olarak üç kategoriye ayrılır. Hayati önemli malzemeler hayat kurtarma potansiyeline sahip ve onlarsız güvenli bir şekilde yaşamının mümkün olmadığı malzemelerdir. Her an stokta bulunması zorunlu grupta olan malzemelerdir (Taddele vd., 2019: 182; Migbaru vd., 2016: 735). Orta derecede önemli malzemeler olmaması ve kısa sürede bulunması tolere edilebilir malzemelerdir. Yani stokta hiç olmayan ve kısa süre içerisinde tedarik edildiğinde sorun teşkil etmeyecek grupta olan malzemelerdir. Hayati önem taşımayan grupta bulunan malzemeler ise hastaların sağlığını etkilemeyen kritiklik seviyesi en düşük düzeyde bulunan malzemeler olarak sınıflandırılmaktadır. ABC yöntemi yalnızca parasal değer ve tüketim miktarına odaklanırken VED yöntemi kritiklik ve ihtiyaca odaklanmakta, parasal değeri ve tüketimi miktarı düşük dahi olsa stokta bulunması gereken malzemeleri kategorize etmek için kullanılmaktadır (Woldeyhonnis ve Jemal, 2020: 96).

ABC-VED Matrisi Yöntemi

Sağlık sisteminde özellikle hastanelerde tedarik zinciri ve stok sistemi kolay değildir. Pek çok çeşit malzeme ve ilaç girdisi olması etkin stok kontrolü sağlanmasını zorunlu kılmaktadır. Tıbbi stokları yönetirken maliyet ve kritiklik faktörleri üzerinde durulmaktadır (Kumar ve Chakravarty, 2015). ABC-VED Matrisi Yöntemi elde bulunan stokların hem kritiklik hem de parasal değerlerini aynı anda analiz etmekte, böylece maliyet ve hayati önem değeri arasındaki çelişki giderilmekte ve her iki gruba giren malzemelerin etkili stok kontrolü sağlanmaktadır (Bose, 2006; Işıkçelik, 2019).

Stok kontrol yöntemi arasında yaygın olarak tercih edilen ABC-VED Matrisi Yönteminde dokuz farklı alt grup ve üç farklı kategori bulunmaktadır (Anand vd., 2013; Yiğit ve Yiğit, 2019). Bu grup ve kategoriler şunlardır:

I. Kategori: AV+BV+CV+AE+AD

II. Kategori: BE+CE+BD

III. Kategori: CD

Tablo 1: ABC-VED Matrisi

	V (Vital)	E (Essential)	D (Desirable)
A (Always)	AV	AE	AD
B (Better)	BV	BE	BD
C (Control)	CV	CE	CD

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Sağlık Bakanlığı'na bağlı A-II grubu 502 yataklı bir hastanenin iki yıllık ilaç tüketimlerini maliyetleri ve hayati önemleri açısından incelemek; COVID-19 Pandemi öncesi ve pandemi döneminde ilaç tüketimindeki değişimi ortaya koymaktır. Bu kapsamda çalışmanın gerçekleştirildiği tarih göz önüne alınarak pandemi öncesi dönemi temsilen 2019 yılı verileri, pandemi dönemini temsilen 2020 yılı verileri ele alınmıştır.

Araştırmanın Yöntemi ve Veri Analizi

Araştırma kapsamında incelenen hastanenin 2019 ve 2020 yıllarına ait ilaç tüketimleri ABC, VED ve ABC-VED stok kontrol yöntemleri ile analiz edilmiştir. ABC Yöntemi kapsamında yıllık ilaç tüketim miktarı ve birim fiyat verileri ile her ilaç kaleminin yıllık parasal değeri hesaplanmış; yıllık ilaç harcamalarının yaklaşık %70'lik bölümü A grubuna, %20'lik bölümü B grubuna ve %10'luk bölümü C grubuna ayrılmıştır. VED Yöntemi kapsamında ilaçlar uzman görüşü alınarak hayati önem dereceleri açısından 3 gruba ayrılmıştır. ABC ve VED yöntemleriyle analiz kapsamında elde edilen bulgular ABC-VED matrisinde birleştirilerek 3 temel kategori ve 9 alt kategori oluşturulmuştur. Bu kategoriler; Kategori I: AV, AE, AD, BV ve CV Kategori II: BE, CE, BD Kategori III: CD şeklindedir. Araştırmada ABC, VED ve ABC-VED Matrisi analizi MS Excel programından yararlanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada kullanılan verilerin kapsamı ve analiz yöntemi gereği çalışmanın Etik Kurul Onayı gerektirmeyen çalışmalar kapsamında yer alması nedeniyle etik kurul onayı alınmamıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki incelenen hastane 2019 yılında 113 farklı kalem ilaçtan 174.668 adet; 2020 yılında 105 farklı kalem ilaçtan 88.547 adet tüketmiştir. Hastanenin yıllık ilaç tüketim tutarı ise 2019 yılında 785.744,55 TL iken 2020 yılında 650.038,56 TL'dir. Tablo 2'de yer alan ABC Analizi bulgularında yer aldığı üzere 2019 yılında tüketilen 113 kalem ilaçtan 13'ü (%12) A grubu, 18'i (%16) B grubu, 82'si (%73) C grubunda yer almakta iken 2020 yılında tüketilen 105 kalem ilacın 10'u (%10) A grubu, 12'si (%11) B grubu, 83'ü (%79) C grubunda yer almaktadır. Hastanenin 2019 yılı toplam ilaç tüketim tutarının 554.269,00 TL'si (%71) A grubu, 156.736,18 TL'si (%20) B grubu, 74.739,37 TL'si (%10) C grubu ilaçlardan oluşmakta iken 2020 toplam ilaç tüketim tutarının 450.280,60 TL'si (%69) A grubu, 129.562,66 TL'si (%20) B grubu, 70.195,31 TL'si (%11) C grubu ilaçlardan meydana gelmektedir. Covid-19 pandemisinin ABC analizi bulgularına etkisi değerlendirildiğinde A ve B grubu ilaç tüketimi pandemi döneminde azalırken C grubu ilaç tüketimi arttığı saptanmıştır. Pandeminin ilaç tüketim tutarlarına etkisine bakıldığında A grubu ilaçlara harcanan tutarın azaldığı, B grubuna harcanan tutarın sabit kaldığı ve C grubuna harcanan tutarın arttığı tespit edilmiştir.

Tablo 2: ABC Analizi Bulguları

	Stok Miktarı (Sayı)		Stok Miktarı (%)		Stok Tutarı (TL)		Stok Tutarı (%)	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
A (Always)	13	10	12%	10%	554.269	450.281	71%	69%
B (Better)	18	12	16%	11%	156.736	129.563	20%	20%

C (Control)	82	83	73%	79%	74.739	70.195	10%	11%
Toplam	113	105	100%	100%	785.745	650.039	100%	100%

VED analizine ilişkin bulgular Tablo 3'te yer almaktadır. Hayati önemleri açısından ilaç tüketimleri incelendiğinde 2019 ve 2020 yıllarında tüketilen ilaçların %17'sinin V grubunda; 2019'da tüketilen ilaçların %35'inin ve 2020'de ise %30'unun E grubunda; 2019 yılında tüketilen ilaçların %48'inin ve 2020 yılında tüketilen ilaçların %53'ünün D grubunda yer aldığı görülmektedir. Yıllık ilaç tüketiminin gruplara dağılımına bakıldığında V grubu ilaçların 2019 tüketimi içindeki payı %26 iken 2020 tüketimindeki payı %28'dir. Hayati önem açısından orta derecede önemli olan E grubu ilaçların yıllık ilaç tüketimi içindeki payı 2019 yılında %49 iken 2020 yılında %47'dir. D grubu ilaçların yıllık ilaç tüketimi içindeki payı 2019 yılında %25 ve 2020 yılında %26'dır. İlaç tüketim miktarları üzerinde Covid-19 pandemisinin etkisi değerlendirildiğinde V grubu ilaçlarda bir değişim gözlenmemekteyken E grubu ilaç tüketim miktarının 2020'de azaldığı, D grubu ilaçlar tüketiminin ise arttığı saptanmıştır. Pandeminin ilaç tüketim tutarlarına etkisine bakıldığında V ve E grubu ilaçlara harcanan tutarın pandemiyle artarken, E grubu ilaç harcamalarının azaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 3: VED Analizi Bulguları

	Stok Miktarı (Sayı)		Stok Miktarı (%)		Stok Tutarı (TL)		Stok Tutarı (%)	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
V (Vital)	19	18	17%	17%	206.614	180.288	26%	28%
E (Essential)	40	31	35%	30%	381.570	303.837	49%	47%
D (Desireble)	54	56	48%	53%	197.561	165.913	25%	26%
Toplam	113	105	100%	100%	785.745	650.039	100%	100%

ABC ve VED yöntemleriyle analiz bulgularının kombinasyonu ile elde edilen ABC-VED Martisi bulguları Tablo 4'te yer almaktadır. Analiz sonucunda hem maliyet hem de hayati önem açısından en önemli grup olan AV kategorisindeki ilaç tüketimi 2019 yılında 3 adet iken 2020 yılında 4 adettir. Diğer kategorilerdeki ilaç tüketim miktarlarının yıllık değişimine bakıldığında AE kategorisinde 6'den 4'e, AD kategorisinde 4'ten 2'ye düştüğü, BV kategorisinde değişiklik olmadığı, BE kategorisinde 8'den 5'e, BD kategorisinde 5'ten 2'ye, CV kategorisinde 11'den 9'a, CE kategorisinde 26'dan 22'ye düştüğü, CD kategorisinde ilaç tüketiminin ise 45'ten 52'ye yükseldiği görülmektedir. İlaç tüketim tutarlarının yıllık değişimi değerlendirildiğinde AV, AE, AD, BE, BD, CV, CD kategorisindeki ilaçlara harcanan tutar düşerken BV ve CE kategorisindeki ilaçlara harcanan tutarın arttığı saptanmıştır. Pandemi döneminde kategorilerdeki ilaç tüketim miktarının ve tutarlarının genel olarak azaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 4: ABC-VED Matrisi Bulguları

Kategori	Stok Miktarı (Sayı)		Stok Değeri (TL)		Kategori	Stok Miktarı (Sayı)		Stok Değeri (TL)		Kategori	Stok Miktarı (Sayı)		Stok Değeri (TL)	
	2019	2020	2019	2020		2019	2020	2019	2020		2019	2020	2019	2020
AV	3	4	136.942	116.311	AE	6	4	287.934	218.784	AD	4	2	129.393	115.186
BV	5	5	51.643	54.459	BE	8	5	70.216	57.509	BD	5	2	34.878	17.595
CV	11	9	18.030	9.519	CE	26	22	23.420	27.543	CD	45	52	33.289	33.133

ABC-VED Matrisi bulgularının yıllık toplam ilaç tüketimi miktarı (2019=113, 2020=105; 2019=785.745 TL, 2020= 650.039 TL) ve tutarı içindeki yüzdesel dağılımı Tablo 5'te bulunmaktadır. Buna göre AV, AE, AD, BE, BD, CV, CE kategorisi ilaçları yıllık ilaç tüketimi içindeki payının azaldığı, BV kategorisinde değişim olmadığı, CD kategorisindeki ilaçların ise arttığı belirlenmiştir. Yıllık ilaç tüketimi içerisinde kategorilere göre ilaç tüketiminin parasal tutarlarındaki yüzdesel değişime bakıldığında AV, AD, BV, CE, CD kategorilerinde yıllara göre artış, AE, BD, CV kategorilerinde düşük görülmekteyken BE kategorisinde değişim gözlenmemiştir.

Tablo 5: ABC-VED Matrisi Bulguları (%)

Matris	Stok Miktarı		Stok Değeri (TL)		Matris	Stok Miktarı		Stok Değeri (TL)		Matris	Stok Miktarı		Stok Değeri (TL)	
	2019	2020	2019	2020		2019	2020	2019	2020		2019	2020	2019	2020
AV	3%	4%	17%	18%	AE	5%	4%	37%	34%	AD	4%	2%	16%	18%
BV	4%	4%	7%	8%	BE	7%	5%	9%	9%	BD	4%	2%	4%	3%
CV	10%	4%	2%	1%	CE	23%	21%	3%	4%	CD	40%	50%	4%	5%

ABC-VED Matrisi analizi neticesinde elde edilen 9 alt kategoriden 3 temel kategori elde edilmiştir. İlaçların hem maliyet hem de hayati önem açısından büyük değere sahip olduğu I. Kategorideki ilaçların toplam ilaç miktarı içindeki payı %26'dan %23'e düşerken parasal olarak %79 ile sabit kalmıştır. İlaçların hizmet sunumunda gerekli, maliyet ve hayati önem açısından orta derecede öneme sahip olduğu II. Kategorideki ilaçların toplam ilaçlar içindeki payı %35'ten %28'e düşmüşken, parasal açıdan %16 ile sabit kaldığı saptanmıştır. İlaçların maliyet ve hayati önem açısından düşük değerde olduğu III. Kategorideki ilaçların toplam ilaçlar içindeki payı ise %40'tan %50'ye yükseldiği ve parasal açıdan %4'ten %5'e çıktığı tespit edilmiştir. Bu bulgular üzerinde pandeminin etkisi değerlendirildiğinde pandemi öncesi döneme kıyasla pandemi döneminde hayati önemi yüksek ilaç tüketim miktarının azalırken hayati önemi düşük ilaç tüketim miktarının arttığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6: ABC-VED Matrisi Kategori Bulguları

Kategori	Stok Miktarı (Sayı)		Stok Miktarı (%)		Stok Tutarı (TL)		Stok Tutarı (%)	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Kategori I (AV+AE+AD+BV+CV)	29	24	26%	23%	623.941	514.258	79%	79%
Kategori II (BE+CE+BD)	39	29	35%	28%	128.514	102.647	16%	16%
Kategori III (CD)	45	52	40%	50%	33.289	33.133	4%	5%
Toplam	113	105	100%	100%	785.745	650.039	100%	100%

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığına bağlı A-II grubu bir hastanenin 2019-2020 yıllarına ait ilaç tüketimi ABC, VED ve ABC-VED yöntemleri ile 3 temel 9 alt kategoride değerlendirilmiştir. Konu ile ilgili farklı özellikteki hastanelerde benzer çalışmalara rastlanmıştır. Tablo 7’de bu çalışmalara yer verilmiş, bu çalışmanın ve benzer çalışmaların karşılaştırılması yapılmıştır. İlgili çalışmalarda hem benzer hem farklılık gösteren sonuçlar bulunmaktadır, farklılıkların sağlık sistemi, stok kontrol yönetimi, hastanenin çalışma sistemi ve diğer koşullarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre I. kategoride yer alan ilaçların toplam ilaçlar içerisindeki payının 2019’da %26, 2020’de %23 olduğu görülmüştür. Tablo 6’nın stok miktarı sonuçlarının yer aldığı I. sütununda gösterilen benzer çalışmalarda I. Kategoride yer alan ilaçların toplam ilaçlar içerisindeki payının Fitriana vd. (2018), Antonoglou vd. (2017), Yiğit (2014), Devnani vd. (2010)’nin çalışmalarının sonuçlarının bu çalışmanın sonuçları ile en yakın yüzdeye sahip olduğu görülmüştür. Diğer çalışmaların sonuçlarının ise çalışmanın bulguları ile farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

I. kategoride yer alan ilaçların toplam ilaç harcaması içindeki payı bu çalışmada 2019 ve 2020 yılında %79 olarak hesaplanmıştır. Tabloda stok tutarlarının yer aldığı 2. sütununda gösterilen benzer çalışmalarda incelendiğinde Çil Koçyiğit ve Doğan Çulha (2020), Yiğit ve Yiğit (2019), Işıkçelik vd. (2019), Yiğit (2017), Mani vd. (2014), Yiğit (2014)’nin çalışmalarında yer aldığı görülmüştür. Diğer çalışmaların sonuçlarının ise farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

II. kategoride yer alan ilaçların toplam ilaçlar içindeki payı bu çalışmada 2019 yılında %35, 2020 yılında %28 olarak hesaplanmıştır. Tabloda II. Kategorinin 1. sütununda yer alan çalışmalar incelendiğinde bu çalışmaya en yakın sonuçların Böker ve Çetin (2020), Çil Koçyiğit ve Doğan Çulha (2020), Tisinli ve Savaş (2019), Yiğit ve Yiğit (2019), Antonoglou vd. (2017), Mani vd. (2014), Wandalkar vd. (2013)’in çalışmalarında yer aldığı görülmüştür. Diğer çalışmaların sonuçlarının ise çalışmanın bulguları ile farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

II. kategoride yer alan ilaçların toplam ilaç harcaması içindeki payı bu çalışmada 2019 ve 2020 yılları için %16 olarak hesaplanmıştır. Tabloda II. Kategorinin 2. sütununda yer alan çalışmalar incelendiğinde bu çalışmaya en yakın sonuçların Yiğit ve Yiğit (2019), Işıkçelik vd. (2019), Yılmaz (2018), Yiğit (2017), Pund vd. (2016), Mani vd. (2014), Yiğit (2014)’in çalışmalarında yer aldığı görülmüştür. Diğer çalışmaların sonuçlarının farklı olduğu saptanmıştır.

III. kategorideki ilaçların toplam ilaçlar içindeki payı 2019 yılında %50, 2020 yılında %40 olarak hesaplanmıştır. Tabloda III. Kategorinin 1. sütununda yer alan çalışmalar incelendiğinde bu çalışmaya en yakın sonucun Antonoglou vd. (2017)'nin çalışmasında yer aldığı görülmüştür. Diğer çalışmaların bulguları bu çalışmanın bulgularından farklıdır.

III. kategoride yer alan ilaçların toplam ilaç harcaması içindeki payı bu çalışmada 2019 yılında %5, 2020 yılında %4 olarak hesaplanmıştır. Tabloda III. Kategorinin 2. Sütununda yer alan çalışmalar incelendiğinde bu çalışmaya en yakın sonuçların Tisinli ve Savaş (2019), Çabuk vd. (2018), Yiğit (2017), Mani vd. (2014), Vaz vd. (2008)'ün çalışmalarında yer aldığı görülmüştür. Diğer çalışmaların sonuçlarının ise bu çalışmanın bulguları ile farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 7: ABC-VED Matrisi Bulgularının Literatürdeki Diğer Çalışmalar ile Karşılaştırması

	Kategori I		Kategori II		Kategori III	
	Stok Miktarı (%)	Stok Değeri (%)	Stok Miktarı (%)	Stok Değeri (%)	Stok Miktarı (%)	Stok Değeri (%)
Araştırma Sonuçları	23,00 (2020) 26,00 (2019)	79,00 (2020) 79,00 (2019)	28,00 (2020) 35,00 (2019)	16,00 (2020) 16,00 (2020)	50,00 (2020) 40,00 (2019)	5,00 (2020) 4,00 (2019)
Böker ve Çetin (2020)	35,00	89,00	31,00	9,00	34,00	2,00
Çil Koçyiğit ve Doğan Çulha (2020)	54,15	78,58	31,71	19,07	14,15	2,36
Tisinli ve Savaş (2019)	50,60	75,46	37,00	20,00	12,40	4,54
Yiğit ve Yiğit (2019)	60,00	80,35	36,00	18,16	4,00	1,49
Işıkçelik vd. (2019)	44,23	80,52	42,53	17,49	13,24	1,99
Çabuk vd. (2018)	58,93	88,64	19,64	8,37	20,83	4,12
Yılmaz (2018)	32,75	82,55	49,01	15,66	18,24	1,79
Fitriana vd. (2018)	25,13	74,17	67,02	24,57	7,85	1,26
Fathoni vd. (2018)	33,10	83,40	39,10	14,20	27,80	2,40
Uygun ve Yiğit (2017)	35,83	92,14	51,92	7,18	12,25	0,69
Ceylan ve Bulkan (2017)	17,40	75,25	48,70	22,18	33,90	2,57
Antonoglou vd. (2017)	27,32	83,24	31,74	13,06	40,94	3,70
Dudhgaonkar vd. (2017)	55,65	84,53	30,65	13,43	13,70	2,04
Güner Gören ve Dağdeviren (2017)	29,94	84,81	24,84	13,39	45,22	1,80
Yiğit (2017)	20,05	77,95	67,36	16,83	12,59	5,22
Uygun (2016)	41,96	85,97	54,58	13,95	3,45	0,08
Pund vd. (2016)	47,90	82,30	43,70	16,50	8,40	1,20
Yeşilyurt vd. (2015)	31,74	85,93	57,39	12,92	10,87	1,15

Karagöz ve Yıldız (2015)	40,94	76,19	47,24	21,18	11,81	2,63
Singh vd. (2015)	19,80	74,87	57,54	22,12	22,70	3,00
Pirankar vd. (2014)	18,44	71,95	48,94	24,39	32,62	3,66
Mani vd. (2014)	42,80	78,40	36,90	17,10	20,20	4,50
Yiğit (2014)	22,47	78,83	70,58	18,41	6,96	2,76
Wandalkar vd. (2013)	57,00	85,30	35,00	14,20	8,00	0,50
Khurana vd. (2013)	33,80	92,33	60,00	7,29	6,20	0,38
Yiğit vd (2010)	18,29	72,93	75,71	26,35	6,00	0,72
Devnani vd. (2010)	22,09	74,21	54,63	22,23	23,28	3,56
Roy vd. (2010)	42,42	75,12	43,94	22,09	13,64	2,79
Vaz vd. (2008)	30,09	71,84	42,48	22,98	27,43	5,18

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı A-II grubu 502 yataklı bir hastanenin 2019 ve 2020 yıllarına ait ilaç stokları ABC, VED ve ABC-VED analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda hem maliyet hem de hayati önem açısından en önemli grup olan AV kategorisindeki ilaç tüketimi 2019 yılında 3 adet iken 2020 yılında 4 adettir. Diğer kategorilerdeki ilaç tüketim miktarlarının yıllık değişimine bakıldığında AE kategorisinde 6'den 4'e, AD kategorisinde 4'ten 2'ye düştüğü, BV kategorisinde değişiklik olmadığı, BE kategorisinde 8'den 5'e, BD kategorisinde 5'ten 2'ye, CV kategorisinde 11'den 9'a, CE kategorisinde 26'dan 22'ye düştüğü, CD kategorisinde ilaç tüketiminin ise 45'ten 52'ye yükseldiği görülmektedir. İlaç tüketim tutarlarının yıllık değişimi değerlendirildiğinde AV, AE, AD, BE, BD, CV, CD kategorisindeki ilaçlara harcanan tutar düşerken BV ve CE kategorisindeki ilaçlara harcanan tutarın arttığı saptanmıştır. Pandemi döneminde kategorilerdeki ilaç tüketim miktarının ve tutarlarının genel olarak azaldığı tespit edilmiştir.

Sağlık hizmetinin kesintisiz devam ettiği hastanelerde yeterli stok bulundurulması önemlidir. Hastane yönetiminin hem mali hem de idari açıdan etkin stok kontrol yöntemini kullanması ve stokları denetlemesi gerekmektedir. I. kategoride yer alan ilaçların hayati öneme haiz olduğu gibi maliyetinin de yüksek olması nedeniyle kritik stok seviyesine düşmeden temin edilmesi önemlidir. İlaçların taleplerinin doğru değerlendirilmesi stok maliyetleri ve satın alma maliyetlerini azaltacaktır. Bu nedenle bu gruba giren ilaçların tedarik edilmesi süreci titizlikle gözden geçirilmelidir. Hastanede hizmet sunumunun aksamaması için stokta bulundurulması gereken ilaçlar olması nedeniyle II. Kategorideki ilaçların stok kontrolünün yapılması ve stoklarının izlenmesi gerekmektedir. III. Kategoride yer alan ilaçların stokta bulundurulmasının isteğe bağlı olması nedeniyle stokların fazlalığı ve izlenmesi bakımından değerlendirilerek stok kontrolü yapılmalıdır. İlaçların doğru takibi ve temini için hastanede etkin ilaç stok sisteminin kurulmalıdır. Bunun için hastanede eczane, satın alma, klinikler ve hastane yönetimi arasında gerekli iletişimin sağlanması ve mevcut iletişimin güçlendirilmesi önemlidir. Etkin stok kontrol sisteminin kurulmasının stok fazlası ilaç gibi durumları ortadan kaldıracığı ya da en aza indireceği öngörülmekte ve bu durumun aynı zamanda hastanenin finansal durumu üzerinde olumlu etki yaratacağı düşünülmektedir. Pandemi döneminde ilaç tüketiminin azalması fazla stok sorununu



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

beraberinde getirebilmektedir. Hastanenin bu gibi olağanüstü durumlara mevcut stoklarını duruma uyumlu şekilde yönetmesi önemlidir. Bu araştırmada bir hastanenin ilaç tüketimini incelemek için ABC, VED ve ABC-VED yöntemleri kullanılmıştır. Gelecek araştırmalarda diğer stok kontrol yöntemlerinin kullanılarak analiz yapılması, daha büyük bir evrende araştırmalar gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Katkı Oranı Beyanı:

Fikir: Nazife ÖZTÜRK, Ferda IŞIKÇELİK

Tasarım ve Dizayn: Nazife ÖZTÜRK, Ferda IŞIKÇELİK

Veri Toplama ve İşleme: Rabia Nilüfer ERSOYOĞLU

Analiz ve Yorum: Rabia Nilüfer ERSOYOĞLU, Ferda IŞIKÇELİK

Literatür Taraması: Nazife ÖZTÜRK, Rabia Nilüfer ERSOYOĞLU

Makale Yazımı: Nazife ÖZTÜRK, Rabia Nilüfer ERSOYOĞLU

Eleştirel İnceleme: Nazife ÖZTÜRK, Ferda IŞIKÇELİK

Çıkar Çatışması: Yoktur

KAYNAKÇA

- Anand, T., Ingle, G. K., Kishore, J. and Kumar, R. (2013). ABC-VED Analysis of a Drug Store in the Department of Community Medicine of a Medical College in Delhi. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 75(1), 113-117.
- Antonoglou D., Kastanioti, C. and Nikais, D. (2017). ABC and VED Analysis of Medical Materials of a General Military Hospital in Greece. *Journal of Health Management*, 19(1): 170-179.
- Bose D.C. (2006) Inventory Management. New Delhi: Prentice Hall of India Private Limited.
- Böker, Z. ve Çetin, O. (2020). Sağlık Sektöründe ABC-VED AHP ve TOPSIS Yöntemleri Kullanılarak Çok Kriterli Stok Sınıflandırması. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 15(53), 178-208.
- Ceylan, Z. and Bulkan, S. (2017). Drug Inventory Management of a Pharmacy Using ABC and VED Analysis. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 2(1), 13-18.
- Çabuk, Y., Babacan, A. ve Gürel, A. (2018). Hastanelerde ABC ve VED Analizi ile Stok Yönetimi. *Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences*, 4(01), 67-81.
- Çil Koçyiğit, S. ve Doğan Çulha, E. (2020). Hastanelerde Stok Kontrol Faaliyetlerinin ABC ve VED Analizleriyle Değerlendirilmesi: Bir Özel Hastane Örneği. *Muhasebe ve Denetim Bakış*, 60, 37-56.
- Devnani, M., Gupta, A.K. and Nigah, R. (2010). ABC and VED Analysis of the Pharmacy Store of a Tertiary Care Teaching, Research and Referral Healthcare Institute of India. *J Young Pharm*, 2(2), 201-205.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Dudhgaonkar, S., Choudhari, S.R. and Bachewar, N.P. (2017). The ABC and VED Analysis of the Medical Store of the Tertiary Care Teaching Hospital in Maharashtra, India. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 6(9), 2183-2188.
- Fathoni, F.A., Ridwan, A.Y. and Santosa, B. (2018). Development of Inventory Control Application for Pharmaceutical Product Using ABC-VED Cycle Counting Method to Increase Inventory Record Accuracy. *International Conference on Industrial Enterprise and System Engineering*.
- Fitriana, I., Satria, R.G. and Setiawan, D.C. (2018). Medicine Inventory Management by ABC-VED Analysis in the Pharmacy Store of Veterinary Hospital, Yogyakarta, Indonesia. *Asian Journal of Animal and Veterinary Advances* 13(1), 85-90.
- Gupta, R., Gupta, K.K., Jain BR and Garg, R.K (2007). ABC and VED Analysis in Medical Stores Inventory Control. *Med J Armed Forces India*, 63(4), 325-327.
- Güner Gören, H. ve Dağdeviren, Ö. (2017). An Excel-Based Inventory Control System Based on ABC and VED Analyses for Pharmacy: A Case Study. *Galore International Journal of Health Sciences and Research* 2(1), 11-17.
- Hazrati, E., Paknejad, B., Azarashk, A., Taheri, M. (2018). ABC and VED Analysis of Imam Reza Educational Hospital Pharmacy, *Ann Mil Health Sci Res*. 16(3), e86183.
- Hussain, M., Siddharth, V., Arya, S. (2019). ABC, VED and lead time analysis in the surgical store of a public sector tertiary care hospital in Delhi. *Indian journal of public health*, 63(3), 194.
- Işıkçelik, F., Özkan, O. ve Ağırbaş, İ. (2019). Hastane İlaç Stoklarının ABC, VED ve ABC-VED Yöntemleri ile Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 305-318.
- Karagöz F. ve Yıldız S.M. (2015) Hastane İşletmelerinde Stok Yönetimi için ABC ve VED Analizlerinin Uygulanması. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmalar Dergisi*, 13(2), 375-396.
- Khurana, S., Chhillar, N. and Kumar, V. (2013). Inventory Control Techniques in Medical Stores of A Tertiary Care Neuropsychiatry Hospital in Delhi. *Health*, 5(1), 8-13.
- Kivoto, P. M., Mulaku, M., Ouma, C., Ferrario, A., Kurdi, A., Godman, B., and Oluka, M. (2018). Clinical and Financial Implications of Medicine Consumption Patterns at a Leading Referral Hospital in Kenya to Guide Future Planning of Care. *Frontiers in Pharmacology*, 9, 1348.
- Kumar, S., and Chakravarty, A. (2015). ABC-VED Analysis of expendable medical stores at a tertiary care hospital. *Medical journal, Armed Forces India*, 71(1), 24-27.
- Liu, M., Zhang, Z., and Zhang, D. (2017). Logistics planning for hospital pharmacy trusteeship under a hybrid of uncertainties. *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review*, 101, 201-215.
- Mani, G., Annadurai, K., Danasekaran, R. and Ramasamy, J. (2014). Drug Inventory Control Analysis in a Primary Level Health Care Facility in Rural Tamil Nadu, India. *Healthline* 5(2), 36-40.
- Migbaru, S., Yigeremu, M., Woldegerima, B., and Shibeshi, W. (2016). ABC-VEN Matrix Analysis of Pharmaceutical Inventory Management in Tikur Anbessa Specialized Hospital for the years 2009 to 2013, Addis Ababa, Ethiopia. *Indian J Basic Appl Med Res*, 5(2), 734-743.

- Mohammed, S. A., and Workneh, B. D. (2020). Critical Analysis of Pharmaceuticals Inventory Management Using the ABC-VEN Matrix in Dessie Referral Hospital, Ethiopia. *Integrated Pharmacy Research & Practice*, 9, 113–125.
- Pirankar, S. B., Ferreira, A.M., Vaz, F.S., Pereira-Antao, I., Pinto, N.R. and Perni, S. G. (2014). Application of ABC-VED Analysis in the Medical Stores of a Tertiary Care Hospital. *International Journal of Pharmacology & Toxicology*, 4(3),175–177.
- Pund, S.B., Kuril, B.M., Ashmi, S.J., Doibale, M.K. and Doifode, S.M. (2016). ABC-VED Matrix Analysis of Government Medical College, Aurangabad Drug Store. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 3(2), 469-472.
- Roy, R.N., Manna, S. and Sarker, G.N. (2010). Applying Management Techniques for Effective Management of Medical Store of a Public Sector Undertaking Hospital. *Indian Journal Prev. Soc. Med.* 41(1), 11–14.
- Singh, S., Gupta, A.K., Latika, L. and Devnani, M. (2015) ABC and VED Analysis of the Pharmacy Store of a Tertiary Care, Academic Institute of the Northern India to Identify the Categories of Drugs Needing Strict Management Control. *Journal of Young Pharmacists* 7(2), 76-80.
- Taddele, B. W., Wondimagegn, A. A., Asaro, M. A., Sorato, M. M., Gedayi, B. G., and Hailesilase, A. A. (2019). ABC-VEN matrix analysis of the pharmacy store in a secondary level health care facility in Arbaminch Town, Southern Ethiopia. *Journal of Young Pharmacists*, 11(2), 182-185.
- Tisinli, A. ve Savaş, O. (2019). Ameliyat Odalarında Stok Kontrol Yöntemleri: ABC, VED ve ABC-VED Matris Analizi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(6), 101-109.
- Uygun, S. (2016). “Hastane İşletmelerinde Etkin Stok Yönetimi: İlaç Stoklarına Yönelik Bir Uygulama”. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Uygun, S. ve Yiğit, V. (2017). Hastane İşletmelerinde Etkin Stok Yönetimi: İlaç Stoklarına Yönelik Bir Uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 288-307.
- Vaz, F.S., Ferreira, A.M., Pereira-Antao, I., Kulkarni, M.S. and Motghare, D.D. (2008). Application of Inventory Control Techniques for Drug Management at a Rural Health Centre. *Indian Journal Of Preventative And Social Medicine* (39)3, 120–123.
- Wandalkar, P., Pandit, P.T. and Zite, A.R. (2013). ABC and VED Analysis of the Drug Store of a Tertiary Care Teaching Hospital. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research* 3(1), 126-131.
- Woldeyohanins, A. E. and Jemal, A. (2020). Always, better control-vital, essential and non-essential matrix analysis of pharmaceuticals inventory management at selected public health facilities of Jimma zone southwest Ethiopia: facility based cross sectional study design. *Int J Sci Reports*, 6(3), 95-100.
- Yeşilyurt, Ö., Sulak, H. ve Bayhan, M. (2015). Sağlık Sektöründe Stok Kontrol Faaliyetlerinin ABC ve VED Analizleriyle Değerlendirilmesi: Isparta Devlet Hastanesi Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(1), 365-376.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Yılmaz, F. (2018). The Drug Inventories Evaluation of Healthcare Facilities Using ABC and VED Analyzes. *Istanbul J Pharm*, 48(2), 43-48.
- Yiğit, A. ve Yiğit, V. (2019). Tıbbi Malzeme Stok Kontrolünde ABC ve VED Analizi: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, (10)24, 254-263.
- Yiğit, V. (2014). Hastanelerde Stok Kontrol Analizi: Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sayıştay Dergisi* 9, 105-128.
- Yiğit, V. (2017). Medical Materials Inventory Control Analysis at University Hospital in Turkey. *International Journal of Health Sciences & Research* 7(1), 227-231.
- Yiğit, V., Dikmetaş E., Ağırbaş, İ. ve Tengilimoğlu, D. (2010). ABC and VED Analysis in Hospital Material Management Systems. Sixth International Conference on Health Care Systems, October 20 – 22, 2010 Gaziantep, Turkey.



SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA A STUDY ON HEALTH-SEEKING BEHAVIOUR

Doç. Dr. Serkan DENİZ

Yalova Üniversitesi, serkand100@gmail.com, orcid.org/0000-0002-8093-1336

Prof. Dr. Mesut ÇİMEN

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, mesut.cimen@acibadem.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0937-9411

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (10.11.2021-15.12.2021)

Öz

Bireylerin sağlık arama davranışları, hastalıkların teşhisini, tedavisini ve iyileşme sürecini doğrudan etkilemektedir. Bu araştırma ile bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bireylerin sağlık arama davranışlarının demografik özelliklere göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi de amaçlanmıştır. Araştırma 21 Eylül 2021 – 10 Kasım 2021 tarihleri arasında Marmara Bölgesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Marmara Bölgesi'nde ikamet eden ve 18 yaşını doldurmuş bireylerden online anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre bireylerin en sık profesyonel sağlık arama davranışında buldukları, sonra sırasıyla geleneksel ve online sağlık arama davranışlarında buldukları belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetine, yaşına, eğitim ve çalışma durumuna göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların medeni durumuna göre profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği; ancak online sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Araştırma sonuçları çerçevesinde, sağlık arama davranışı konusunda bilincin oluşturulmasına yönelik bazı önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Arama Davranışı, Sağlık, Toplum

Abstract

Health-seeking behaviours of individuals directly affect the diagnosis, treatment, and healing process of diseases. The aim of this study is to determine the health-seeking behaviour tendencies of individuals. Also, it was also aimed to determine whether the health-seeking behaviours of individuals differ statistically based on demographic characteristics. The study was carried out in the Marmara Region between 21 September 2021 and 10 November 2021. Study data were collected from individuals residing in the Marmara Region



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

and over the age of 18 or over, using the online survey method. It was determined according to the results of the study that individuals were most frequently engaged in professional health-seeking behaviour, followed by traditional and online health-seeking behaviours, respectively. It was determined that health-seeking behaviours did not differ statistically based on the gender, age, education level, and employment status of the participants. It was also determined that professional and traditional health-seeking behaviours did not differ statistically based on the marital status of the participants, but online health-seeking behaviours differ statistically. Within the framework of the study results, some suggestions were made to raise awareness regarding health-seeking behaviour.

Keywords: Health-Seeking Behaviour, Health, Society

GİRİŞ

Sağlık problemi yaşayan bireyler şikayetlerini gidermek için çeşitli arayışlar içerisine girmektedirler. Bireyler bu arayışı sadece kendi sağlıkları için değil aynı zamanda yakınlarının sağlığı içinde gerçekleştirmektedirler. Bu arayış bazen bir hekime, sağlık profesyoneline ya da sağlık kurumuna başvurmak, bazen kendi kendine ilaç kullanmak, bazen yakın çevresinin ya da güvendiği kişilerin önerilerine uymak, bazen de internetten bilgi aramak gibi davranışlarla sonuçlanmaktadır (Kıraç ve Öztürk, 2021:225). Bireylerin yapmış oldukları bu davranışlar sağlık arama davranışı kapsamında değerlendirilmektedir.

Sağlık arama davranışı, kendini iyi hissetmeyen, kendini rahatsız hissetmese bile belirli bir hastalığın semptomlarını gösteren veya potansiyel bir hastalığın riskini hisseden ve tıbbi yardım arayan bireylerin sağlıklarıyla ilgili hareket ve faaliyetlerini ifade eder (Huang vd., 2019:2). Başka bir tanıma göre sağlık arama davranışı, kendisinde bir sağlık sorunu olduğunu ya da hasta olduğunu düşünen bireylerin uygun bir tedavi bulmak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetlerdir (Ward vd., 1997:21). Sağlık arama davranışı, hastalıkların erken teşhisinde, tedavisinde ve kontrol altına alınmasında büyük önem taşımaktadır (Sun vd., 2021:2).

Bireylerin sağlık arama davranışları değişkenlik ve çeşitlilik gösterebilmektedir (Akpak vd., 2015:108). Kıraç ve Öztürk (2021) bireylerin sağlık arama davranışlarını; online, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışı olmak üzere üç başlıkta ele almışlardır. Bireylerin hangi sağlık arama davranışlarında bulunacaklarını belirleyen ya da etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler; yaş, cinsiyet, meslek, gelir durumu, eğitim düzeyi, sosyal güvence, sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık algısı, hastalık algısı, hastalığın şiddeti, toplumun hastalığa yaklaşımı, tedavi olanakları, tedavinin algılanan faydaları, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, hizmet kalitesi gibi faktörlerdir (Abuduxike vd., 2020:241; Asampong vd., 2015:1; Aslan vd., 2004:31; Şahin ve Ayaz, 2021:192).

Bireylerin gösterecekleri sağlık arama davranışının türü ya da niteliği onların sağlığını, hastalıkların teşhisini, tedavisini ve iyileşme sürecini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin belirlenmesi hem toplumsal hem de bireysel açıdan büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma ile bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bireylerin sağlık arama davranışlarının demografik özelliklere göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi de amaçlanmıştır.



YÖNTEM

Araştırma, 21 Eylül 2021 – 10 Kasım 2021 tarihleri arasında Marmara Bölgesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında online anket yöntemi kullanılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Marmara Bölgesi'nde ikamet eden ve 18 yaşını doldurmuş bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında 384 kişi olarak belirlenmiştir (Sekaran, 1992:253). Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden toplanmıştır. Araştırma kapsamında 394 anket formu toplanmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise, katılımcıların sağlık arama davranışlarının belirlenmesine yönelik maddeler yer almaktadır. İkinci bölümde Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilmiş olan "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek, online sağlık arama (6 madde), profesyonel sağlık arama (3 madde) ve geleneksel sağlık arama (3 madde) olmak üzere 3 boyut ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler, 5'li Likert tipi ölçek seçenekleriyle (1= kesinlikle katılmıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum) ölçülmüştür. Ölçeğin güvenilirlik düzeyini belirlemek için hesaplanan Cronbach's Alpha katsayıları; online sağlık arama için 0,74, profesyonel sağlık arama için 0,71, geleneksel sağlık arama için 0,63, ölçeğin tamamı için 0,71 bulunmuştur. Bu sonuçlar çerçevesinde ölçeğin hem genel olarak hem de alt boyutlar bazında güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'ndan 16.09.2021 tarihli 2021-17/06 karar numarasıyla araştırmanın etik yönden uygun olduğuna dair etik onay alınmıştır.

Verilerin Analizi

Veri analizlerinde SPSS 22.0 istatistik programı kullanılmıştır. Katılımcıların sağlık arama davranışlarının belirlenmesinde tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Bireylerin sağlık arama davranışlarının demografik özelliklere göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde; iki bağımsız grubu karşılaştırılmak için bağımsız örneklem için t-testi, ikiden fazla bağımsız grubu karşılaştırılmak için de tek yönlü varyans analizleri (ANOVA) yapılmıştır. Veri analizleri kapsamında ulaşılan bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma ile ulaşılan bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=394)

		n	%
Cinsiyet	Erkek	164	41,6
	Kadın	230	58,4
Yaş	≤ 25	180	45,7
	26-35	90	22,8
	≥ 36	124	31,5
Eğitim Durumu	Lise veya Altı	117	29,7
	Önlisans	136	34,5
	Lisans veya Lisansüstü	141	35,8
Medeni Durum	Bekar	229	58,1
	Evli	165	41,9
Çalışma Durumu	Evet	208	52,8
	Hayır	186	47,2

Araştırmaya katılanların %58,4'ü (n=230) kadın, %45,7'si (n=180) 25 veya altı yaş aralığında yer almakta, %35,8'i (n=141) lisans veya lisansüstü eğitim durumuna sahiptir. Katılımcıların %58,1'i (n=229) bekar olup; katılımcıların %52,8'i (n=208) bir işte çalışmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Sağlık Arama Davranışına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler (n=394)

Boyutlar	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı
Online Sağlık Arama	2,96	0,75	-0,18	-0,36
Profesyonel Sağlık Arama	4,34	0,54	-0,56	0,23
Geleneksel Sağlık Arama	3,41	0,82	-0,38	-0,05
Sağlık Arama Davranışı	3,42	0,50	-0,05	-0,08

Tablo 2'de yer alan bulgulara göre katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık arama davranışı olarak en sık profesyonel sağlık arama davranışında (4,34±0,54) buldukları, sonra sırasıyla geleneksel (3,41±0,82) ve online sağlık arama davranışlarında (2,96±0,75) buldukları belirlenmiştir.

Tablo 3: Sağlık Arama Davranışının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	Sağlık Arama Davranışı					
		Online Sağlık Arama		Profesyonel Sağlık Arama		Geleneksel Sağlık Arama	
		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Cinsiyet							
Erkek	164	2,91	0,81	4,39	0,55	3,42	0,83
Kadın	230	3,00	0,70	4,31	0,53	3,41	0,81
		$t = -1,20 \quad p = 0,23$		$t = 1,51 \quad p = 0,13$		$t = 0,14 \quad p = 0,89$	
Yaş							
≤ 25	180	2,89	0,71	4,36	0,52	3,38	0,82
26-35	90	3,03	0,77	4,29	0,59	3,47	0,79
≥ 36	124	3,01	0,77	4,35	0,53	3,41	0,84
		$F = 1,54 \quad p = 0,21$		$F = 0,49 \quad p = 0,61$		$F = 0,40 \quad p = 0,67$	
Eğitim Durumu							
Lise veya Altı	117	2,92	0,80	4,29	0,57	3,29	0,80
Önlisans	136	2,92	0,74	4,34	0,56	3,40	0,88
Lisans veya Lisansüstü	141	3,04	0,70	4,39	0,49	3,52	0,75
		$F = 1,15 \quad p = 0,32$		$F = 1,22 \quad p = 0,30$		$F = 2,68 \quad p = 0,07$	
Medeni Durum							
Bekar	229	2,88	0,72	4,35	0,53	3,37	0,84
Evli	165	3,07	0,78	4,33	0,55	3,46	0,78
		$t = -2,36 \quad p = 0,02$		$t = 0,26 \quad p = 0,79$		$t = -1,10 \quad p = 0,27$	
Çalışma Durumu							
Evet	208	2,98	0,79	4,33	0,55	3,41	0,85
Hayır	186	2,94	0,70	4,35	0,53	3,42	0,78
		$t = 0,60 \quad p = 0,55$		$t = -0,33 \quad p = 0,74$		$t = -0,09 \quad p = 0,93$	

Katılımcıların sağlık arama davranışlarının demografik özelliklere göre karşılaştırılması incelendiğinde; katılımcıların cinsiyetine, yaşına, eğitim ve çalışma durumuna göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0,05$). Ayrıca katılımcıların medeni durumuna göre profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği ($p > 0,05$); ancak online sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Farklılığın evli katılımcıların bekar katılımcılara göre daha sık online sağlık arama davranışında bulunmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 3).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma ile bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bireylerin sağlık arama davranışlarının demografik özelliklere göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi de amaçlanmıştır. Araştırma bulguları incelendiğinde



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında en sık gerçekleştirdikleri sağlık arama davranışının, profesyonel sağlık arama davranışı olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde; Aslan ve diğerleri (2004:32) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların %97,1'i bir sağlık problemiyle karşılaştıklarında bir sağlık kurumuna başvurmak gerektiği görüşünde oldukları belirlenmiştir. Coşkun ve Gürsoy'un (2020:1029) üniversite öğrencilerine yönelik yapmış oldukları araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların %72,6'sı bir sorunu olduğunda bir sağlık kuruluşuna gideceklerini belirtmişlerdir. Akpak ve diğerleri (2015:112) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların %70,4'ü çocukları rahatsızlandığında ilk olarak evde çözüm arayacaklarını belirtirken, %29,6'sı ise hemen bir sağlık kurumuna başvuracaklarını belirtmişlerdir.

Bireylerin gerçekleştirdikleri sağlık arama davranışlarının türü, hastalıkların teşhisini, tedavisini ve iyileşme sürecini doğrudan etkilemektedir. Bireylerin bir sağlık problemi olduğunda profesyonel sağlık arama davranışında bulunmaları başka bir ifadeyle bir sağlık profesyonelinden ya da bir sağlık kurumundan destek almaları teşhislerinin daha hızlı ve doğru konulmasını, tedavi ve iyileşme sürecinin daha etkili bir şekilde gerçekleşmesini sağlar. Bu durum birey ve toplum sağlığı, sağlık sistemi ve ekonomik açıdan büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma sonuçlarına göre bireylerin en sık gerçekleştirdikleri sağlık arama davranışının, profesyonel sağlık arama davranışı olması istenilen bir sonuçtur.

Araştırma bulguları incelendiğinde katılımcıların sağlık sorunu yaşadıklarında en az gerçekleştirdikleri sağlık arama davranışının, online sağlık arama davranışı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç da istenilen bir sonuçtur. Can ve diğerlerinin (2014) sağlığı ilgilendiren konularda kullanımda olan bazı web sitelerinin incelenmesine dayalı olarak gerçekleştirdikleri araştırma sonuçlarına göre; incelenen sitelerin büyük bir kısmının kanıta dayalı bilgi içermediği, yarısından fazlasının uzman görüşü içermediği, uzman görüşü içeren metinlerin çoğunda da referans kullanmadığı belirlenmiştir. Bu durum web sitelerinde yer alan bilgilerin doğruluğunun sorgulanmasına neden olmakla beraber bireylerin hastalıklarıyla ilgili doğru bilgilere ulaşamamalarına ve yanlış teşhis ve tedaviye yönelmelerine neden olabilmektedir.

Araştırma bulguları incelendiğinde katılımcıların *cinsiyetine* göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Dai-Kosi ve diğerleri (2021) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçları bu sonuçla kısmen benzerlik göstermektedir. Katılımcıların *yaşına* göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların profesyonel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği; ancak online ve geleneksel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Katılımcıların *eğitim durumuna* göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre eğitim durumu lisans veya lisansüstü olan katılımcıların daha yoğun sağlık arama davranışında buldukları belirlenmiştir.

Katılımcıların *medeni durumuna* göre profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği; ancak online sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçlarına göre katılımcıların online, profesyonel ve geleneksel sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Katılımcıların *çalışma durumuna* göre sağlık arama davranışlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

belirlenmiştir. Özdemir ve Arpacıoğlu (2020) tarafından yapılmış olan araştırmanın sonuçları da bu sonuçla benzerlik göstermektedir.

Araştırma sonuçları çerçevesinde; bireylerin sağlık sorunları yaşadıklarında profesyonel sağlık arama davranışında bulunmaları sağlanmalı ve bu konuda toplumsal bilincin oluşturulması önerilmektedir. Bu kapsamda; basın yayın organlarında ve kamu spotlarında bireylerin sağlık sorunları yaşadıklarında bir sağlık profesyoneline veya bir sağlık kuruluşuna başvurmalarının önemi daha sık vurgulanmalı ve nasıl hareket etmeleri konusunda bilgilere yer verilmelidir. Ayrıca bireylerin sağlıkla ilgili doğru bilgilere erişebilmeleri için yönlendirmeler yapılmalı ve edinilen sağlık bilgilerinin doğru anlaşılabilmesi için toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması önerilmektedir. Araştırmanın sadece Marmara Bölgesi'nde yapılması bir sınırlılıktır; ancak bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin belirlenmesi ve sağlık arama davranışlarının demografik özelliklere göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi bakımından önemlidir. Sağlık arama davranışı konusunda benzer araştırmaların daha fazla katılımcı ile yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Beyan ve Açıklamalar

- Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit oranda katkı sağlamıştır.
- Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

KAYNAKLAR

- Abuduxike, G., Aşut, Ö., Vaizoğlu, S.A. ve Cali, S. (2020). Health-Seeking Behaviors and its Determinants: A Facility-Based Cross-Sectional Study in the Turkish Republic of Northern Cyprus. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(6), 240-249. doi: 10.15171/ijhpm.2019.106
- Akpak, F., Yüksel, N.S., Kabanlı, A. ve Günvar, T. (2015). Rahatsızlanan Çocuklar İçin Sağlık Hizmeti Arama Davranışları: Başvuru Süresi ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(2), 108-115. doi: 10.15511/tahd.15.02108
- Asampong, E., Dwuma-Badu, K., Stephens, J., Srigboh, R., Neitzel, R., Basu, N. ve Fobil, J.N. (2015). Health Seeking Behaviours among Electronic Waste Workers in Ghana. *BMC Public Health*, 15:1065, 1-9. DOI 10.1186/s12889-015-2376-z
- Aslan, D., Boztaş, G., Kılıç, E., Öztürk, İ., Erkan, K., Günbey, L., Balcı, M. ve Akın, L. (2004). Bir Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları ile İlgili Görüşleri ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 30-38.
- Can, A.B., Sönmez, E., Özer, F., Ayva, G., Bacı, H., Kaya, H.E., Uyan, O., Ulusoy, G., Öğütçü, N. ve Aslan, D. (2014). Sağlık Arama Davranışı Olarak İnternet Kullanımını İnceleyen Bir Araştırma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36(4), 486-494. <http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.66422>
- Coşkun, N. ve Gürsoy, E. (2020). Üniversite Gençlerinin Cinsel Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Bir Tanımlayıcı Çalışma. *International Social Sciences Studies Journal*, 6(58), 1026-1036. <http://dx.doi.org/10.26449/sss.2106>
- Dai-Kosi, A.D., Acquaye, V.A., Nuamah, I., Anum, A. ve Parkins, G. (2021). Psychological Distress and Health-Seeking Behaviour Among Patients with Orofacial Tumour: The



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Ghanaian Perspective. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12663-021-01630-0>
- Huang, M., Zhang, H., Gu, Y., Wei, J., Gu, S., Zhen, X., Hu, X., Sun, X. ve Dong, H. (2019). Outpatient Health-Seeking Behavior of Residents in Zhejiang and Qinghai Province, China. *BMC Public Health*, 19:967, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7305-0>
- Kıraç, R. ve Öztürk, Y.E. (2021). Health Seeking Behavior: Scale Development Study. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29), 224-234. DOI: 10.21076/vizyoner.754526
- Özdemir, D. ve Arpacıoğlu, S. (2020). Sosyal Medya Kullanımı, Sağlık Algısı ve Sağlık Arama Davranışının Koronavirüs Korkusu Üzerine Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12 (Ek 1), 364-381. doi: 10.18863/pgy.803145
- Sekaran, U. (1992). *Research Methods For Business: A Skill-Building Approach*. (2.Baskı). New York: John Wiley & Sons,INC.
- Sun, X., Luo, S., Lou, L., Cheng, H., Ye, Z., Jia, J., Wei, Y., Tao, J. ve He, H. (2021). Health Seeking Behavior and Associated Factors among Individuals with Cough in Yiwu, China: A Population-Based Study. *BMC Public Health*, 21:1157, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11250-5>
- Şahin, E. ve Ayaz, F. (2021). Bir Sağlık Arama Davranışı Olarak Sosyal Medya Kullanımı: İzolasyon, Karantina ve Sosyal Mesafe Tedbirlerinde Facebook'ta Covid-19 İçerikli Sosyal Medya Paylaşımlarının Görünümü. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*, 60, 185-215. DOI: 10.26650/CONNECTIST2021-862042
- Ward, H., Mertens, T.E. ve Thomas, C. (1997). Health Seeking Behaviour and the Control of Sexually Transmitted Disease. *Health Policy and Planning*, 12(1), 19-28.

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE ÇÖZÜM ÖNERİSİ OLARAK
DAVRANIŞSAL İKTİSAT
HEALTH EXPENDITURES IN TURKEY AND BEHAVIORAL ECONOMICS AS
A SOLUTION PROPOSAL**

Arş. Gör. Ece DOĞUÇ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, ece.doguc@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0002-9112-6404

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (14.11.2021-18.12.2021)

Öz

Sağlık harcamaları, sağlık hizmeti kapsamında verilen her türlü işlem için yapılan harcamaların tümünü ifade etmektedir. Sağlık harcamaları özellikle son yıllarda teknolojik gelişmeler, yaşlılığın ve kronik hastalıkların artması gibi nedenler ile oldukça artmıştır. Sağlık bir insanlık hakkıdır ve bu nedenle devletler vatandaşlarının sağlıklarını güvence altına almakla yükümlüdür. Bunun bir sonucu olarak devletler sağlık harcamalarının çok büyük bir çoğunluğunu karşılayan taraf olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya genelinde yapılan toplam sağlık harcamaları 2018 yılında 8,3 trilyon dolara ulaşmıştır yani küresel GSYİH'nin %10'una eşittir. Sağlık harcamalarını azaltmak adına geleneksel yöntemler uygulanmakta ancak istenilen başarıya ulaşamamaktadır. Bu nedenle bireylerin davranışlarını nudge (dürtme) kavramı ile değiştirerek daha az sağlık harcaması yapacakları düşüncesi ortaya çıkmıştır. Bireylerin karar verirken her zaman rasyonel davranmadıkları düşüncesi temelinde olan davranışsal iktisat bu konuda devreye girmiş ve İngiltere başta olmak üzere hükümetler bu kapsamda çalışmalar yapmaya başlamıştır. 2000'li yıllardan itibaren başlayan davranışsal iktisat çalışmaları artarak devam etmektedir. Bu çalışma ile giderek artan sağlık harcamalarına bir çözüm önerisi olarak sunulan, davranışsal iktisat ve nudge kavramı ile geliştirilmiş olan örnek bir çerçeve uygulaması açıklanmış ve bir çözüm önerisi olarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, sağlık harcamaları, sağlık hakkı, davranışsal iktisat

Abstract

Health expenditures referred to all expenditures made for all kinds of transactions made within the scope of health services. Health expenditures have increased considerably, especially in recent years, due to technological developments, the increase in old age and chronic diseases. Health is a humanity right and therefore states are obliged to ensure the health of their citizens. As a result of this, states appear as the party that covers the vast majority of health expenditures. Traditional methods are applied in order to reduce health expenditures, but they cannot achieve the desired success. For this reason, behavioral economics and the idea that individuals will spend less on health by changing their behavior with the concept of nudge has emerged. Behavioral economics, which is based on the idea that individuals do not always act rationally when making

647



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

decisions, came into play in this regard and governments, especially England, started to work in this context. Behavioral economics studies, which started in the 2000s, continue to increase. In this study, an exemplary framework application developed with the concept of behavioral economics and nudge, which is offered as a solution to the increasing health expenditures, is explained and presented as a solution proposal.

Keywords: Health, health expenditure, the right to health, behavioral economic

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “*bedensel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hali olarak tanımlamakta, sağlığın her insanın temel bir hakkı*” olduğunu vurgulamaktadır. Bu tanımın aksine sağlığın ekonomik olarak piyasada sunulması bu tanımın değişmesi demektir. Piyasaya sunulduğunda diğer tüm mal ve hizmetler gibi parası olanlar sağlık hizmetlerine ulaşabilir ve sağlık bir hak olmaktan çıkar.

Sağlık hakkı denilen olgu, sağlık personelinin sorumlulukları, hasta haklarını, sağlık risklerini içermektedir. Burada sosyal güvenlik hakkından da bahsetmek yanlış olmaz. Çünkü sosyal güvenlik hakkının olmadığı ülkelerde sağlık hakkı ve dolayısıyla yaşama hakkı, özellikle yoksul kesimler bakımından, kullanılamaz bir hak haline gelmektedir. Sosyal güvenlik hakkı ise; tüm çalışanların mesleki hastalıkları ile iş kazalarına karşı koruma sağlayacağından sağlık hakkı ile yakın ilişkilidir (Şahbaz, 2009: 410-411). Sağlık ve sosyal güvenlik hakkının olağan bir sonucu olarak devletler vatandaşlarının sağlıklarını korumak, sağlıkları bozulan vatandaşlarını tedavi ve rehabilite etmek ve sağlıklarını geliştirmek için giderek artan miktarda bütçelerinden yer ayırmakta ve bu konu sağlık ekonomisi ve finansmanı olarak ele alınmaktadır.

İşten ayrılma, emeklilik, işgücü devri, iş performansının kalitesi ve iş doyumu için gerekli olan sağlık faktörleri sağlık ekonomisinin kapsamı ve kaygısı içinde kalmaktadır. Sağlık ekonomisinin kapsamlı bir şekilde ele alınmasında dikkate alınması gereken genel konular arasında sağlık hizmetlerinin etkileşimi ve gayri safi milli hasıla, nüfus artışı ve ekonomik kalkınma ve işgücü verimlilikleri; endüstriyel gelişmeyle ilişkili sağlık sorunları; sağlık hizmetlerinin sağlanması; sağlık hizmetlerinin kullanımı ve fiyatlandırılması ve kamu ve kar amacı gütmeyen kuruluş programlarının finansmanı gibi oldukça geniş yelpazededir (Mushkin, 1958: 792).

Güçlü ve büyümenin sürdürülebilir olduğu ekonomilere sahip ülkelere sağlıklı bir toplumun yaşaması muhtemeldir. Toplumun sağlıklı olmasından bahsedilmesi için ise sağlık ihtiyacını her basamakta karşılayan sağlık hizmetlerinin var olması gerekmektedir. Tüm sağlık hizmetlerinin verilmesi için yapılacak olan tüm koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirme hizmetlerinin verildiği ayrıca sağlık yatırımları için yapılan hem devlet hem de bireyler tarafından karşılanan tüm harcamalardır.

2030 Gündeminin 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SDG), sürdürülebilir kalkınmanın (ekonomik, sosyal ve çevresel) üç boyutunu bütünleştirerek, yoksulluk ve eşitsizliğin ortadan kaldırılmasının, kapsayıcı ekonomik büyümenin ve Dünyayı korumanın ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğunu kabul eder. Sağlık, 2030 Gündemi içerisinde merkezi olarak konumlandırılmıştır ve tek bir kapsamlı hedef (SDG 3) ve 13 temel hedefi, tüm önemli sağlık önceliklerini ve diğer hedeflerin çoğunda hedeflerle bağlantıları kapsamaktadır (DSÖ, 2016).

Dünya genelinde sağlık harcamaları hızlıca artmaktadır ve bu harcamaların büyük çoğunluğu kamu harcamalarından oluşmaktadır. Sağlık harcamaları arttıkça, politika yapıcılar, büyük işverenler ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sigortacılar, tüketilen bakım kalitesini önemli ölçüde azaltmadan sağlık harcamalarındaki büyümeyi nasıl sınırlandıracağı sorunuyla boğuşmaktadır (Brot-Goldberg vd. 2017: 1262).

Sağlık harcamalarının büyüklüğü nedeniyle neden arttığını bulmak önemlidir. Araştırmanın amacı ise Türkiye’de sağlık harcamalarının genel durumunu değerlendirmek ve ülkemizi diğer ülkelerle sağlık harcamaları yönünden karşılaştırmaktır. Ayrıca modern yaklaşımlardan olan davranışsal iktisat yaklaşımından bahsedilerek sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik bir çözüm önerisinden bahsedilmesidir.

GENEL BİLGİLER

1. Sağlık Hakkı Kavramı

Modern insan hakları temel bazı özellikleri içerir; insan olmak bu haklara sahip olmak için yeterlidir, sonradan kazanılmaz doğal olarak bulunur, dünyadaki tüm insanlara uygulanır kimse ayırt edilmez ve esas olarak insanlar ve devletleri arasındaki ilişkiyi içerir ve düzenler (Mann vd. 1994: 10). Sağlık hizmetleri özellikle sosyal devlet anlayışının bir temeli olan halk sağlığı hizmetleri doğrudan veya dolaylı olarak devlet tarafından gerçekleştirildiğinden temel insan haklarının bir uzantısı olarak düşünülmektedir ve hükümet yetkilileri toplum sağlığını korur ve geliştirirken aynı zamanda insan haklarını da korur ve geliştirir (Mann, 1997:9).

Alma Ata’da DSÖ tarafından 1978 yılında düzenlenen uluslararası toplantıda hükümetleri insanların sağlığından sorumlu tutmuş ve uluslararası sağlık düzeyinde fark olmasının bütün ülkeler için tehlike yaratacağını belirtmiştir. Ayrıca ülkeler için sağlık politikası olarak “Temel Sağlık Hizmetleri” yaklaşımını benimsemiştir. Yaklaşım, sağlığın sağlık hizmetleri verilmesinden daha çok beslenme, konut, gelir, çevre, iş gibi temel etmenlerin varlığına bağlı olduğunu savunur ve önceliği ilk basamak ve koruyucu hizmetlere verir (TTB, 2007).

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasasının 56. Maddesine göre, “Herkes, sağlık ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” (m. 56/1); “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” (m. 56/3); “Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” (m. 56/4) ve “Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” (m. 56/5) Anayasamızda da güvence altına alınan sağlık hakkı, her vatandaşın temel sosyal haklarından biridir ve devlet; tüm vatandaşlarına bu hakkı vermek zorundadır

1982 Anayasası’nda da belirtildiği üzere, sağlık kuruluşlarını tek çatı altında toplayıp hizmet verimini düzenlemek devletin asli görevidir. Sağlık hizmeti, aile hekimliği, toplum sağlığı merkezleri, hastane, laboratuvar vb. sermaye etkenleri ile hemşire, hekim, laborant, hastabakıcı gibi emek etkenlerinden oluşan ekonomik bir maldır. Sağlık hizmetlerinin özellikle devlet eliyle yapılmasının bazı sebepleri bulunmaktadır. Bunlar (Orhaner, 2006: 2-3);

- Sağlık hizmetlerinde özel kesimin varlığı; kamunun yatırım gücü kadar etkin değildir ve sağlık hizmeti talebini karşılamaya yetmez.
- Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi ve bireyler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünlüğü açısından da önemlidir.
- Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; bazı nedenlerden dolayı zordur. Özellikle, gelir dağılımındaki eşitsizlik, insanların bilgisizliği, sağlık hizmetleri kalitesi örnek

gösterilebilir. Bu yüzden, devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.

- Sağlık hizmetlerinde dışsallık vardır. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirdiğinden, ülke çapında hizmet götürülmelidir.
- Özel kesimde karlılık oranı esastır ve kara göre hareket ettiklerinden, sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir. Devlet, bu durumu engellemek durumundadır.

Devletlerin, ekonomik kalkınmada önemli gördükleri nokta ve ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri, sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyacı olan hizmetleri, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmak (Tutar ve Kılınç, 2007: 32), toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba sarf etmek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve bireylerden üretim faktörü olarak yararlanılmasını sağlamaktır. Ayrıca sağlık sektörü, müşterilerin tatminin sağlanması bakımından en problemlilerden biri olarak gözükmektedir. Hastaların artan şikayetleri, teknolojinin hızla değişmesi, iyi bakım isteğinin yaygınlaşması ve artan maliyetler sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine neden olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumunu yapan temel kurumlar ise; Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve özel sağlık kurumlarıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanına bakılacak olursa, devlet bütçesi, sosyal güvenlik katkı payları, özel sigortalar ve cepten yapılan ödemeler olarak nitelendirilebilir.

2. Sağlık Harcamaları

Sağlık ekonomisi literatüründeki birçok çalışma, sağlık harcamalarını, kısmen ekonomik harcamaların bir sonucu olan, daha iyi sağlık sonuçlarına atfedilen, ekonomik gelişme düzeyindeki farklılıkları açıklayan önemli bir faktör olarak tanımlamaktadır. Sağlık durumunun iyileştirilmesinde, yeterli ve verimli bir şekilde sağlık harcamalarının kaçınılmaz olduğu düşünülmektedir (Aboubacar, 2017: 615).

Sağlık hizmetlerinde görülen maliyet artışları sağlık sektörünün önemli problemlerindedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar ve sunumunda yapılan harcamalar ülkelerin genel harcamaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlığa ayrılan fonlar ve yapılan harcamalar ülkelerin gelişmişlik göstergelerini etkileyen en önemli faktörlerdendir (Can, 2020: 345)

Global olarak nerdeyse tüm ülkelerin ana hedefi, sağlık bireylerden oluşan bir topluma ulaşmaktır. Çünkü, refahın, istikrarın, güvenliğin, gücün ve mutluluğun en önemli etkeni ruh ve beden sağlığına sahip olmaktır. Bir ülkedeki sağlık durumu ekonomik büyümesini birçok şekilde etkilemektedir. Genel nüfusun sağlığı düzeldiğinde, ülke belirli bir beceri, fiziksel sermaye ve teknolojik bilginin birleşimi ile daha fazla çıktı üretebilir (Wang, 2011: 1357-1538). Sağlık en önemli değerdir, sağlığın korunması ve devamlılığının sağlanması için sağlıkla ilgili ürün üreten tüm kurum ve kuruluşların oluşturduğu sisteme sağlık sektörü, bu sektör için yapılan bütün harcamalara da sağlık harcaması denilmektedir (Ersöz, 2008: 95). Sağlık ekonomisinde karşılaşılan en büyük problemlerden biri, hangi harcamaların sağlık harcaması kriterine gireceğidir. Temel sağlık hizmetleri denilen tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık harcamalarının yanı sıra günümüzde artık sıkça yapılan yağ aldırma, saç ektirme gibi kozmetik amaçlı harcamaların ve rekreasyon (fitness, kaplıca vb.) faaliyetlerinin de sağlık harcamalarına girip giremeyeceği tartışma konusu olmuştur. Ayrıca, uluslararası sağlık harcamalarını karşılaştırmak amacı ile standart tanımlamalar kullanılmıştır. Bunlardan en önemlileri, kişi başına düşen sağlık harcamaları, ilaç harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) içindeki payı, sağlık harcamalarının GSYİH ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

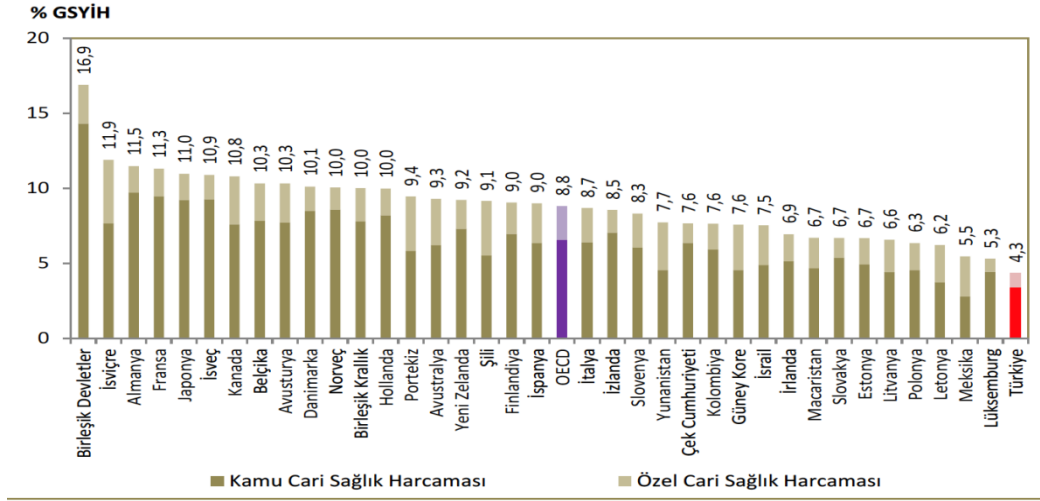
Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

toplam harcamalar içindeki payıdır. Böylece belli bir zaman diliminde ülkeler arasındaki sağlık değişim ve eğilimleri gözlemlenebilmektedir (Tokalaş, 2006: 25).

Dünya geneline bakıldığında toplum sağlığını ilgilendiren neredeyse bütün büyük girişimleri kamunun finanse ettiği görülmektedir. Kamu genel olarak toplum sağlığı hizmetlerini, tedavi hizmetlerini ve kamu sigorta programlarını finanse etmekte ya da desteklemektedir (Dielaman ve Hanlon, 2014: 129). Dünya genelinde yapılan toplam sağlık harcamaları 2018 yılında 8,3 trilyon dolara ulaşmıştır yani küresel GSYİH'nın %10'una eşittir. Geçtiğimiz beş seneden beri ilk defa ülkelerin büyümesi sağlık harcamasının büyüme oranından fazla olmuştur. 2018 yılında küresel harcamaların %59'unu oluşturan 4,9 trilyon ABD doları ile en büyük payı yerel kamu kaynakları almıştır. Özel sağlık harcamaları 3,4 trilyon ABD doları veya küresel harcamaların %41'ini oluşturmuş ve bunların çoğu hane halkı tarafından cepten yapılmıştır. Dış yardımlardan sağlanan sağlık harcamaları, bir önceki yıllara aynı şekilde, küresel harcamaların %0,2'sini oluşturmuştur. (DSÖ, 2020: 2). 2025 yılında 12,5- 14 trilyon dolara yükseleceği öngörülmektedir. Bu harcamanın yaklaşık %60'ı (6 trilyon dolar) 2016 yılında kamu tarafından finanse edilmiştir ve 2025 yılında da aynı oranın sürdürülebileceği belirlenmiştir (Sağlık Ölçüm ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME), 2019).

Son birkaç on yılda olduğu gibi, sağlık harcamalarının 2028'e kadar olan projeksiyon döneminin her yılında ortalama olarak ekonominin geri kalanından daha hızlı büyümesi ve giderek daha büyük bir GSYİH payını tüketmesi beklenmektedir. Böylece, ABD nüfusunun sigortalı payında öngörülen mütevazı bir düşüşle bile, sağlık harcamalarının 2028'de GSYİH'nın yüzde 19,7'sine ulaşacağı tahmin ediliyor. Tıbbi mal ve hizmetler için enflasyonda beklenen artışlar, ulusal sağlık harcaması büyümesini hızlandırmanın temel itici güçleridir, çünkü hizmetlerin kullanımı ve yoğunluğunun, kısmen sigorta kapsamına sahip nüfusun payının hafifçe düşeceği tahmin edildiğinden, son yıllara göre daha yavaş artması beklenmektedir (Hartman vd. 2019: 8).

Dünya Sağlık Örgütü (2017)'ne göre sağlık finansmanı istatistiklerine göre halen birçok gelişmekte olan ülkede kişi başına toplam sağlık harcamaları düşük seviyelerdedir. Çoğu gelişmekte olan ülke, GSYİH %5 ve %8'i arasında pay ayrılmaktadır. Kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları ise tüm bölgeler için 2000 ile 2013 yılları arasında reel olarak yaklaşık %40 artmıştır. Bu durum basite ekonomik büyümeyi yansıtabilir ancak birkaç ülkede devlet bütçesindeki tahsilatlarda sağlık için önceliklendirmenin artması da söz konusu olduğu bilinmektedir. Ortalama olarak, ülkeler genelinde, küresel cepten ödemelerde sağlık harcamaları biraz azalmıştır (2000-2004 döneminde toplam sağlık harcamalarının %35 iken 2010-2013 yılları arasında %31'e düşmüştür) ve bu da finansal korumada bir iyileşme olduğunu göstermektedir (DSÖ, 2016).



Şekil 1. Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2019 (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

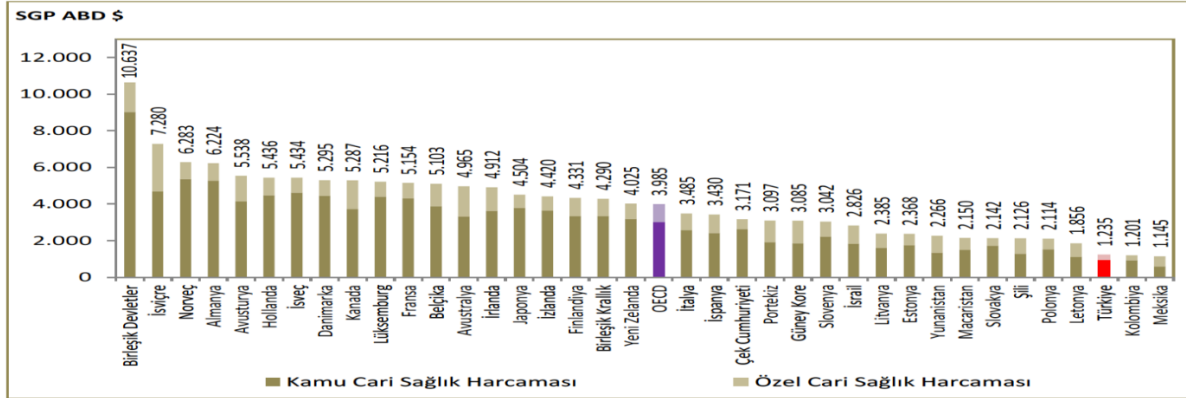
Bir ülke ekonomisinin gelişmesiyle birlikte halkı, yaşam kalitesine daha fazla değer verme eğilimindedir ve bu nedenle, özellikle ulusal geliri yüksek gelişmiş ülkelerde tıbbi hizmetler için daha yüksek bir talebe sahiptir. Ekonomik kalkınmanın sağlık harcamalarına etkisi üzerine yapılan önceki ampirik çalışmalar, sağlık harcamalarının, benzer ekonomik gelişmişlik düzeylerine sahip farklı ülkelerde büyük farklılıklar gösterdiğini ve farklı ekonomik gelişmişlik düzeylerine sahip ülkelerde bu farkın daha da fazla olduğunu göstermiştir (Wang, 2011: 1536). Ekonomik kalkınmışlık açısından benzer özelliklere sahip olan OECD ülkeleri arasında dahi farklılıklar bulunmaktadır. OECD ülkeleri arasında GSYİH içinde sağlık harcamalarına ayrılan pay Şekil 1’de gösterilmiştir. Ayrılan paylara bakıldığında en fazla payı ayıran ülkenin özel sağlık hizmetleri dünyada neredeyse en fazla geliştiği Birleşik Devletler (%16,9) olarak görülmektedir. En az pay ayıran ülke ise %4,3 ile Türkiye olmuştur. OECD ortalaması ise %8,8’dir ve Türkiye ortalamasının oldukça altında kalmıştır.

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Harcamalarının 2002-2019 Yılları Arasında Değişimi

Yıl	Para Birimi	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)	Yatırım harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)
2002	Milyon TL	359.336	18.331	5,1	443	0,1	18.774	5,2
	Milyon ABD \$	236.336	12.056		291		12.347	
2010	Milyon TL	1.167.664	58.623	5,0	3.054	0,3	61.678	5,3
	Milyon ABD \$	777.461	39.033		2.034		41.067	
2018	Milyon TL	3.758.316	154.998	4,1	10.236	0,3	165.234	4,4
	Milyon ABD \$	797.124	32.875		2.171		35.045	
2019	Milyon TL	4.320.191	187.673	4,3	13.357	0,3	201.031	4,7
	Milyon ABD \$	760.778	33.049		2.352		35.401	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019

Türkiye, sağlık harcamaları, özellikle kamu sağlık harcamaları, son 10 yıllık dönemde en hızlı artan ülkeler içinde yer almaktadır. 2002-2010 yılları arasında Türkiye’de toplam sağlık harcamaları yıllık ortalama % 7,1 oranında artış gösterirken, kamu sağlık harcamaları % 9,1 oranında artmıştır. Bu oranlar % 4 ve % 4,1 olan OECD ortalamasından oldukça fazladır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu artışın bir ölçüde ekonomik büyüme ile ilişkili olduğu sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranına bakıldığında belirginleşmektedir.



Şekil 2. Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırılması, SGP ABD \$, 2019 (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

Şekil 2 incelendiğinde en yüksek kişi başı sağlık harcamasının kapsamlı bir kamu sağlık sigortasının bulunmadığı özel sağlık sigortalarının hakim olduğu Birleşik Devletlere (10.637 dolar) ait olduğu görülmektedir. Türkiye ise OECD ortalamasının (3.985 dolar) altında kişi başı 1135 dolar ile son sıralarda yer almaktadır. Bunun nedeni olarak ise Genel Sağlık Sigortasının yaygın olarak vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimini sağlaması ve devletin kapsamlı sağlık hizmeti vermesi görülebilir.

2.1. Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri

Günümüzde ülkeler için önem arz eden konulardan biri kaynaklarını etkin kullanma isteği ve bunun sonucu olarak harcamaların amacına ulaşp ulaşmadığını irdelemektir. Sağlık harcamaları da dünya genelinde bir artış göstermiş, bunun sonucunda harcamaları arttıran nedenlere karşı merak duyulmuştur. Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının artış nedenlerinin yapılan araştırmalar ise genel olarak ortak olduğu kanısına varılmıştır (Akin, 2007: 31).

Sağlık hizmetlerinde maliyetlerinin ve harcamalarının artışları hem çok etmenli hem de oldukça karmaşıktır. Sağlık bilincinin artması, teknolojik gelişmeler, gayri safi yurtiçi hasılanın ve kişi başına düşen gelirin artması, beklenen yaşam süresinin artması ile yaşlı kişi sayısının artması gibi nedenler olarak sınıflandırılabilir (Abel-Smith, 1984; Evans, 1990; Pane and Taliaferro, 1994; Marquez, 1990; Berk, 1993).

1. Sağlık Bilincinin Gelişmesi

Dünya’da gerçekleşen global eğilimler, toplumların daha da bilinçlenmelerine ve buna bağlı olarak sağlık ve hastalık kavramlarının değişmesine neden olmuştur. Eğitim seviyelerinde olan yükselişler, emeğin organizasyonu ve yükselen trendi, daha kaliteli sağlık hizmeti anlayışı sonucu hastaların talepleri de etkilenmiştir. Artık hastalar bilinçli, neyi-niçin yaptığını bilir hale gelmişlerdir. Bu talep de doğal olarak sağlık harcamalarının artmasına sebep olmuştur (Yıldırım,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

2000: 3). Sosyo-ekonomik düzeydeki artış ve eğitim seviyesinin yükselmesi, okuma alışkanlığı ve gündemden daha fazla haberdar olmayı da beraberinde getireceğinden, bu kişiler sağlıktaki yenilikler açısından daha bilgili olmaktadır. Sağlıkta yaşanan asimetrik bilgiyi azaltmaya çalışan bu durum sonucunda kendilerine iyi gelecek yeri ve tedaviyi seçme potansiyelleri de yükselecektir. Seçme özgürlüğünün artması, sağlık harcamalarına yapılan giderlerde de bir artışa sebep olacaktır.

2. *Teknolojik Gelişmeler*

Sağlık ihtiyacı gün geçtikçe artmaktadır. Sonuç olarak hastalıkların tanı, teşhis ve tedavileri için gerekli olan hizmetlerin daha hızlı ve kaliteli tasarlanması için tasarlanan tıbbi yönelimli bütün cihazların önemi artmakta ve büyük bir ticaret hacmine dönüşmektedir (Nehri ve Yalçın, 2019: 9). Günümüzde her alanda olduğu gibi teknoloji alanında da birçok yeniliğe imza atılmıştır ve bu yeniliklerin diğer sektörlerle de etkisi olmuştur. Özellikle sağlık sektörüne olan etkisi de yadsınamayacak kadar büyüktür. Hastanelerdeki kalitenin artmasındaki en büyük yatırımlardan biri, etkin işleyen bir hastane bilgi sisteminin varlığıdır. Etkin işleyen hastane bilgi sistemi, hastane müşterilerine daha az bürokrasiye yakalanma ve sağlık hizmetlerine daha kısa sürede ulaşma imkanı sağlar. Ayrıca personel verimliliğini en üst seviyede tutarak, mevcut kapasitenin daha optimal kullanılmasını sağlar (Şahin vd.,2005: 70). Hastane otomasyonunun sağladığı bu yararların yanı sıra teknolojideki hızlı gelişme tıp araç ve gereçlerinin de gelişmesine olanak vermiştir. Bütün bu yenilikler, sağlık giderlerini etkileyecek ve sağlık harcamalarında artışa sebep olacaktır.

3. *Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) ve Kişi Başına Düşen Gelirin Artması*

Sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişki birçok çalışmanın temel konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda yapılan çeşitli ampirik çalışmaların birbirinden farklı bazı sonuçlara ulaştığı da gözlenmektedir. Sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişki üzerine ortaya konulmuş çalışmalar sonucu elde edilen bulguları dört gruba ayırmak mümkündür (Akar, 2014: 312).

Bunlardan ilki sağlık harcamalarındaki yükselmenin GSYİH'yi artış yönünde etkilediği kanaatidir. Bu düşünceye göre sağlık harcamaları ile GSYİH arasında tek yönlü ve artış sağlayan bir ilişki bulunmaktadır. İkincisi sağlık harcamaları ile GSYİH arasında karşılıklı bir etkileşimin bulunduğunu savunmaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık harcamalarının artması GSYİH'yi artırırken; GSYİH arttıkça sağlık harcamaları da artmaktadır. Bu konuda ortaya konulan üçüncü yaklaşımda ise sağlık harcamaları ile GSYİH arasında düzenli ve kendini tekrar eden bir ilişki kurulamayacağı ifade edilmektedir. Sağlık harcamaları ile GSYİH arasındaki ilişkiyi ele alan dördüncü yaklaşımda ise sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi negatif etkileyebileceği ortaya konulmaktadır. Kar ve Taban (2003:166), Türkiye'de 1971-2000 dönemine ait yıllık verileri kullanarak Türkiye'deki kamu harcaması çeşitlerinin ekonomik büyümeye etkilerini eş-bütünleşme analizi aracılığıyla araştırmıştır. Araştırma sonucunda sağlık harcamalarının artmasının ekonomik büyüme üzerinde negatif bir etki yarattığı saptanmıştır.

Bir ülkede kişi başına düşen gelirin düşük olması, temel ihtiyaçların yeterince karşılanamaması sonucunda sağlığın bozulmasına neden olur. Böyle bir durumda ortaya çıkacak tedavi masrafları, sağlık harcamalarını artırarak bireyin ekonomik açıdan daha da zorlanmasına neden olmaktadır. Daha yüksek gelir düzeylerinde ise bireyler hem kamu kesiminden hem de özel kesimden ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini temin edebilmektedirler. Kişi başına düşen gelir arttıkça, bireylerin sağlık hizmetinden faydalanma oranı da sağlık harcamaları da artış göstermektedir. Sonuç olarak kişi başına düşen gelir ile sağlık harcamaları arasında pozitif bir ilişkinin bulunduğu söylenebilmektedir (Kocasoy, 2014:21-22).

4. Yaşlı nüfusun artması

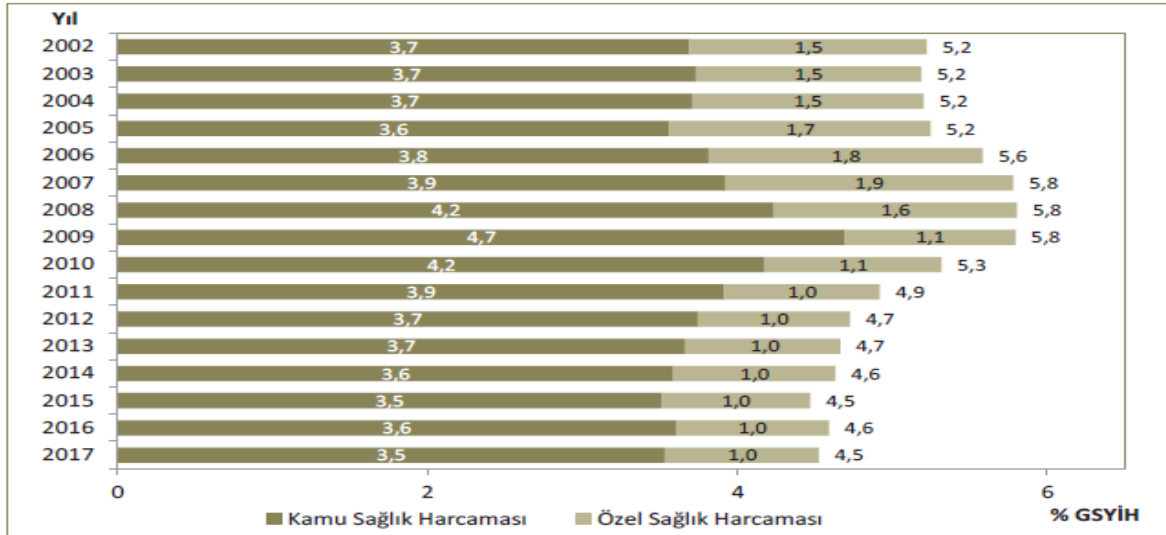
Dünya nüfusu ile ilgili yapılan birçok araştırma, ortalama yaşam süresinin uzadığını ve ülkelerin nüfuslarının gittikçe yaşlandığını göstermektedir. Dünyanın gelişmiş olarak kabul edilen bölgelerinde 60 yaş ve üstündeki insanların toplam nüfus içindeki payı 2000 yılında %18,7 iken, bu oranın 2025 yılında %25,3 olması beklenmektedir (Mutlu ve Işık, 2013: 221). OECD ülkeleri için doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 2014 için ilan edilen verilerde 80 yıl olarak belirtilmiştir (OECD, 2014).

Doğumda beklenen yaşam süresi, bir ülkenin gelişmişlik göstergeleri arasında değerlendirilmektedir. Buna ek olarak yaşam süresi ile bir ülkedeki sağlık harcamaları arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Bir ülkede sağlığa yapılan harcamalar yaşam süresini artırırken, ülkedeki yaşam süresi arttıkça sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Bunun en önemli nedeni ileri yaş dönemlerinde sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesidir. Hatta ileri yaş sağlık tüketicilerinin zaman zaman gereğinden fazla sağlık hizmeti tüketmesi sağlık harcamalarının artışı üzerinde oldukça etkilidir. Bu nedenle ülkeler yaşam süresinin yükselmesini olumlu karşılarken sağlık harcamalarının kontrolsüz artışı ile ilgili önlemleri gündeme taşımaktadırlar (Çelik, 2011: 55).

2.2. Sağlık Harcamalarının Çeşitleri

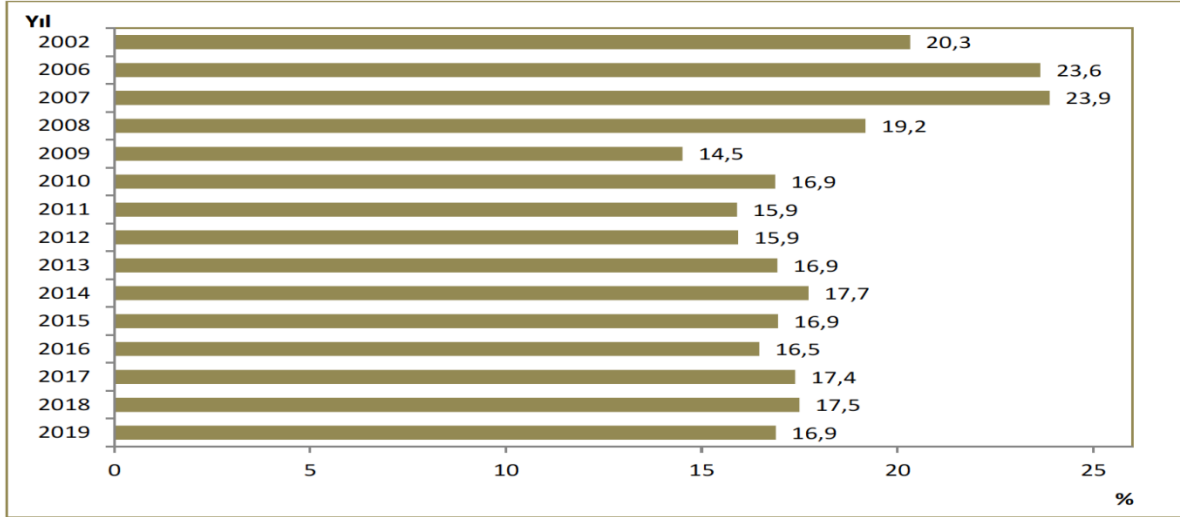
Bir ülkede sağlık hizmetlerinin piyasaştırılması ve kâr oranının en üst düzeye çıkartılması; sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumunda kamunun rolünün azaltılması, hatta giderek ortadan kaldırılması ile gerçekleştirilecek bir olgudur (Erol ve Özdemir, 2014: 19). Ülkemizde 2003 yılından itibaren hizmete giren Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlığın finansmanı tek elde toplanmıştır. Başta kamu olmak üzere özel sağlık harcamaları da dâhil olmak üzere sağlık hizmet sunucularının büyük çoğunluğunun Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'ndan hizmet aldıkları bir modele geçilmiştir (Çiçeklioğlu, 2011: 68). Sağlık harcamaları cari ve toplam sağlık harcaması olarak ayrılmaktadır. Cari sağlık harcamaları yatırım harcamaları dışında kalan tüm sağlık harcamalarını ifade etmektedir.

Bundan sonra bahsedilen tüm sağlık harcamaları cari sağlık harcamalarıdır.



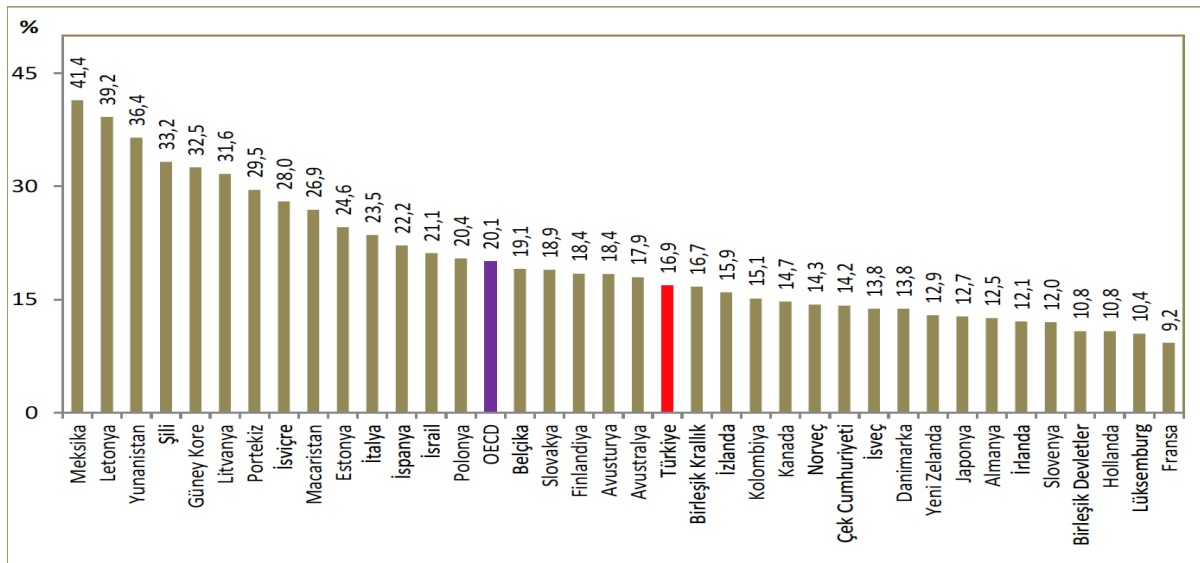
Şekil 3. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

Türkiye’de sağlık harcamalarının büyük bir kısmı kamu tarafından yapılmaktadır. Son 20 yılda sağlık harcamalarının kamu ve özel sağlık harcamalarının payı toplam sağlık harcamalarının içinde aynı doğrultuda devam etmiştir. Türkiye’nin sağlık sistemi Beveridge ve Bismarck sistemlerinden etkilenen ancak daha çok primli sağlık sistemine kayan bir karma sistemdir. Ayrıca düşük oranda olsa özel sağlık sigortaları ve cepten ödemelerde sistemde yer almaktadır.



Şekil 4. Yıllara Göre Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Toplam Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranı, (%) (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

Cepten yapılan ödemeler, kişilerin sağlık hizmetlerine ve kullanılan ürünler için yaptıkları dolaylı ve doğrudan yaptıkları ödemelerdir (Egemen, 2019: 409). Genel Sağlık Sigortasının (GSS) yürürlüğe girmesi ve kamunun sağlık hizmetlerinin kapsamının artması ile birlikte cepten yapılan ödemelerin oranları 2002’de %20,3 iken 2019 yılında %16,9’lere düşmüştür.



Şekil 5. Cepten Yapılan Cari Sağlık Harcamasının Cari Sağlık Harcaması İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, (%), 2018 (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019)

* Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülkelere ait veriler 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında Türkiye'nin %16,9 ile OECD ülkelerinin altında bir ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. En yüksek ortalamalar ise %41,4 ile Meksika ve %39,2 ile Letonya'dır. Bu tablo ülkemiz açısından olumlu bir yödedir. Çınaroğlu (2018) tarafından yapılan araştırmada Türkiye'de cepten yapılan ödemelerin GSS'nin yürürlüğe girmesiyle sisteme daha fazla bireyin katıldığı böylece finansal yükün toplumda daha eşit olarak dağıtıldığı belirtilmiştir. Ancak sistemin sürdürülebilirliğinin gözden geçirilmesi gerektiğini de belirtmiştir.

Tablo 6. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2002-2019, Milyon TL

2002		Kamu Sağlık Harcaması			Özel Sağlık Harcaması		
Genel Sağlık Harcaması toplamı	Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer ⁽¹⁾
18774	13270	15283	356	7631	5504	3725	1779
2019		Kamu Sağlık Harcaması			Özel Sağlık Harcaması		
Genel Sağlık Harcaması toplamı	Toplam	Merkezi devlet	Yerel devlet	Sosyal güvenlik	Toplam	Hane halkları	Diğer *
201031	187673	42650	1357	102226	41441	31698	9743

Kaynak: TÜİK, 2020

(*diğer sağlık harcamaları; özel sosyal sigorta (banka sandıkları), hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT'ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme) kapsamaktadır.)

2002 yılında özel sağlık sigortalarının sağlık harcamalarındaki payı yaklaşık %30 iken 2019 yılına gelindiğinde özel sektörün sağlık harcamalarındaki payı %21'lere düşmüştür. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kapsam artırması, özel sağlık kuruluşları ile anlaşmaların artması ile kamuya ait harcamaların arttığı bilinmektedir.

Tüm dünyada artmaya devam eden sağlık harcamalarının artmasını yavaşlatmaya yönelik girişimlerde politika araçlarının hangi kombinasyonlarının kalite, erişim ve maliyet etkililiğinin doğru dengesinin sağlayabileceği konusunda tartışmalar sürmektedir. Bu tartışmalardan birisi de davranışsal iktisat kapsamında devam etmektedir.

3. Davranışsal İktisat

Değişen davranış için mevcut olan geleneksel araçlar, sağlık harcama eğrisini bükmek için gerekli olan sonuçlara ulaşmakta başarısız olmuştur. Sağlık harcamalarını içermeye yönelik çabalar tek bir kavramsal çerçeveye uymamıştır. Bununla birlikte, genellikle fiyat değişimlerine ve bilgiye dayalı müdahalelere dayanan kullanımdaki politika kolları, geleneksel rasyonel seçim teorisi ile büyük ölçüde bilgilendirilmektedir. Bu teori, insanların fiyat, kalite, işlev ve diğer faktörler hakkında piyasadaki bilgilere dayanarak olası sonuçlara ilişkin olasılıkları ve faydaları dikkate aldıklarını ve daha sonra kendilerini tanımladıkları halde, kendilerine en fazla yararı sağlayan seçeneği güvenilir bir şekilde takip ettiklerini varsayar. Ancak "rasyonel" tepkilere dayanan politikalar genellikle hedeflerine ulaşmakta başarısızdır. Performansa göre ödeme planları, sağlayıcıları sağladıkları

bakımın kalitesini artırmaya, bu bakımın maliyetlerini düşürmeye ve bazen her ikisini de yapmaya teşvik edecek mali teşvikler içerir. Yine de bu programların daha iyi bakım veya daha yüksek maliyet etkinliği sağladığına dair çok az kanıt bulunmaktadır. (King vd. 2013: 661-662).

Ekonomi biliminde insan davranışlarının rasyonel olmayabileceği kavramı, 2002 yılında Nobel Ekonomi Ödülü'nün Smith ile bilişsel bir psikolog olan Kahneman'a verilmesi ile ekonomi ve psikoloji arasındaki ilişkileri kuvvetlendirmiş ve davranışsal iktisata verilen önem artmaya başlamıştır. Ekonomik analizlerde insanların algılarının önemi ve gerçekçiliğini artırmak için sınırlı rasyonalite ilkesini açıklayarak ekonomi biliminin psikoloji ile desteklenmesi anlayışı benimsenmiştir. Bunun yanı sıra kavram insanların çevresel faktörler, düşünceler, duygular ve zihinsel sapmalarından dolayı hiçbir zaman rasyonel olamayacağını savunmuş ve ekonomi biliminde yeni bir yaklaşımın temsilcisi haline gelmiştir (Kitapçı, 2017: 86).

Davranışsal iktisadın özünde, iktisadi analizin psikolojik temellerinin gerçekçiliğinin artırılmasının iktisadın kendi terimleriyle gelişeceği, teorik kavrayışlar yaratacağı, alan fenomenleri hakkında daha iyi tahminler yaratacağı ve daha iyi bir politika önereceği inancı yatmaktadır (Camerer ve Loewenstein, 2011: 2). Davranışsal iktisat teorileri genel olarak rasyonel modelin temel mimarisini muhafaza etmiş, spesifik anomalileri hesaba katmak için tasarlanan bilişsel sınırlamalar hakkında varsayımlar eklemiştir (Kahneman, 2003: 1474). Geleneksel politikaların yanı sıra yukarıda bahsedilen davranışları değiştirmeye yönelik politikalarda uygulanmaya başlanmıştır.

Davranışı etkileme yeteneği sağlık, finans ve iklim değişikliği gibi alanlarda önemli politika sorunlarının çoğunda merkezi bir rol oynar. Ekonomideki ve psikolojideki davranış değişiminin olağan rotası, insanların bilgiyi ve teşvikleri kullanarak düşündüklerini etkileyerek “zihinleri değiştirmeye” çalışmışlardır. Bununla birlikte, insanların (büyük ölçüde otomatik yollarla) hareket ettiği ortamları etkileyerek “değişen bağlamları”nın davranış üzerinde önemli etkileri olabileceğini gösteren kanıtlar artmaktadır. Davranışlarımızı çoğunlukla otomatik (kasıtlı değil) biçimlerde etkileyen dokuz en güçlü etkiyi toplayan bir anımsatıcı olarak İngiltere Devleti'ne bağlı olarak kurulan Davranışsal Öngörüler Ekibi (The Behavioural Insights Team) tarafından The MINDSPACE geliştirilmiştir. Bu çerçeve politika yapımcılar tarafından akademik literatürün erişilebilir bir özeti olarak kullanılmaktadır (Dolan vd. 2012: 264).

The MINDSPACE aslında, davranış üzerindeki dokuz etkiyi içeren bir kısaltmadır. Bu etkiler; haberci (messenger), teşvikler (incentives), kurallar (norms), varsayımlar (defaults), dikkat çekici (salience), çalışma (priming), duygulanım (affect), bağlılık (commitments) ve ego'dur (Dolan vd. 2010: 18). Aşağıdaki tabloda (Tablo 7) çerçeve kısaca açıklanmaya çalışılmıştır.

Tablo 7. Davranış değişikliği için MINDSPACE çerçevesi

MINDSPACE işareti	Davranış
Haberci	Bize bilgi ileten kişilerden çok etkileniriz.
Teşvikler	Teşviklere verdiğimiz cevaplar, kayıplardan büyük ölçüde kaçınmak gibi öngörülebilir zihinsel kısayollar (insanlarda ve makinelerde problem çözmeyi kontrol etmek için, kolay erişilebilir, ancak gevşek uygulanabilir bilgiler kullanan stratejilerdir) şekillenir.
Kurallar	Başka insanların hareketlerinden çok etkileniriz.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Varsayımlar	Önceden ayarlanmış seçeneklere göre olayları akışına bırakıyoruz.
Dikkat çekici	Dikkatimiz yeni olanın neye benzediğini ve bizim ile alakasının ne olduğuna odaklanır.
Çalışma	Davranışlarımız çoğunlukla bilinçaltımızdan etkilenir.
Duygulanım	Duygusal ilişkilerimiz eylemlerimizi güçlü bir şekilde şekillendirebilir.
Bağlılık	Toplum içerisinde sözlerimiz ve karşılıklı davranışlarımızla tutarlı olmayı hedefleriz.
Ego	Kendimiz hakkında daha iyi hissetmemize yardımcı olacak şekilde hareket ederiz.

Kaynak: Dolan vd. 2012: 266

MINDSPACE çerçevesi, davranışı etkilemek için kullanılabilir ve kullanılmış en sağlam ve güçlü araçlardan bazılarında hızlı bir genel bakış sağlar. Daha güvenli topluluklar, iyi toplum ve sağlıklı ve iç açıcı yaşamlar olarak üç geniş politikası vardır. The MINDSPACE çerçevesi aynı zamanda, İngiliz Hükümetin kamu parasını nasıl daha etkili bir şekilde harcayabileceğine dair yol göstermektedir. Şu dokuz sorunla ilgili uygulamalar yapılmaktadır: sigara içme, organ bağıışı, ergen gebeliği, alkol kullanımı, obezite, şeker hastalığı, yiyecek hijyeni, fiziksel aktivite ve sosyal bakımdır. 2010 yılı verilerine göre sigaraya bağlı hastalıkları tedavi etmek için yılda 2,5 milyar sterlinin üzerinde harcama yapılırken sigarayı bırakmayı teşvik etmek için 150 milyon sterlinden daha az harcanmaktadır. Aşırı alkol tüketiminin sonuçlarını tedavi etmek için tahmini olarak 2,7 milyar sterlin harcanırken sağlıklı içme düzeylerini teşvik etmek için yalnızca 8,7 milyon sterlin (alkol endüstrisi tarafından teşvik için harcanan 800 milyon sterline karşı) harcanmaktadır. Bir diğer sorun olan obezite İngiltere ekonomisine yaklaşık yaklaşık 7 milyar sterline mal olmaktadır. Obezite oranının yüksekliği İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) yılda yaklaşık 4 milyar sterline mal olmakta ve fazla kilolu olmak artan hastalığa neden olduğu için toplam ekonomik maliyet yılda 7 milyar sterline ulaşmaktadır. Özetlemek gerekirse bu gibi bireylerin tercih ettikleri sağlıksız davranışlar yukarıda özet edilmiş olan dokuz etkinin birlikte ya da tek başına kullanılması ise daha sağlıklı davranış biçimlerine geçebilecekleri (sigara kullanımında şimdiden düzelmeler ortaya çıkmıştır) önermesini ortaya koymaktadır (Behavioral Insight Team, 2010).

Örneğin ergen gebeliklerin azaltılması konusunda; kurallar, haberci ve ego etkileri görülmektedir. Davranışımız, diğer insanların yaptıklarını gördüğümüz şeyden güçlü bir şekilde etkilenir ve "bildirimsel" veya "tanımlayıcı" sosyal norm olarak adlandırılır (Kurallar). Bu etkiler, genç ebeveynliği caydırmak için genç bir anneyi okullara göndermenin neden sorunlu olduğunu açıklamaya yardımcı olur (haberci). Özellikle gençlerde güçlü olan, ne yapılması gerektiğinin söylenmesine (ego) karşı aktif olarak tepki verme eğilimi vardır. Bu nedenlerle Batı Avrupa'da en yüksek ergen gebeliği oranlarına sahip olan İngiltere'de Teens and Toddlers isimli bir yardım kuruluşu ergen gebeliklerini alışılmadık bir şekilde ele almıştır. Gençler, yürümeye yeni başlayan bir çocuğa rehberlik ettikleri 20 haftalık bir programa katılmaktadırlar. Her hafta bir kreşte bir yürümeye başlayan çocukla oynayarak ve gözetim altında tutarak, ebeveynliğin taleplerini ve sorumluluklarını ilk elden deneyimleyerek zaman harcamaktadırlar. Bunu, onlara çocuk gelişimi, ebeveynlik becerileri ve ilişkiler hakkında eğitim veren eğitimli destek görevlileri tarafından yürütülen oturumlar takip etmektedir. Bu oturumlar ayrıca gençlerin deneyimlerini birbirleriyle tartışmaları için bir forum sağlamaktadır. Vakfın altı yıllık çalışmaları sonucunda programa katılanların hamilelik oranının yüzde 2,7 olduğunu, buna karşılık ulusal gençlerin yüzde 4,1



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

olduğunu bulunmuştur. Bu düşük oran, programın hedeflediği yüksek riskli gençlere rağmen elde edilmiştir (Teens and Toodlers, 2010).

Bir diğer örnek ise gıda hijyenine aittir. İngiltere Gıda Standartları Kurumu (Food Standards Agency) (2009) verilerine göre İngiltere’de yılda bir milyondan fazla kişi gıda zehirlenmesi geçirmektedir. Gıda zehirlenmesi geçiren 20.000 kişi hastaneye kaldırılırken 500 kişi ise ölmektedir. Gıda zehirlenmesi NHS’ye yılda yılda 1,5 milyar sterline mal olmaktadır. Kanıtlar, bir restoranın hijyen standartları gibi bilgiler halka açık ve belirgin hale getirildiğinde, bu maruz kalmanın o restoranı standartlarını iyileştirmeye motive edeceğini göstermektedir (Dikkat çekici) Potansiyel müşterileri bu tür hijyen bilgilerine maruz bırakmak, özellikle rezervasyon yaptırırken ve aç veya 'sıcak' bir duruma gelmeden önce bu bilgilerden haberdar edildiklerinde, seçimlerini önemli ölçüde değiştirebilir ve daha fazla düzenlemeye gerek kalmadan hijyen iyileştirmelerini güçlü bir şekilde yönlendirebilir. Bu amaçla kamu kurumları beraber çalışmaya başlamış, saygın restaurant yorumcuları ve çok takip edilen (Time Out, Table an Good Food Guide) organizasyonları hijyen standartlarının yanı sıra yemek, servis ve atmosfer kalitesine göre sıralamaya teşvik etmeye başlamışlardır (Behavioral Insight Team, 2010).

Thaler (2008) tarafından ilk olarak kullanılan ve geliştirilen bir konsept olan “nudge” (dürtme) ise insanlara seçenekler verilmesi gerektiğini (özgürlükçü fikir) ancak seçim kararının uzmanlar tarafından yönlendirilmesi gerektiğini öne süren bir kavramdır ve davranışsal iktisat alanında incelenmeye başlanmıştır. Kanıtlar insanların kötü bir seçim yaptığını gösterdiğinde, hükümetin ve diğer kuruluşların insanları kendi çıkarlarına en uygun kararlara yönlendirmesi gerektiği savunulmaktadır. Herhangi bir seçeneği yasaklamaksızın veya ekonomik teşviklerini önemli ölçüde değiştirmeden insanların davranışlarını öngörülebilir bir şekilde değiştiren, seçim mimarisinin herhangi bir yönünü” açıklamak için kullanılmıştır. Örneğin Davranışsal Öngörü Ekibi tarafından kurulan “nudge” ekibinin amacı insanları kendileri için daha iyi seçimler yapmaya teşvik etmenin, etkinleştirmenin ve desteklemenin yenilikçi yollarını bulmaktır. Nudge ekibi insanları organ bağıışı, sigara kullanımı, obezite gibi sağlık davranışları konusunda davranışlarını etkileyerek olumlu yöne çevirmek için çeşitli çalışmalar yürütmektedir (Rice, 2013: 4)

The MINDSPACE (ya da diğer “politika” tipi politika araçlarının) kullanımı, dikkatli bir şekilde ele alınmayı gerektirebilir - özünde, kamuya izin vermek ve bu araçların nasıl kullanıldığını şekillendirmeye yardımcı olması gerekir. Bunu akılda tutarak, davranış değişikliği politikaları için demokratik izin alma konusunda sorunları ele alıyoruz. Davranış değişikliği ile ilgili tartışmayı anlamak için üç faktörün özellikle nasıl yararlı olduğunu açıklanmaktadır: politikanın kimi etkilediği; ne tür davranışları amaçladığı ve davranış değişikliğinin nasıl gerçekleştirileceğidir (Marteu vd., 2011).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkelerde sermayenin sürdürülebilirliği ve geliştirilmesinin sağlanması ile ilgili çalışmalar genellikle eğitimi temel alsa da sağlık da bu durumu sürdürmek için vazgeçilmez değişkenlerden birisidir. Toplum içerisinde sağlıklı olan her kişinin topluma her sahada fayda sağlarken kaynak olarak ekonomiye katkısının da olması beklenmektedir. Toplumu oluşturan bireyler iktisadi birer birim olarak ele alındıklarında, bu bireylerin sağlık durumları ekonominin ilgilendiği bir alan haline gelebilmektedir. Sağlık bilincinin gelişmesi gibi birçok faktörün gelişmesi ile birlikte sağlık hizmeti talebinin artmasıyla sağlığa ayrılan kaynak artmış ve bu durum ekonomi disiplini içinde sağlık ekonomisinin oluşmasına neden olmuştur. Dünya’da sağlıklı olma bilincinin önlenemez yükselişi, ülkelerin bu alana verdiği önemi her geçen gün artırmaktadır. Temel kalkınma



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

göstergesi olarak sağlık göstergelerinin kabul görmesi sağlık ekonomisi alanını geliştirmiş ve çalışmaları artırmıştır.

Sağlık ekonomisini anlamak oldukça önemlidir. Sağlık hizmetleri ekonomisi büyük çaplı ve pahalıdır; sağlık temel risk ve belirsizlik kaynağıdır ve tüm dünyada hükümetler sağlık hizmetleri sistemlerinin finansmanına derinlemesine katılırlar (Bhattacharya vd. 2021: 1).

Toplumda sağlıklı bireylerin sayısının sahip olması bir toplumu her açıdan güçlendirir. Sağlıklı bir toplum için ise sağlık ihtiyacını karşılayacak sağlık hizmetlerinin verilmesi gerekir. Ülkemizde sağlık hizmetleri için yapılan sağlık harcamaları kamu yoğunluklu olmak üzere özel ve kamu sektörü tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde GSYİH içinde sağlığa ayrılan pay giderek azalmış ve OECD ülkelerinin ortalamalarının altında kalmaktadır.

Çoğu insan sağlığına değer verir, ancak onu baltalayan şekillerde davranmaya devam eder. Bu, hayattaki diğer şeylere sağlıklarından daha fazla değer vermek için zaman içinde farklı anlarda olan bireyler tarafından kasıtlı bir eylemi yansıtabilir. Ayrıca kasıtsız bir eylemi de yansıtabilir. Değerler ve davranış arasındaki bu boşluk, insan davranışının iki sistem tarafından şekillendirildiği ikili bir süreç modeli kullanılarak anlaşılabilir. Birincisi, değerlerimiz ve niyetlerimiz tarafından yönlendirilen, yansıtıcı, hedefe yönelik bir sistemdir. Sınırlı olan bilişsel kapasite veya düşünme alanı gerektirir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik birçok geleneksel yaklaşım, bu sistemi devreye sokmaya bağlıdır. Çoğu zaman bilgi sağlamaya dayalı olarak, inanç ve tutumları değiştirmek, insanları gelecekteki faydalar beklentisiyle motive etmek veya kendi kendini düzenleme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmıştır. En iyi ihtimalle, bu yaklaşımlar davranışları değiştirmede çok az olarak etkili olmuştur. Davranışsal İktisat, sosyal bilimlerde multidisipliner ve interdisipliner çalışmanın önemini ortaya koymuştur. Ayrıca insanların ekonomik kararları her zaman rasyonel şekilde vermediklerini, hep faydayı en yüksekte tutmanın peşinde olamayabileceklerini, karar verirken psikolojik ve sosyolojik ve unsurların da etkin rol oynayabileceğini belirtmektedir (Lewis vd. 2009: 432). Kararların alındığı ortamı ya da bağlamı değiştiren politikalar ve belirli yönlerde “nudge” insanlar geçmişte çok az ilgi görmüştür. Bununla birlikte, pek çok ülkede sağlık harcamaları artmaktadır- bilgi ve teşvikler gibi geleneksel politika mekanizmalarının yaygın olarak uygulanmasına rağmen- bu politikalar şimdi politika yapımcıların ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının ilgisini çekmektedir.

Bir ülkedeki hem bireysel ihtiyaçları hem de bir bütün olarak toplum sağlığını kapsayan sağlık harcamalarının düzeyi ve bunun zaman içinde nasıl değişeceği, sağlık sisteminin finansman ve organizasyonel düzenlemelerinin yanı sıra çok çeşitli demografik, sosyal ve ekonomik faktörlere bağlıdır (OECD, 2019: 150). Sağlık harcamalarının büyümesini yavaşlatmaya yönelik girişimlerde, politika araçlarının hangi kombinasyonunun kalite, erişim ve maliyet etkinliğinin doğru dengesini sağlayabileceği konusunda tartışmalar sürmektedir.

Geleneksel araçlar önemlidir ve önemli olmaya devam edecek, ancak sınırlı başarıları vardı. Kuşkusuz, geleneksel politikaların farklı kombinasyonları ile ya da onları daha titiz bir şekilde uygulayarak daha fazla şey yapılabilir. Ancak sürdürülemez harcamalarla karşı karşıya kalan sağlık sistemleri için davranışsal ekonomiye dayalı yaklaşımlar güçlü bir dizi yeni ve geliştirilmiş politika aracı sunmaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

YAZARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar makalenin literatür taraması ve veri toplanması aşamalarından, yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci %100 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abel-Smith, B. (1984), Cost Containment in 12 European Countries. *World Health Statistical Quarterly*, 37:351-362.
- Aboubacar, B., & Xu, D. (2017). The impact of health expenditure on the economic growth in Sub-Saharan Africa. *Theoretical Economics Letters*, 7(3), 615-622
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akın, C. S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları, (Yüksek Lisans), Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana
- Behavioral Insight Team. (2010). Applying Behavioral Insight to Health. Erişim adresi: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/60524/403936_BehaviouralInsight_acc.pdf
- Berk, P.D. (1993), Restructuring American Health Care Financing: First of All, Do No Harm! *Hepatology*, 18: 206-215.
- Bhattacharya, J., Hyde, T. ve Tu, P. (2021). Sağlık Ekonomisi. (Çev.Ed. Ç. E. Akyürek). Ankara: Nobel Yayınevi, (Orijinal yayın tarihi, 2014)
- Brot-Goldberg, Z. C., Chandra, A., Handel, B. R., and Kolstad, J. T. (2017). What does a deductible do? The impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics. *The Quarterly Journal of Economics*, 132(3), 1261-1318.
- Camerer, C. F., & Loewenstein, G. (2011). CHAPTER ONE. Behavioral Economics: Past, Present, Future. In *Advances in behavioral economics* (pp: 3-52). Princeton University Press.
- Can, M. (2020). Sağlık Ekonomisi. E.B. Biçer (Edt). *Sağlık Yönetiminde Temel Yaklaşımlar*. (ss: 339-360.) Ankara: Nobel.
- Çelik Y. (2011). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Çınaroğlu, S. (2018). Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 876-897.
- Çiçeklioğlu, M. Türkiye’de Sağlık Reformları. Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, *Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı Bildiri Kitabı*, (ss. 67-68).
- Dieleman, J. L., & Hanlon, M. (2014). Measuring the displacement and replacement of government health expenditure. *Health economics*, 23(2), 129-140.
- Dolan, P., Hallsworth, M., Halpern, D., King, D., & Vlaev, I. (2010). MINDSPACE: influencing behaviour for public policy. Institute for Government. 10 Eylül 2021 tarihinden <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/MINDSPACE.pdf> adresinden erişilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Dolan, P., Hallsworth, M., Halpern, D., King, D., Metcalfe, R., & Vlaev, I. (2012). Influencing behaviour: The mindspace way. *Journal of Economic Psychology*, 33(1), 264-277.
- Egemen, İ. (2019). Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Koşulsuz Kantil Regresyon. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(2), 409-420.
- Erol, H. ve Özdemir A (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1,): 29-34
- Food Standards Agency (2009) *Annual Report of the Chief Scientist 2008*. London: Food Standards Agency. 10 Kasım 2021’de https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/247741/0132.pdf adresinden alınmıştır.
- Green, A. (1995), *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Hartman, Micah; Martin, Anne B.; Benson, Joseph; Catlin, Aaron (2019). *National Health Care Spending In 2018: Growth Driven By Accelerations In Medicare And Private Insurance Spending*. *Health Affairs*, (1)2020,1:10.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Financing Global Health 2019: Tracking Health Spending in a Time of Crisis*. Seattle, WA: IHME, 2020.
- Kahneman, D. (2003). Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *American economic review*, 93(5), 1449-1475.
- Kar, M., ve Taban, S. (2003). “Kamu Harcama Çeşitlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri, Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi, 58(3): 145-169.
- King, D., Greaves, F., Vlaev, I., & Darzi, A. (2013). Approaches based on behavioral economics could help nudge patients and providers toward lower health spending growth. *Health Affairs*, 32(4), 661-668.
- Kitapçı, İ. (2017). Rasyonaliteden İrrasyonaliteye: Davranışsal İktisat Yaklaşımı ve Bilişsel Önyargılar. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 85-102
- Kocasoy, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı, (Yüksek Lisans), Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon
- Lewis, A., Carrera, S., Cullis, J., & Jones, P. (2009). Individual, cognitive and cultural differences in tax compliance: UK and Italy compared. *Journal of Economic Psychology*, 30(3), 431-445.
- Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., & Fineberg, H. V. (1994). Health and human rights. *Health and Human Rights*, 1: 6-23.
- Mann, J. M. (1997). Medicine and public health, ethics and human rights. *Hastings Center Report*, 27(3), 6-13
- Marteau, T. M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhrcke, M., & Kelly, M. P. (2011). Judging nudging: can nudging improve population health?. *BMJ: British Medical Journal*, 342.
- Mushkin, J. S., (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*.Vol. 73(9): 785-794.
- Mutlu, A, ve Işık, A. K. (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Kitapevi
- Nehri, S. ve Yalçın, S. (2019). Tıbbi Cihaz Teknolojileri ve Ülkemizdeki Yeri, C. Özlü (edt). Sağlıkta Yeni Nesil Teknolojiler, Ankara: Akademisyen Kitabevi
- OECD. (2013). What Future for Health spending?. OECD Economics Department Policy Notes, No. 19. 10 Kasım 2021’de <https://www.oecd.org/economy/health-spending.pdf> adresinden ulaşılmıştır.
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 10 Kasım 2021’de <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> adresinden ulaşılmıştır.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Reinke, W.A., ve Hall, T.H. (1988), Political Aspects of Health Planning. In Reinke, W.A. (ed). Health Planning for Effective Management. Oxford University Press
- Saltman, R.B. ve Figueras, J. (eds), (1997), European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Schwartz, W.B. and Mendelson, D.N. (1991), Hospital Cost Containment in the 1980s: Hard Lessons Learned and Prospects for the 1990s. *The New England Journal of Medicine*. 324(5): 1037-1042
- Şahbaz, İ. (2009). Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı. *TBB Dergisi*, (86), 405-424.
- Şahin, Ü., Sarıkaya, M. ve Cömert M. Ülkemiz Sağlık Hizmetlerinde Değişim ve Hastanelerde Bilgi Teknolojisinin Kullanımı, 2. *Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Özet Bildiri Kitabı*, (ss: 67-72).
- Teens and Toddlers. (2010). Teens and Toddlers Integrated Process Evaluation 10 Kasım 2021'de https://www.basw.co.uk/system/files/resources/basw_113227-8_0.pdf adresinden erişilmiştir.
- Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı,, ALMA ATA BİLDİRİSİ (1978) 15 Eylül 2021'de https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasıylge&Itemid=36 adresinden alınmıştır.
- Tutar, F. ve Kılınc, N. (2007). Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 9(1), 31-54.
- Wang, K. M. (2011). Health care expenditure and economic growth: Quantile panel-type analysis. *Economic Modelling*, 28(4), 1536-1549.
- WHO. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. 1 Kasım 2021'de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498> adresinden alınmıştır.
- WHO. (2020) Global spending on health 2020: weathering the storm. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

POSTOPERATİF YATIŞ SÜRESİNİN BELİRLEYİCİLERİ¹ DETERMINANTS OF POSTOPERATIVE LENGHT OF STAY

Dr. Aysun KANDEMİR TÜRE

Kırıkkale Üniversitesi, kandemiraysun@kku.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3496-5594

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN

Hacettepe Üniversitesi, baysahin@hacettepe.edu.tr, orcid.org/0000-0003-2772-3033

Makale gönderim tarihi (25.11.2020-20.12.2021)

Öz

Bu çalışmada iki kamu hastanesindeki cerrahi hastaların postoperatif yatış süresini etkileyen hastaya, operasyona ve cerraha ait faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. 1 Ocak 2017-31 Aralık 2018 tarihleri arasında 6 farklı cerrahi serviste yapılan 5023 cerrahi işleme ilişkin tıbbi kayıtlar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların postoperatif yatış süresinin belirlenen bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği t-testi ve tek yönlü varyans analizi ve postoperatif yatış süresini etkileyen faktörler ise doğrusal regresyon analizi ile test edilmiştir. Hastanelerde yapılan cerrahi işlemlere ilişkin ortalama postoperatif yatış süresi 3,1±3,6 gün olarak bulunmuştur. Hastanın yaşı, preoperatif yatış süresi ve operasyon süresinin artması, cerrahi teknik kullanılmaması, 1. kuşak sefalosporin kullanımı, genel anestezi uygulanması, risk indeksinin 1 ve 2 olması, A3 ve B grubu ve acil bir işlem olması, cerrahi antibiyotik profilaksi süresinin ve seçiminin uygunsuz olması, cerrahın çalışma süresinin 10 yıldan az olması gibi faktörlerin postoperatif yatış süresini artıran bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Anahtar Kelimeler: Yatış süresi, cerrahi işlemler, postoperatif, cerrahi, hastalar

Abstract

In this study, it was aimed to determine the factors related to the patient, the operation and the surgeon that affect the postoperative length of stay of surgical patients in two public hospitals. Medical records of 5023 surgical procedures performed in 6 different surgical services between January 1, 2017 and December 31,

¹ Bu çalışma, Prof. Dr. Bayram Şahin danışmanlığında Aysun Kandemir Türe'nin 2021 yılında Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde hazırlanan "Uygun Olmayan Cerrahi Antibiyotik Profilaksi Kullanımını ve Maliyetini Etkileyen Faktörler" başlıklı doktora tezindeki verilerin genişletilmesi ile üretilmiştir. Çalışmanın özeti, 19-20 Kasım 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen 8. Uluslararası Gevher Nesibe Sağlık Bilimleri Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

2018 were reviewed retrospectively. Whether the postoperative length of stay of the patients differed according to the determined independent variables was tested with the t-test and one-way analysis of variance, and the factors affecting the postoperative length of stay were tested with linear regression analysis. The mean postoperative length of stay for surgical procedures performed in hospitals was found to be 3.1±3.6 days. Age of the patient, increase in preoperative hospitalization and operation time, not using surgical technique, use of 1st generation cephalosporin, administration of general anesthesia, risk index 1 and 2, A3 and B group and an emergency procedure, inappropriate duration and choice of surgical antibiotic prophylaxis It was found that factors such as the surgeon's working time less than 10 years had an effect on increasing the postoperative length of stay ($p<0.05$).

Keywords: Length of stay, surgical procedures, postoperative, surgery, patients

GİRİŞ

Sağlık sonuçların incelenmesi, sağlık hizmeti sunumunu değerlendirmenin bir yöntemi olup en yaygın olarak ölçülen sonuçlardan birisi de yatış süresidir (Iezzoni, 1997). Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve hastane maliyetlerinin yönetimini iyileştirmek için sağlık kuruluşları, hastanede yatış sürelerinin belirleyicileri ve varyasyonlarına giderek daha fazla önem vermeye başlamışlardır (Luft ve Hunt, 1986; Angus ve diğ., 1996; Meng ve diğ., 2021). Cerrahi işlem sonrası hastanede kalma süresinin uzamasının iki yaygın açıklaması vardır. İlk olarak, postoperatif komplikasyon yaşayan hastalara ek operasyonlar gibi komplikasyonların yönetimi gerektiği için yatış süresi uzayabilmektedir (Hall ve diğ., 2012; Rawlinson ve diğ., 2011). Bu da kısa ve/veya uzun vadede hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve beşerî, teknik ve ekonomik kaynakların tüketimini artırır (De la Plaza Llamas ve Ramia, 2020). Bu nedenle hastanelerin ve hekimlerin genel verimliliği artırmak için komplikasyonları önlemeye ve yönetmeye odaklanması mümkündür. İkincisi ise yatış süresindeki farklılıklar hastaneler ve doktorlar arasındaki uygulama farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Minimal invaziv yaklaşımlar gibi yeni cerrahi teknolojilerin farklı şekilde benimsenmesi ve gelişmiş iyileşme yolları gibi bakım süreçlerini koordine etme girişimleri bulunmaktadır (Hall ve diğ., 2012; Rawlinson ve diğ., 2011).

Cerrahi sonrası sonuçların iyileştirilmesinin hem birey hem de sağlık hizmetleri açısından bir dizi faydası bulunmaktadır. Ameliyat sonrası ağrının azalması, günlük faaliyetlere ve çalışma hayatına daha hızlı dönüşün yanında daha az ilaç kullanımı ve hastanede daha kısa kalış süreleri gibi ekonomik faydaları içermektedir (Powell ve diğerleri, 2016). Yapılan bir çalışmada yedi günden daha kısa yatan hastalarda enfeksiyon oranı %13,6 yedinci günden sonra bu oranın %86,3 olduğu ve bu artışın anlamlı olduğu bulunmuştur (Özçetin ve diğ., 2009). Yatış sürelerinin planlanması ile hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve bir sonraki hastanın yatışının planlanması açısından da önemli olmaktadır (Yıldırım ve diğ., 2015). Bunların yanında hem etkili hem de uygun maliyetli yöntemlere yatırım yapmak fayda sağlayacaktır (Findlay, 2010).

Cerrahide uzamış yatış süresi ile hangi faktörlerin ilişkili olduğunu belirlemek, perioperatif bakımın nasıl iyileştirileceği ve maliyetlerin nasıl azaltılacağı hakkında bilgi sağlayacaktır. Cerrahi hastaların cerrahi antibiyotik profilaksi süreci dahil olmak üzere cerrahi alan enfeksiyonu gelişmesine neden olan cerrahi dönemlere (preoperatif, intraoperatif ve postoperatif), hastalara ve cerraha bağlı risk faktörleri bulunmaktadır. Bu çalışmada da bu risk faktörlerinin postoperatif yatış süresi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın evreni 1 Ocak 2017 – 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Yozgat Şehir Hastanesi (YŞH) ve Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi'nde (GMKDH) sürveyansı yapılan genel cerrahi, ortopedi, üroloji, beyin ve sinir cerrahi, çocuk cerrahi, kadın ve doğum servisine ait tüm cerrahi işlemlerden oluşmaktadır. Örneklem seçimi yapılmayarak tüm işlemlere ulaşılması planlanmıştır. Çalışmada acil ve elektif tüm temiz, temiz-kontamine ve kontamine operasyonlar değerlendirmeye alınmıştır. Kirli-enfekte yaraya sahip olan hastalar için cerrahi antibiyotik profilaksisi tedavi amaçlı kullanıldığı için analiz dışında tutulmuştur. YŞH'de 2465 ve GMKDH'de 2558 olmak üzere toplamda 5023 cerrahi işlem retrospektif olarak incelenmiştir. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2019/04-12 karar numaralı etik kurul izni alınmıştır.

Hastanın yaşı, fiziksel durumunu gösteren ASA skoru, enfeksiyon gelişme olasılığını gösteren risk indeksi ve operasyon öncesi yatış süresi hastaya ilişkin özellikler olarak belirlenmiştir. Operasyonun yapıldığı cerrahi servis, operasyon grubu (A3, B, C ve D), türü (acil ve elektif), laparoskopi ve endoskopi gibi bir cerrahi teknik kullanılıp kullanılmadığı, operasyonun süresi, anestezi yöntemi (genel ve spinal), kullanılan cerrahi antibiyotik profilaksi türü, seçilen profilaktik antibiyotiğin türünün, süresinin ve genel uygunluğu cerrahi işlemlere ilişkin özellikler olarak araştırmaya dahil edilmiştir. Cerrahi antibiyotik profilaksi (CAP) uygulanmasına karar veren cerrahların çalışma süresi ise cerraha ilişkin özellik olarak belirlenmiştir. Postoperatif yatış süresinin hastaya, operasyona ve cerraha ilişkin özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği parametrik testlerden t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile test edilmiştir. Bu değişkenlerin postoperatif yatış süresi üzerindeki etkilerini belirleyebilmek için ise çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon analizinde açıklayıcılık katsayısı (R^2) ve modelin anlamlılığını gösteren F testi dışında değişkenler arasında çoklu bağlantı sorunu olup olmadığı varyans şişme faktörüyle (variance inflation factor-VIF), otokorelasyonun belirlenmesi ise Durbin Watson katsayısıyla değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1'de GMKDH ve YŞH'de operasyon geçiren hastalara ilişkin özelliklerin hastanelere göre dağılımı verilmiştir. Buna göre her iki hastanede de ameliyat olan hastaların %66,6'sının kadınlardan oluştuğu, yaş dağılımına bakıldığında ise YŞH'de ameliyat olan hastaların yaş ortalaması 36,9 ($\pm 19,3$) iken GMKDH'de ise 58,1 ($\pm 14,4$) olarak bulunmuştur. Tüm cerrahi işlemlerin yara sınıflarının %56,1'i temiz kontamine yaralardan oluşurken YŞH'nin %85,3'ünün temiz kontamine, GMKDH'nin ise %71,6'sının temiz yaralardan oluştuğu tespit edilmiştir. Her iki hastanede de az sayıda kontamine yara olduğu kaydedilmiştir (%0,4).

Hastaların fiziksel durumunu gösteren ASA skoru dağılımına baktığımızda, GMKDH'de yalnızca ASA 1 ve ASA 2 skoruna sahip hastalar yer almaktadır. YŞH'de operasyon geçiren hastaların %68,6'i ASA 1 skoruna sahip hastalardan oluşurken, ASA skoru arttıkça fiziksel durumu kötü olan hasta sayıları azalmıştır. Yara sınıfı ve ASA skoru ile bağlantılı olan ve cerrahi alan enfeksiyonu gelişme riskini ifade eden risk indeksine baktığımızda ise, genel olarak hastaların çoğunluğu (%82,8) 0 puan ile enfeksiyon riski gelişme ihtimali olmayan grupta yer almıştır. Riskin yüksek olduğunu gösteren 2 puan %0,6'lık bir paya sahiptir. Hastaların operasyon öncesi yatış süresi incelendiğinde ise YŞH'de ortalama yatış süresinin 0,9 ($\pm 2,1$) gün (min:0, max:40), GMKDH'de 1,9 ($\pm 2,3$) gün (min:0, max:26) olduğu, iki hastane birlikte dikkate alındığında ise ortalama yatış

süresinin 1,4 ($\pm 2,3$) gün olduğu bulunmuştur. Operasyon sonrası yatış süreleri 0 ile 86 gün arasında değişmekte olup YŞH'de ortalama 3,3 ($\pm 4,7$) gün (min:0, max:86), GMKDH'de 2,9 ($\pm 2,1$) gün (min:0, max:30) ve genel toplamda ise ortalama 3,1 ($\pm 3,6$) gün olarak bulunmuştur. Hem YŞH hem de GMKDH'de operasyon sonrası hastaların 1-3 gün yatışı yapılmıştır (sırasıyla %74,3; %64,6). Toplam yatış süresi ise 0 ile 86 gün arasında değişirken ortalama yatış süresi YŞH'de 4,2 ($\pm 5,7$) gün (min:0, max:86), GMKDH'de 4,8 ($\pm 3,4$) gün (min:0, max:31) ve genel toplamda ise ortalama 4,5 ($\pm 4,6$) gün olarak elde edilmiştir. Toplamda ise YŞH'de hastaların %65,7'sinin 1-3 gün yatışı yapılırken GMKDH'de %57,5'inin 4 gün ve daha fazla süreli yatışı yapılmıştır.

Tablo 1: Hastalara İlişkin Özelliklerin Hastanelere Göre Dağılımı

Değişkenler	YŞH		GMKDH		Toplam		
	f	%	f	%	f	%	
Cinsiyet	Kadın	1852	75,1	1492	58,3	3344	66,6
	Erkek	613	24,9	1066	41,7	1679	33,4
Yaş	<18	206	8,4	5	0,2	211	4,2
	18-39	1470	59,7	309	12,1	1779	35,4
	40-64	474	19,2	1293	50,5	1766	35,2
	65≤	315	12,8	951	37,2	1266	25,2
\bar{x} (Ss) Min-Max		36,9 \pm 19,3 (1-97)		58,1 \pm 14,4 (8-95)		47,7 \pm 19,9 (1-97)	
Yara Sınıfı	Temiz	357	14,5	1831	71,6	2188	43,6
	Temiz Kontamine	2102	85,3	715	28,0	2817	56,1
	Kontamine	6	0,2	12	0,5	18	0,4
ASA Skoru	ASA 1	1690	68,6	580	22,7	2270	45,2
	ASA 2	620	25,2	1978	77,3	2598	51,7
	ASA 3	121	4,9	-	-	121	2,4
	ASA 4	34	1,4	-	-	34	0,7
Risk İndeksi	0	1874	76,1	2275	89,4	4149	82,8
	1	562	22,8	270	10,6	832	16,6
	2	29	1,2	-	-	29	0,6
Pre-op yatış süresi	Hiç yatış yok	1376	58,8	509	20,1	1885	38,7
	1-3 gün	817	34,9	1647	64,9	2464	50,5
	4 gün ve üzeri	147	6,3	380	15,0	527	10,8
\bar{x} (Ss) Min-Max		0,9 \pm 2,1 (0-40)		1,9 \pm 2,3 (0-26)		1,4 \pm 2,3 (0-40)	
Post-op yatış	Hiç yatış yok	62	2,7	40	1,6	102	2,1
	1-3 gün	1738	74,3	1637	64,6	3375	69,2

süresi	4 gün ve üzeri	540	23,1	859	33,9	1399	28,7
\bar{x} (Ss) Min-Max		3,3±4,7 (0-86)		2,9±2,1 (0-30)		3,1±3,6 (0-86)	
Toplam yatış süresi	Hiç yatış yok	50	2,1	35	1,4	85	1,7
	1-3 gün	1537	65,7	1043	41,1	2580	52,9
	4 gün ve üzeri	753	32,2	1458	57,5	2211	45,3
\bar{x} (Ss)Min-Max		4,2±5,7 (0-86)		4,8±3,4 (0-31)		4,5±4,6 (0-86)	

Hastanelere göre gerçekleştirilen operasyonlara ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre GMKDH'de sürveyansı yapılan işlemlere göre yalnızca genel cerrahi (%66,3), ortopedi (%31,5) ve üroloji (%2,2) servisleri tarafından cerrahi işlemler yapılmıştır. Yapılan cerrahi işlemlerin sırasıyla gövdede yapılan cerrahiler (%34,5), sindirim sistemi cerrahisi (%31,9), kemik ve eklem hastalıkları cerrahisi (%31,5) ve erkek genital sistemi cerrahisinden (%2,2) oluştuğu, alt cerrahi işlemlerin ise herniler (%34,5), safra yolları (%31,9), artroplastiler (%31,5) ve prostat (%2,2) olduğu görülmüştür. Benzer şekilde YŞH'de yapılan cerrahi işlemler değerlendirildiğinde ise, 6 serviste (beyin ve sinir, çocuk, genel, kadın-doğum, ortopedi ve üroloji) de sürveyansı yapılan cerrahi işlemler bulunmaktadır. Servislere göre sırasıyla en fazla kadın-doğum (%48,6), genel cerrahi (%28,4), ortopedi (%9,5), çocuk cerrahi (%7,7), üroloji (%3,7) ve beyin ve sinir cerrahi (%2,1) servisinde işlem yapılmıştır. Ana cerrahi işlem başlıkları sırasıyla en fazla kadın genital ve üreme sistemi uygulamaları (%48,6), sindirim sistemi cerrahisi (%36,1), kemik ve eklem hastalıkları cerrahisi (%9,5), erkek genital sistemi cerrahisi (%3,7) ve sinir sistemi cerrahisi (%2,1) olmuştur. Yine alt cerrahi işlemler sırasıyla en fazla doğum (%47,4), appendiks (%22) ve safra yolları (%13,9) iken en az abdominal operasyonlar (%1,2) ve kolon (%0,2) olduğu görülmektedir. Spesifik olarak yapılan ameliyatlardan neler olduğuna bakıldığında, genel toplamda en fazla sezaryen operasyonu ile yapılan doğum (%23,2), safra kesesinin çıkarılması (%23) ve diz protezinin yerleştirilmesi (%18,2) işlemi yapılmışken en az kalın barsağın insizyonu, rezeksiyonu veya anatomozu (%0,1) ve uterusun abdominal insizyon yoluyla çıkarılması (%0,6) ameliyatlardan yapılmıştır. Hastanelere göre ise YŞH'de en fazla sezaryen ile yapılan doğum (%47,4), appendiksin çıkarılması (%22) ve safra kesesinin çıkarılması (%13,9) ve en az uterusun abdominal insizyon yoluyla çıkarılması (%1,2) ve kalın barsağın insizyonu, rezeksiyonu veya anatomozu (%0,2) ameliyatlardan yapılmıştır. GMKDH'de en fazla inguinal, femoral, umbilikal veya karın ön duvarı fitiğinin onarımı (%34,5), safra kesesinin çıkarılması (%31,9) ve diz protezi yerleştirilmesi (%30,1) yapılmışken en az kalça protezi yerleştirilmesi (%1,4) ve prostatektomi (%2,2) yapılmıştır. Operasyonların büyüklüklerine göre GMKDH'deki operasyonların tümü B grubu operasyonlardır. YŞH'deki operasyonların %44,8'i C grubu, %30,4'ü B grubu, %24,6'sı D grubu ve %0,3'ü A3 grubu operasyonlardır. İki hastanenin verileri birlikte değerlendirildiğinde ise %65,9'u B grubu ameliyatlardan oluşmaktadır. Tüm operasyonların %76'sı elektif operasyonlardan oluşurken GMKDH'dekilerin %99,7'si elektif, YŞH'dekilerin ise %51,3'ü elektif operasyonlardır. Laparoskopik veya endoskopik bir cerrahi teknik kullanılıp kullanılmadığına ilişkin dağılıma bakıldığında, toplam operasyonların %26,5'inde, GMKDH'de %30,5'inde ve YŞH'de %22,5'inde bu cerrahi tekniklerden biri kullanılmıştır. Tüm operasyonların %61,1'inde, GMKDH'dekilerin %61,6'sında ve YŞH'dekilerin %60,5'inde spinal anestezi yöntemi kullanılmıştır. Genel olarak tüm operasyonlar dikkate alındığında ortalama ameliyat süresinin 64,9 (±29) dakika (min:10, max:260) olduğu ve %71,2'sinin 1 saat ve daha az sürdüğü görülürken, YŞH'dekilerin %70,9'unun ve GMKDH'dekilerin %71,5'inin 1 saat ve daha az sürdüğü tespit edilmiştir. Buna karşın YŞH'dekilerin yalnızca %5'i, GMKDH'dekilerin %12,2'si 2 saatten daha fazla sürmüştür.

Cerrahların meslekte çalışma sürelerine bakıldığında, genel ortalama 13,7 ($\pm 10,7$) yıl iken bu ortalama YŞH'de 7,4 ($\pm 4,2$) yıl ve GMKDH'de 23,6 ($\pm 10,5$) yıl olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Operasyona İlişkin Özelliklerin Hastanelere Göre Dağılımı

Değişkenler	YŞH		GMKDH		Toplam		
	f	%	f	%	f	%	
Servis adı	Beyin ve Sinir Cerrahi	52	2,1	-	-	52	1,0
	Çocuk Cerrahi	190	7,7	-	-	190	3,8
	Genel Cerrahi	701	28,4	1697	66,3	2398	47,7
	Kadın-Doğum	1197	48,6	-	-	1197	23,8
	Ortopedi	235	9,5	806	31,5	1041	20,7
	Üroloji	90	3,7	55	2,2	145	2,9
	Ana cerrahi işlem adı	Erkek Genital Sistemi Cerrahisi	90	3,7	55	2,2	145
Gövdede Yapılan Cerrahiler		-	-	882	34,5	882	17,6
Kadın Genital ve Üreme Sistemi		1197	48,6	-	-	1197	23,8
Kemik ve Eklem Hastalıkları Cerrahisi		235	9,5	806	31,5	1041	20,7
Sindirim Sistemi Cerrahisi		891	36,1	815	31,9	1706	34,0
Sinir Sistemi Cerrahisi		52	2,1	-	-	52	1,0
Alt cerrahi işlem adı		Abdominal Operasyonlar	30	1,2	-	-	30
	Appendiks	543	22,0	-	-	543	10,8
	Artroplastiler	235	9,5	806	31,5	1041	20,7
	Doğum	1167	47,4	-	-	1167	23,2
	Herniler	-	-	882	34,5	882	17,6
	Kafa Travma Ameliyatları	52	2,1	-	-	52	1,0
	Kolon	6	0,2	-	-	6	0,1
	Prostat	90	3,7	55	2,2	145	2,9
	Safra Yolları	342	13,9	815	31,9	1157	23,1
	Operasyon Adı	Appendiksin çıkarılması	543	22,0	-	-	543
Beynin eksizyonu, eksp./onarımı için kafatasının insizyonu		52	2,1	-	-	52	1,0
Sezaryen ile yapılan doğum		1167	47,4	-	-	1167	23,2
Diz protezi yerleştirilmesi		144	5,8	769	30,1	913	18,2
Herniler		-	-	882	34,5	882	17,6
Kalça protezi yerleştirilmesi		91	3,7	37	1,4	128	2,5

	Kalın barsağın insizyonu	6	0,2	-	-	6	0,1
	Prostatektomi	90	3,7	55	2,2	145	2,9
	Safra kesesinin çıkarılması	342	13,9	815	31,9	1157	23,0
	Uterusun çıkarılması	30	1,2	-	-	30	0,6
Operasyon Grubu	A3	7	0,3	-	-	7	0,1
	B	749	30,4	2558	100,0	3307	65,8
	C	1104	44,8	-	-	1104	22,0
	D	605	24,5	-	-	605	12,0
Operasyon türü	Acil	1201	48,7	7	0,3	1208	24,0
	Elektif	1264	51,3	2551	99,7	3815	76,0
Cerrahi teknik	Evet	554	22,5	779	30,5	1333	26,5
	Hayır	1911	77,5	1779	69,5	3690	73,5
Anestezi türü	Genel	973	39,5	983	38,4	1956	38,9
	Spinal	1492	60,5	1575	61,6	3067	61,1
Operasyon süresi	≤60 dakika	1747	70,9	1830	71,5	3577	71,2
	61-119 dakika	594	24,1	416	16,3	1010	20,1
	120 dakika≤	124	5,0	312	12,2	436	8,7
\bar{x} (Ss)		56,7±30,6		72,8±25,0		64,9±29,0	
Min-Max		(10-260)		(30-240)		(10-260)	

Hastaya, operasyona ve cerraha ilişkin özelliklerin postoperatif yatış süresine göre farklılık gösterip göstermediği Tablo 3'te karşılaştırılmıştır. Postoperatif yatış süresi cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiş olup 65 yaş ve üzeri hastaların daha genç yaş gruplarına göre ve 40-64 yaş aralığındaki hastaların 40 yaşından küçük hastalara göre hastanede kalma sürelerinin daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Temiz kontamine ve kontamine yaralara göre temiz yara sınıfına, ASA1 ve 2'ye göre ASA 3-4 skoruna ve ASA1'e göre ASA 2 skoruna sahip hastalarda yatış süresi istatistiksel olarak daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yine enfeksiyon gelişme riski olan hastaların (risk indeksi 1-2) olmayan hastalara (risk indeksi 0) göre postoperatif yatış süresi anlamlı olarak daha fazladır ($p<0,05$). Operasyonun 60 dakikadan fazla sürmesi, A3 ve B grubu bir işlem olması, acil bir işlem olması, spinal anestezi kullanılması ve cerrahi bir teknik kullanılmaması durumunda diğer durumlara göre istatistiksel olarak daha fazla yatışın gerçekleştiği işlemler olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Cerrahi işlemin yapıldığı servise göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Çocuk, genel, üroloji ve kadın-doğum cerrahisine göre beyin ve sinir cerrahide, çocuk ve kadın-doğum cerrahisine göre genel cerrahide, çocuk, genel, üroloji ve kadın-doğum cerrahisine göre ortopedi cerrahisinde, çocuk ve kadın-doğum cerrahisine göre üroloji cerrahisinde postoperatif yatış süresi anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Cerrahların çalışma süresi açısından ise 10 yıldan daha kısa süreli deneyime sahip cerrahların 10 yıl ve üzeri deneyime sahip olanlara göre gerçekleştirdikleri operasyonlarda anlamlı olarak daha fazla yatış süresi meydana geldiği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 3: Bağımsız Değişkenlerin Postoperatif Yatış Süresine Göre Karşılaştırmaları

	Değişkenler	Postoperatif Yatış Süresi		Test ist. / p
Cinsiyet	Kadın	3258	3,05 (0,06)	t= -0,082
	Erkek	1618	3,06 (0,10)	p=0,934
Yaş	≤39 ¹	1908	0,59 (1,39)	F= 287,849
	40-64 ²	1719	1,63 (2,36)	p<0,001
	65≤ ³	1249	2,46 (2,81)	1-2; 1-3; 2-3
Yara Sınıfı	Temiz	2160	3,90 (4,17)	t= 14,941
	Temiz Kontamine-Kontamine	2716	2,39 (2,90)	p<0,001
ASA Skoru	ASA 1 ¹	2182	0,79 (1,53)	F= 178,162
	ASA 2 ²	2543	1,91 (2,50)	p<0,001
	ASA 3-4 ³	151	2,78 (4,57)	1-2; 1-3; 2-3
Risk İndeksi	0	4039	2,80 (2,69)	t= -11,240
	1-2	824	4,33 (6,28)	p<0,001
Pre-op yatış süresi	≤2 gün	3999	2,84 (3,33)	t= -9,091
	>2 gün	877	4,05 (4,51)	p<0,001
Operasyon Grubu	A3-B	3250	1,97 (2,55)	F= 290,465
	C	1049	0,30 (1,04)	p<0,001
	D	577	0,53 (1,13)	1-2; 1-3
Operasyon süresi	≤60 dakika	3480	2,46 (2,51)	t= -18,894
	61 dakika≤	1396	4,54 (5,15)	p<0,001
Operasyon türü	Acil	1148	3,22 (5,03)	χ= 562,620
	Elektif	3728	3,01 (2,93)	p<0,001
Cerrahi teknik	Evet	1292	2,04 (2,30)	t= -12,031
	Hayır	3583	3,43 (3,90)	p<0,001
Anestezi türü	Genel	1880	2,86 (4,35)	t= 3,079
	Spinal	2996	3,18 (3,03)	p=0,002
Servis adı	Beyin ve Sinir Cerrahi ¹	50	3,44 (6,50)	
	Çocuk Cerrahi ²	166	0,27 (0,50)	F= 175,931
	Genel Cerrahi ³	2331	1,29 (1,78)	p<0,001
	Kadın-Doğum ⁴	1162	0,45 (1,22)	1-2; 1-3; 1-4; 1-6; 2-3; 2-5; 2-6; 3-4; 3-5; 4-5; 4-6; 5-6
	Ortopedi ⁵	1030	2,94 (3,16)	
	Üroloji ⁶	137	1,66 (1,58)	

Cerrahin çalışma süresi	<10 yıl	437	5,11 (7,74)	t= 11,587
	10 yıl ≤	2591	2,93 (2,31)	p<0,001

Cerrahi işlemlerde kullanılan cerrahi antibiyotik profilaksi ve uygunluklarının postoperatif yatış süresine göre farklılık gösterip göstermediği Tablo 4'te verilmiştir. Birinci kuşak sefalosporinler dışında ikinci, üçüncü, dördüncü kuşak ve imidazol türevi gibi diğer profilaktik antibiyotiklerin kullanıldığı cerrahi işlemlerde daha fazla yatış süresinin olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bunun yanında kullanılan cerrahi antibiyotik profilaksilerin genel uygunluk, seçim ve süre uygunluğu açısından uygun olmayan kullanımların gerçekleştiği operasyonlarda uygun kullanımların yapıldığı operasyonlara göre postoperatif yatış süresinin daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4: Cerrahi Antibiyotik Profilaksi ve Uygunluklarının Postoperatif Yatış Süresine Göre Karşılaştırmaları

	Değişkenler	Postoperatif Yatış Süresi		Test ist. / p
Antibiyotik	Birinci kuşak sefalosporinler	4053	2,95 (3,66)	t= 4,700
	Diğerleri	823	3,59 (3,24)	p<0,001
CAP uygunluk	Uygun	3520	2,70 (3,59)	t= -12,876
	Uygun değil	1191	4,25 (3,59)	p<0,001
CAP süre	Uygun	4146	2,81 (3,59)	t= -12,036
	Uygun değil	663	4,60 (3,26)	p<0,001
CAP seçim	Uygun	4283	2,98 (3,57)	t= -4,705
	Uygun değil	532	3,75 (3,75)	p<0,001

Tablo 5: Postoperatif Yatış Süresini Etkileyen Faktörler

Değişkenler	Std. edilmemiş β (SH)	Std. β	t	p	VIF	%95 Aralığı	Güven
Sabit	-1,138 (0,308)		-3,696	<0,001		-1,742-(-0,534)	
Hastanın yaşı	0,017 (0,005)	0,088	3,797	<0,001	3,046	0,008-0,026	
Pre-op yatış süresi	0,149 (0,023)	0,094	6,530	<0,001	1,188	0,104-0,193	
Operasyon süresi	0,007 (0,003)	0,054	2,605	0,009	2,494	0,002-0,012	
ASA skoru							
ASA 3-4	-1,174 (0,143)	-0,023	-1,214	0,225	2,053	-0,455-0,107	
(Referans: ASA 1-2)							
Risk indeksi							
1 ve 2	1,025 (0,179)	0,101	5,724	<0,001	1,774	0,674-1,376	
(Referans: 0)							
Antibiyotik türü							
Birinci sefalosporinler	kuşak 0,344 (0,167)	0,032	2,065	0,039	1,354	0,017-0,671	
(Referans: Diğer)							
Cerrahi teknik							
Kullanılmayan	1,174 (0,170)	0,139	6,905	<0,001	2,326	0,841-1,507	
(Referans: Kullanılan)							
Anestezi türü							
Genel	1,379 (0,159)	0,178	8,687	<0,001	2,397	1,068-1,690	
(Referans: Spinal)							
Operasyon türü							
Acil	1,352 (0,182)	0,143	7,409	<0,001	2,113	0,994-1,710	
(Referans: Elektif)							

Operasyon grubu 1,997 (0,245) 0,242 8,140 <0,001 5,027 1,516-2,479

A3 ve B

(Referans: C ve D)

Servis

Genel cerrahi 0,448 (0,223) 0,051 2,011 0,044 3,685 0,011-0,885

Ortopedi -2,328 (0,184) -0,313 -12,641 <0,001 3,494 -2,689-(-1,967)

(Referans: Diğer)

CAP seçimi

Uygun değil 1,059 (0,223) 0,075 4,741 <0,001 1,434 0,621-1,498

(Referans: Uygun)

CAP süresi

Uygun değil 0,565 (0,156) 0,054 3,624 <0,001 1,251 0,259-0,871

(Referans: Uygun)

Cerrah çalışma süresi

10 yıl > 0,880 (0,152) 0,084 5,792 <0,001 1,211 0,582-1,178

(Referans: ≤ 10 yıl)

Test istatistikleri

F=92,142

p<0,001

Düzeltilmiş R²=0,240

Durbin-Watson=1,883

Postoperatif yatış süresinin hastaya, operasyona ve cerraha ilişkin faktörlerden anlamlı şekilde etkilenip etkilenmediğini belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizinin sonuçları Tablo 5'te sunulmaktadır. Bulgulara göre hastanın yaşı, operasyon süresi, preoperatif yatış süresi, risk indeksi, antibiyotik türü, cerrahi teknik kullanımı, anestezi türü, operasyon türü, operasyonun yapıldığı servis, operasyon grubu, CAP süresi, CAP seçimi ve cerrahın çalışma süresi postoperatif yatış süresinin anlamlı bir şekilde etkilemektedir (F=92,142; p<0,001) ve bu değişkenler varyansın %24'ünü açıklamaktadır. Buna karşın ASA skoru postoperatif yatış süresi üzerindeki etkisi anlamlı bulunamamıştır (p>0,05). Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına (β) göre, etkisi anlamlı bulunan yordayıcı değişkenlerden hastanın yaşı (β=0,088; p<0,001), preoperatif yatış süresi (β=0,094; p<0,001), operasyon süresi (β=0,054; p=0,009), risk indeksi (β=0,101; p<0,001), birinci kuşak sefalosporinlerin kullanımı (β=0,032; p=0,039), cerrahi teknik kullanılmaması (β=0,139; p<0,001), genel anestezi uygulanması (β=0,178; p<0,001), operasyonun acil olması (β=0,143; p<0,001), A3 ve B grubu bir işlem olması (β=0,242; p<0,001), genel cerrahi işlemi olması (β=0,051; p=0,044), cerrahın çalışma süresinin 10 yıldan az olması (β=0,084;

675

$p < 0,001$), uygun olmayan CAP süresi ($\beta = 0,054$; $p < 0,001$) ve seçimi ($\beta = 0,075$; $p < 0,001$) değişkenlerinin postoperatif yatış süresini artıran bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Bunun yanında cerrahi işlemin ortopedi işlemi olması ($\beta = -12,641$; $p < 0,001$) postoperatif yatış süresi üzerinde azaltıcı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada ortalama postoperatif yatış süresi 3,1 gün olup GMKDH'ye (2,9 gün) göre YŞH'de (3,3 gün) bu sürenin daha uzun olduğu görülmüştür. Cerrahi işlemlerden sonra yatış süresini etkileyen hastaya, operasyona ve cerraha ilişkin özellikler değerlendirilmiş ve cerrahların 10 yıldan fazla deneyimli olması ve operasyonun genel cerrahide yapılan bir işlem olmasının postoperatif yatış süresini azaltan bir etken olduğu görülmüştür. Bu çalışmada incelenen genel cerrahi operasyonlarında (apendektomi, safra kesesinin çıkarılması ve herniler) laparoskopik bir işlem kullanıldığında iyileşme süresi kısalarak hastanede yatış süresi azaltılmaktadır. Yine bu çalışmada görüldüğü gibi cerrahi bir teknik kullanılmadığında postoperatif yatış süresi artmaktadır. Hastanın yaşının artması ve enfeksiyon gelişme riskini gösteren risk indeksinin 1 ve 2 olması, iyileşme süresini geciktireceği ve bu durumdaki hastaların bir süre izlem altında tutulmasını gerektireceği için yatış süresini de artırabilmektedir. Preoperatif yatış süresinin ve operasyon süresinin uzaması, genel anestezi kullanılması, acil vaka olması ve A3 ve B grubu bir işlem olması komplike bir operasyon olmasına işaret ettiği için postoperatif yatış süresini etkilemesi de beklenen bir durumdur. Bunlara ek olarak tek doz birinci kuşak sefalosporinlerin kullanılması, bu komplike işlemlerde yetersiz kaldığı ve ek dozlara ihtiyaç duyulduğu düşünülerek yatış süresini artırdığı tahmin edilmektedir. Nitekim antibiyotiklerin operasyondan sonra da devam ettirildiğini gösteren CAP süresinin ve seçiminin uygunsuzluğu, postoperatif yatış süresini artıran bir etken olarak tespit edilmiştir. Bunların dışında ASA skorunun postoperatif yatış süresini artıran ya da azaltan bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür.

Bu çalışma ile benzer değişkenlerin incelendiği literatürde yapılmış olan çalışmalara bakıldığında, Çin'de bir hastanede total diz protezi işlemi sonrası postoperatif yatış süresini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada, ortalama postoperatif yatış süresi 3,8 gün olup ASA skorunun 3 ya da 4 olması ve preoperatif yatış süresinin postoperatif yatış süresini artıran faktörler olduğu, buna karşın operasyon süresinin anlamlı bir faktör olmadığı bulunmuştur (Zhang ve diğerleri, 2018). Ortopedik bir işlem olan posterior lomber füzyon cerrahisi uygulanan hastalarda yatış süresini etkileyen değişkenlerin incelendiği bir çalışmada çok değişkenli regresyon analiz sonuçlarına göre, hastanede kalış süresinin artmasıyla ilişkili değişkenlerin preoperatif değişkenler, yaş ve ASA skoru olduğu saptanmıştır. Daha yaşlı ve yaygın sistemik hastalığı olan hastaların hastanede daha uzun süre kalması daha olası iken, cerrah ve hastaneyle ilgili faktörlerin çok az etkisi olduğu görülmüştür (Gruskay ve diğerleri, 2015). Benzer şekilde Amerika'da çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada majör elektif cerrahi geçiren hastalarda hastanın yaşı ve ASA skorunun, yatış süresinin uzaması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Gerçekleştirilen 11 genel elektif operasyon için uzamış yatış süresinin, preoperatif hasta özellikleri, intraoperatif süreçler ve postoperatif olumsuz olaylarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Preoperatif hasta özellikleri, ileri yaş, fonksiyonel durumun azalması ve ASA skorunun 3 ve 4 olmasıdır. Uzamış yatış süresi ile ilişkili intraoperatif olaylar, en az bir ünite kan transfüzyonu ve ameliyat süresi olarak bulunmuştur. Hasta özellikleri, ameliyat sırasındaki birincil hastalığın şiddeti, birincil cerrahın becerisi veya cerrahi ekibin deneyimi de belirleyici olabilmektedir (Collins ve diğerleri, 1999). Yine Amerika'da total omuz artroplastisi olan hastalarda, operasyon sonrası ortalama yatış süresinin 2,2 gün olduğu, yaşın artması, operasyon

süresinin uzaması, ASA skoru (3 ve daha fazla) ve cinsiyetin (kadın) postoperatif hastanede kalış süresini etkileyen faktörler olduğu görülmüştür. Daha uzun ameliyat süresi, potansiyel olarak cerrahın deneyiminin, vakanın karmaşıklığının veya intraoperatif bir komplikasyonun bir yansıması olabilir (Dunn ve diğerleri, 2015). Amerika’da yapılan ve farklı bir cerrahi işlemin ele alındığı başka bir çalışmada lomber kanal darlığı için elektif laminektomi uygulanan hastalarda postoperatif kalış süresi ile ilişkili faktörler incelenmiştir. Ortalama postoperatif yatış süresi 2,1 gün olup çok değişkenli analiz sonuçlarına göre yaşın artması, beden kitle endeksi, ASA skorunun 3 ve 4 olması ve preoperatif hematokrit postoperatif yatış süresini artırmaktadır (Basques ve diğerleri, 2014). Daha genç hastalara göre yaşlı hastalar rehabilitasyon ve yara iyileşmesinde zorluk yaşayabilmekte ve bu da hastanede kalış sürelerini artırabilmektedir (Gosain ve DiPietro, 2004). Hastalarda komorbidite yükünün olduğunu ifade eden ASA skorunun, postoperatif yatış süresinin artmasında bağımsız bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Buna karşın Türkiye’de bir askeri eğitim ve araştırma hastanesinde apendektomi operasyonu geçiren hastalarda dren kullanımı ve komplikasyon şiddeti postoperatif yatış süresinin ana belirleyicileri iken; ikinci bir hastalık olması, hastanın yaşı ve cinsiyeti anlamlı bulunmamıştır (Demir ve diğerleri, 2007).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi müdahaleden sonra yatış süresinin hasta ve sistem açısından tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan önemli ölçütlerden birisi olduğu bilinmektedir. Özellikle cerrahi sonrası yatış süresinin mümkün olduğunca yapılan operasyonun ve cerrahi ekibin başarısını göstermektedir. Bu nedenle postoperatif yatış süresini azaltan ve artıran faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi konusunda önem arz etmektedir. Yatış süresi, kaynak tüketiminin bir göstergesi olarak önemli bir sonuçtur. Hangi faktörlerin yatış süresini artırdığını belirlemek, maliyetleri düşürme ve bakım sunumunu iyileştirme konusunda bilgi sağlayabilmektedir. Uygunsuz kullanımların artması özellikle hastalarda antibiyotiklere karşı direnç gelişimi, önlenemeyen enfeksiyon gelişmesi sebebiyle morbiditenin, mortalitenin ve postoperatif yatış sürelerinin artması, daha fazla antibiyotik kullanımı ve dolayısıyla maliyetlerin artması gibi sorunlara yol açmaktadır. Gerekli durumlarda doğru antibiyotik seçimi yapılarak, uygun dozda ve uygun sürede verilerek hem yan etkinin minimum seviyede tutulması ve direnç gelişiminin önlenmesi sağlanabilir hem de cerrahi alan enfeksiyonu gelişme riski azaltılabilir. Bu çalışma ile postoperatif yatış süresinin, birden fazla değişkene farklılık gösterdiği ve hem hasta hem operasyonun özellikleri hem de operasyonu gerçekleştiren cerrahın deneyiminin önemli etkenler olduğu sonucuna varılmıştır.

Operasyon sonrası hastaların daha kısa sürede iyileşmesini sağlamak amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından birden fazla alanda yapılan kanıta dayalı bir uygulama olan Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Programı (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) ile pek çok işlemde kullanılan hastalara yönelik kılavuzlar geliştirilmiştir. ERAS bileşenleri ağırlıklı olarak preoperatif hastaların eğitimi, beslenme desteği, minimal invaziv operasyon, anestezi öncesi medikasyon, antibiyotik profilaksi, perioperatif sıvı yönetimi, sonda ve dren kullanımı, enfeksiyonun önlenmesi, taburcu, takip ve sonuçların denetimi vb. içeren cerrahi tekniklerin iyileştirilmesine ve perioperatif yönetimin optimizasyonuna odaklanmaktadır. Bu sayede hastalar, cerrahi sonrası daha kısa sürede iyileşerek taburcu edilebilmektedir. Bu programın uygulanmasıyla hem güvenli bir cerrahi uygulaması gerçekleştirilmiş olmakta hem de her yönüyle sonuçların incelenebileceği kanıtlar elde edilebilmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

Destek ve Teşekkür Beyanı

Bu araştırma, kamu, ticari veya kâr amacı gütmeyen sektörlerdeki herhangi bir finansman kuruluşundan özel bir hibe almamıştır.

Çatışma Beyanı

Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

Angus, D. C., Linde-Zwirble, W. T., Sirio, C. A., Rotondi, A. J., Chelluri, L., Newbold, R. C., et al. (1996). The effect of managed care on ICU length of stay: implications for medicare. *Jama*, 276(13), 1075-1082.

Basques, B. A., Varthi, A. G., Golinvaux, N. S., Bohl, D. D. and Grauer, J. N. (2014). Patient characteristics associated with increased postoperative length of stay and readmission after elective laminectomy for lumbar spinal stenosis. *Spine*, 39(10), 833-840.

Collins, T. C., Daley, J., Henderson, W. H. and Khuri, S. F. (1999). Risk factors for prolonged length of stay after major elective surgery. *Annals of surgery*, 230(2), 251-259.

De la Plaza Llamas, R. and Ramia, J. M. (2020). Cost of postoperative complications: How to avoid calculation errors. *World journal of gastroenterology*, 26(21), 2682-2690.

Demir, C., Celik, Y., Gider, Ö., Yağcı, G., Şahin, B., Tufan, T., et al. (2007). The factors affecting length of stay of the patients undergoing appendectomy surgery in a military teaching hospital. *Military Medicine*, 172(6), 634-639.

Dunn, J. C., Lanzi, J., Kusnezov, N., Bader, J., Waterman, B. R. and Belmont Jr, P. J. (2015). Predictors of length of stay after elective total shoulder arthroplasty in the United States. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 24(5), 754-759.

Findlay, J. M. (2010). Canadian health care explained to U.S. colleagues: The good, the bad and the ugly. *Can J Neurol Sci*, 37, 310-312.

Gosain, A. and DiPietro, L. A. (2004). Aging and wound healing. *World Journal of Surgery*, 28(3), 321-326.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Gruskay, J. A., Fu, M., Bohl, D. D., Webb, M. L. and Grauer, J. N. (2015). Factors affecting length of stay after elective posterior lumbar spine surgery: a multivariate analysis. *The Spine Journal*, 15(6), 1188-1195.
- Hall, W. B., Willis, L. E., Medvedev, S. and Carson, S. S. (2012). The implications of long-term acute care hospital transfer practices for measures of in-hospital mortality and length of stay. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 185(1), 53-57.
- Iezzoni, L. I. (1997). *Risk adjustment for measuring health care outcomes (Vol. 2)*. Chicago: Health Administration Press.
- Luft, H. S. and Hunt, S. S. (1986). Evaluating individual hospital quality through outcome statistics. *JAMA*, 255, 2780.
- Meng, Y., Gao, J., Zhang, X. And Zhao, X. (2021). A panel data model of length of stay in hospitals for hip replacements. *Econometric Reviews*, 40(7), 688-707.
- Özçetin, M., Saz, E. U., Karapınar, B., Özen, S., Aydemir, Ş. ve Vardar, F. (2009). Hastane enfeksiyonları; sıklığı ve risk faktörleri. *J Pediatr Inf*, 3(3), 49-53.
- Powell, R., Scott, N. W., Manyande, A., Bruce, J., Vögele, C., Byrne-Davis, L. M., et al. (2016). Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Rawlinson, A., Kang, P., Evans, J. and Khanna, A. (2011). A systematic review of enhanced recovery protocols in colorectal surgery. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 93(8), 583-588.
- Yıldırım, A., Torlak, D., Bilgen, Ö. F. ve Yılmazlar, A. (2015). Klinik klavuzların yatış süresi üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi ve analizi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(4), 180-182.
- Zhang, S., Huang, Q., Xie, J., Xu, B., Cao, G. and Pei, F. (2018). Factors influencing postoperative length of stay in an enhanced recovery after surgery program for primary total knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 13(1), 1-7.

HASTA HEKİM İLETİŞİMİNİN HASTANIN ŞİKÂYET ETME NİYETİNE ETKİSİ EFFECT OF PATIENT PHYSICIAN COMMUNICATION ON PATIENT'S INTENTION TO COMPLAIN

Arş. Gör. Dr. Özgün ÜNAL

Sakarya Üniversitesi, ozgununal@sakarya.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1245-2456

Arş. Gör. Dr. Ayhan DURMUŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi, ayhan.durmus@yobu.edu.tr, orcid.org/0000-0001-8362-2769

Zehra Betül YILDIZ

Sakarya Üniversitesi, zehra.yildiz1@ogr.sakarya.edu.tr, orcid.org/0000-0001-6054-8885

Makale gönderim tarihi (18.11.2021-20.12.2021)

Öz

Çalışmanın amacı, hasta hekim iletişiminin hastaların şikâyet etme niyetlerine etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 460 kişi çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu Sosyo-Demografik Özellikler, Hasta Hekim İletişimi Ölçeği ve Şikâyet Etme Niyeti Ölçeğinden oluşmaktadır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, keşfedici faktör analizi, güvenilirlik analizi, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklemlerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan regresyon analizi sonuçları hasta hekim iletişiminin hastaların şikâyet etme niyetlerini üzerinde negatif yönlü ve anlamlı etkisi bulunduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar hasta hekim iletişimi arttıkça hastanın şikâyet etme niyetinin azaldığını göstermektedir. Ayrıca, bağımsız örneklemlerde t testi ve tek yönlü varyans analizi sonuçları katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile şikâyet etme niyetleri arasında anlamlı farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bireylerin şikâyet etme niyetlerinin algılanan hasta hekim iletişimi ile ilişkili olduğu ve hasta hekim iletişimi güçlendikçe şikâyet etme niyetinin zayıfladığını göstermektedir. Aynı zamanda katılımcıların demografik özelliklerindeki farklılığa göre şikâyet etme niyetlerinin farklılaşması, sağlık yöneticileri açısından üzerinde durulması gereken konu olarak ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Hekim İletişimi, Şikâyet Etme Niyeti, Sağlık Kuruluşu.

Abstract

The study aims to determine the effect of patient-physician communication on patients' intention to complain. The study sample consists of 460 people who agreed to participate in the study. A questionnaire consisting of three parts was used as a data collection tool. The questionnaire consists of Socio-Demographic Characteristics,

Patient-Physician Communication Scale and Intention to Complain Scale. Descriptive statistical methods, exploratory factor analysis, reliability analysis, correlation analysis, regression analysis, independent samples t test and one-way ANOVA were used in the analysis of the data. The regression analysis results show that patient-physician communication has a negative and significant effect on patients' intention to complain. These results indicate that as patient-physician communication increases, the patient's intention to complain decreases. In addition, the results of independent samples t test and one-way ANOVA revealed significant differences between the socio-demographic characteristics of the participants and their intention to complain. As a result, it shows that individuals' intention to complain is related to perceived patient-physician communication, and as patient-physician communication gets more robust, the intention to complain weakens. At the same time, the differentiation of the intention to complain according to the difference in the demographic characteristics of the participants comes to the fore as an issue that should be emphasized in terms of health managers.

Keywords: Patient-Physician Communication, Intention to Complain, Health Institution.

GİRİŞ

Sağlık sektöründe 1980'li yıllarda başlayıp günümüzde daha da hızlanan değişim sağlık sektöründeki rekabeti arttırmıştır (Yaman & Kavuncu, 2020). Sağlık sektörünün bugünkü yapısının en temel nedeni ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'dır. Sağlık sektöründeki bu reform hareketi hasta odaklı sağlık hizmeti anlayışını güçlendirmiş (Hoşgör & Cengiz, 2020) ve hasta haklarının daha da ön plana çıkmasını sağlamıştır. Nitekim hastalar Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)'nin 42. maddesinde yer alan şikâyet hakları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmuşlardır. Buna ek olarak hastaların memnuniyetsizlik, yaşadıkları veya karşılaştıkları sorunlar ve eksikliklerle ilgili şikâyetle bulunabilecekleri kanalların sayısı da artmıştır. Bunlar, CİMER (Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi), 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi), Sağlık Bakanlığı web sitesi, İl/İlçe Sağlık Müdürlükleri, hastane yönetimleri ve hastanelerin hasta hakları birimleridir. Sağlık sektöründeki yapısal değişimler ile birlikte hastalar gelişen teknoloji sayesinde daha bilinçli ve farkındalığı yüksek hale gelmiştir. Sağlığı ile ilgili yorum yapıp, almış olduğu hizmet süreçlerini değerlendirebilen ve daha da önemlisi eleştirebilen hastaların olduğu günümüzde hasta şikâyetlerinin de söz konusu olması son derece olağandır (Karaağaç ve diğ. ,2018). Bu durum, sağlık kuruluşlarının hasta memnuniyetine ve hasta şikâyetlerine daha fazla önem vermesine neden olmuştur (Yıldız & Yılmaz, 2020).

Sağlık kuruluşlarında önemli bir konu haline gelen şikâyet davranışı, müşterinin satın aldığı ürün ya da hizmetten duyduğu memnuniyetsizliğe verdiği en önemli tepki (Crie, 2003) olarak ifade edilmektedir. Hizmet sektörü içerisinde yer alan sağlık kuruluşlarında, üretilen sağlık hizmeti üretildiği anda tüketilmektedir. Bu durum ise sağlık sektöründe insan unsurunun önemini ön plana çıkarmaktadır. Sağlık kuruluşlarında farklı niteliklere sahip sağlık çalışanlarının yer alması, çeşitli sosyo-demografik özelliklere sahip hastalara hizmet sunması ve sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı nedeniyle hasta beklentilerinin karşılanması her zaman mümkün olmayabilmektedir. Bunun bir sonucu olarak hastalar, duydukları memnuniyetsizlik nedeniyle şikâyet davranışı sergilemektedir (Hoşgör & Cengiz, 2020; Yıldız & Yılmaz, 2020).

Tosun ve Söyük (2019)'e göre kuruluşların şikâyet yönetimleri müşteri memnuniyeti ve müşterinin davranışsal niyetleriyle ilişkilidir. Bu durum sağlık kuruluşlarını eskisine kıyasla daha hasta odaklı davranmak ve hastalar ile daha güçlü ilişkisel bağlar kurmak zorunda bırakmaktadır (Hoşgör & Cengiz, 2020). Bu nedenle hasta şikâyetleri sağlık kuruluşları açısından önem kazanmış ve bu doğrultuda hasta beklentilerinin karşılanması önemli hale gelmiştir. Hastaların beklentilerini karşılamak için hasta beklentilerini anlamak gerekmektedir. Hasta beklentilerini anlamak için ise onunla kurulan iletişim kilit rol oynamaktadır.

Atıcı (2007)'ya göre iletişimin çeşitli amaçları vardır. Bunları bilgi alış-verişi, ikna etme, problemleri çözüme kavuşturma, karşıdakini rahatlatma ve karar verme olarak sıralamak mümkündür. İletişimin sayılan bu amaçları çerçevesinde iyi bir hasta hekim iletişimini, tıbbi bilgilerin kolay anlaşılması, hastaların duygularının düzenlenmesi ve hastaların kendilerini daha iyi ifade etmelerine olanak sağlaması şeklinde ifade edilebiliriz (Bredart et. al., 2005; Arora; 2003). Hastalarla iletişim kurmak sağlıklı kişilerle iletişim kurmaya kıyasla oldukça zordur. Zira bireyler yaşadıkları hastalık sebebiyle çeşitli sıkıntılar yaşamakta ve stres hissetmektedirler (Akbolat & Ünal, 2018). Bu doğrultuda hasta açısından hasta hekim iletişiminin en önemli işlevi hastaların yaşadıkları korku ve stresi en aza indirmektir (Kaya ve diğ., 2019).

Hekimlik gibi hizmet üreten mesleklerde iletişim becerisi algılanan hizmet kalitesini doğrudan etkilemektedir (Kaya ve diğ., 2019). Çünkü hasta hekim iletişimi hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde önemli bir role sahiptir (Yılmaz, 2000). Sağlık hizmetlerinde iyi bir iletişim hastanın kendine sunulan bilgileri daha iyi anlamasına, kararlara katılmasına, tedaviye uymasına, aldığı hizmetten ve sağlık çalışanından memnuniyet duymasına, sağlık çalışanına güvenmesine ve endişelerinin azalmasına katkı sağlamaktadır (Başol, 2018; RCP, 2003). Kişiler arasında doğru bir iletişimin kurulmaması ise beraberinde çatışmaları getirmektedir (Karadağ ve diğ., 2015). Ayrıca, bu durum sağlık çalışanından kaynaklı ise, toplumda sağlık çalışanlarına ve hastaneye karşı olumsuz yargılar oluşması yanında güvensizliğe de neden olabilmektedir (Başol, 2018). Bunun sonucunda ise hastaların memnuniyetsizliklerinin artabileceğini ve şikâyet davranışı sergileyebileceklerini söylemek mümkündür. Bu bilgiler ışığında bu çalışmada hastalar tarafından algılanan hasta hekim iletişiminin hastaların aldıkları hizmeti şikâyet etme niyetlerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Sakarya ilinde ikamet eden, en az iki kere aynı hastaneden ve aynı doktordan hizmet almış olan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Çalışma hastane sınırları içerisinde yapılmadığı için araştırma süresince hastaneden hizmet alan kişi sayısı tam olarak belirlenememiştir. Buna karşılık anket formunda ilgili tarihler arasında hastaneden hizmet alıp almadıkları sorularak kriterlere uyan katılımcılar çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verileri 01/07/2021 ile 31/07/2021 tarihleri arasında online anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma evreni tam olarak bilinmediğinden Sakarya İl nüfusu (1.011.000) dikkate alınarak örneklem hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formülden¹ yararlanılarak hesaplanmıştır (Karagöz, 2014; Bal, 2001).

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

¹ N = Evren; n = Örneklem sayısı; p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır); q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (1-p); Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96); t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır).

$$n = \frac{1.011.000 * 0,5 * 0,5 * 1,96^2}{[(1.011.000 - 1) * 0,05^2] + (0,5 * 0,5 * 1,96^2)}$$

$$n = \frac{970964,4}{2528,46} = 384,014 \cong 385$$

Buna göre araştırmada 385 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Buna karşılık örneklem büyüklüğünün artmasının örneklemin evreni temsil kabiliyetini arttıracığı bilindiğinden ilgili tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 460 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anket formunun detayları şöyledir;

Sosyo-Demografik Bilgi Formu; katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir durumu gibi sorulardan oluşmaktadır.

Hasta Hekim İletişimi Ölçeği; Hasta-hekim iletişimi Maly ve arkadaşları (1998'nin geliştirdiği, 10 ifadeden oluşan ölçek ile ölçülmüştür. Ölçek 1 Hiçbir zaman- 5 Her zaman aralığında 5'li Likert yapıdadır. Ölçeğin Türkçe uyarlanması Ünal ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır.

Şikâyet Etme Niyeti Ölçeği; Ölçek Kim ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olup, 5 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek 1 Hiçbir zaman- 5 Her zaman aralığında 5'li Likert yapıdadır.

Veri Analizi

Çalışmada verilerin hangi yöntemle analiz edileceğine karar vermeden önce verilerin normal dağılıp dağılmadıkları incelenmiştir. George ve Mallery (2010)'e göre basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2,0 ile +2,0 arasında bir değere sahip olması verilerin normal dağıldığına işaret etmektedir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2,0 ile +2,0 arasında değere sahip olması nedeniyle normal dağıldığı kabul edilmiş olup, parametrik analizlerden yararlanılmıştır.

Çalışmada veri analizi yöntemi olarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, keşfedici faktör analizi, güvenilirlik analizi, korelasyon analizi, basit regresyon analizi, bağımsız örneklemlerde t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Ayrıca tek yönlü varyans analizi sonucunda oluşan farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla LSD post-hoc analizinden faydalanılmıştır.

Etik Hususlar

Çalışmada veri toplamadan önce Sakarya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığından (Evrak Tarih ve Sayısı: 04.06.2021-33917) etik kurul onayı alınmış olup, çalışma Helsinki Bildirgesi (2013) ilkeleri ön planda tutularak gerçekleştirilmiştir.

Kısıtlılıklar

Araştırma yapıldığı sırada yaşanan COVID-19 pandemisi sebebiyle yüz yüze anket uygulamasının yapılamaması ve çalışmanın hastane bünyesinde yürütülemediği olması araştırmanın kısıtlarını oluşturmaktadır.

BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1'dedir. Buna göre katılımcıların 329'u kadın, 131'i erkektir. Aynı zamanda katılımcıların 186 'sı evli iken 274'ü bekar. Katılımcıların 82'si 20 yaş ve altı, 172'si 21-25 yaş arası, 55'i 26-30 yaş arası, 36'sı 31-35 yaş arası, 40'ı 36-40 yaş arası, 75'i ise 41 yaş ve üzeridir. Aynı zamanda katılımcıların 121'inin aylık geliri 3000 tl ve altı iken 137 kişinin 3001-4000 tl arası aylık geliri vardır, 101 kişinin ise 4001-5000 tl aylık geliri vardır. Yine 101 kişinin 5001 tl ve üzeri aylık geliri vardır. Çalışmaya katılanların 82'si ortaokul ve altı, 97'si lise, 53'ü önlisans, 218'i lisans, 10'u lisansüstü öğrenime sahiptir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Değişken	Frekans (%)
Cinsiyet	Erkek 131 28,50
	Kadın 329 71,50
Medeni durum	Bekar 274 59,60
	Evli 186 40,40
Yaş	≤20 82 17,80
	21-25 172 37,40
	26-30 55 12,00
	31-35 36 7,80
	36-40 40 8,70
Gelir Durumu	≥41 75 16,30
	≤3000 121 26,30
	3001-4000 137 29,80
	4001-5000 101 22,00
Eğitim Durumu	≥5001 101 22,00
	Ortaokul ve altı 82 17,8
	Lise 97 21,1
	Ön Lisans 53 11,5
	Lisans 218 47,4
Lisansüstü 10 2,2	

Araştırmada kullanılan Şikâyet Etme Niyeti ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması daha önce yapılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada öncelikle bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Tablo 2'de araştırmada kullanılan şikâyet etme niyeti ölçeğinin keşfedici faktör analizi bulguları yer almaktadır. Detayı tabloda görüldüğü üzere KMO örneklem yeterliliği değeri 0,771 olarak bulunmuş olup Bartlett' küresellik testi sonuçları anlamlıdır. Bu sonuçlar ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Tabloda görüldüğü üzere ölçek keşfedici faktör analizi sonucunda tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek ifadelerinin faktör yükleri 0,660 ile 0,854 arasında değişmektedir. Bu faktör yükleri sosyal bilimlerde kabul edilebilir seviye olan 0,40'ın oldukça üzerindedir (Coşkun ve diğ., 2017). Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %58,23'tür.

Tablo 2: Şikâyet Etme Niyeti Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Testi	0,771
Bartlett's Küresellik Testi	
Approx. Chi-Square	881,099
df	10,000
Sig.	0,000
Öz-Değer	2,478
Açıklanan Varyans	58,226

İfadeler	Faktör
Bazen hastaneler memnun edici hizmet sunmadığında şikâyet etmemek gerekir.	0,854
Memnun olmadığım hizmeti çok fazla ödeme yapmadıysam şikâyet etmem.	0,823
Almış olduğum hizmetler tatmin edici olmasa bile her zaman şikâyetinde bulunmam.	0,796
Memnun kalmadığım hizmeti şikâyet etmek benim görevim.	0,661
Aldığım hizmetten memnun kalmadığımda şikâyet etmemek beni huzursuz eder.	0,660

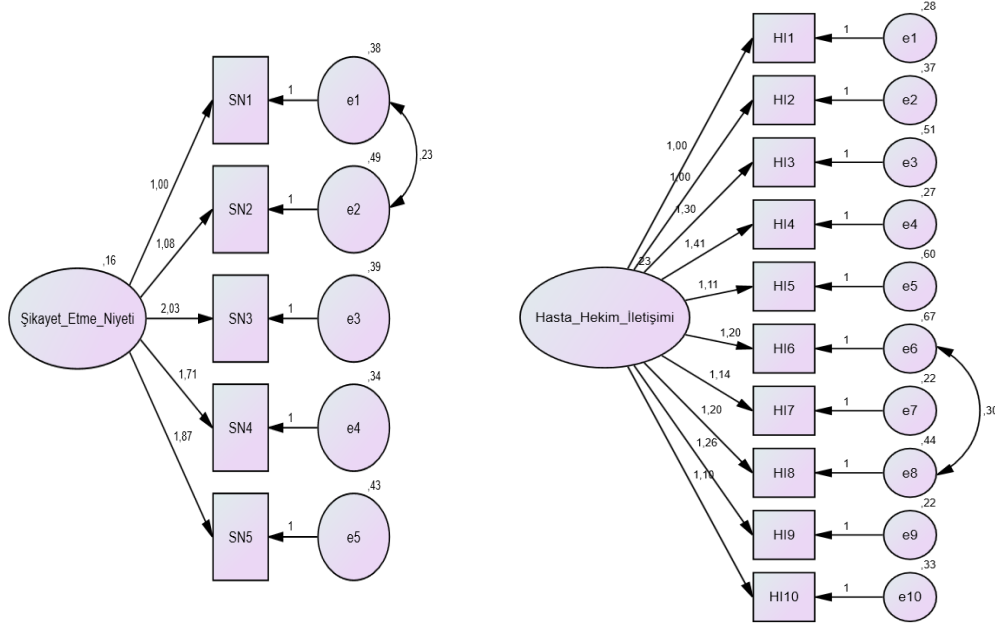
Araştırmada kullanılan Şikâyet Etme Niyeti ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması daha önce yapılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada öncelikle bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Tablo 2'de araştırmada kullanılan şikâyet etme niyeti ölçeğinin keşfedici faktör analizi bulguları yer almaktadır. Detayı tabloda görüldüğü üzere KMO örneklem yeterliliği değeri 0,771 olarak bulunmuş olup Bartlett' küresellik testi sonuçları anlamlıdır. Bu sonuçlar ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Tabloda görüldüğü üzere ölçek keşfedici faktör analizi sonucunda tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek ifadelerinin faktör yükleri 0,660 ile 0,854 arasında değişmektedir. Bu faktör yükleri sosyal bilimlerde kabul edilebilir seviye olan 0,40'ın oldukça üzerindedir (Coşkun ve diğ., 2017). Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %58,23'tür.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil 1'de yer almaktadır. Buna göre genellikle kullanılan uyum iyiliği ölçütlerinden NFI, IFI, CFI, GFI, AGFI, TLI ve RMR değerleri hem hasta hekim iletişimi ölçeği hem de şikâyet etme niyeti ölçeği için iyi uyum göstermekte iken CMIN/DF ve RMSEA değerleri kabul edilebilir uyum göstermektedir. Bu değerlere göre, ölçeklerin uyum iyiliklerinin uygun olduğu belirlenmiştir (Tezcan, 2008; Meydan ve Şeşen, 2015).

Şikâyet Etme Niyeti Ölçeği

Hasta Hekim İletişimi Ölçeği



CMIN/DF=3,385; p=0,009; RMR=0,013;
GFI=0,988; AGFI=0,957; NFI=0,985; IFI=0,989;
TLI=0,973; CFI=0,989; RMSEA=0,072

CMIN/DF=2,885; p=0,000; RMR=0,023;
GFI=0,973; AGFI=0,932; NFI=0,976; IFI=0,984;
TLI=0,967; CFI=0,984; RMSEA=0,064

Şekil 1: Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 3'te araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları yer almaktadır. Ayrıntısı tabloda görülebileceği üzere Hasta Hekim İletişimi ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,834, Şikâyet Etme Niyeti Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,828'dir. Bu Sonuçlar ölçeklerin yüksek güvenilirlik düzeyinde olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu sonuçlar Şikâyet Etme Niyeti ölçeğinin Türkçe formunun kullanılabilir olduğunu göstermesi bakımından da önem arz etmektedir.

Tablo 3: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Hasta Hekim İletişimi	10	0,834
Şikâyet Etme Niyeti	5	0,828

Tablo 4'te katılımcıların ölçek ifadelerine verdikleri yanıtların ortalamaları yer almaktadır. Beşli Likert ölçeklerde ortalamaların 1.00-2.33 (Düşük); 2.34-3.66 (orta) ve 3.67 üstü (yüksek) olmak üzere üç kesimde incelenmesi mümkündür. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere katılımcıların hasta hekim iletişimi ölçeğine verdikleri yanıtların ortalaması 3,904(±0,620)'tür. Buna göre katılımcıların hasta hekim iletişimine ilişkin algıları yüksek seviyededir. Katılımcıların şikâyet etme niyetlerine ilişkin ortalamaları ise 2,581 (±0,692)olarak bulunmuş olup bu sonuç katılımcıların şikâyet etme niyetlerinin orta seviyede olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Ölçek İfadelerine Katılımcıların Verdikleri Yanıtların Ortalamaları

	Ortalama S.S	
Hasta Hekim İletişimi	3,904	0,620
“Doktora söylemem gereken şeyleri açıkça söylemeye dikkat ederim.”	4,194	0,714
“Doktora hangi soruları soracağımı bilirim.”	4,041	0,779
“Bütün sorularıma cevap veren bir doktorum var.”	3,691	0,957
“En önemli sağlık sorunum hakkında doktora soru sorabilirim.”	4,074	0,852
“Görüşmelerimin çoğunluğunu doktorla yaparım.”	3,672	0,940
“En önemli sağlık sorunumu ciddi bir şekilde ele alan bir doktorum var.”	3,583	1,012
“Doktorumun söylediklerini anlarım.”	3,994	0,725
“En önemli sağlık sorunum hakkında bir şeyler yapabilen bir doktorum var.”	3,696	0,895
“Başlıca sağlık sorunlarımı doktora açıklayabilirim.”	4,035	0,766
“Doktorun söylediklerini anlamadığım zaman daha fazla bilgi vermesini isterim.”	4,057	0,782
Şikâyet Etme Niyeti	2,581	0,692
“Aldığım hizmetten memnun kalmadığımda şikâyet etmemek beni huzursuz eder.”	2,400	0,736
“Memnun kalmadığım hizmeti şikâyet etmek benim görevim.”	2,309	0,821
“Bazen hastaneler memnun edici hizmet sunmadığında şikâyet etmemek gerekir.”	2,689	1,025
“Almış olduğum hizmetler tatmin edici olmasa bile her zaman şikâyetinde bulunmam.”	2,937	0,902
“Memnun olmadığım hizmeti çok fazla ödeme yapmadıysam şikâyet etmem.”	2,567	0,993

Hasta hekim iletişimi ile şikâyet etme niyeti arasında anlamlı ilişki olup olmadığını test etmek amacıyla gerçekleştirilen korelasyon analizi sonuçları Tablo 5’te görülmektedir. Tabloya göre katılımcıların hasta hekim iletişimine ilişkin algıları arttıkça şikâyet etme niyetleri azalmaktadır.

Tablo 5: Hasta Hekim İletişimi ve Şikâyet Etme Niyeti Arasındaki İlişki

	1	2
Hasta Hekim İletişimi	1	
Şikâyet etme Niyeti	-0,104*	1

Katılımcıların hasta hekim iletişimi algılarının şikâyet etme niyetlerini etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 6’da yer almaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere kurulan regresyon modeli istatistiksel açıdan anlamlıdır (F=5,016, p=0,026). Modele göre hasta hekim iletişimi hastaların şikâyet etme niyetlerini negatif yönlü ve anlamlı etkilemektedir (B=-0,116, p=0,026). Bu sonuçlar hasta hekim iletişimi arttıkça hastanın şikâyet etme niyetinin azaldığını göstermektedir.

Tablo 6: Hasta Hekim İletişiminin hastanın Şikâyet Etme Niyetine Etkisi

Bağımlı Değişken: Şikâyet Etme Niyeti	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p	r	r ²	f	p
	B	Standart hata	Beta						
Sabit	3,035	0,205		14,797	0,000				
1 Hasta Hekim İletişimi	-0,116	0,052	-0,104	-2,240	0,026	0,104	0,011	5,016	0,026

Buradan sonraki kısımda, katılımcıların sosyo demografik özellikleri ile hasta hekim iletişimi ve şikâyet etme niyeti arasındaki farklılığı belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz neticesinde, farklılık tespit edilmeyen demografik değişkenler tabloya konulmamıştır.

Tablo 7’de katılımcıların medeni durumlarının şikâyet etme niyetlerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturup oluşturmadığını gösteren bağımsız örneklemelerde t testi analizi sonuçları yer almaktadır. Yapılan t testi sonucuna göre katılımcıların medeni durumları hastaların şikâyet etme niyetlerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Buna göre evli katılımcıların şikâyet etme konusunda bekâr katılımcılara göre daha yüksek algıya sahip oldukları söylenebilir.

Tablo 7: Katılımcıların Medeni Durumlarına İlişkin Fark Analizi

	Medeni Durum	Ort.	S.S	t	p
Şikâyet Etme Niyeti	Bekâr	2,472	0,678	-4,172	0,000

Katılımcıların şikâyet niyetlerinin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 8’de görülmektedir. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda yaşın hastaların şikâyet etme niyetlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen LSD post-hoc testine göre fark 20 yaş ve altı grubu ile 31-35 yaş grubu arasındaki farklılıktan; 21-25 yaş grubu ile 31-35, 36-40 ve 41 yaş ve üzeri grupları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Tabloda yer alan sonuçlar incelendiğinde genel olarak düşük yaş gruplarının şikâyet etme niyetlerinin yüksek yaş gruplarına göre daha düşük seviyede olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Fark Analizi

	Yaş	Ort.	S.S	F	p	Post-Hoc
Şikâyet Etme Niyeti	20 Yaş ve Altı	2,526	0,680			
	21-25	2,466	0,676			1-4 p=0,007
	26-30	2,604	0,749	3,199	0,008	2-4 p=0,037
	31-35	2,728	0,601			2-5 p=0,001
	36-40	2,885	0,739			2-6 p=0,042

41 Yaş ve Üzeri 2,659 0,662

Katılımcıların eğitim durumlarının şikâyet etme niyetlerinde anlamlı farklılığa neden olup olmadığı tek yönlü varyans analizi ile irdelenmiş olup analiz sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre katılımcıların eğitim durumları şikâyet etme niyetlerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Bu farklılık ortaokul ve altı eğitime sahip bireyler ile lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitimine sahip bireyler arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Tablodaki bulgulara göre katılımcıların eğitim seviyeleri arttıkça şikâyet etme niyetleri düşmektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Eğitim Durumuna İlişkin Fark Analizi

	Eğitim Durumu	Ort.	S.S	F	p	Post-Hoc
Şikâyet Etme Niyeti	Ortaokul ve altı	2,905	0,629	7,390	0,000	1-2 p=0,001
	Lise	2,562	0,718			1-3 p=0,032
	Ön Lisans	2,649	0,608			1-4 p=0,000
	Lisans	2,472	0,692			1-5 p=0,001
	Lisansüstü	2,140	0,422			

Yapılan tek yönlü varyans analizinde gelir düzeyinin şikâyet etme niyetinde farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir (Tablo 10). Tabloda sunulan bulgulara göre katılımcıların gelir durumları şikâyet etme niyetlerinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Buna göre 3000TL ve daha düşük seviyede gelire sahip bireyler 4001-5000 TL ve 5001 TL ve üstü gelire sahip bireyler arasındaki farklılıktan ve 3001-4000 TL arası gelire sahip bireyler ile 4001-5000 TL ve 5001 TL ve üstü gelire sahip bireyler arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere düşük gelir durumu arttıkça bireylerin şikâyet niyetlerinde azalma olmaktadır.

Tablo 10: Katılımcıların Gelir Düzeyine İlişkin Fark Analizi

	Gelir Durumu	Ort	S.S	F	p	Post-Hoc
Şikâyet Etme Niyeti	3000 ve Altı	2,702	0,637	3,920	0,009	1-3 p=0,005
	3001-4000	2,654	0,691			1-4 p=0,015
	4001-5000	2,444	0,682			2-3 p=0,020
	5001 ve Üstü	2,476	0,736			2-4 p=0,049

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma hastaların algıladıkları hasta hekim iletişiminin şikâyet niyetlerini etkileyip etkilemediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonuçları hastaların algıladıkları hasta hekim iletişiminin şikâyet etme niyetlerini azalttığını göstermektedir. Literatürde yer alan çalışmalar yetersiz hasta-hekim iletişiminin sıklıkla şikâyet konusu olduğunu göstermektedir (Hoşgör ve Tosun, 2019; Kee et. al., 2017; Reader et. al., 2014; Montini et. al., 2008; Wofford et.al., 2004; Hickson et. al., 2002). Buna karşılık literatürde hasta hekim iletişiminin hastaların şikâyet etme niyetini etkileyip etkilemediğine dair herhangi bir bulguya rastlanılmamıştır. Ancak hasta hekim iletişiminin hasta memnuniyetine olan etkisi (Clever et. al., 2008; Plichta et. al., 1996) göz önüne



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

alındığında hasta hekim iletişimi zayıfladıkça hasta memnuniyetsizliğinin artacağı ve memnuniyetsiz hastanın almış olduğu hizmeti şikâyet niyetinin artabileceği düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bir diğer sonuca göre evli bireylerin şikâyet etme niyetlerinin bekar bireylere oranla daha yüksek olduğu sonucudur. Sağlık sektöründe bireylerin şikâyet niyetlerini inceleyen bir çalışmada evli katılımcıların kuruma yönelik şikâyet davranışlarının bekar katılımcıların oranla daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (Yıldız & Yılmaz, 2020). Liefeld ve arkadaşları (1975) ise alışveriş sektöründe evli katılımcıların bekarlara oranla şikâyet etme niyetlerinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedirler. Literatürde yer alan bu sonuç ile mevcut çalışmadan elde edilen sonuç benzerlik göstermektedir. Sağlık sektörü dikkate alındığında hasta yakınlarının hastaları için endişelenebileceği ve olası olumsuzluk durumunda hastasını korumak için davranış sergileyebileceği açıktır. Bu nedenle evli katılımcıların bekar katılımcılara oranla şikâyet etme niyetlerinin daha yüksek olması bireylerin eşlerini ve eşlerinin haklarını koruma iç güdüsünden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Nitekim Yıldız ve Yılmaz (2020) da evli bireylerin karşılaşılan problemlerde daha sorumlu davranarak şikâyet etme davranışı sergileyebileceklerini ifade etmektedirler.

Araştırmanın bir diğer sonucuna göre katılımcıların yaşları şikâyet etme niyetinde farklılık oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları düşük yaş grubundaki katılımcıların yüksek yaş grubundaki bireylere oranla daha yüksek şikâyet etme niyetine sahip olduklarını göstermektedir. Garrett ve Toumanoff (2010) yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin memnuniyetsizlik duydukları hizmeti şikâyet etme konusunda gençlere oranla daha isteksiz olduklarını ifade etmektedirler. Bu sonuçlar dikkate alındığında bireylerin yaşları arttıkça olaylara daha soğukkanlı ve anlayışlı yaklaşabilecekleri bu nedenle memnuniyetsizliklerini şikâyete dökme konusunda daha sabırlı davranabilecekleri düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre bireylerin eğitim seviyeleri şikâyet etme niyetinde farklılık oluşturmaktadır. Buna göre katılımcıların eğitim seviyeleri arttıkça daha az şikâyet etme niyetine sahip oldukları ifade edilebilir. Yıldız ve Yaman (2020)'da çalışmalarında bireylerin eğitim seviyelerinin şikâyet etme niyetinde anlamlı farklılık oluşturduğunu ifade etmektedirler. Bu sonuçlar dikkate alındığında bireylerin eğitim seviyelerinin artmasının olaylara yaklaşımlarını ve olayları yorumlama tarzlarını değiştirebileceğini, bu nedenle yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin karşılaştıkları olumsuzluklara daha sükûnet ile yaklaşmasının olası olduğu ifade edilebilir. Bu doğrultuda daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin şikâyet niyetlerinin daha düşük olmasının olası bir durum olduğu söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen bir başka sonuç bireylerin gelir seviyeleri arttıkça şikâyet etme niyetlerinin azaldığını ortaya koymaktadır. Literatürde bu sonucu destekler nitelikte çalışmalar mevcuttur (Kolodinsky, 1992; Gronhaug & Zeltman, 1981). Bireylerin eğitim seviyelerinin şikâyet etme niyetinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturduğuna ilişkin sonuçların gelir seviyesi ile ilgili sonuçlar ile birbirinin desteklediğini ifade etmek mümkündür. Zira genel olarak bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça gelir seviyelerinin de yükselmesi beklendiğinden her iki sonucun paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ele alındığında bireylerin şikâyet etme niyetlerinin algılanan hasta hekim iletişimi ile ilişkili olduğu ve hasta hekim iletişimi güçlendikçe şikâyet etme niyetinin zayıfladığını göstermektedir. Hekimlerin sağlık hizmetlerinin ana aktörü olması ve hasta hekim iletişiminin sağlık hizmetlerinin temel taşlarından biri olması sebebiyle algılanan zayıf iletişimin hastaların şikâyet niyetlerini arttırması olası bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda sağlık yöneticilerinin hasta hekim iletişimine gereken önemi vermeleri, hekimleri hastaları ile daha güçlü



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

iletişim kurmaya teşvik etmeleri, kurumsal yapıyı iletişime elverişli şekilde tasarlamaları ve başta hekimler olmak üzere tüm sağlık personeline yönelik etkili iletişim yöntemleri ile ilgili eğitimler düzenlemeler önerilmektedir. Ayrıca hastaların şikâyet niyetlerinde etkili olan sosyo-demografik özellikleri dikkate alınarak sağlık yöneticilerinin ve sağlık personelinin şikâyet etme niyeti yüksek olan gruplara yönelik farkındalığın artması olası hasta şikâyetlerini azaltmak bakımından önem arz etmektedir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Özgün Ünal, Zehra Betül Yıldız

Araştırma Tasarımı: Özgün Ünal, Zehra Betül Yıldız

Makale Yazımı: Ayhan Durmuş, Özgün Ünal

Veri Toplama: Zehra Betül Yıldız, Ayhan Durmuş, Özgün Ünal

Analiz: Özgün Ünal, Ayhan Durmuş

Eleştirel Okuma: Özgün Ünal, Ayhan Durmuş

Destek ve Teşekkür Beyanı

Bu araştırma için herhangi bir kuruluştan maddi destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması Bildirimi

Yazarlar, makalenin üçüncü taraflarla herhangi bir çıkar çatışması içermediğini beyan etmektedir.

KAYNAKÇA

Akbolat, M. ve Ünal, Ö. (2018) Sağlık İletişimi, Bulunduğu eser: Akbolat, M. ve Ungan, M.C. (Editörler) *Gültekin Yıldız Anı Kitabı* (ss. 1-25). Sakarya: Sakarya Üniversitesi Basımevi.

Arora, N. (2003). Interacting With Cancer Patients: The Significance of Physicians' Communication Behavior. *Social Science & Medicine*, 57(5), 791-806.

Atıcı, E. (2007). Hasta-Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33(2),91-96.

Aydemir, İ. ve Öngören, B. (2013). Patient rights practice in Turkey. *Academic Research International*, 4(2), 520-529.

Bal, H. (2001). Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi, SDÜ yayın No:20.

691

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(ÜNAL, Ö. / DURMUŞ, A. / YILDIZ, Z.B.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Başol, E. (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 76-93.
- Bredart, A., C. Bouleuc, S., & Dolbeault (2005). Doctor-Patient Communication and Satisfaction With Care in Oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(14), 351-354.
- Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health services research*, 43(5p1), 1505-1519.
- Coşkun, R., Altunışık, R. ve Yıldırım, E. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, 9. Baskı, Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Crie, D. (2003). Consumers' Complaint Behaviour. Taxonomy, Typology and Determinants: Towards A Unified Ontology. *Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management*, 11(1), 60-79.
- Garrett, D. E., & Toumanoff, P. G. (2010). Are consumers disadvantaged or vulnerable? An examination of consumer complaints to the Better Business Bureau. *Journal of Consumer Affairs*, 44(1), 3-23.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Boston: Pearson.
- Gronhaug, K., & Zeltman, G., (1981). Complainers and Non-Complainers Revisited: Another Look at the Data. *Advances in Consumer Research*, 8(1), 83-87.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998).
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 10/06/2021.
- Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J., & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *Jama*, 287(22), 2951-2957.
- Hoşgör, H. ve Cengiz, E. (2020). Sağlık Hizmetlerinden Şikâyetçi Olan Bireylerin Genel Profili Ve Şikâyet Nedenleri: Türkiye Merkezli Bir Sistemik Derleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1), 191-217.
- Hoşgör, H. ve Tosun, N. (2019). İstanbul ilindeki bir üniversite hastanesine yapılan şikâyetlerin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43(2), 239-252.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Karaağaç, C., Erbay, E. ve Esatoğlu, A.E., (2018). Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikâyetlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(24), 287-304.
- Karadağ, M., Oşık, O., Cankul, İ. H. ve Abuhanoğlu, H. (2015). Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(1), 160-179.
- Karagöz, Y. (2014). SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kaya, B., Çelik, R. ve Antalyalı, Ö. L. (2019). Hasta Hekim İletişimi ile Hekimin Tekrar Tercih Edilmesi İlişkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi, 2(11), 801-814.
- Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. Health Professions Education, 4(2), 97-106.
- Kim, C., Kim, S., Im, S., & Shin, C. (2003). The effect of attitude and perception on consumer complaint intentions. Journal of consumer marketing. 20(4): 352-371
- Kolodinsky, J., (1992). A System for Estimating Complaints, Complaint Resolution and Subsequent Purchases of Professional and Personal Services. Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior, 5, 36-44.
- Liefeld, J. P., Edgecombe, F. H., & Wolfe, L. (1975). Demographic characteristics of Canadian consumer complainers. Journal of Consumer Affairs, 9(1), 73-80.
- Maly, R. C., Frank, J.C., Marshall, G.N., Dimatteo M.R., & Reuben D.B. (1998). Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI): Validation of an Instrument in Older Persons. American Geriatrics Society. 46(7), 889-894.
- Meydan, C.H. ve Şeşen, H. (2015). Yapısal Eşitlik Modellemesi Amos Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık
- Montini, T., Noble, A. A., & Stelfox, H. T. (2008). Content analysis of patient complaints. International Journal for Quality in Health Care, 20(6), 412-420.
- Namal, A. (2012). Sağlık hizmetleri kalitesinde önemli bir ölçüt: hasta şikâyetlerine verilen önem ve şikâyet sistemi inşa etmiş ülkelere örnekler. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, 20(2), 90-104.
- Plichta, S. B., Duncan, M. M., & Plichta, L. (1996). Spouse abuse, patient-physician communication, and patient satisfaction. American journal of preventive medicine, 12(5), 297-303.

- RCP (2003). The Psychological Care of Medical Patients: A Practical Guide, Report of a Joint Working Party of the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists, Second Edition, s.7-9, London.
- Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ quality & safety*, 23(8), 678-689.
- Tezcan, C., (2008), Yapısal Eşitlik Modelleri, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tosun, N. ve Söyük, S. (2019). Şikâyet yönetimi perspektifinden müşteri memnuniyeti ve davranışsal niyet üzerine kavramsal bir model önerisi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(4), 1873-1887.
- Ünal, O., Akbolat, M. ve Amarat, M. (2018). The influence of patient-physician communication on physician loyalty and hospital loyalty of the patient. *Pakistan journal of medical sciences*, 34(4), 999-1003.
- Wofford, M. M., Wofford, J. L., Bothra, J., Kendrick, S. B., Smith, A., & Lichstein, P. R. (2004). Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Academic Medicine*, 79(2), 134-138.
- Yaman, Z. ve Kavuncu, B. (2020). Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikâyetlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(2), 282-297.
- Yıldız, E. ve Yılmaz, N. (2020). Hastaların Şikâyet Davranışları Üzerine Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 563-588.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5, 69-74.



İNTÖRN DOKTORLARIN TÜKENMİŞLİK DURUMLARI VE TÜKENMİŞLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA**

AN APPLICATION ON THE DETERMINATION OF THE BURNOUT STATUS OF INTERN DOCTORS AND THE FACTORS AFFECTING THE BURNOUT

Serpil KAYA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, skaya@cumhuriyet.edu.tr. orcid.org/0000-0002-3507-3694 *

Prof. Dr. Selma AYDIN

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, drsaydin2020@gmail.com, orcid.org/0000-0003-4231-3980

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (24.11.2021-25.12.2021)

Özet

Bu çalışmada, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde faaliyet gösteren intörn doktorların, tükenmişlik durumlarını ve tükenmişliği etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya 170 intörnden 150 intörn katılmıştır. Ankette kişisel bilgi formu, çalışma yaşamına ilişkin 24 soru ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği bulunmaktadır. Maslach tükenmişlik ölçeğinden alınan puanlar ile araştırma grubunun orta düzeyde tükenmiş olduğu söylenebilir. Tükenmişliği etkileyen faktörlerden bazıları; öğrencilik verimliliği, üstlerinden takdir görememek, günlük iş yükü tükenmişliğe etki ederken, yaş, cinsiyet, öğrencinin geliri tükenmişliğe etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. İntörn doktorlar bir sağlık çalışanı ve geleceğin hekimidir. Sağlıklı bir hekim olmaları için eğitim süreci desteklenmeli, çalışma ortamları düzeltilmeli, amirleri tarafından takdir ve motive edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: intörn, tükenmişlik, sağlık

* Bu çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı 2016 yılında tamamlanan "Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İntörn Doktorların Tükenmişlik Durumları ve Tükenmişliği Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" isimli yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

** 10-12 Nisan 2019 tarihleri arasında Eskişehir'de düzenlenen Ulusal Tıp Eğitimi Sempozyumu'nda poster olarak sunulmuş ve poster hali bildiri kitabında yer almıştır.

Abstract

In this study, it was aimed to determine the burnout status of intern doctors working in Cumhuriyet University Medical Faculty Practice and Research Hospital and the factors affecting burnout. 150 interns out of 170 participated in the research. The questionnaire includes a personal information form, 24 questions about working life and the Maslach Burnout Scale. With the scores obtained from the Maslach burnout scale, it can be said that the research group is moderately burnt out. Some of the factors affecting burnout; It has been determined that while student productivity, lack of appreciation from superiors, daily workload affect burnout, age, gender, student's income have no effect on burnout. Intern doctors are health workers and future doctors. In order for them to be healthy physicians, the education process should be supported, their working environment should be improved, and they should be appreciated and motivated by their superiors.

Keywords: intern, burnout, health

1. GİRİŞ

İlk nefesimizden, son nefesimize kadar yanımızda olan hastalıklarımıza çare arayan sağlık çalışanlarına ne kadar teşekkür etsek azdır. Mesai saatlerinin düzensizliği ve nöbet sürelerinin uzunluğu sağlık çalışanlarının çoğunluğunu zorlamaktadır. Sağlık çalışanların maruz kaldığı şiddet, diğer çalışma alanlarına göre 16 kat fazla ve günden güne artmaktadır. Ülkemizdeki sağlık çalışanları (hekim, hemşire, laborant gibi) AB ülkelerindeki meslektaşlarına göre 3 ila 10 kat fazla çalışmaktadırlar (Sağlık-Sen 2015). Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık, “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlanmıştır. Kişinin fiziki olarak hasta ya da sakat olmaması tam anlamıyla sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir. Kişinin tam olarak sağlıklı sayılabilmesi için fiziksel ve ruhsal olarak da sağlıklı olması gerekir (Sağlık Bakanlığı 2002). Günümüzde insan, birçok zorluklarla mücadele etmekte, psikolojik ve fizyolojik olarak etkilenmektedir. Zaman hızla akıp gitmekte ve insanlar zamana ayak uydurmakta zorlanmaktadır. Uzun süreli strese ve yoğun çalışma koşullarına maruz kalan sağlık çalışanları, tükenmişlik sendromu ile karşı karşıyadır. Yaşanan bu sendrom, sağlık çalışanlarının kendine olan inancını yitirmesine, topluma karşı duyarsızlaşmasına sebep olmaktadır. Bu şekilde kendini gösteren tükenmişlik sendromu, bireyin tüm hayatını etkilemekte ve yaptıkları işin verimini azaltmaktadır. Sağlık çalışanlarının sürekli hasta kişilere hizmet vermesi zamanla sağlık personelinin de sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuzluk sağlık hizmeti sunumunda kalitenin, verimliliğin, üretkenliğin düşmesine buna bağlı olarak israf, performans düşüklüğü, duyarsızlık, tükenmişlik gibi durumların artmasına sebep olmaktadır. Bu durumlar sağlık çalışanlarını, hasta ve hasta yakınlarını doğrudan etkilemektedir (Şener 2005).

2. TÜKENMİŞLİK

Tükenmişlik kavramı 1970'li yıllarda Herbert Freudenberger ve Christina Maslach tarafından ilk kez “insana yönelik hizmetlerde çalışanların işine önceleri ilgi gösterirken, daha sonra giderek artan duygusal tükenme, enerji kaybı ve işi bırakması biçiminde mesleki stres” şeklinde ifade edilmiştir. Günümüzde tükenmişlik birçok sebepten oluşmaktadır. Uzun süren hastalıklar, iş yükü, iş ortamındaki memnuniyetsizlikler, ekonomik sebepler vb. durumlar tükenmişliğin oluşumunu etkilemektedir. Morrissette (2000) tükenmişliği stresle başa çıkamama kişisel başarıdaki düşüklük, çaresizlik, ümitsizlik, güvensizlik şeklinde tanımlanmıştır. Aynı şekilde Cherniss (1993) tükenmişliği başarısızlık karşısında stresle başa çıkamamak şeklinde ifade etmiştir. Tükenmişlik meslek hayatında yavaş gelişen bir süreçtir. Tükenmişliğin bulguları arasında kişi kendini geri çekmesi, içine kapanması, her şeyden şikâyet etmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Fizyolojik olarak baş ağrısı, sırt ağrısı, mide ve bağırsak sorunları, sinirlilik, dikkatsizlik şeklinde kendini gösterirken

sosyal olarak da işe geç kalma, erken ayrılma, kötü beslenme, arkadaş çevresi ile uyumsuzluk gözükmemektedir (Borritz 2006). Tükenmişlik sendromu sürekli strese maruz kalan ve strese başa çıkamayan kişilerde daha çok görülür (Maslach ve Jackson 1981). Özellikle sağlık alanlarında çalışan kişilerde daha sık görülmeye başlamıştır. Bu sendromunun belirtileri sağlık çalışanlarından, hastalara, hastalardan hasta yakınlarına yansımaktadır (Spinetta vd. 2000).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İntörn Doktorların Tükenmişlik Durumları ve Tükenmişliği Etkileyen Faktörleri Belirlenmeye çalışılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni: 2015-2016 eğitim-öğretim yılı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesindeki 170 intörn doktor oluşturmaktadır. Araştırmanın evreninin tamamına ulaşılmaya çalışılmış 150 kişi anketi eksiksiz tamamlamış ve çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Aracı: Kişisel bilgi formu, Ergin (1993) çalışmasından uyarlanan çalışma yaşamına ilişkin 24 soruluk anket ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği bulunmaktadır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği 22 ifadeden oluşmaktadır. İfadeler, Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (D) ve Kişisel Başarıda Düşme (KB) olmak üzere 3 boyutu kapsamaktadır.

3.4. Verilerin Analizi: Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22 programında değerlendirilmiştir. Non parametrik nitelikte bulunan verilerin tablolarda sayı (n) ve yüzde (%) değerleri belirtilmiştir. Parametrik nitelikli ölçek puanlarının tablo dağılımlarına uygun olarak, aritmetik ortalamaları (\bar{X}), standart sapmaları (Ss) hesaplanmıştır. Değişkenler arasında önemli fark olup olmadığı ANOVA ve t- testleri ile analiz edilmiştir.

3.5. Etik Konular: Bu çalışma uluslararası etik kurallara uygun olarak; Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruludan 21.01.2016 tarihinde izin alınmıştır. Ayrıca anket çalışmasının yapılabilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından 22.02.2016 tarihinde anket uygulama izni alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo. 1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özellikleri

Yaş	Sayı	Yüzde (%)	Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
22	1	0,7	Erkek	80	53,3
23	24	16,2	Kadın	70	46,7
24	64	43,2	Ailedeki toplam birey sayınız nedir?	Sayı	Yüzde (%)
25	39	26,4	2	3	2,0
26	15	10,1	3	15	10,0
27	1	0,7	4	60	40,0
28	3	2,0	5	62	41,3
32	1	0,7	6	9	6,0
			10	1	0,7

Çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu 64 kişi (%43,2)'si 24 yaşındadır. Bu soruyu 2 kişi boş bırakmıştır. Çalışma grubunun %53,3'ü erkek, %46,7'si kadındır. Ailedeki kişi sayısı 62 kişide (%41,3)'ü 5 kişidir (Tablo.1).

Tablo 2. Araştırma Grubunun Tıp Fakültesi ve Öğrencilik ile İlgili Özellikleri

Tıp fakültesini seçmenizin en önemli nedeni	Sayı	Yüzde	Öğrencilik verimliliğinizin ne kadar olduğunu düşünüyorsunuz?	Sayı	Yüzde
Maddi açıdan iyi olduğu için	20	13,3	Çok iyi	8	5,3
Sevdiğim için	75	50,0	İyi	29	19,3
Toplumda kabul gördüğü için	22	14,7	Normal	69	46,0
Ailem istediği için	25	16,7	Kötü	35	23,3
Diğer (Açıklayınız)	3	2,0	Çok kötü	9	6,0
Hekimlik size ne kadar uygun?	Sayı	Yüzde	İntörn doktor olarak geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?	Sayı	Yüzde
Çok uygun	25	16,7	Çok iyi	4	2,7
Uygun	69	46,0	İyi	34	22,7
Kısmen uygun	46	30,7	Normal	55	36,7
Uygun değil	10	6,7	Kötü	43	28,7
Tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz?	Sayı	Yüzde	Çok kötü	Sayı	Yüzde
Evet	132	88,0			
Hayır	18	12,0			

Çoğunluğun cevaplarına göre, tıp fakültesini 75 kişi (%50)'si sevdiği için seçmiştir. 69 kişi (%46)'sı hekimliği kendilerine uygun bulmakta, 132 kişi (%88)'i tıp fakültesini isteyerek seçmiştir. 69 kişi (%46)'sı öğrencilik veriminin normal olduğunu düşünmektedir. İntörn doktor olarak geleceklerini 55 kişi (%36,7)'si normal görmektedir (Tablo. 2).

Tablo 3. Araştırma Grubunun Mesleğine ve Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri

Çalışma ortamınızdan memnun musunuz?	Sayı	Yüzde	Mesleki geleceğinize ilişkin düşünceleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Her zaman	1	0,7	Pratisyen hekim olmak	13	8,7
Çoğu zaman	19	12,7	Uzman olmak	85	56,7
Bazen	57	38,0	Akademisyen olmak	42	28,0
Nadiren	43	28,6	Diğer (Açıklayınız)	6	4,0
Hiçbir zaman	30	20,0	Çalışmayı düşünmüyorum	2	1,3
Çalışmalarınızda üstlerinizden takdir görür müsünüz?	Sayı	Yüzde	Aylık nöbet sayınız nedir?	Sayı	Yüzde
Her zaman	2	1,3	1-4	2	1,3
Çoğu zaman	22	14,7	5-8	84	56,0
Bazen	59	39,3	9-12	58	38,7
Nadiren	54	36,0	Diğer	6	4,0
Hiçbir zaman	13	8,7	Günde kaç saat uyursunuz?	Sayı	Yüzde
			8	33	22,0
Hekimliğin toplumda hak ettiği yerde olduğuna inanıyor musunuz?	Sayı	Yüzde			
Her zaman	1	0,7	7	51	34,0
Çoğu zaman	17	11,3	6	45	30,0

Bazen	46	30,7	5	12	8,0
Nadiren	54	36,0	4	9	6,0
Hiçbir zaman	32	21,3	Nöbet izni kullanıyor musunuz?	Sayı	Yüzde
			Evet	48	32,0
Günlük iş yükünüzü nasıl görüyorsunuz?			Hayır	98	65,3
Çok Fazla	63	42,0	Stresle başa çıkmak için kullandığınız yöntem nedir?	Sayı	Yüzde
Fazla	72	48,0	Arkadaşlarla konuşma	63	42,0
			Yürüyüşe çıkma	14	9,3
Normal	14	9,3	Ahşverişe çıkma	19	12,7
Önemli değil	1	0,7	Kimseyle paylaşmama	23	15,3
Şu andaki mevcut sağlık sisteminden memnun musunuz?			Ev işi	5	3,3
Büyük ölçüde memnunum	8	5,3	Diğer	26	17,4
Biraz memnunum, biraz değilim	58	38,7			
Çok az memnunum	51	34,0			
Hiç memnun değilim	33	22,0			

Cevaplarının çoğunluğuna göre 57 kişi (%38)'i çalışma ortamından bazen memnun olduğunu belirtmiştir. 59 kişi %39,3'ü bazen üstlerinden takdir görmektedirler. Hekimliğin toplumda hak ettiği yerde olduğuna 54 kişi (%36)'sı nadiren inanmakta, iş yükünü 72 kişi (%48)'i fazla bulmaktadır. Şu anki sağlık sisteminden 58 kişi (%38,7)'si biraz memnun biraz memnun değildir. Mesleki gelecek düşüncesi 85 kişi (%56,7)'si uzman olmak istemektedir. Bu soruyu 2 kişi boş bırakmıştır. Aylık nöbet sayısı 84 kişi (%56)'sının 5-8 arasındadır. 51 kişi %34'ü 7 saat uyumakta, nöbet iznini 98 kişi (%65,3)'ü kullanmamaktadır. Bu soruyu 4 kişi boş bırakmıştır. Stresle başa çıkmak için 63 kişi (%42)'si arkadaşlarla konuşarak stres atmaktadır (Tablo.3).

Tablo 4. Araştırma Grubunun Sağlık Sorunlarına İlişkin Bildirimleri

Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?	Sayı	Yüzde
Fiziksel sağlık sorunu	21	14,0
Psikolojik sağlık sorunu	10	6,7
Her ikisi de	5	3,3
Sağlık sorunun yok	108	72,0
Diğer	3	2,0
Ailenizdeki bireylerin herhangi bir kronik hastalığı veya bedensel, zihinsel engeli var mı?		
Evet	30	20,0
Hayır	120	80,0

Cevaplarının çoğunluğuna göre 108 kişi (%72)'sinin herhangi bir sağlık sorunu yoktur. Bu soruyu 3 kişi boş bırakmıştır. 120 kişi (%80)'nin ailedeki bireylerin herhangi bir kronik sağlık sorunu yoktur (Tablo.4).

Tablo 5. Araştırma Grubunun Sağlık Alışkanlıklarına İlişkin Bildirimleri

Egzersiz ya da spor yapma	Sayı	Yüzde	Sanat	Sayı	Yüzde	Çay	Sayı	Yüzde
Her gün	16	10,7	Her gün	3	2,0	Her gün	122	81,3
Ara sıra	85	56,7	Ara sıra	46	30,7	Ara sıra	23	15,3
Hiç	48	32,0	Hiç	100	66,7	Hiç	5	3,3
Kitap okuma	Sayı	Yüzde	Sigara	Sayı	Yüzde	Kahve	Sayı	Yüzde

Her gün	18	12,0	Her gün	20	13,3	Her gün	79	52,7
Ara sıra	99	66,0	Ara sıra	19	12,7	Ara sıra	65	43,3
Hiç	32	21,3	Hiç	110	73,3	Hiç	6	4,0
Sinema ya da tiyatroya gitme	Sayı	Yüzde	Alkol	Sayı	Yüzde	Süt	Sayı	Yüzde
Her gün	1	0,7	Her gün	5	3,3	Her gün	18	12,0
Ara sıra	130	86,7	Ara sıra	31	20,7	Ara sıra	101	67,3
Hiç	18	12,0	Hiç	112	74,7	Hiç	31	20,7

Cevaplarının çoğunluğuna göre; 85 kişi (%56,7)'si ara sıra egzersiz yapmakta 99 kişi (%66)'sı ara sıra kitap okumakta, 130 kişi (%86,7)'si ara sıra sinemaya gitmekte, 100 kişi (%66,7)'si hiç sanatla ilgilenmemekte, 110 kişi (%73,3)'ü hiç sigara içmemektedir. Bu soruları 1 kişi boş bırakmıştır. 112 kişi (%74,7)'si hiç alkol kullanmamaktadır. Bu soruyu da 2 kişi boş bırakmıştır. 122 kişi (%81,3)'ü her gün çay içmektedir. 79 kişi (%52,7)'si her gün kahve içmekte, 101 kişi (%67,3)'ü ara sıra süt içmektedir (Tablo.5).

Tablo 6. Tıp Fakültesi Seçme Nedenlerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Tıp fakültesi seçme nedeniniz		Ortalama ± Standart Sapma	F	p
Duygusal tükenme	Maddi açıdan	30.8±7.7	2.21	0.070
	Sevdiğim için	26.4±6.3		
	Toplumda kabul gördüğü için	28.9±7.2		
	Ailem istediği için	28.9±6.1		
	Diğer	27.5±4.2		
Duyarsızlaşma	Maddi açıdan	15.5±4.6	4.66	0.001*
	Sevdiğim için	11.7±3.2		
	Toplumda kabul gördüğü için	13.8±4.5		
	Ailem istediği için	13.3±3.2		
	Diğer	13.0±5.2		
Kişisel Başarı	Maddi açıdan	24.2±6.4	1.75	0.140
	Sevdiğim için	26.4±3.9		
	Toplumda kabul gördüğü için	24.6±5.7		
	Ailem istediği için	24.7±4.2		
	Diğer	24.0±3.4		

Bireylerin tıp fakültesi seçme nedenlerine göre puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme ve kişisel başarı** yönünden farklılık önemsiz bulunurken ($p>0.05$) **duyarsızlaşma** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Puanlar ikiye bölünmüş karşılaştırıldığında maddi açıdan diyenler ile sevdiğim için diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğerleri arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo.6). Mesleğini severek seçmek ve mesleğinin ekonomik boyutu tükenmişliği etkilediği söylenebilir.

Tablo 7. Hekimlik Size Ne Kadar Uygun? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hekimlik size ne kadar uygun	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal tükenme		8.17	0.001*
Çok uygun	24.1±7.5		
Uygun	27.5±5.6		
Kısmen uygun	28.8±5.6		
Uygun değil	35.3±8.8		
Duyarsızlaşma		7.01	0.001*
Çok uygun	10.4±3.4		
Uygun	12.6±3.7		
Kısmen uygun	13.8±3.8		
Uygun değil	15.9±4.2		
Kişisel Başarı		8.37	0.001*
Çok uygun	28.2±4.3		
Uygun	25.7±3.5		
Kısmen uygun	24.6±4.9		
Uygun değil	20.5±6.9		

Hekimlik size ne kadar uygun sorusuna göre bireylerin duygusal tükenme puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). **Duygusal tükenmişlik** puanları ikiye bölünmüş durumda çok uygun diyenler ile kısmen uygun diyenler arasında, çok uygun diyenler ile uygun değil diyenler arasında, uygun ile uygun değil diyenler arasında, kısmen uygun diyenler ile uygun değil diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken, diğerleri arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Duyarsızlaşma** puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Seçeneklere göre duyarsızlaşma puanları ikiye bölünmüş durumda çok uygun diyenler ile kısmen uygun diyenler arasında, çok uygun diyenler ile uygun değil diyenler arasında, uygun diyenler ile uygun değil diyenler arasında ki farklılık önemli bulunurken, diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Kişisel başarı** puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Seçeneklere göre kişisel başarı puanları ikiye bölünmüş durumda çok uygun diyenler ile kısmen uygun, çok uygun diyenler ile uygun değil diyenler, uygun diyenler ile uygun değil diyenler, kısmen uygun diyenler ile uygun değil diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo.7). Hekimliğin kendisine uygun bulmayanların tükenmişliği daha çok etkilediği söylenebilir.

Tablo 8. Tıp Fakültesini İsteyerek Mi Seçtiniz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz?	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal tükenme		1.92	0.148
Evet	27.5±6.4		
Hayır	30.7±7.6		
Duyarsızlaşma		4.10	0.001*
Evet	12.4±3.8		
Hayır	16.2±3.4		
Kişisel Başarı		1.17	0.241
Evet	25.6±4.6		
Hayır	24.2±5.0		

Bireylerin tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz? sorusuna puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme ve kişisel başarı** yönünden farklılık önemsiz bulunurken ($p>0.05$). **Duyarsızlaşma** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo.8).

Tablo 9. Öğrencilik Verimliliğinizi Nasıl Buluyorsunuz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Öğrencilik verimliliğinizi nasıl buluyorsunuz	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal tükenme		3.01	0.018*
Çok iyi	24.6±6.9		
İyi	26.2±7.2		
Normal	27.4±5.9		
Kötü	29.5±6.7		
Çok kötü	33.1±10.7		
Duyarsızlaşma		1.63	0.169
Çok iyi	12.1±4.7		
İyi	12.0±3.6		
Normal	12.5±3.5		
Kötü	14.2±4.5		
Çok kötü	13.6±4.0		
Kişisel Başarı		5.00	0.001*
Çok iyi	28.1±3.4		
İyi	27.7±3.9		
Normal	25.3±3.7		
Kötü	24.1±5.8		
Çok kötü	21.7±6.1		

Öğrencilik verimliliğinizin nasıl olduğunu düşünüyorsunuz sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur. Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında iyi diyenler ile çok kötü arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur. **Kişisel başarıya** göre seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında çok iyi diyenler ile çok kötü, iyi diyenler ile kötü, iyi diyenler ile çok kötü diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur **Duyarsızlaşma** yönünden bakıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo.9). Öğrencilik verimliliklerinin duygusal tükenmeyi ve kişisel başarıyı etkilediği görülmektedir.

Tablo 10. İntörn Doktor Olarak Geleceğinizi Nasıl Görüyorsunuz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

İntörn doktor olarak geleceğinizi nasıl görüyorsunuz	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal tükenme		8.30	0.001*
Çok iyi	27.3±9.1		
İyi	24.3±5.7		
Normal	26.5±5.1		
Kötü	31.4±6.5		
Çok kötü	31.1±8.1		
Duyarsızlaşma		4.66	0.001*
Çok iyi	15.0±5.3		
İyi	11.2±3.4		
Normal	12.2±3.9		
Kötü	13.9±3.3		
Çok kötü	15.4±4.9		
Kişisel Başarı		6.61	0.001*

Çok iyi	27.5±4.8
İyi	27.7±3.6
Normal	25.8±3.5
Kötü	24.4±5.2
Çok kötü	21.1±6.0

İntörn doktor olarak geleceğinizi nasıl görüyorsunuz sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikiyeşerli karşılaştırıldığında iyi diyenler ile kötü, iyi diyenler ile çok kötü, normal diyenler ile kötü diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Duyarsızlaşma** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Seçeneklere göre duyarsızlaşma puanları ikiyeşerli karşılaştırıldığında iyi diyenler ile çok kötü, normal diyenler ile çok kötü, diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Kişisel başarı** puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Seçeneklere göre ikiyeşerli karşılaştırıldığında iyi diyenler ile kötü, iyi diyenler ile çok kötü, normal diyenler ile çok kötü diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur (Tablo.10). Mesleki gelecek kaygısı, tükenmişliği etkilediği söylenebilir.

Tablo 11. Çalışma Ortamından Memnun Musunuz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Çalışma ortamından memnun musunuz?	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal tükenme		13.54	0.001*
Çoğu zaman	24.0±5.1		
Bazen	25.4±5.9		
Nadiren	29.8±5.4		
Hiçbir zaman	32.4±7.2		
Duyarsızlaşma		7.87	0.001*
Çoğu zaman	10.3±3.4		
Bazen	11.9±3.3		
Nadiren	14.1±3.8		
Hiçbir zaman	14.5±4.2		
Kişisel Başarı		3.12	0.052
Çoğu zaman	27.1±3.4		
Bazen	26.4±3.9		
Nadiren	24.5±4.7		
Hiçbir zaman	23.9±6.0		

Çalışma ortamınızdan memnun musunuz sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikiyeşerli karşılaştırıldığında çoğu zaman diyenler ile nadiren, çoğu zaman diyenler ile hiçbir zaman, bazen diyenler ile nadiren, bazen diyenler ile hiçbir zaman diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Duyarsızlaşma** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Seçeneklere göre duyarsızlaşma puanları ikiyeşerli karşılaştırıldığında çoğu zaman diyenler ile nadiren, çoğu zaman diyenler ile hiçbir zaman, bazen diyenler ile nadiren, bazen diyenler ile hiçbir zaman diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) **Kişisel başarı** puanları ikiyeşerli karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo. 11). Çalışma ortamındaki memnuniyetsizlik duygusal tükenmeye ve duyarsızlaşmaya neden olduğu söylenebilir.

Tablo 12. Çalışma Ortamında Üstlerinizden Takdir Görür Müsünüz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Üstlerinizden takdir görür müsünüz?	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal tükenme		7.02	0.001*
Çoğu zaman	24.4±7.2		
Bazen	26.5±4.9		
Nadiren	29.8±6.7		
Hiçbir zaman	32.1±7.9		
Duyarsızlaşma		5.99	0.001*
Çoğu zaman	10.3±3.5		
Bazen	12.7±3.1		
Nadiren	13.6±4.3		
Hiçbir zaman	15.1±4.3		
Kişisel Başarı		4.62	0.004*
Çoğu zaman	28.1±3.8		
Bazen	25.7±3.5		
Nadiren	24.6±4.9		
Hiçbir zaman	23.1±7.3		

Çalışma ortamında üstlerinizden takdir görüyor musunuz sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikiye bölünmüş olduğunda çoğu zaman ile nadiren, çoğu zaman ile hiçbir zaman, bazen ile nadiren, bazen ile hiçbir zaman arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Duyarsızlaşma** yönünden bakıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Seçeneklere göre duyarsızlaşma puanları ikiye bölünmüş olduğunda çoğu zaman ile bazen, çoğu zaman ile nadiren, çoğu zaman ile hiçbir zaman arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Kişisel başarı** puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Seçeneklere göre ikiye bölünmüş olduğunda çoğu zaman ile nadiren, çoğu zaman ile hiçbir zaman diyenler arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo.12). Çalışma ortamında üstlerinden takdir görmek, onaylanmak, desteklenmek tükenmişliğe çok fazla etkisi olduğu ve tükenmişliği azaltacağı söylenebilir.

Tablo 13. Hekimliğin Toplumda Hak Ettiği Yerde Olduğuna İnanıyor Musunuz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Hekimliğin toplumda hak ettiği yerde olduğuna inanıyor musunuz?	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal tükenme		5.21	0.002*
Çoğu zaman	23.6±4.8		
Bazen	26.7±5.9		
Nadiren	28.9±5.8		
Hiçbir zaman	30.2±8.5		
Duyarsızlaşma		4.95	0.003*
Çoğu zaman	10.7±2.6		
Bazen	12.6±3.7		
Nadiren	12.6±3.4		
Hiçbir zaman	14.8±4.9		
Kişisel Başarı		3.12	0.052
Çoğu zaman	26.7±3.3		
Bazen	26.7±3.7		
Nadiren	25.1±4.2		
Hiçbir zaman	23.6±6.6		

Hekimlik mesleğinin toplumda hak ettiği yerde olduğuna inanıyor musun sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında çoğu zaman ile nadiren, çoğu zaman ile hiçbir zaman arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Duyarsızlaşma** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Seçeneklere göre duyarsızlaşma puanları ikişerli karşılaştırıldığında çoğu zaman ile hiçbir zaman, nadiren ile hiçbir zaman arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Kişisel başarı** puanları karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo.13). Hekimlik mesleğinin toplumda hak ettiği yerde olmadığını düşünenlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşandığı söylenebilir.

Tablo 14. Günlük iş yükünüzü nasıl görüyorsunuz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Günlük iş yükünüzü nasıl görüyorsunuz	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal Tükenme		20.02	0.001*
Çok fazla	31.3±6.6		
Fazla	25.9±5.4		
Normal	22.9±5.5		
Duyarsızlaşma		6.02	0.003*
Çok fazla	14.1±4.2		
Fazla	12.1±3.3		
Normal	11.3±4.2		
Kişisel Başarı		0.95	0.388
Çok fazla	24.8±5.5		
Fazla	25.9±3.9		
Normal	25.7±4.1		

Günlük iş yükünüzü nasıl görüyorsunuz sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında çok fazla ile fazla, çok fazla ile normal arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Duyarsızlaşma** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duyarsızlaşma yönünden seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında çok fazla ile fazla, çok fazla ile normal arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Kişisel başarı** puanları karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo.14). Günlük iş yükünü çok fazla görenlerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma yaşandığı söylenebilir.

Tablo 15. Şu Anki Sağlık Sisteminden Memnun Musunuz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Şu anki sağlık sisteminden memnun musunuz?	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal Tükenme		7.81	0.001*
Büyük ölçüde memnunum	22.3±5.7		
Biraz memnunum Biraz değilim	26.2±5.5		
Çok az memnunum	28.2±5.4		
Hiç memnun değilim	31.7±8.4		
Duyarsızlaşma		1.24	0.297
Büyük ölçüde memnunum	11.4±3.6		

	Biraz memnunum Biraz değilim	12.5±3.7		
	Çok az memnunum	12.9±3.4		
	Hiç memnun değilim	13.8±4.9		
Kişisel Başarı			3.02	0.056
	Büyük ölçüde memnunum	27.6±4.3		
	Biraz memnunum Biraz değilim	26.3±3.5		
	Çok az memnunum	25.4±4.6		
	Hiç memnun değilim	23.5±6.1		

Şu anki sağlık sisteminden memnun musunuz sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında büyük ölçüde memnunum ile hiç memnun değilim, biraz memnunum biraz değilim ile hiç memnun değilim, arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Şu anki sağlık sisteminden memnun musunuz sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duyarsızlaşma, kişisel başarı** yönünden farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo.15). Sağlık sisteminden memnuniyetsizlik duygusal tükenmeye sebep olduğu söylenebilir.

Tablo 16. Herhangi Bir Sağlık Sorununuz Var Mı? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Herhangi bir sağlık sorununuz var mı?	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal Tükenme		5.27	0.001*
	Fiziksel	28.1±5.1	
	Psikolojik	36.1±7.3	
	Her ikisi de	27.3±7.4	
	Yok	27.2±6.2	
	Diğer	22.1±12.2	
Duyarsızlaşma		6.35	0.001*
	Fiziksel	14.7±3.7	
	Psikolojik	17.4±3.7	
	Her ikisi de	12.1±3.6	
	Yok	12.3±3.8	
	Diğer	9.4±3.3	
Kişisel Başarı		2.19	0.072
	Fiziksel	25.9±4.4	
	Psikolojik	22.9±7.9	
	Her ikisi de	24.9±5.8	
	Yok	25.4±4.3	
	Diğer	31.7±3.8	

Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında fiziksel rahatsızlık ile psikolojik rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık ile hiç rahatsızlığın olmaması, psikolojik rahatsızlık ile diğer seçenekler arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Duyarsızlaşma** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duyarsızlaşma yönünden seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında psikolojik rahatsızlığı olanlar ile psikolojik rahatsızlığı olmayanlar arasında, psikolojik rahatsızlığı olanlar ile diğer seçeneği işaretleyenler arasında farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). **Kişisel başarı** puanları karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo.16). Sağlık sorunu duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya sebep olduğu söylenebilir.

Tablo 17. Günde Kaç Saat Uyursunuz? Sorusuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Günde kaç saat uyursunuz	Ortalama± Standart Sapma	F	P
Duygusal Tükenme		3.12	0.017*
4	26.8±7.7		
5	34.2±9.4		
6	27.5±6.6		
7	27.3±6.7		
8	27.3±5.2		
Duyarsızlaşma		1.56	0.186
4	13.7±5.1		
5	15.2±5.2		
6	12.9±3.5		
7	12.2±3.6		
8	12.8±3.9		
Kişisel Başarı		0.9	0.810
4	26.6±5.6		
5	24.6±5.8		
6	25.1±4.6		
7	25.9±4.9		
8	25.5±4.1		

Günde kaç saat uyursunuz sorusuna göre bireylerin puanları karşılaştırıldığında **duygusal tükenme** yönünden farklılık önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal tükenme yönünden seçenekler ikişerli karşılaştırıldığında 4 saat ile 5 saat, 5 saat ile 6 saat, 5 saat ile 7 saat, 5 saat ile 8 saat arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0.05$) diğer seçenekler arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Günlük uyku saati, **duyarsızlaşma** ve **kişisel başarıyı** etkilemediği tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo.17). Yeterli uyku alamayanların duygusal tükenme yaşadığı söylenebilir.

Maslach tükenmişlik ölçeğinden alınan puanlar, Duygusal Tükenme boyutunda 4-36; Duyarsızlaşma boyutunda 4-20; Kişisel Başarı boyutunda 4-32 arasındadır. Araştırma grubunun MTÖ puan ortalamaları Duygusal Tükenme boyutu $27,9 \pm 6,6$; Duyarsızlaşma Boyutu $12,8 \pm 3,9$; Kişisel Başarı boyutu $25,4 \pm 4,7$ bulunmuştur. Buna göre araştırma grubunun orta düzeyde tükenmiş olduğu söylenebilir (Tablo.18).

Tablo 18. Araştırma Grubunun Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Ortalamaları

Kişi Sayısı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
170	27,86	12,84	25,44
Standart Sapma	$\pm 6,64$	$\pm 3,92$	$\pm 4,68$

İntörn doktorlarda tükenmişliği etkileyen faktörler;

- *Tıp fakültesini seçme nedeni;* sevdiğim için diyenler ile ve maddi açıdan diyenlerde, duygusal tükenme ve kişisel başarıyı etkilemezken, duyarsızlaşma da etkili olduğu tespit edilmiştir.
- *Hekimlik mesleğinin uygunluğu;* duygusal tükenmeyi, duyarsızlaşmayı ve kişisel başarıyı etkilediği tespit edilmiştir.
- *Tıp fakültesini isteyerek seçmek;* duygusal tükenmeyi ve kişisel başarıyı etkilemezken, duyarsızlaşmayı etkilemiştir.
- *Öğrencilik verimliliği;* duygusal tükenmeyi ve kişisel başarıyı etkilerken duyarsızlaşmayı etkilememiştir.

- *Mesleki geleceği hakkında düşünmek*; duygusal tükenmeyi, duyarsızlaşmayı ve kişisel başarıyı etkilemiştir.
- *Çalışmalarda üstlerinden takdir görmek*; duygusal tükenmede, duyarsızlaşmada etkili olurken, kişisel başarıyı etkilememiştir.
- *Hekimlik mesleğinin toplumdaki yeri*; duygusal tükenmeye ve duyarsızlaşmaya sebep olurken kişisel başarıyı etkilememiştir.
- *Günlük iş yükü*; duygusal tükenmeyi, duyarsızlaşmayı etkilerken, kişisel başarıyı etkilememektedir.
- *Sağlık sistemindeki memnuniyet düzeyi*; duygusal tükenmeyi etkilerken, duyarsızlaşma ve kişisel başarıyı etkilememiştir.
- *Herhangi bir sağlık sorunu*; duygusal tükenmeyi, duyarsızlaşmayı etkilerken, kişisel başarıyı etkilememiştir.
- *Uyku saati*; duygusal tükenmeyi etkilerken, duyarsızlaşma ve kişisel başarıyı etkilememiştir.

İntörn doktorlarda tükenmişliğe etkisi olmayan faktörler;

- Cinsiyet,
- Yaş,
- Öğrencinin geliri,
- Ailedeki birey sayısı,
- Sağlık,
- Ailedeki bireylerin kronik hastalık durumu,
- Mesleki geleceği, gibi faktörler tükenmişliğe etkisi bulunmadığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçları; intörnlere tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmada kadınlarla, erkeklerin tükenmişlik puanlarına bakıldığında, tükenmişliğin cinsiyet üzerinde etkili olmadığı görülmüştür. Mcmurry ve ark. (2000) yaptığı çalışmada kadınların tükenmişlik düzeyleri erkeklerin tükenmişlik düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Girgin (1995) cinsiyetin sadece duyarsızlaşma da etkili olduğu tespit edilmiştir. Çam (1989) araştırmasında cinsiyetin tükenmişlik düzeyini etkilediği görülmüştür. Jones (1989) yaptığı çalışmada kadınlarla, erkeklerin tükenmişlik puanlarına bakıldığında, erkeklerde duyarsızlaşma daha fazla görülmüştür. Özışık (2019) yaptığı çalışmada kadınlarla, erkeklerin tükenmişlik puanlarına bakıldığında, duygusal tükenme, kişisel başarıda düşme kadın öğrencilerde yüksek bulunurken, duyarsızlaşma erkeklerde yüksek bulunmuş fakat bu fark anlamlı bulunmamıştır. Güdük ve ark. (2005) yaptığı çalışmada kadın ve erkek öğrencilerin tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan çalışma, bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada elde edilen verilerde yaşın tükenmişliği etkilemediği görülmüştür. Güdük ve ark. (2005) yaptığı çalışmada yaş arttıkça duygusal tükenmenin arttığı, ancak kişisel başarıda düşme ve duyarsızlaşma alt boyutunda benzer ilişkinin olmadığı görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Taycan, vd, (2006) yaptığı çalışmada yaş ile kişisel başarı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yaş arttıkça kendilerini meslekte daha yeterli hissetmelerine bağlı olarak daha genç olanlarda tükenmişliğin fazla olduğu söylenebilir. (Dolunay, 2002) yaptığı çalışmada duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı gibi üç alt ölçekle yaş arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Durmuş ve ark. (2018) yaptığı çalışmada yaş faktörünün



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

tükenmişlik ölçeğinin de anlamlı bulunmazken, yaş arttıkça katılımcıların tükenmişlik puan ortalamalarının azaldığı tespit edilmiştir.

İntörnlerin çoğunluğu 85 kişi (%56,7)'si uzman, 42 kişi (28)'i akademisyen, 13 kişi (%8,7)'si pratisyen hekim, 6 kişi (%4)'ü diğer şeklinde cevaplarırken, 2 kişi (%1,3)'ü çalışmayı düşünmemektedir. Güdük ve ark. (2005) yaptığı çalışmada yine çoğunluk uzman, akademisyen, vd. seçenekler şeklinde cevaplarırken, sadece bir kişi pratisyen hekim olmak istediğini belirtmiştir. Tıp fakültesinin asıl amacı birinci basamak sağlık kuruluşuna pratisyen hekim yetiştirmek olduğu düşünüldüğünde sonuç düşündürücüdür.

Bireylerin tıp fakültesi seçme nedenlerine göre puanları karşılaştırıldığında duygusal tükenme ve kişisel başarı yönünden farklılık önemsiz bulunurken, duyarsızlaşma yönünden farklılık önemli bulunmuştur. Puanlar ikişerli karşılaştırıldığında maddi açıdan diyenler ile sevdiğim için diyenler arasındaki farklılık önemli bulunurken, diğerleri arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur. Girgin'in (1995) çalışmasında tıp fakültesini seçme nedenleri, duygusal tükenme ve kişisel başarı etkilerken, duyarsızlaşmayı etkilememiştir. Baysal'ın (1995) araştırmasında, tıp fakültesini seçme nedenleri duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma puanlarını etkilediği belirlenmiştir.

Çalışmada hekimliğin bireye uygun olup olmaması tükenmişliğin bütün alt gruplarını etkilemiştir. Hekimliği kendine uygun olmadığını söyleyenlerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarıyı etkilediği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Girgin'in (1995) çalışmasında mesleği kendine uygun bulmayanların tükenmişliğin bütün alt gruplarını etkilediği tespit edilmiştir. Baysal'ın (1995) araştırmasında mesleğini kendine uygun bulmayanlarda duygusal tükenme, kişisel başarıyı etkilediği, duyarsızlaşmayı etkilemediği tespit edilmiştir.

Bireylerin "tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz" sorusuna isteyerek seçenlerle istemeyerek seçenler (toplum baskısı, aile baskısı, gelecek kaygısı, ekonomik nedenlere) bağlı olarak, duygusal tükenme ve kişisel başarıyı etkilemezken, duyarsızlaşmayı etkilediği tespit edilmiştir. Durmuş ve ark. (2018) yaptığı çalışmada mesleğini isteyerek seçen tükenmişlik puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Karadağ ve ark. (2002) yaptığı çalışmada meslek seçiminde tükenmişlik analizinde anlamlı bulunmuştur. İsteksiz tercih yapanlar daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir. Akgül ve Altay (2015) yapmış olduğu çalışmada benzer sonuçlar çıkmıştır. Taycan, vd, (2006) yaptığı çalışmada mesleği ve çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçenlerde tükenmişlik oranları düşük bulunmuştur. Durmuş ve ark. (2009) yaptığı çalışmada özellikle isteksiz olarak meslek tercihi yapanlarda tükenmişlik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Özışık (2019) çalışmasında tıp fakültesini kendi isteğiyle seçmeyen öğrencilerinin her üç tükenmişlik alt boyut puanları daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada öğrencilik verimliliği duygusal tükenmeyi ve kişisel başarıyı etkilediği, duyarsızlaşmayı etkilemediği tespit edilmiştir. Baysal (1995) ve Girgin (1995) yaptığı çalışmada öğrencinin verimlilik durumu tükenmişliğin tüm boyutlarını etkilediğini belirlemişlerdir.

İntörn doktorların gelecek kaygısı incelendiğinde, duygusal tükenmeyi, duyarsızlaşmayı ve kişisel başarıyı etkilediği tespit edilmiştir. Murat (2000) yaptığı çalışmada gelecek kaygısının duyarsızlaşmayı etkilediği tespit edilmiştir. Dolunay (2002) yaptığı çalışmada mesleki gelecek kaygıları duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşmeyi etkilediği tespit edilmiştir. Çam (1989) yaptığı çalışmada mesleki gelecek kaygısı tükenmişliğin tüm alt boyutlarını etkilediğini belirlenmiştir.



Çalışma ortamından memnuniyet durumuna bakıldığında duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada farklılık anlamlı bulunurken, kişisel başarı puanları karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur. Baysal (1995) araştırmasında çalışma ortamından memnuniyet durumu, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı etkilemiş, Girgin'in (1995) araştırmasında çalışma ortamından memnuniyet düzeyi, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşmeyi etkilediği tespit edilmiştir. Al-Dubai, Rampal (2010) Yemen'de hekimlerde yapılan bir çalışmada iş memnuniyetinin tükenmişlik ile ilişkili bir faktör olduğu ifade edilmiştir. Gündük ve ark. (2005) yaptığı çalışmada her üç alt başlıkta da memnuniyet durumu ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Memnuniyet düzeyi arttıkça tükenmişlik puanının her üç alt başlıkta azaldığı görülmüştür.

Amir takdiri, tükenmişliğin tüm alt faktörlerini etkilemiştir. Benzer şekilde Dolunay'ın (2002) yaptığı çalışmada duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gündüz'ün (2000) çalışmasında hemşirelerin stresle başa çıkmada konusunda yöneticilerin takdirinin çok önem arz ettiği görülmüştür.

Hekimliğin toplumda hak ettiği yerde olduğuna inanıyor musun sorusuna tükenmişlik puanları incelendiğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı etkilediği, kişisel başarıyı etkilemediği tespit edilmiştir. Baysal'ın (1995) çalışmasında, araştırma grubunun çoğunluğu mesleğinin toplumda hak ettiği yerde olmadığını düşünmektedir.

İş yüküne göre tükenmişlik puanları incelendiğinde, iş yükünün duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı etkilediği, kişisel başarıyı etkilemediği tespit edilmiştir. Üstün (1995) yılında yaptığı çalışmada iş yükünün duyarsızlaşmayı etkilediği belirlenmiştir. Greenglass, Burke ve Fiksenbaum'un (2001) yaptıkları çalışmada iş yükünün duygusal tükenmeyi etkilediği tespit edilmiştir. İş yükünün fazla olması, çalışanların tükenmişliğini daha fazla artmasına neden olmaktadır (Dormann ve Zapf 2002, Leiter 1991).

Çalışmada intörnlerin sağlık sorunları yönünden tükenmişlik puanları incelendiğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmaya neden olduğu tespit edilirken kişisel başarıyı etkilemediği görülmüştür.

6. ÖNERİLER

İntörn doktorlar bir sağlık çalışanı ve geleceğin hekimleridir. Alanlarında donanımlı, yeterli ve yetkin hekimler olmaları için eğitim süreci desteklenmeli, çalışma ortamları düzeltilmeli, amirleri tarafından takdir ve motive edilmelidir.

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar araştırma fikrinin oluşturulmasında, literatür taramasında, verilerin toplanmasında ve değerlendirilerek yorumlanmasında, yazımında görev almıştır. İkinci yazar çalışma konu başlığının belirlenmesinde (fikrin oluşturulmasında), çalışma sırasında elde edilen verilerin yorumlanmasında ve istatistiki bulguların anlamlandırılmasında görev almıştır.

KAYNAKLAR

- Al-Dubai, S., A., R., Rampal, K., G. (2010). Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen. *Journal of occupational health*, s. (58-65).
- Akyüz, İ. (2015). Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3 (1), 21-34. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iicder/issue/31647/347029>



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Baysal, A. (1995). Lise ve Dengi Okul Öğretmenlerinde Meslekte Tükenmişliğe Etki Eden Faktörler, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Borritz, M. (2006). Burnout In Human Service Work-Causes And Consequences: Results Of 3-Years Of Follow-Up Of The Puma Study Among Human Service Workers In Denmark, s. (1-10).
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout, s. (135-149).
- Çam, O. (1989). Hemşirelerde tükenmişlik ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Dolunay, A., B. (2002). Keçiören İlçesi" Genel liseler ve Teknik-Ticaret-Meslek Liselerinde Görevli Öğretmenlerde Tükenmişlik Durumu" Araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55.01.
- Durmuş, M., Gerçek, A., Çifçi, N., (2018). Hemşirelerin Yaşam Kaliteleri ile Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 6, Sayı 2, 279. <https://doi.org/10.18506/anemon.325977>
- Dormann, C., Z., D. (2002). Social Stressors At Work, Irritation, And Depressive Symptoms: Accounting For Unmeasured Third Variables In A Multi-Wave Study, Journal Of Occupational And Organizational Psychology, 75(1), s. (33-58).
- Gırgın, G. (1995). İlkokul Öğretmenlerinde Meslekten Tükenmişliğin Gelişimini Etkileyen Değişkenlerin Analizi ve Bir Model Önerisi, Unpublished Doctorate Dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Greenglass, E., R., Burke, R., J., Fiksenbaum, L., (2001). Workload And Burnout In Nurses, Journal Of Community & Applied Social Psychology, 11(3), s. (211-215).
- Güdük, M., Erol, Ş., Yağcibulut, Ö., Uğur, Z. ve Özvarış, Ş., B., Arslan, D. (2005). Ankara'da Bir Tıp Fakültesinde Okuyan Son Sınıf Öğrencilerde Tükenmişlik Sendromu, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14(8), s. (169-173).
- Gündüz, B., (2000). Hemşirelerde Stresle Başa Çıkma Biçimleri İle Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Jones, Ralford W., (1989). The Professional Role Of The School Counselor As Perceived By Administrators, Counselors, Teachers, And Students.
- Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N. (2004). Hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal Envanter. Hemşirelik Forumu Dergisi Temmuz-Ağustos, 7(4):14-22.
- Leiter, M., P. (1991). Coping Patterns As Predictors Of Burnout: The Function Of Control And Escapist Coping Patterns, Journal Of Organizational Behavior, 12(2), s. (123-144).
- Maslach, C. (1976). Burnout, Human Behavior, 5(9), s. (16-22).
- Maslach, C., Jackson, S., E., (1981). The Measurement Of Experienced Burnout, Journal Of Organizational Behavior, 2(2), s. (99-113).
- Mcmurray, J., E., Et Al. (2000). The Work Lives Of Women Physicians. Journal Of General Internal Medicine, 15 (6), s. (372-380).
- Morrisette, P., J. (2000). First, School Counselor Well-Being, Guidance And Counseling, s. (16).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Murat, M. (2000). Sınıf Öğretmenlerinde 10 Yıllık Meslek Sürecinde Tükenmişliğin Gelişiminin Haritalanması ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, Yayımlanmamış Doktora Tezi.
- Özışık, L., (2019). Tıp Fakültesi Son sınıf öğrencilerinde tükenmişlik sendromu ile öğrenme yaklaşımları, eğitim ortamı ve akademik başarı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Eğitimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, s:76-79, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2002). Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 3 Yıl (Mayıs 1999-Mayıs2002), s. (16).
- Sağlık-Sen Genel Merkezi (2015). Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, Türkiye’de Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması Sonuçları, s. (5-6).
- Spinetta, John J., Et Al. (2000). Guidelines For The Recognition, Prevention, And Remediation Of Burnout In Health Care Professionals Participating In The Care Of Children With Cancer: Report Of The SIOP Working Committee On Psychosocial Issues In Pediatric Oncology. Medical And Pediatric Oncology, (35), s. (122-125).
- Sürgevil, O., Budak, G., (2005). Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (20), s. (95-108).
- Şener, O., (2005). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Ankara, s. (2-5).
- Senol Y, Çete Y., Gürpınar E. (2007). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Etmenler. Tıp Eğitimi Dergisi, 25.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., Aydın, N. (2006). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, Anatolian Journal of Psychiatry, 7:100-108.
- Üstün, B. (1995). Hemşirelerin Atılganlık ve Tükenmişlik Düzeyleri, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.



SOSYAL PAZARLAMA LİTERATÜRÜNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

DEVELOPMENT OF HEALTH SERVICES IN SOCIAL MARKETING

Dr.Öğr.Üyesi Selçuk Yasin YILDIZ

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, selcukyasinyl@gmail.com, orcid.org/0000-0002-1594-8799

Dr.Öğr.Üyesi Nurperihan TOSUN

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, nkarabulut@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0001-6548-3099

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (14.11.2021-10.12.2021)

Öz

Sosyal pazarlama sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir araçtır. Son yirmi yıldır akademik alanda sağlık hizmetlerinde sosyal pazarlama çalışmaları artan bir ilgi görmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetleri alanında yürütülen sosyal pazarlama çalışmalarının bibliyometrik analiz ile değerlendirilerek ilgili alana katkı sağlanmasıdır. Bu amaçla Web Of Science'ta yayımlanan 1209 adet çalışma ile bibliyometrik analiz süreci yürütülmüştür. Bu alanda ilk çalışmanın 1984 yılında yapıldığı ve özellikle 2008 yılında ciddi bir ivme kazandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde sosyal pazarlama çalışmalarında en sık kullanılan anahtar kelimeler sosyal pazarlama, sağlık geliştirme, halk sağlığı, obezite, fiziksel aktivite ve sağlığı korunmadır. 2020 yılı itibari ile alanın pandemiden etkilendiği ve Covid-19 ve uzaktan eğitim üzerine çalışmalar yürütüldüğü görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal pazarlama, Sağlık hizmetleri pazarlaması, Sağlık hizmetleri, Bibliyometri

Abstract

Social marketing is an essential tool in the delivery of health services. For the last two decades, social marketing efforts in health care in the academic field have received increasing attention. This study aims to evaluate the social marketing studies carried out in health care with bibliometric analysis and contribute to the relevant field. For this purpose, a bibliometric analysis process was carried out with 1209 studies published in Web Of Science. It is seen that the first study in this field was carried out in 1984 and gained significant momentum, especially in 2008. The most commonly used keywords in social marketing studies in health services are social marketing, health development, public health, obesity, physical activity, and health protection. As of 2020, it is seen that the area has been affected by the pandemic, and studies on Covid-19 and distance education have been carried out.

Keywords: Social marketing, Health service marketing, Health service, Bibliometric



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, Covid-19 pandemisi sebebiyle yaklaşık 260 milyon insan enfekte olmuş ve yaklaşık 5,2 milyon insan hayatını kaybetmiştir (WHO, 2021). Dünya genelinde yaklaşık 650 milyondan fazla kişi, aşırı kilo sorunu ya da obezite problemi yaşamaktadır (WHO, 2020a). 2020 yılı itibarıyla 37,7 milyon insana HIV teşhisi konmuş olup, HIV kaynaklı 680 binden fazla insan hayatını kaybetmiştir (WHO, 2020b). Böylesine büyük kayıplara ve sorunlara yol açan sağlık problemlerine karşı insanları bilinçlendirecek ve davranışlarını olumlu yönde değiştirecek kampanyalar düzenlemek hayati derecede öneme sahiptir. Bu noktada sosyal pazarlama olgusu dikkatleri çekmektedir. Sosyal pazarlama aracılığıyla; HIV testlerine karşı engellerin kaldırılması sağlanarak, test yaptırma oranı artmış (Arya, Levison, & Giordano, 2010), Covid-19 aşılarını kabul etme istekliliğini artırıcı çalışmalar yapılmış (Sherman vd., 2020) ve sağlıklı beslenme teşvik edilerek bireylerin obeziteden uzaklaşmalarına (Nosi vd., 2021) yönelik kampanyalar yapılmıştır.

Sosyal pazarlama çözüm odaklı ve davranış değişikliğini hedefleyen bir yapıda olup (Morris ve Clarkson, 2008), sosyal faydayı artırmayı ve sosyal değişimi gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır (Andreasen, 1994). “Sosyal pazarlama, sosyal fikirlerin kabul edilebilirliğini etkilemek için; ürünlerin planlaması, fiyatlandırması, iletişimi, dağıtımı ve pazarlama araştırmalarını içeren programların tasarımı, uygulanması ve kontrolüdür” (Kotler ve Zaltman, 1971). Ek olarak sosyal pazarlama, geleneksel pazarlama araçlarını bir dizi sosyal soruna çözüm bulmak için (sosyal etki yaratmak için) kullanarak (McKenzie-Mohr vd., 2012), bireysel ve toplumsal fayda elde etme amacı taşımaktadır (Stead vd., 2007: 190). Sosyal pazarlama faaliyetleri son yıllarda mikro hedefler yerine, daha makro hedeflere doğru genişlemiştir (Domegan vd., 2020; Flaherty vd., 2020).

Sosyal hedeflere ve sağlık planlarına ulaşılmasında, sağlıklı yaşam biçiminin teşvik edilmesinde ve geliştirilmesinde (Lefebvre ve Flora, 1988) doğru bir iletişim stratejisi yardımıyla (Hastings ve Haywood, 1991) pazarlama faaliyetlerini kullanmak yeni bir fikir değildir. Bu kapsamda sosyal pazarlama, davranış problemlerini çözmek için 50 yılı aşkın bir süredir uygulanmaktadır (Lefebvre, 2011). Dünya genelinde sosyal pazarlama faaliyetleri; sigarayı bırakma (Evans vd., 2017), sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanımı (Carins & Rundle-Thiele, 2014), kondom kullanımı (Adams vd., 2017), HPV aşısı (Toh vd., 2021), iklim değişikliği farkındalığı (Tkaczynski vd., 2020), sürdürülebilir kalkınma (Truong ve Hall, 2017), yoksulluğun azaltılması (Kotler ve Lee, 2009), gibi farklı alanlarda çalışmalara konu olsa da en yoğun biçimde sağlık alanındaki çalışmalarda kullanılmaktadır (Grier ve Bryant, 2005). Halk sağlığı iletişimi için sosyal pazarlamanın önemi büyüktür (Hornik, 2002) ve sosyal pazarlama faaliyetinde bulunacak profesyoneller mutlaka sağlık araştırmacılarıyla iş birliği yapmalıdır (Hoek ve Jones, 2011, Çağatay, 2021). Geçmişteki çalışmalar yoğun olarak dış firçalama alışkanlığının kazandırılması amacıyla yapılsa da (Bayın ve Akbulut, 2012); obezite ile savaş, fiziksel aktivite teşviki, organ bağışının yaygınlaştırılması gibi konularda sosyal pazarlama faaliyetlerinin toplumsal davranış değişikliğine yardımcı olduğu görülmüştür (Evans vd., 2011). Odiğbo vd. (2018) anne ve çocuk sağlığı, riskli davranışlar (sigara), tüberküloz kampanyası, kadın sünneti (FGM), alkolizm karşıtı, uyuşturucu karşıtı ve daha pek çok alanda çeşitli sağlık sorunlarının üstesinden gelinmesinde sosyal pazarlamanın küresel olarak kullanıldığını bildirmiştir. Bunların yanında doğal afetler gibi durumlarda, toplum refleksini canlı tutmak amacıyla yapılan sosyal pazarlama faaliyetleri, acil durumlarda risk oranını azaltmakta (Drew, 2019) ve toplumsal ruh sağlığının iyileştirilmesine katkı sunmaktadır (Collins vd., 2019). Oti vd. (2016) sosyal pazarlama kampanyalarının Nijerya gibi ülkelerde sağlık alanında finansal maliyetleri düşürme aracı olarak kullanıldığını bildirmektedir.

Nihai hedefi bireysel veya toplumsal refahı iyileştirme olan sosyal pazarlama yaklaşımlarının ulusal ve uluslararası birçok kuruluş tarafından benimsendiği ve kullandığı

714

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(YILDIZ, S. Y. / TOSUN, N.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

bilinmektedir. Bunlar arasında “Centers for Disease Control and Prevention” tarafından yürütülen HIV’den korunma, emzirmenin desteklenmesi kampanyaları ve sigara bıraktırma kampanyaları yer almaktadır (CDC, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (1989) aile planlaması, beslenme eğitimi, viral Diarrhoea hastalığı kontrolü ve AIDS ile mücadelede sosyal pazarlamayı kullanmaktadır (Birkinshaw, 1989). Birleşmiş Milletler kapsamındaki UNAIDS, önemli bir halk sağlığı sorunu olan AIDS ile küresel mücadelede sosyal pazarlamadan yararlanmaktadır (UNAIDS, 2021). Bunlara ek olarak Kaliforniya’da psikiyatrik hastalıkların teşhir edilmemesine yönelik yapılan sosyal pazarlama faaliyetleri psikolojik sıkıntılar çeken birçok insanı tedavi aramaya yöneltmiştir (Collins, 2019).

Günümüzde birçok alanda toplumsal davranış değişikliği amacıyla sosyal pazarlama faaliyetlerinin yürütüldüğü literatürde yer almaktadır. Bireysel dış firçalama oranının artırılması gibi mikro hedefli çalışmalardan çevresel sürdürülebilirlik faaliyetleri gibi makro hedefli çalışmalara kadar sosyal pazarlama yaygın bir şekilde firmalar, dernekler veya hükümetler tarafından kullanılmaktadır. Böylesi yaygın ve farklı alanlarda önemli olduğu düşünülen sosyal pazarlama çalışmalarının, sağlık hizmetleri konusundaki seyrinin genel bir görünümüne dair literatürde bir çalışma bulunmamaktadır. Literatürdeki bu boşluğu gidermek adına, sağlık hizmetleri alanında yürütülen sosyal pazarlama çalışmalarının bibliyometrik analiz ile değerlendirilerek ve ilgili alan katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

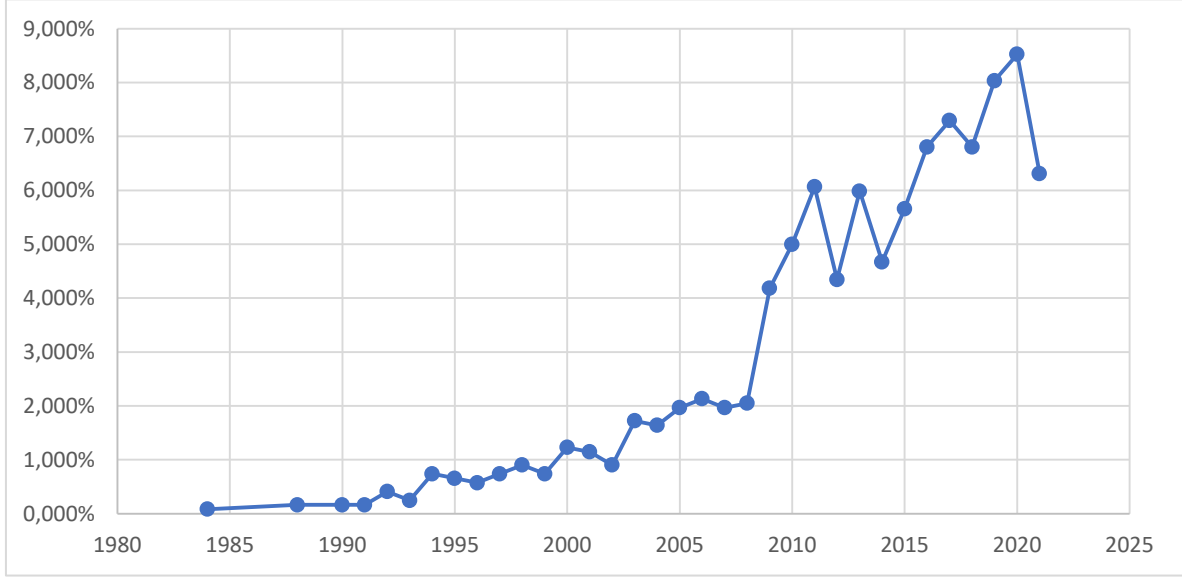
Disiplinlerin, literatürün, makalelerin ya da yazarların birbirleri ile ilişkisini belirlemeyi amaçlayan bibliyometrik analiz (Small, 1999), geçmiş çalışmaların nicel olarak gruplandırılmasıdır (Schrader, 1981). Analiz sürecinde binlerce makaleyi ele alabilmesi (Wang vd., 2020), literatürün yapısını ve gelişimini belirleyebilmesi (Cobo vd., 2013), araştırmacılara yardımcı olabilecek çok sayıda çalışmaya makro bir bakış açısı sağlayabilmesi (Kokol & Vošner, 2019) bibliyometrik analizin faydaları arasında sıralanabilir.

Bibliyometrik analizlerde uluslararası hakemli dergilerin seçimi, alanda kabul görmesi açısından önemlidir (Van Raan, 2005). Söz konusu dergilerin belirlenmesi için bu çalışmada Web of Science veri tabanı kullanılmıştır. Çalışma alanı açısından, diğer veri tabanlarına kıyasla, sosyal bilimlerde daha fazla sayıda yayın içermesi sebebiyle (Jacso, 2005) WoS veri tabanı kullanılmıştır.

Bu bibliyometrik çalışmanın örneklemini 1984-2021 (1 Kasım 2021) yılları arasında Web of Science veri tabanında yayımlanan, Social Science Citation Index’te taranan dergilerde bulunan, doküman tipi makale olan, ‘topic’ ‘konu’ kısmında en az bir kez [(“social marketing”) AND (“health” OR “healthcare” OR “health service”)] kelime grubunu içeren bilimsel yayınlar oluşturmaktadır. Web Of Science’ta yapılan tarama sonucunda tüm bilimsel kategorilerde sadece İngilizce dilinde hazırlanmış ve 1 Kasım 2021 tarihine kadar yayımlanmış toplam 1209 adet çalışma ile bibliyometrik analiz süreci yürütülmüştür. Bu araştırma hayvan deneyleri veya klinik çalışmalardan veri toplama veya müdahale içermemektedir. Bundan dolayı etik kurul onayı alınmamıştır.

BULGULAR

Analiz sürecinde ilk olarak yapılan çalışmaların yıllara göre dağılımı incelenmiştir. Sosyal pazarlama ve sağlık hizmetleri konusunda yapılan çalışmalar Social Science Citation Index’te taranan dergilerde 1984 yılından itibaren yer bulmuş durumdadır. Yıllar itibariyle yapılan yayınların oranı Grafik 1’de gösterilmiştir.

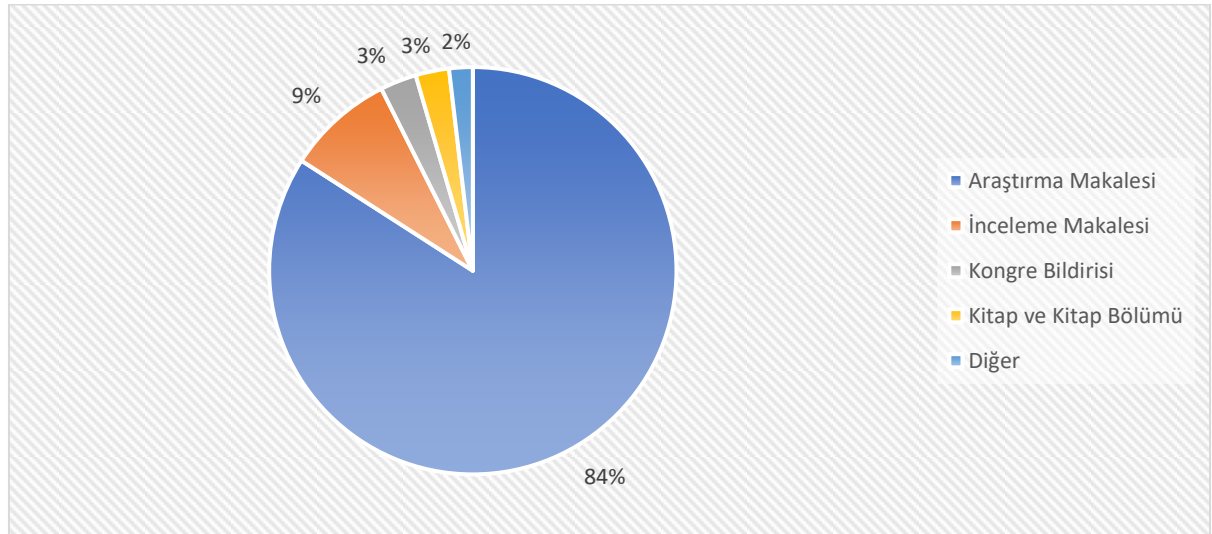


Grafik 1. Yıllara Göre Yapılan Çalışmaların Dağılımı

Grafik 1'deki bilgiler incelendiğinde, tüm zaman süreci içerisinde 2000'li yıllar itibariyle yayın sayısında yukarı doğru bir ivme olduğu görülmektedir. Araştırma verilerinin elde edildiği 1 Kasım 2021 tarihi itibariyle, 2021 yılı içerisinde 77 adet çalışmanın olduğu "sosyal pazarlama ve sağlık hizmetleri" konusunda, 1984 yılından itibaren en fazla SSCI yayını 104 adet çalışma ile 2020 yılında yapılmıştır.

Yıllara göre yayın sayısının dağılımı belirlendikten sonra, bibliyometrik analize dahil edilen çalışmaların bulunduğu kategorilerinin neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Social Science Citation Index'te taranan dergilerde yapılan yayınların kategorileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Bibliyometrik Analize Dahil Edilen Çalışmaların Kategorileri

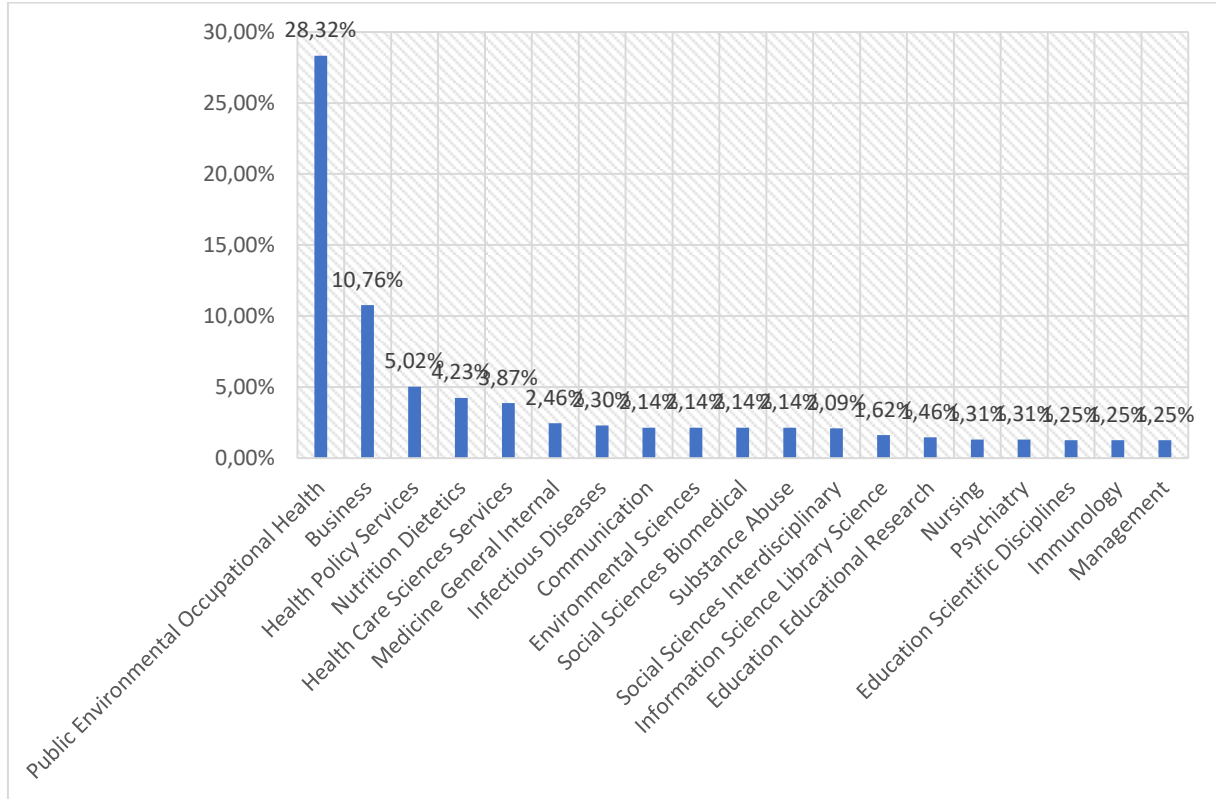


Social Science Citation Index'te taranan dergilerde yapılan yayınların kategorilerine bakıldığında, ilk sırada toplam yayınların %84'ü gibi çok büyük bir kısmını oluşturan araştırma makaleleri

gelmektedir. Araştırma makalelerini takiben %9'luk bir oranla inceleme makaleleri ikinci sırada yer alırken, %3'lük orana sahip olan iki kategori (kongre bildirisi ile kitap ve kitap bölümleri) yayın kategorilerinin üçüncü sırasını oluşturmaktadır.

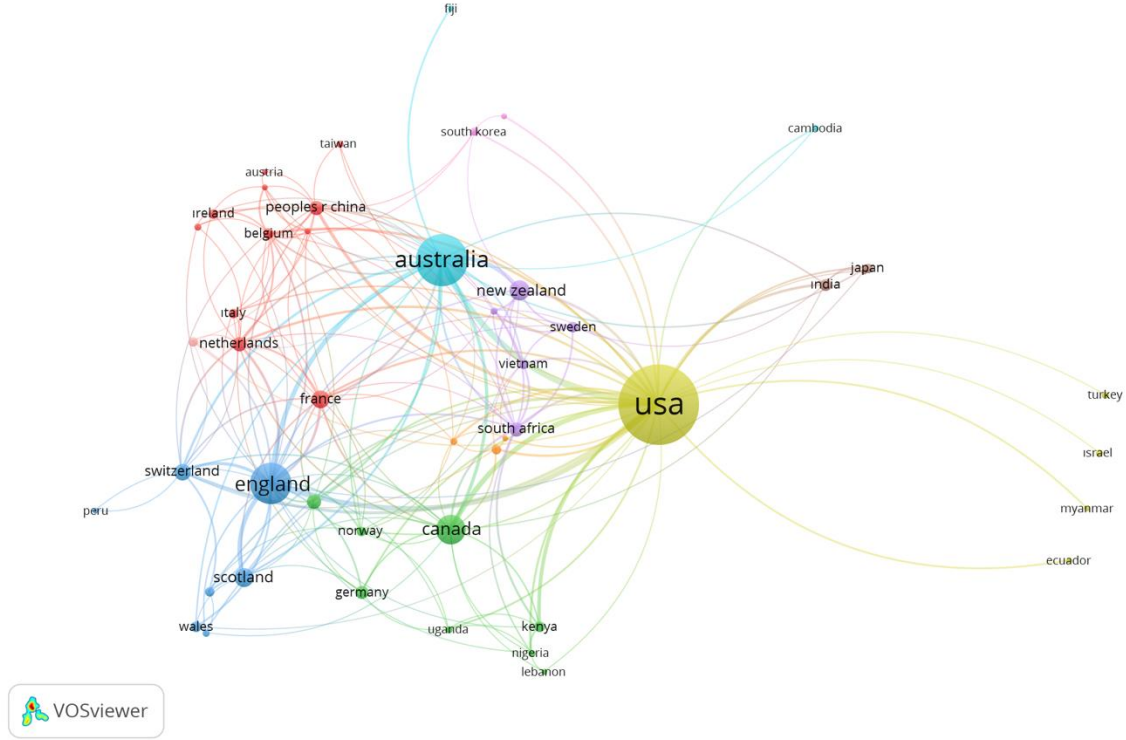
Bibliyometrik analize dahil edilen çalışmalara ait tanımlayıcı analizlerin sonucunu Web of Science (WoS) kategorisi oluşturmaktadır. Social Science Citation Index'te taranan dergilerde yapılan yayınların WoS kategorileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Bibliyometrik Analize Dahil Edilen Çalışmaların WoS Kategorileri



Tablo 2'de yer alan WoS kategorilerine bakıldığında, tüm yayınlar içerisinde %28,32'lik oran ile "Public Environmental Occupational Health" kategorisi ilk sırada gelmektedir. "Business" kategorisi %10,76'lık oran ile ikinci sırada yer alırken üçüncü sırada %5,02'lik oranla "Health Policy Services" kategorisi bulunmaktadır. "Nutrition Dietetics" ve "Health Care Sciences Services" kategorileri de dahil edildiğinde tüm yayınların, yarıdan fazlasını bu beş kategori oluşturmaktadır.

Bibliyometrik analize dahil edilen çalışmalara ait tanımlayıcı analizlerin tamamlanmasının ardından bibliyometrik analiz aşamasına geçilmiştir. Bu süreçte ilk olarak VOSviewer programı ile 1984-2021 yılları arasında yayımlanmış "sosyal pazarlama ve sağlık hizmetleri" konusunda yapılan çalışmaların ülkelere göre dağılımı incelenmiştir. Bu incelemenin sonuçları Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Sosyal Pazarlama ve Sağlık Hizmetleri Konulu Çalışmaların Yapıldığı Ülkeler

Şekil 1’de yer alan harita incelendiğinde, en fazla yayın yapan ülkenin 585 çalışma ile Amerika Birleşik Devletleri olduğu görülmektedir ve bu çalışmalar 1 Kasım 2021 tarihi itibarıyla toplam 16141 atıf almış durumdadır. ABD’yi takip eden Avusturalya ikinci sırada yer almaktadır. “Sosyal pazarlama ve sağlık hizmetleri” konusunda toplam 249 SSCI yayına sahip olan Avusturalya, bu yayınlara toplam 4286 atıf almıştır. İngiltere ise, verilerin toplandığı tarih itibarıyla 157 SSCI çalışma ve bu yayınlara ait 5050 atıf ile üçüncü sırada yer almaktadır. Türkiye ise bu haritada 5 SSCI yayın ve bu yayınlara ait toplam 57 atıf ile nispeten gerilerde kalmış durumdadır.

Social Science Citation Index’te taranan dergilerde, 1984-2021 yılları arasında yayımlanmış “sosyal pazarlama ve sağlık hizmetleri” konusunda yapılan 1209 adet çalışmada kullanılan anahtar kelimelerin neler olduğu belirlenmiştir. Elde edilen harita Şekil 2’de gösterilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyal pazarlama, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir araçtır. Sağlık hizmetlerinde geliştirilen program ve projelerinin başarılı olabilmesinde, hasta ve toplumun katılımı gereklidir. Belirli sağlık sorununda (bulaşıcı olmayan hastalıklar: obezite, kalp hastalığı, kanser, diyabet vb.) veya kaza, sigara içme, uyuşturucu bağımlılığı vb. sağlıkla ilgili olayların önlenmesinde bireysel eylemler önem taşımaktadır. Bu noktada da hasta ve toplumun eğitimi, güçlendirilmesi ve kararlarının desteklenmesinde sosyal pazarlama devreye girmektedir. Sosyal olarak faydalı davranış değişikliğini teşvik etmek için programların tasarlanması ve uygulanmasında, pazarlamanın kullanımı olan sosyal pazarlama, özellikle halk sağlığı alanında kullanımı yaygınlaşan bir olgu durumuna gelmiştir (Grier ve Bryant, 2005). Sosyal pazarlama, halk sağlığının geliştirilmesinde ticari pazarlama stratejilerini uygulamaktadır. Sosyal pazarlama, nüfus düzeyinde etkili olup sağlık profesyonelleri ve sosyal pazarlama çalışmalarının etkinliğine katkıda bulunabilir (Evans, 2006).

Bu çalışmada sağlık alanında yapılan sosyal pazarlama çalışmaları ile ilgili olarak uluslararası yazında yer alan çalışmaları incelemek amacıyla Web of Science veri tabanında yayımlanan ve Social Science Citation Index'te taranan dergilerdeki 1209 çalışma incelenmiştir. Bu alandaki ilk çalışmanın 1984 yılında yayınlandığı ve 2000'li yıllar itibarıyla yayın sayısında yukarı doğru bir ivme olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde sosyal pazarlama alanındaki ilk çalışma ,1984 yılında "The health product: A social marketing perspective" isimli Hospitals dergisinde yayınlanan çalışma olarak literatürde yer almaktadır. Social Science Citation Index'te taranan dergilerde yapılan yayınların kategorilerine bakıldığında, araştırma makalelerinin, toplam yayınlarının %84'ü gibi çok büyük bir kısmını oluşturduğu görülmektedir. Çalışmaların kategorileri incelendiğinde ise sırasıyla halk, çevre ve iş sağlığı, işletme, sağlık politikaları kategorilerinde çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Bu alanda en fazla yayın yapan ülkeler sırasıyla Amerika, Avusturalya ve İngiltere'dir. Andreasen (2002) sosyal pazarlamaya olan ilginin Kuzey Amerika, Birleşik Krallık, Avustralya ve Yeni Zelanda'da önemli düzeyde arttığını belirtmesi, çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Bibliyometrik analiz sonuçları incelendiğinde, bu alandaki tüm alt kavramlar arasında, sosyal pazarlama en sık kullanılan anahtar kelime olmuştur. Sonrasında ise sağlık geliştirme, halk sağlığı, obezite, fiziksel aktivite ve sağlığı korunma anahtar kelimelerinin sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde sosyal pazarlama çalışmalarında 2010 yılı öncesinde daha çok AIDS, HIV testi, cinsel sağlık terimleri kullanılarak yapıldığı ortaya konmuştur. Lefebvre (2011) aile planlaması ve üreme sağlığı alanının, dünya çapında sosyal pazarlama çalışmalarının ana odak noktası olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte, anne ve çocuk sağlığına, ishali hastalıkların kontrolüne ve kaliteli sağlık hizmetlerine olan talebin ve bu hizmetlere erişimin artırılmasına, HIV/AIDS'in önlenmesine ve sıtma kontrolüne de sosyal pazarlama yaklaşımları ile büyük önem verilmiştir (Cheng vd., 2011). Önemli bir halk sağlığı sorunu olan HIV/AIDS ile mücadele ve HIV'den korunmada sosyal pazarlama yaklaşımının ele alınması üzerine Dearing (1996), Price (2001), Pfeiffer (2004), Lombardo ve Léger (2007) çalışmalar yürütmüştür. 2010-2020 yılları arasında çalışmaların seyri obezite, beslenme, egzersiz ve sigara kullanımı yönünde seyretmiştir. Obezite kontrolü ve çocukluk çağında obezite ile mücadele de sosyal pazarlamanın kullanımı ile ilgili yürütülen çalışmalar arasında Barlovic (2006), Herrick (2007), Evans vd. (2010) Gracia-Marco vd. (2011), Aceves-Martins vd.'nin (2016) çalışmaları yer almaktadır. Wong vd. (2004), Dearing vd. (2006), Bellows vd. (2008), Scarapicchia vd. (2015) ve Van Duyn vd. (2017) fiziksel aktivitenin desteklenmesinde sosyal pazarlamanın kullanımı üzerine çalışmalar yürütmüşlerdir.

2020 yılından sonra yapılan çalışmalarda ise pandeminin etkisiyle birlikte, "Covid-19" anahtar kelimesinin ilk sırada olduğu görülmüştür. Sosyal pazarlama, Covid-19 karantinası ve

720

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(YILDIZ, S. Y. / TOSUN, N.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sokağa çıkma yasaklarına karşı, nüfusun gönüllü kabulünü, iş birliğini ve desteğini sağlamak için kullanılabilir. Pandemi de özellikle maske, kişisel koruyucu ekipman, dezenfektan kullanımı, aşı, sosyal mesafe, sosyal izolasyon alanları ile ulusal ve uluslararası pandemi politikaları doğrultusundaki geliştirilen uygulamalara gönüllü uyum, iş birliği ile olumlu tutum ve davranış değişikliğinde sosyal pazarlama etkili bir araç olarak değerlendirilmektedir (Odigbo vd., 2021). Pandemi koşullarında hasta ve toplumun eğitimin sürdürülebilirliğinde uzaktan eğitim sistemlerinin kullanılmasıyla da “eğitim kampanyası” ifadesi sık kullanılan anahtar kelimeler arasında yer almaktadır. Toh vd. (2021) HPV farkındalığı ve aşısı, Acheampong vd. (2021), Ditekemena vd. (2021), Feifer vd. (2021) Covid-19 aşısı kabulü ve aşısı karşıtlığı konularında eğitim kampanyaları ile sosyal pazarlamanın uygulanması üzerine çalışmalar gerçekleştirmiştir.

Bu çalışmanın, uluslararası literatürde sağlık alanında yürütülen sosyal pazarlama çalışmalarına bütünsel bir bakış açısı sağlayarak, yeni araştırmacılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma kapsamı gereği uluslararası literatürde odaklanılmış olup, ulusal literatürde de sağlık alanında yürütülen sosyal pazarlama çalışmalarının seyrinin incelenmesi önerilmektedir. Son olarak sosyal pazarlama uygulamalarının, meta-analiz ve anlatsal analiz gibi farklı sistematik inceleme tekniklerinin kullanılarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

- Acheampong, T., Akorsikumah, E. A., Osae-Kwapong, J., Khalid, M., Appiah, A., & Amuasi, J. H. (2021). Examining vaccine hesitancy in sub-saharan Africa: a survey of the knowledge and attitudes among adults to receive COVID-19 vaccines in Ghana. *Vaccines*, 9(8), 814.
- Adams, J., Neville, S., Parker, K., & Huckle, T. (2017). Influencing condom use by gay and bisexual men for anal sex through social marketing: A program evaluation of get it on!!. *Social Marketing Quarterly*, 23(1), 3-17.
- Andreasen, A. R. (1994). Social marketing: Its definition and domain. *Journal of public policy & marketing*, 13(1), 108-114.
- Arya, M., Levison, J., & Giordano, T. P. (2010). Ongoing barriers to HIV testing during pregnancy: A need for media campaigns addressing low knowledge about perinatal HIV transmission among women in the United States. *AIDS patient care and STDs*, 24(2), 71-72.
- Bayın, G., & Akbulut, Y. (2012). Sağlık sektöründe sosyal pazarlamanın kullanımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 53-72.
- Bellows, L., Anderson, J., Gould, S. M., & Auld, G. (2008). Formative research and strategic development of a physical activity component to a social marketing campaign for obesity prevention in preschoolers. *Journal of community health*, 33(3), 169-178.
- Birkinshaw, M. (1989). Social marketing for health (No. HMD/89.2. Unpublished). World Health Organization.
- Carins, J. E., & Rundle-Thiele, S. R. (2014). Eating for the better: A social marketing review (2000–2012). *Public health nutrition*, 17(7), 1628-1639.
- CDC. (2021). Social Marketing. Erişim: <https://www.cdc.gov/hiv/effective-interventions/respond/social-marketing/index.html> Erişim Tarihi:03.11.2021.
- Cheng, H., Kotler, P., & Lee, N. (Eds.). (2011). Social marketing for public health: global trends and success stories. Jones & Bartlett Learning.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Cobo, M. J., Chiclana, F., Collop, A., de Ona, J., & Herrera-Viedma, E. (2013). A bibliometric analysis of the intelligent transportation systems research based on science mapping. *IEE Transaction on Intelligent Transportation Systems*, 15(2), 901-908.
- Collins, R.L. (2019). Social Marketing Campaign Focused on Reducing Mental Illness Stigma May Have Increased Use of Services by Those in Need. Erişim: <https://www.rand.org/news/press/2019/06/26.html> Erişim Tarihi:12.10.2021.
- Collins, R. L., Wong, E. C., Breslau, J., Burnam, M. A., Cefalu, M., & Roth, E. (2019). Social marketing of mental health treatment: California's mental illness stigma reduction campaign. *American journal of public health*, 109(S3), S228-S235.
- Çağatay, A. (2021). M. Porter'ın Beş Güç Modeline Göre Tokat Sağlık Hizmetleri Sektörünün Covid-19 Sürecinde Rekabet Analizi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 16(1), 78-94.
- Dearing, J.W. (1996) Social Marketing and Diffusion-Based Strategies for Communicating with Unique Populations: HIV Prevention in San Francisco, *Journal of Health Communication*, 1:4, 343-364.
- Dearing, J. W., Maibach, E. W., & Buller, D. B. (2006). A convergent diffusion and social marketing approach for disseminating proven approaches to physical activity promotion. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(4), 11-23.
- Ditekemena, J. D., Nkamba, D. M., Mavoko, A. M., Hypolite, M., Siewe Fodjo, J. N., Luhata, C., ... & Colebunders, R. (2021). COVID-19 vaccine acceptance in the Democratic Republic of Congo: a cross-sectional survey. *Vaccines*, 9(2), 153.
- Domegan, C., Brychkov, D., McHugh, P., McNamara, Á., Harkin, K., Fitzgerald, C., & O'Donovan, D. (2020). Marketing systems: a listen, learn, leverage framework. *Journal of Macromarketing*, 40(3), 380-395.
- Drew, L. (2019). Using social marketing to increase community resilience. *Journal of business continuity & emergency planning*, 12(4), 354-367.
- Evans, W. D. (2006). How social marketing works in health care. *BMJ*, 332(7551), 1207.2–1210.
- Evans, W. D., Christoffel, K. K., Necheles, J. W., & Becker, A. B. (2010). Social marketing as a childhood obesity prevention strategy. *Obesity*, 18(n1s), S23.
- Evans, W. D., Christoffel, K. K., Necheles, J., Becker, A. B., & Snider, J. (2011). Outcomes of the 5-4-3-2-1 go childhood obesity community trial. *American journal of health behavior*, 35(2), 189-198.
- Evans, W. D., Rath, J. M., Hair, E. C., Snider, J. W., Pitzer, L., Greenberg, M., Xiao, H., Cantrell, J., & Vallone, D. (2018). Effects of the truth FinishIt brand on tobacco outcomes. *Preventive medicine reports*, 9, 6-11.
- Feifer, R. A., Bethea, L., & White, E. M. (2021). Racial disparities in COVID-19 vaccine acceptance: Building trust to protect nursing home staff and residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1853-1855.
- Flaherty, T., Domegan, C., Duane, S., Brychkov, D., & Anand, M. (2020). Systems social marketing and macro-social marketing: A systematic review. *Social Marketing Quarterly*, 26(2), 146-166.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Gracia-Marco, L., Vicente-Rodriguez, G., Borys, J. M., Le Bodo, Y., Pettigrew, S., & Moreno, L. A. (2011). Contribution of social marketing strategies to community-based obesity prevention programmes in children. *International Journal of Obesity*, 35(4), 472-479.
- Grier, S., & Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 319-339.
- Hastings, G., & Haywood, A. (1991). Social marketing and communication in health promotion. *Health Promotion International*, 6(2), 135-145.
- Herrick, C. (2007). Risky bodies: Public health, social marketing and the governance of obesity. *Geoforum*, 38(1), 90-102.
- Hoek, J., & Jones, S. C. (2011). Regulation, public health and social marketing: a behaviour change trinity. *Journal of Social Marketing*.
- Hornik, R. C. (2002). Exposure: Theory and evidence about all the ways it matters. *Social Marketing Quarterly*, 8(3), 31-37.
- Jacso, P. (2005). As we may search—comparison of major features of the Web of Science, Scopus, and Google Scholar citation-based and citation-enhanced databases. *Current Science*, 89(9), 1537-1547.
- Kokol, P., & Vošner, H. B. (2019). Historical, descriptive and exploratory analysis of application of bibliometrics in nursing research. *Nursing Outlook*, 67(6), 680-695.
- Kotler, P. T., & Lee, N. R. (2009). *Up and out of poverty: The social marketing solution*. Pearson Prentice Hall.
- Kotler, P., & Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of marketing*, 35(3), 3-12.
- Lefebvre, R. C. (2011). An integrative model for social marketing. *Journal of Social Marketing*, 1(1), 54-72
- Lefebvre, R. C., & Flora, J. A. (1988). Social marketing and public health intervention. *Health education quarterly*, 15(3), 299-315.
- Lombardo, A. P., & Léger, Y. A. (2007). Thinking about “Think Again” in Canada: Assessing a social marketing HIV/AIDS prevention campaign. *Journal of Health Communication*, 12(4), 377-397.
- McKenzie-Mohr, D., Lee, N. R., Kotler, P., & Schultz, P. W. (2011). *Social marketing to protect the environment: What works*. SAGE publications.
- Morris, Z. S., & Clarkson, P. J. (2009). Does social marketing provide a framework for changing healthcare practice?. *Health Policy*, 91(2), 135-141.
- Nosi, C., D’Agostino, A., Pratesi, C. A., & Barbarossa, C. (2021). Evaluating a social marketing campaign on healthy nutrition and lifestyle among primary-school children: A mixed-method research design. *Evaluation and Program Planning*, 89(1), 1-10.
- Odigbo BE, Amadi C, Basse AE. (2018). Social marketing and “quack” traditional birth attendants’ patronage. *British Journal of Marketing Studies*. 6(5): 28–41.
- Odigbo, B., Eze, F., & Odigbo, R. (2021). COVID-19 lockdown controls and human rights abuses: the social marketing implications. *Emerald Open Research*, 2, 45.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Oti, P. A., Eze, F. J., & Odigbo, B. E. (2016). Social Marketing Campaign As A Tool For Reducing Financial Cost of HIV/AIDS Pandemic In Nigeria. *Int J Health Psychol Res.*, 2(1), 1-13.
- Pfeiffer, J. (2004). Condom social marketing, Pentecostalism, and structural adjustment in Mozambique: a clash of AIDS prevention messages. *Medical anthropology quarterly*, 18(1), 77-103.
- Price, N. (2001). The performance of social marketing in reaching the poor and vulnerable in AIDS control programmes. *Health policy and planning*, 16(3), 231-239.
- Scarapicchia, T. M., Sabiston, C. M., Brownrigg, M., Blackburn-Evans, A., Cressy, J., Robb, J., & Faulkner, G. E. (2015). MoveU? Assessing a social marketing campaign to promote physical activity. *Journal of American college health*, 63(5), 299-306.
- Schrader, A. M. (1981). Teaching bibliometrics. *Library Trends*, 30(1, Summer), 151-172.
- Sherman, S. M., Smith, L. E., Sim, J., Amlôt, R., Cutts, M., Dasch, H., Rubin, G. J., & Sevdalis, N. (2021). COVID-19 vaccination intention in the UK: results from the COVID-19 vaccination acceptability study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 17(6), 1612-1621.
- Small, H. (1999). Visualizing science by citation mapping. *Journal of the American Society for Information Science*, 50(9), 799-813.
- Stead, M., Hastings, G., & McDermott, L. (2007). The meaning, effectiveness and future of social marketing. *Obesity reviews*, 8(1), 189-193.
- Tkaczynski, A., Rundle-Thiele, S., & Truong, V. D. (2020). Influencing tourists' pro-environmental behaviours: A social marketing application. *Tourism Management Perspectives*, 36, 100740.
- Toh, Z. Q., Russell, F. M., Garland, S. M., Mulholland, E. K., Patton, G., & Licciardi, P. V. (2021). Human papillomavirus vaccination after COVID-19. *JNCI Cancer Spectrum*, 5(2), pkab011.
- Truong, V. D., & Hall, C. M. (2017). Corporate social marketing in tourism: to sleep or not to sleep with the enemy?. *Journal of Sustainable Tourism*, 25(7), 884-902.
- UNAIDS. (2021). Basın Açıklaması. Erişim: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/november/20211129_unequal-unprepared-under-threat Erişim Tarihi:02.10.2021
- Van Duyn, M. A. S., McCrae, T., Wingrove, B. K., Henderson, K. M., Penalosa, T. L., Boyd, J. K., ... & Maibach, E. W. (2007). Adapting evidence-based strategies to increase physical activity among African Americans, Hispanics, Hmong, and Native Hawaiians: a social marketing approach.
- Van Raan, A. F. (2005). Fatal attraction: Conceptual and methodological problems in the ranking of universities by bibliometric methods. *Scientometrics*, 62(1), 133-143.
- Wang, C., Lim, M. K., Zhao, L., Tseng, M. L., Chien, C. F., & Lev, B. (2020). The evolution of Omega-The International Journal of Management Science over the past 40 years: A bibliometric overview. *Omega*, 93, 1-21.
- Wong, F., Huhman, M., Asbury, L., Bretthauer-Mueller, R., McCarthy, S., Londe, P., & Heitzler, C. (2004). VERB™—a social marketing campaign to increase physical activity among youth. *Preventing chronic disease*, 1(3).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- World Health Organization. (2020a). Obesity and overweight. Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Erişim Tarihi: 20.11.2021
- World Health Organization. (2020b). HIV/AIDS. Erişim: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids> Erişim Tarihi: 20.11.2021
- World Health Organization. (2021). Coronavirus disease (COVID-19) Dashboard. Erişim: <https://covid19.who.int> Erişim Tarihi: 20.11.2021



SAĞLIK YÖNETİCİSİ ADAYLARININ MESLEKİ KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

EXAMINATION OF PROFESSIONAL ANXIETY LEVELS OF PROSPECTIVE HEALTH MANAGERS

Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ

Süleyman Demirel Üniversitesi, neclabardak@sdu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-9847-6888

Öğr. Gör. Ebru YILDIZ

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, ebru.yildiz@beun.edu.tr, orcid.org/0000-0001-5539-8931

Özge ÖZDİNÇ

Süleyman Demirel Üniversitesi, ozdincozge.zz@gmail.com, orcid.org/0000-0002-9769-7304

Makale gönderim tarihi (02.12.2021-22.12.2021)

Öz

Bu araştırma ile Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Türkiye’de bir kamu üniversitesinin Sağlık Yönetimi Bölümünde eğitim alan öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup araştırmanın evrenine ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda anketi cevaplamayı kabul eden 365 öğrenciden anket tekniği ile veri elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, açıklayıcı faktör analizi, ikili gruplarda bağımsız örneklem için t testi ile üç ve daha fazla değişkenli gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Araştırmanın bulgularına göre mesleki kaygı düzeyleri; maddi kaygı, mesleki yeterlilik kaygısı, atanma ve işsizlik kaygısı, sistem kaynaklı kaygı, kişisel özelliklerden kaynaklı kaygı şeklinde beş alt boyutta incelenmiştir. Genel mesleki kaygı ortalaması 3,878 olarak tespit edilmiştir. Mesleki kaygı alt boyutlarından atanma ve işsizlik kaygısı ($t=4.572$, $p=0.000$) ve sistem kaynaklı kaygı ($t=2.721$, $p=0.010$) ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmada sistem kaynaklı kaygı alt boyut ($F=4.583$, $p=0.004$) ile sınıf değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sonuç olarak; sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve mesleki kaygı ile cinsiyet ile sınıf değişkeni arasında anlamlı farklılıkların olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca öğrencilerin yaşları ilerledikçe daha fazla maddi kaygı taşıdıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: kaygı, mesleki kaygı, sağlık yönetimi öğrencileri

Abstract

With this research, it is aimed to examine the professional anxiety levels of the students of the Department of Health Management in terms of various variables. The population of the research consists of students studying in the Health Management Department of a public university in Turkey. The sample was not

726



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

selected in the study and it was tried to reach the universe of the research. In this context, data were obtained from 365 students who accepted to answer the survey by survey technique. Descriptive statistics, exploratory factor analysis, t-test for independent samples in paired groups and one-way analysis of variance (ANOVA) in groups with three or more variables were used in the analysis of the data. According to the findings of the study, professional anxiety levels; financial anxiety, professional competence anxiety, appointment and unemployment anxiety, system-based anxiety, and personal characteristics anxiety. The average of general professional anxiety was found to be 3,878. Statistically significant differences were found between the sub-dimensions of professional anxiety, appointment and unemployment anxiety ($t=4.572$, $p=0.000$) and system-based anxiety ($t=2.721$, $p=0.010$) and gender. In addition, a significant difference was found between the system-based anxiety sub-dimension ($F=4.583$, $p=0.004$) and the class variable in the study. As a result; it has been determined that the occupational anxiety levels of health management students are high and there are significant differences between occupational anxiety and gender and class variables. In addition, it was concluded that as the age of the students progressed, they had more financial anxiety.

Keywords: anxiety, professional anxiety, health management students

GİRİŞ

İnsanın yaşantısı, davranışları ve fizyolojisi çok yönlü ve karmaşık bir süreçtir. Bireyler bu süreç içerisinde yaşamsal aktivitelerini sürdürürken değişik duygu ve heyecanı beraber yaşamaktadır (Cüceloğlu, 1999:276). Birçok duygu ve heyecanın yaşandığı uzun soluklu süreçlerden birisi de eğitim hayatıdır. Fakat süreç her zaman heyecanlı ve istekli bir süreç olmayabilir. Nazlı ve Aktaş'a (2018: 1590) göre, bireyler eğitim aldıkları süreç içerisinde özellikle üniversite döneminde birçok sorun ile karşılaşmaktadır. Birey eğitim süreci içerisinde maddi sorunlar, mesleğe başlayabilme yeterliliğinde eksik hissetme, işsiz kalma korkusu ve kişinin kendine güvensizliği gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Rabei ve diğerlerine (2020) göre öğrencilerin gelecek kaygısı yaşadıkları, Chen ve diğerlerine (2021) göre öğrencilerin geleceğe yönelme konusunda kaygı duydukları, Hammad'a (2016) göre ise öğrencilerin yalnızca başarısızlık korkusuyla değil, iş fırsatlarının eksikliğine yönelik kaygılandıkları tespit edilmiştir. Sağlık Yönetimi Bölümünün istihdam sorunları göz önüne alındığında öğrencilerinin ileride icra edecekleri mesleklerine yönelik kaygı düzeylerinin incelenmesi önem arz etmektedir. İlk olarak çalışmanın kavramsal çerçevesinde kaygı kavramı ve mesleki kaygı kavramlarına değinilmiş sonrasında Sağlık Yönetimi özelinde mesleki kaygı konusuna açıklık getirilmeye çalışılmıştır.

Kaygı kavramı "*üzüntü, endişe duyulan düşünce, gam, tasaya da genellikle kötü bir şey olacağı düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu*" anlamlarına gelmektedir (TDK, 2021). Kaygı, güvenin yitirildiği süreçte meydana gelen rahatsız eden duyguları dile getirmektedir. Bakırcıoğlu'na göre ise (2006: 276), "*nedeni açık olmayan, bilinçdışında olan korku veya giderilmeyen isteklerden doğan sıkıntı; bunaltı, endişe*" olarak tanımlanmıştır. Günümüz yaşam şartlarının zorluğu nedeniyle insanın içindeki kaygı giderek artmaktadır. Yaşam şartlarında gerçekleşen ilerlemeler ve değişimlere göre kendilerini şekillendirerek zorluklar ile mücadele ederken insanın engellerle karşılaşma sonucunda kaygı ortaya çıkmaktadır (Tümerdem, 2007: 33). Kaygı duyan kişi, sorunlarını çözüme ulaştıramaması, suçluluk duygusu hissetmesi, yaşamında arzu ettiği mutluluğu bulamamasıyla beraber tehlike gördüğü durumlarda aşırı duyarlılık göstermektedir. Bu duyarlılıktan dolayı kişi sürekli diğer insanlardan destek almaya yönelmektedir (Gençtan, 2003: 64). Kaygının negatif duygusal bir tepkime olduğu söylenebilir. Bu sebeple kaygının en aza indirilmesi insanlarda yaşantı kalitesini yükseltecektir. (Kyriacou ve Sutcliffe, 1978: 4). Kişinin kendisini güvenli ve huzurlu hissettiği belirli ortamlarda kişide kaygı duygusu oluşmamaktadır. Kişiden kişiye farklılık gösteren bu duygular, başka kişiler aynı ortamın tehlikeli olduğunu düşündüğü için kaygı oluşturmaktadır. Kaygı nedenleri içerisinde; sosyal desteğin çekilmesi, olumsuz bir sonucu beklemek, iç çelişki ve belirsizlik konuları yer almaktadır (Cüceloğlu, 1999: 280). Mesleki kaygı; toplum içinde yer alan bireylerin günlük yaşantılarında en

727

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(YILMAZ, N / YILDIZ, E/ ÖZDİNÇ, Ö)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

fazla kaygı duydukları alanlardan biridir. Bu alanlardan bir diğeri de eğitim hayatını sonlandırdıktan sonra karşımıza çıkan iş hayatı ile ilgili konulardır. İş bulabilmek, bulunan iş için gereken ihtiyaçları yerine getirmek, o iş için yeterli olabilmek, işin maddi açıdan ihtiyaçları karşılayabilir olması gibi konular, iş hayatında kaygının en yoğun görüldüğü kaygı alanlarına işaret etmektedir (Uludağ, ve diğ., 2014: 78).

Dünden bugüne ülkemizde bulunan gençliğin en kayda değer ve ilk sırada yer alan sorunları işsizlik ve eğitimsizliktir. Gençlik her zaman heyecanlı, girişken ve karmakarışık bir çağ olarak adlandırılmaktadır. Gençlik çağı; öfkelerin, çatışmaların ve kaygıların çok görüldüğü bir dönem olarak bilinse de masum hayallerin, tutkuların ve ideallerin ortaya çıktığı, kendini kanıtama ve kendine ait kimliği bulma çabasının arttığı dönemi de kapsamaktadır. Bu yönleriyle gençlik çağının artı ve eksi duyguların yoğun olarak yaşandığı bir dönem olduğu söylenebilir (Yörükoğlu, 2004: 12). Türkiye’de üniversiteye girmeye hak kazanmak zorlu bir süreci kapsamaktadır ve bu süreçte oluşan kaygı, üniversiteyi kazanmak ve öğrenimi bitirmek ile kalmayıp gelecek kaygısı ile devam edebilmektedir. Mezuniyet ile birlikte ya iş hayatına ya da işsizlik hayatına giriş olmaktadır (Tümerdem, 2007: 33). Hızla sayıları artan üniversiteler, buna bağlı olarak artan mezun sayıları, gençler arasında işe girme konusunda rekabeti de beraberinde getirmektedir. Zorlu rekabet şartları ve işsizlik sorununun gerçekliği, gençlerin işsizlik kaygılarını açıkça ortaya koymaktadır. Türkiye’de bulunan üniversiteli gençler ise bahsi geçen kaygıları hatta işsiz olmayı hata, başarısızlık ve utanılması gereken bir eksiklik olarak nitelendirmektedir (Dursun ve Aytaç, 2009: 72).

Sağlık idaresi bölümü, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından 1963 yılında Türkiye’de ilk kez yüksek okul olarak eğitim vermeye başlamıştır (Akbulut, 2012: 180). İlerleyen süreç içerisinde yaygınlaşarak Sağlık Yönetimi ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği olarak eğitim vermeye devam etmiştir. Son verilere göre 2020 yılı da dahil olmak üzere birçok üniversitede sağlık yönetimi alanında eğitim vermeye devam edilmektedir. 74 tanesi devlet, 38 tanesi vakıf, 3 tanesi Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti olmak üzere toplamda 115 sağlık yönetimi programı lisans düzeyinde; 75 devlet, 23 özel ve 1 KKTC olmak üzere toplamda 99 sağlık kurumları işletmeciliği programı ön lisans düzeyinde ve yine birçok üniversitede yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim verilmektedir. Ayrıca lisans ve ön lisans düzeyinde 3’er adet açık öğretim programı bulunmaktadır. Bunların yanı sıra 2021 yılında DGS ile lisans tamamlama amacıyla 105 (devlet ve özel) üniversitede kontenjan açılmıştır (Öztürk ve İlman 2015: 73; Yükseköğretim Program Atlası, 2021).

Son zamanlarda hızla gelişen teknoloji, sağlık için yapılan harcamalar, verilen sağlık hizmetlerinin genişlemesi, kısıtlı olarak kullanılan kaynaklar gibi birçok gelişmeler Sağlık Yönetimi Bölümünün önemli olduğu göstermektedir. Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve değişimler hastane yöneticilerine olan ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır (Akbulut, 2012: 187). Hastane yöneticiliği yani diğer bir deyişle sağlık yöneticiliği dünya üzerinde saygın meslek grupları içerisinde yer almaktadır. Fakat Türkiye’de gerektiği kadar ilgi ve değer görmemektedir. Bunun sebeplerinden biri olarak Türkiye’de sürekli değişim gösteren sağlık politikaları örnek verilebilir. Bu değişimlerdeki olumsuzluklar farklı yollardan da olsa sağlık hizmetleri için gerekli olan sağlık yöneticisi üzerinde negatif etkiler oluşturmaktadır (Nazlı ve Aktaş, 2018: 1593). Bu bölümden mezun olan öğrenciler, mesleklerinin ne kadar önemli olduğunun farkına varmaları gerekmektedir. Buna karşın onları bekleyen zorlu süreçlerin de farkında olmalıdırlar. Karşılaşılması muhtemel olan zorluklar ve mesleğin gereğini uygun şekilde gerçekleştirebilmeleri için gençlerin kendilerini bilgi ve yöneticilik anlamında en iyi seviyeye getirmeleri gerekmektedir (Öztürk ve İlman 2015: 73).

Türkiye’de işsizlik oranları göz önüne alındığında, iş bulma konusunda karamsar olan sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin daha kaygılı olduğu gözlenmektedir. Çünkü devlet kurumlarına

728

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/pub/usaysad>

(YILMAZ, N / YILDIZ, E/ ÖZDİNÇ, Ö)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

atanabilmek için gerekli olan Kamu Personeli Seçme Sınavı'ndan alınması gereken puanların yüksek olması nedeniyle yeterli puanın alınamayacağı düşüncesi ve sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin atanabileceği kadro sayısının az olması öğrencilerin kaygı düzeylerini daha da artırmaktadır (Doğan ve Esen, 2009:166; Nazlı ve Aktaş, 2018: 1593). 657 Sayılı Devlet memurları Kanunu'nun 36. maddesinde bu kanuna tabi kurumlarda çalıştırılan memurların sınıfları içinde III. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfındaki meslek grupları arasında "Sağlık İdareciliği" de yer almaktadır. Buna rağmen kamu kurum ve kuruluşlarına ait kadroların ihdası, iptali ve kullanılmasına dair esas ve usullerini düzenlemek için yürürlüğe giren 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamesinde* "Sağlık İdarecisi" kadrosu oluşturulmamıştır. Bu nedenle araştırmalar (Doğan ve Esen, 2009:166; Nazlı ve Aktaş, 2018: 1593) Sağlık Yönetimi Bölümü mezunlarının özel sektör, ilaç sektörü ve bölüm dışı farklı alanlardaki sektörlere yöneldiğini göstermektedir. Ayrıca sağlık yönetimi bölümünün tanınmaması, toplum içerisinde tıbbi sekreterlik ile karıştırılmasına sebep olmaktadır. Bu durum sağlık yönetimi bölüm mezunları için zor bir durumdur. Özellikle üniversitelerde bölüm sayısı ile işsiz kalan mezun sayısı da artmaktadır. İş bulma konusunda sıkıntısı olan bir bölüm olması üzerine hala daha sağlık yönetimi lisans programı için öğrenci alımları yapılmaktadır. Bu durumdaki artışlar ciddi anlamda kaygıya neden olmaktadır (Nazlı ve Aktaş, 2018: 1593). Yapılan bu araştırmayla, Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerinin demografik değişkenler tarafından incelenmesi amaç edinilmiştir.

YÖNTEM

Çalışmanın Amacı

Bu çalışma Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesini amaçlamaktadır. Çalışma, amacı açısından tanımlayıcı nitelikte tasarlanmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; 2019-2020 eğitim ve öğretim yılı içerisinde, Türkiye'de bir kamu üniversitesinin Sağlık Yönetimi Bölümünde eğitim ve öğretimine devam eden öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, gönüllülük esasına dayalı olarak anket formunu cevaplamayı kabul eden öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri kolayda örnekleme yöntemiyle 365 öğrenciden yüz yüze anket yoluyla elde edilmiştir. Veriler, 01.01.2020 ve 15.01.2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan "Mesleki Kaygı Anketi" kullanılmıştır. Mesleki Kaygı Anketi'ni oluşturmak için öncelikle sağlık yönetimi bölümü öğrencilerine "Sağlık yönetimi mesleğine ilişkin kaygılarınız nelerdir?" şeklinde bir açık uçlu soru yöneltilmiştir. Böylelikle sağlık yönetimi mesleğine yönelik öğrencilerin akıllarına gelen kaygı veren durumları yansıtmaları amaçlanmıştır. Açık uçlu sorulara verilen cevaplara yapılan içerik analizi sonucunda maddi kaygı, mesleki yeterlilik kaygısı, atanma ve işsizlik kaygısı, sistem kaynaklı kaygı, kişisel özelliklerden kaynaklı kaygı olmak üzere toplam beş kategori belirlenmiştir. İçerik analizi sonucunda ortaya çıkan kategoriler göz önünde bulundurularak yapılan alan yazın

* 13/12/1983 tarihli ve 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yürürlükten kaldırılmıştır. Fakat bu KHK 2/7/2018 tarihli ve 703 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesine dayandırılarak işlem yapılmaktadır.

taraması ve benzer bilimsel çalışma ve kaynaklardan da (Karabudak, 2015; Cabı ve Yalçınalp, 2013) esinlenilerek toplam 31 mesleki kaygı maddesi yazılmıştır.

Analiz Yöntemi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) paket programı vasıtasıyla analiz edilmiştir. Temel olarak standart sapma, aritmetik ortalama, frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. İlk olarak ifadelere yönelik Açımlayıcı Faktör Analizi gerçekleştirilmiştir. Boyutların sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında; ikili gruplarda t testi (independent t test), üç ve daha fazla değişkenli gruplarda ise ANOVA (F testi) kullanılmıştır. Varyans analizinde farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla ise LSD testinden faydalanılmıştır. Ayrıca ankette yer alan bağımsız sorular ile ölçek boyutları arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır.

Etik İzin

Çalışmanın yürütülebilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulu (87432956/050.99/65899) tarafından gerekli izin alınmış olup; katılımcılar, gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılabilecekleri konusunda bilgilendirilmiştir.

Bulgular

Aşağıda araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 1: Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	249	68.2
	Erkek	116	31.8
Yaş	20 ve altı	150	41.1
	21 ve üzeri	215	58.9
Sınıf	1	102	27.9
	2	102	27.9
	3	81	22.2
	4	80	21.9
Toplam		100	100

Araştırma kapsamındaki sağlık yönetimi öğrencilerinin tanımlayıcı özelliklerine bakıldığında %68,2'sinin (249) kadın, olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları incelendiğinde %41,1'inin 20 yaş ve altı %58,9'unun 21 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan öğrencilerin okuduğu sınıf düzeyine göre istatistiksel dağılımı incelendiğinde; birinci ve ikinci sınıflar tüm katılımcılar içerisinde %27,9'luk oranlara sahiptir.

Tablo 2'de sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanan anketteki ifadelerle verilen cevapların aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları yer almaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların Mesleki Kaygı ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımı

No	İfadeler	\bar{X}	SS
1	Mesleğimde maddi olarak emeğimin karşılığını alamamaktan kaygı duyarım.	4.315	0.976
2	Asgari ücret ile işe başlamakta kaygı duyarım.	3.649	1.329
3	Mesleğimden elde ettiğim kazanç ile geçim sıkıntısı yaşamaktan kaygı duyarım	4.151	1.064
4	Sosyal ve kültürel aktivitelerimde maaşımın yetersiz kalacağından kaygı duyarım.	4.066	1.025
5	Çalışma ortamının beklentilerimi karşılayamamasından kaygı duyarım.	3.917	1.135
6	Mesleki yeterliliğe sahip olmamaktan kaygı duyarım.	3.726	1.252
7	Sahip olduğum bilgi ve becerilerimi yenileyememekten kaygı duyarım.	3.555	1.315
8	Monoton iş hayatında yeteneklerimin körelmesinden kaygı duyarım.	3.882	1.244
9	Amirlerimin bilgimi yetersiz bulmalarından kaygı duyarım.	3.731	1.311
10	Özel sektörde zorluklar ile karşılaşmaktan kaygı duyarım.	3.736	1.269
11	Atama puanlarının yüksek olmasından kaygı duyarım.	4.314	1.128
12	Bölüm mezunlarına dair atama yapılmamasından kaygı duyarım.	4.533	0.935
13	Mesleğimle ilgili bir kuruma atanamamaktan kaygı duyarım.	4.335	1.132
14	Mesleğimi icra ederken terfi edememekten kaygı duyarım	3.945	1.130
15	Aldığım eğitimi mesleğimde kullanamama kaygısı duyarım.	3.912	1.171
16	Ön lisans mezunlarının atamasının bölümün atamasının öne geçmesinden kaygı duyarım.	4.019	1.274
17	Bölümün çok fazla üniversitede açılmış olmasından kaygı duyarım.	3.928	1.288
18	Mezuniyet sonrasında işsiz kalmaktan kaygı duyarım.	4.584	0.946
19	Sağlık yönetimi eğitimi almayanların mesleğimi icra etmesinden kaygı duyarım.	4.594	0.834
20	Mesleğimin toplum tarafından bilinmemesi beni endişelendirir.	3.470	1.357
21	Meslek hayatımda çalışma arkadaşlarım ile problem yaşamaktan kaygı duyarım.	3.218	1.317
22	Mesleğime gerekli uyumu sağlayamamaktan kaygı duyarım.	3.315	1.349
23	Mesleğimde kendimi ispatlayamamaktan kaygı duyarım.	3.431	1.355
24	Mesleğimde motivasyon kaybı yaşamaktan kaygı duyarım.	3.547	1.282
25	Mesleğimde kendimi iyi ifade edememekten kaygı duyarım.	3.599	1.329
26	Hayal ve hedeflerime ulaşamama kaygısı duyarım.	4.219	1.110
27	Mesleğimi icra ederken girişken olamadığımda fırsatları kaçırma kaygısı duyarım.	3.615	1.292
28	Kendimde liderlik vasfını yeterli göremediğim için kaygı duyarım.	2.675	1.423
29	Yetersiz dil becerisine sahip olmaktan kaygı duyarım.	3.631	1.328
30	Mesleğimde iletişim kuramamaktan kaygısı duyarım.	2.986	1.443
31	Görevimde başarılı olamama kaygısı duyarım.	3.282	1.402
	Mesleki Kaygı Toplam	3.878	0.615

Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerini ölçmek için sorulmuş sorulara vermiş oldukları cevaplar incelendiğinde ifadelerin çoğunun 3'ün üzerinde puan aldığı görülmektedir. "Mesleğimde maddi olarak emeğimin karşılığını alamamaktan kaygı duyarım (4.315)", "Atama puanlarının yüksek olmasından kaygı duyarım (4.314)", "Bölüm mezunlarına dair atama yapılmamasından kaygı duyarım (4.533)", "Mesleğimle ilgili bir kuruma atanamamaktan kaygı duyarım (4.335)", "Mezuniyet sonrasında işsiz kalmaktan kaygı duyarım. (4.584)", "Sağlık yönetimi eğitimi almayanların mesleğimi icra etmesinden kaygı duyarım.(4.594)", ifadelerinin en yüksek puanları aldığı görülmüştür. Öte yandan en düşük puanı alan madde ise; "Kendimde liderlik vasfını yeterli göremediğim için kaygı duyarım (2.675)" ifadesi olmuştur. Verilen cevaplara göre anketteki ifadeler en az 1, en fazla 5 değer almış olmakla birlikte mesleki kaygı ifadeleri 3,878 genel ortalamaya sahiptir. Ortalamaların 1'e yaklaşması sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerinin düşük 5'e yaklaşması ise mesleki kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durumda katılımcıların orta düzeyin üzerinde mesleki kaygı duydukları söylenebilir.

Sağlık yönetimi bölümü okuyan öğrencilerin mesleki kaygı düzeylerinin incelenmesi için hazırlanan ifadeler araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve daha anlaşılır yorumlar yapılabilmesi için faktör analizine tabi tutulmuştur. Faktör analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 3: Faktör Analizi Bulguları

Faktörler	Faktör Yüklü	Açıklanan Varyans
Faktör 1: Maddi Kaygı		
1. Mesleğimde maddi olarak emeğimin karşılığını alamamaktan kaygı duyarım.	0.647	9.707
2. Asgari ücret ile işe başlamaktan kaygı duyarım.	0.765	
3. Mesleğimden elde ettiğim kazanç ile geçim sıkıntısı yaşamaktan kaygı duyarım	0.806	
4. Sosyal ve kültürel aktivitelerimde maaşımın yetersiz kalacağından kaygı duyarım.	0.796	
Faktör 2: Mesleki Yeterlilik Kaygısı		
6. Mesleki yeterliliğe sahip olmamaktan kaygı duyarım.	0.702	6.344
7. Sahip olduğum bilgi ve becerilerimi yenileyememekten kaygı duyarım.	0.793	
8. Monoton iş hayatında yeteneklerimin körelmesinden kaygı duyarım.	0.758	
9. Amirlerimin bilgimi yetersiz bulmalarından kaygı duyarım.	0.548	
Faktör 3: Atanma ve İşsizlik Kaygısı		
11. Atama puanlarının yüksek olmasından kaygı duyarım.	0.740	14.672
12. Bölüm mezunlarına dair atama yapılmamasından kaygı duyarım.	0.853	
13. Mesleğimle ilgili bir kuruma atanamamaktan kaygı duyarım.	0.777	
18. Mezuniyet sonrasında işsiz kalmaktan kaygı duyarım.	0.666	
Faktör 4: Sistem Kaynaklı Kaygı		
16. Ön lisans mezunlarının atamasının bölümün atamasının öne geçmesinden kaygı duyarım.	0.642	5.020
17. Bölümün çok fazla üniversitede açılmış olmasından kaygı duyarım.	0.765	
19. Sağlık yönetimi eğitimi almayanların mesleğimi icra etmesinden kaygı duyarım.	0.717	
Faktör 5: Kişisel Özelliklerden Kaynaklı Kaygı		
27. Mesleğimi icra ederken girişken olamadığımda fırsatları kaçırma kaygısı duyarım.	0.688	27.079
28. Kendimde liderlik vasfını yeterli göremediğim için kaygı duyarım.	0.755	
29. Yetersiz dil becerisine sahip olmaktan kaygı duyarım.	0.704	
30. Mesleğimde iletişim kuramamaktan kaygısı duyarım.	0.812	
31. Görevimde başarılı olamama kaygısı duyarım.	0.757	
KMO: 0.847		
Barlett Testi: 2775.140, p<0.000		

Faktör analizinden önce Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Testi yapılarak verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı, örneklem büyüklüğünün yeterliliği, değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığı test edilmiştir. Test sonucunda 0.847 olarak bulunan KMO değeri ile örneklem büyüklüğünün analiz için yeterli olduğu saptanmıştır. Barlett testine bakıldığında p<0.000 ile değişkenler arası korelasyonun anlamlı olduğu görülmektedir. Faktör analizinde Varimax yöntemi kullanılmış ve bu yöntem sonucunda birden fazla faktöre dahil olan 5., 15., 23. ve 25. maddeler binişik olması sebebiyle analizden çıkarılmıştır. Aynı zamanda boyuta uymaması nedeniyle 10. ve 20. maddeler; tek kalması nedeniyle 14. madde; yapıya uygun olmaması sebebiyle 21., 22., 24., 26. maddeler analizden çıkarılmıştır. Faktör analizi sonucunda toplam 5 faktör elde edilmiş bu beş faktör toplam varyansın %62.822’sini açıklamaktadır.

Faktör analizi sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki kaygı düzeyleri beş boyut çerçevesinde değerlendirilmiştir. Tablo 4'te bu boyutların aritmetik ortalama, standart sapma, Cronbach Alpha değerleri gibi psikometrik özellikleri verilmiştir.

Tablo 4. Mesleki Kaygı Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Max/Min	Cronbach Alpha	\bar{X}	SS
Maddi Kaygı	4	5-1	0.760	3.878	.844
Mesleki Yeterlilik Kaygısı	4	5-1	0.784	4.045	.997
Atanma ve İşsizlik Kaygısı	4	5-1	0.813	3.723	.832
Sistem Kaynaklı Kaygı	3	5-1	0.654	4.441	.878
Kişisel Özelliklerden Kaynaklı Kaygı	5	5-1	0.835	4.180	.844

Mesleki kaygı düzeyini ölçmeye yönelik hazırlanan anketteki ifadeler “Maddi Kaygı”, “Mesleki Yeterlilik Kaygısı”, “Atama ve İşsizlik Kaygısı”, “Sistem Kaynaklı Kaygı”, “Kişisel Özelliklerden Kaynaklı Kaygı” olmak üzere beş boyutta toplanmıştır. Bu boyutların psikometrik özellikleri incelendiğinde “Maddi Kaygı” boyutunun 4 ifadeden oluştuğu, boyutun aritmetik ortalamasının 3.878, standart sapmasının 0.844 ve Cronbach Alpha değerinin ise 0.760 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İkinci boyut olan “Mesleki Yeterlilik Kaygısı” boyutunun psikometrik özellikleri incelendiğinde boyutun 4 ifadeden oluştuğu, aritmetik ortalamasının 4.045, standart sapmasının 0.997 ve Cronbach Alpha değerinin 0.784 olduğu görülmektedir. Üçüncü boyut olan “Atanma ve İşsizlik Kaygısı” boyutunun psikometrik özellikleri incelendiğinde ise bu boyutun da yine 4 ifadeden oluştuğu, aritmetik ortalamasının 3.723, standart sapmasının 0.832 ve Cronbach Alpha değerinin ise 0.813 olduğu görülmektedir. Mesleki kaygı boyutlarından dördüncü boyut olan “Sistem Kaynaklı Kaygı” boyutunun psikometrik özellikleri incelendiğinde bu boyutun 3 ifadeden oluştuğu, aritmetik ortalamasının 4.441, standart sapmasının 0.878 ve Cronbach Alpha değerinin ise 0.654 olduğu görülmektedir. Beşinci ve son boyut olan “Kişisel Özelliklerden Kaynaklı Kaygı” boyutunun psikometrik özellikleri incelendiğinde ise boyutun 5 ifadeden oluştuğu, aritmetik ortalamasının 4.180, standart sapmasının 0.844 ve son olarak Cronbach Alpha değerinin ise 0.835 olduğu görülmektedir. Boyutlardan alınan yüksek puanlar sağlık yönetimi bölümü okuyan öğrencilerin mesleki anlamda kaygı duyduklarını göstermektedir.

Tablo 5 mesleki kaygıyı oluşturan boyutların cinsiyete göre karşılaştırılmasını sunmaktadır.

Tablo 5: Mesleki Kaygı Boyutlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Cinsiyet	N	Değişkenler		
			\bar{X}	SS	Test Değerleri
Maddi Kaygı	Kadın	249	4.083	0.049	t=1.266
	Erkek	116	3.963	0.090	p=0.229
Mesleki Yeterlilik Kaygısı	Kadın	249	3.875	0.059	t=4.385
	Erkek	116	3.396	0.097	p=0.190
Atanma ve İşsizlik Kaygısı	Kadın	249	4.573	0.040	t=4.572

Sistem Kaynaklı Kaygı	Erkek	116	4.157	0.100	p=0.000
	Kadın	249	4.265	0.050	t=2.721
Kişisel Özelliklerden Kaynaklı Kaygı	Erkek	116	3.998	0.092	p=0.010
	Kadın	249	3.387	0.066	t=3.986
	Erkek	116	2.917	0.095	p=0.558

Sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması incelendiğinde “Atanma ve İşsizlik Kaygısı” boyutunun farklılık gösterdiği ($t=4.572$, $p=0.000$) ve bu farklılığın kaynağına bakıldığında kadınların erkeklerden daha fazla atanma ve işsizlik kaygısı duyduğu görülmektedir. Cinsiyete göre değişen bir diğer farklılık ise “Sistem Kaynaklı Kaygı” boyutunda gözlemlenmekte ($t=2.721$, $p=0.010$) ve farkın kaynağına bakıldığında kadınların erkek öğrencilere göre daha fazla puan aldığı görülmektedir.

Tablo 6, sağlık mesleki kaygı boyutlarının sınıf düzeylerine göre karşılaştırılmasını içermektedir.

Tablo 6. Mesleki Kaygı Durumunun Öğrencilerin Sınıf Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Sınıf	N	Değişkenler		Test Değerleri
			\bar{X}	SS	
Maddi Kaygı	1	102	3.980	.833	F=.497 p=.685
	2	102	4.044	.840	
	3	81	4.040	.911	
	4	80	4.134	.798	
Mesleki Yeterlilik Kaygısı	1	102	3.777	.972	F=1.077 p=.359
	2	102	3.613	1.070	
	3	81	3.854	.902	
	4	80	3.662	1.024	
Atanma ve İşsizlik Kaygısı	1	102	4.331	.907	F=1.725 p=.161
	2	102	4.379	.944	
	3	81	4.563	.731	
	4	80	4.537	.642	
Sistem Kaynaklı Kaygı	1	102	4.006	.981	F=4.583 p=.004
	2	102	4.192	.886	
	3	81	4.098	.919	
	4	80	4.469	.576	
Kişisel Özelliklerden Kaynaklı Kaygı	1	102	3.194	1.094	F=1.494 p=.216
	2	102	3.092	1.063	
	3	81	3.409	1.141	
	4	80	3.306	.952	

Sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki kaygısını gösteren boyutların sınıf düzeylerine göre karşılaştırılması incelendiğinde sadece “Sistem Kaynaklı Kaygı” boyutunda anlamlı bir farklılık ($F=4.583$, $p=0.004$) saptanmıştır. Bu farklılığın kaynağı ($p=0.000$) ise 4. Sınıf öğrencilerinin diğer sınıf düzeyindeki öğrencilere göre daha fazla sistem kaynaklı kaygı duymasındır.

Tablo 7, mesleki kaygı anketinde yer alan alt boyutların yaş ile olan korelasyonunu sunmaktadır.

Tablo 7. Değişkenler Arası Korelasyon Analizi Tablosu

Değişkenler	\bar{X}	SS	1	2	3	4	5	6
Maddi Kaygı	3.878	.844	1	.154**	.279**	.234**	.063**	.120*
Mesleki Yeterlilik Kaygısı	4.045	.997		2	.232**	.242**	.573**	-.045
Atanma ve İşsizlik Kaygısı	3.723	.832			3	.537**	.258**	-.004
Sistem Kaynaklı Kaygı	4.441	.878				4	.228**	-0.34
Kişisel Özelliklerden Kaynaklı Kaygı	4.180	.844					5	-0.13
Yaş	3.878	.844						6

Mesleki kaygı alt boyutları arasında anlamlı pozitif ilişkiler tespit edilmiştir. Yaş değişkeni ile mesleki kaygı alt boyutları arasındaki korelasyon incelendiğinde ise “Maddi Kaygı” ($r=-.120$) ile “yaş” değişkeni arasında pozitif yönlü bir anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yani öğrencilerin yaşları arttıkça daha çok geleceğe yönelik maddi kaygı taşıdıkları söylenebilir.

Tartışma

Mesleki kaygı literatürü incelendiğinde yapılan birçok çalışmanın öğretmen adaylarını konu aldığı saptanmıştır. Fakat öğretmen adayları gibi birçok meslek grubu da mesleki kaygı taşımaktadır. Bu mesleki kaygıyı duyan gruplardan biri de sağlık yönetimi bölümü öğrencileridir. Her geçen yıl kontenjanları artırılan ve üniversitelerde açılmaya devam eden bu bölüm birçok işsiz mezunuyla dikkat çekmektedir. Bu veriler doğrultusunda sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin mesleki anlamda bir kaygıları olup olmadığı araştırılmış, elde edilen bulgular var olan alan yazın ile birlikte tartışılacaktır.

Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin mesleki kaygı düzeyini ölçmek için araştırmacılar tarafından hazırlanan ankette yer alan maddeler incelendiğinde ifadelerin büyük bir çoğunluğunun 3 ve üzerinde puan aldığı ifadelerin genel ortalamasının 3,878 olduğu görülmektedir. Aynı şekilde faktör analizi sonucunda elde edilen 5 boyutun da madde ortalamaları 3’ün üzerinde değer almıştır. Boyutların puan ortalamaları dikkate alınarak öğrencilerin sırasıyla sistem kaynaklı kaygı ($\bar{x}=4.441$), kişisel özelliklerden kaynaklı kaygı ($\bar{x}=4.180$), mesleki yeterlilik kaygısı ($\bar{x}=4.045$), maddi kaygı ($\bar{x}=3.878$), atanma ve işsizlik kaygısı ($\bar{x}=3.723$) duyduğu çıkarımı yapılmaktadır. Elde edilen bu bulgular neticesinde sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin yüksek düzeyde mesleki kaygı taşıdıklarını söylemek mümkündür. Turaç ve Bayın Donar’ın (2017) çalışma sonuçlarına göre, sağlık yönetimi öğrencilerinin işsizlik kaygısının orta düzeyde (2.65) olduğu ve yaşam doyumu düşük olan öğrencilerin kaygı düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Cabı ve Yalçınalp (2013) tarafından öğretmen adaylarının mesleki kaygı düzeylerini ölçmek için geliştirilen ve birçok çalışmada kullanılan ölçekteki boyutlar incelenecek olursa bu araştırma ile benzerlik gösterdiğini söylemek mümkündür. Birçok çalışmada öğretmen adaylarının mesleki kaygılarını ölçmek için kullanılan boyutlar; görev merkezli kaygı, ekonomik/sosyal merkezli kaygı, öğrenci / iletişim merkezli kaygı, meslektaş ve veli merkezli kaygı, kişisel gelişim merkezli kaygı, atanma merkezli kaygı, uyum merkezli kaygı, okul yönetimi merkezli kaygı boyutları şeklindedir.

Araştırma bulgularından biri olan cinsiyet değişkenine göre sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin mesleki kaygı düzeyleri incelendiğinde; “atanma ve işsizlik kaygısı” boyutu ile “sistem kaynaklı kaygı” boyutunda kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla kaygı taşıdıkları saptanmıştır. Mesleki kaygı literatürü (öğretmen adayları, fizyoterapi ve rehabilitasyon öğrencileri vb.) incelendiğinde kadın öğrencilerin erkeklerden daha kaygılı olduğu sonucunu gösteren



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

çalışmaların (Akgün ve diğ., 2007: 288; Taşgın 2006: 682; Uygun ve diğ., 2016: 424) yanı sıra cinsiyet değişkenine göre kadınların erkeklerden daha fazla puan almış olmasına rağmen istatistiki anlamda anlamlı bir farklılaşma olmadığı sonucunu veren çalışmalar da mevcuttur (Dursun ve Karagün, 2012: 100; Bozdam, 2008: 19; Dilmaç 2010:59; Aydın ve diğ., 2020: 81; Özdiñç ve diğ., 2018:473).

Araştırma bulgularından bir diğeri olan sınıf düzeyine göre mesleki kaygı düzeyleri incelendiğinde sağlık yönetimi bölümü 4. sınıf öğrencilerinin “sistem kaynaklı kaygı” diğeri sınıf düzeylerine göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bu durum eğitim sürecinin son aşamasında olan 4. sınıf sağlık yönetimi öğrencilerinin sistem nedeniyle daha fazla mesleki kaygı duyduğunu göstermektedir. Parasız vd. (2021: 130) tarafından müzik öğretmenleri ile yapılan bir araştırma bulgularında da 4. sınıfa gelen öğrencilerin daha fazla mesleki kaygı duyduğu sonucu yer almaktadır. Kurtuldu ve Ayaydı (2010:113) tarafından yapılan çalışmada da sınıf düzeyi arttıkça mesleki kaygı düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Nazlı ve Aktaş (2018: 1593) tarafından sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin meslek kaygısı üzerine yapılan bir çalışmada ise araştırma bulgularımızın aksine 3. Sınıf öğrencilerinin 4. sınıf öğrencilerine göre daha fazla meslek kaygısı duyduğu sonucuna ulaşılmış, bu durumun sebebi olarak ise 4. sınıfta yürütölmek olan zorunlu staj programı gösterilmiştir. Son olarak; öğrencilerin yaşlarının ilerlemesiyle birlikte maddi kaygı alanlarına yönelik kaygı düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir. Eğitimleri boyunca verdikleri emeğin karşılığını alamama, lisans mezunu olmalarına rağmen asgari ücretle işe başlama, geçim sıkıntısı yaşama ve maaşın yetersizliği gibi konularda kaygılandıkları söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

20 yy. başlarından itibaren teknoloji ve emek yoğun modern sağlık kurumlarına ve hastanelerine geçiş yapılmaya başlanmış ve bununla birlikte sağlık kurumları ve sağlık hizmetlerinin organizasyonunda sağlık yöneticilerine olan ihtiyaç ön plana çıkmıştır (Kaptanoğlu, 2011). Günümüzde birçok ölkede saygın bir meslek olarak görölen sağlık yöneticiliği mesleğinin Türkiye’de hak ettiği değeri görmediği düşünölmektedir. Bölüm mezunlarına yönelik herhangi bir yasal düzenleme olmamasına rağmen sağlık yönetimi bölümünün farklı isim türevleriyle birçok üniversitede açılmaya devam etmesi gözden geçirilmesi gereken bir durum olarak düşünölmektedir. Nitekim araştırma sonuçları da bu görüşü destekler niteliktedir.

Araştırmadan elde edilen en önemli sonuca göre sağlık yönetimi bölümü okuyan öğrencilerin yani geleceğın sağlık yöneticisi adaylarının mesleki kaygı düzeyleri yüksek seviyededir ve öğrenciler mesleki kaygı özelinde sisteme yönelik yüksek oranda kaygı duymaktadır. Sağlık yönetimi bölümünün “sağlık kurumları işletmeciliği” adı altında ön lisans programının bulunması ve bu bölümün her geçen yıl üniversitelerde açılmaya devam etmesi öğrencileri sisteme yönelik kaygı duymaya iten durumlardan bir tanesidir. Aynı zamanda sağlık yönetimi eğitimi almış ve dört yılını buna adanmış öğrencilerden ziyade bu işın eğitimini almamış kişilerin bu pozisyonlarda çalışabilmesinin önünde herhangi bir engel olmaması da sağlık yönetimi öğrencilerini kaygılandıran durumlardan bir diğeri. Son olarak; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda memur sınıfları arasındaki meslek grupları arasında “sağlık idareciliği” ibaresi yer alsa da bu ibare 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’de yer alan atama cetvelinde yer almamakta ve bu nedenle gerekli istihdam yıllardır yapılmamaktadır. sağlık yöneticiliği mesleğine dair atamaların olmaması ise mesleğın hak ettiği değeri görmediğini düşöndürmektedir.

Söz konusu kaygıların azaltılabilmesi adına öğrencilerin sistemsel sorunlara odaklanmak yerine bireysel çabalarını artırma yönünde kendilerine niş alanları oluşturabilmeliler. Öğrenciler, kendilerini yalnızca kamu sektöründe işe girmekle sınırlandırmamalı, özel sektör ve akademik

736

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(YILMAZ, N / YILDIZ, E/ ÖZDİNÇ, Ö)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

alanda kariyer planlarını yapabilmeliler. Mezuniyet öncesi erken dönemde kariyer planının oluşturulması ve bu minvalde gerekli hazırlıkların yapılması, alan bilgisine hâkimiyetin artırılması, iyi iletişim becerilerine sahip olunması duyulan kaygının azaltılması adına önemli görülmektedir. Bunların yanı sıra eğitim ve öğretim hayatı boyunca pozitif düşünmek tüm hedeflerin gerçekleştirilmesi adına atılacak önemli adımlardan bir tanesidir.

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar makalenin literatür taraması, yazı taslağı, yöntemin belirlenmesi, verilerin analizi aşamalarından, ikinci yazar yazı taslağı ve analiz sonuçların raporlanması aşamalarından, üçüncü yazar veri toplaması ve veri girişi aşamalarından sorumludur.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Çalışmaya birinci yazar %40 oranında, ikinci yazar %30 ve üçüncü yazar %30 oranında katkı sağlamıştır.

KAYNAKÇA

- Akgün, A., Gönen, S., ve Aydın, M. (2007). İlköğretim Fen ve Matematik Öğretmenliği Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(20): 283-299.
- Aydın, C., Coştu, K., ve Coşkun, B. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Mesleki Kaygı ile Hayattaki Anlam Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Bartın Üniversitesi İslami İlimler Fakültesi Dergisi*, 1(13): 73-106.
- Bakırcıoğlu, R. (2006), *Ansiklopedik Psikoloji Sözlüğü*, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Bozdam, A. (2008). Öğretmen Adaylarının Mesleki Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya*.
- Cabı, E., ve Yalçınalp, S. (2013). Öğretmen Adaylarına Yönelik Mesleki Kaygı Ölçeği (MKÖ): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44(44).
- Chen Y, Xu H, Liu C, Zhang J and Guo C. (2021). Association Between Future Orientation and Anxiety in University Students During COVID-19 Outbreak: The Chain Mediating Role of Optimization in Primary-Secondary Control and Resilience. *Front, Psychiatry*, (12): 699388.
- Cüceloğlu D. (1999). *İnsan ve Davranışı*, Ankara: Remzi Kitabevi.
- Dilmaç, O. (2010). Görsel Sanatlar Öğretmeni Adaylarının Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Güzel Sanatlar Enstitüsü Dergisi*, (24): 49-65.
- Doğan, T. ve Esen, A. (2009). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Öğretmenlik Mesleğine Yönelik Tutumları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 34(153): 157-168.
- Dursun, S., ve Karagün, E. (2012). Öğretmen Adaylarının Mesleki Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi: Kocaeli Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (24): 93-112.
- Dursun, S., ve Aytaç, S. (2009). Üniversite Öğrencileri Arasında İşsizlik Kaygısı. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 28(1): 71-84.
- Geçtan, E. (2003). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*, İstanbul: Metis Kitabevi.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Hammad, M.A. (2016). Future Anxiety and its Relationship to Students' Attitude toward Academic Specialization. *Journal of Education and Practice*, (7): 54-65.
- Kaptanoğlu, A. (2011). Sağlık Yönetimi. Beşir Kitapevi, İstanbul.
- Karabudak, A. F. (2015). Psikoloji İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Kaygılarının Karşılaştırılması ve Problem Çözme Yetisi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kurtuldu, M. K., ve Ayaydın, A. (2010). Güzel Sanatlar Eğitimi Bölümü Öğrencilerinin Mesleki Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (28): 111-118.
- Kyriacou, C. and Sutcliffe, J. (1978). A Model of Teacher Stress, *Education Studies*, (4),1-6.
- Nazlı, İ. ve Aktaş, H. (2018). Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Geleceğe İlişkin Meslek Kaygısı: Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.
- Özdinç, S., Biçici, Y., Çamur, M. ve Turan, F. N. (2018). Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Eğitimi Alan Lisans Öğrencilerinin Mesleki Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (3): 471-479.
- Öztürk, Z. ve İlman, E. Z. (2015). Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Bölümü Tercih Nedenleri ile Beklenti ve Motivasyon Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Hittit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1): 71-93.
- Parasız, G. Hasan, O. K. A. Y. ve Kardeş, B. (2001). Müzik Öğretmeni Adaylarının Mesleki Kaygı Düzeylerinin Bireysel Çalgıları ve Sınıf Düzeyleri Bakımından İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 125-138.
- Rabei, S., Ramadan, S. and Abdallah, N. (2020). Self-Efficacy and Future Anxiety Among Students of Nursing and Education Colleges of Helwan University. *Middle East Curr Psychiatry* (27): 39.
- Taşkın, Ö. (2006). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Okuyan Öğretmen Adaylarının Mesleki Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi, Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2): 679-686.
- Turaç, İ. ve Bayın Donar, G. (2017). Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin İşsizlik Kaygılarını ve Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, (5): 119-127.
- Tümerdem, R. (2007). Dicle Üniversitesi Eğitim Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Kimya Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygılarını Etkileyen Etmenler. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(20) s.32-45.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri, (www.tdk.gov.tr), Erişim Tarihi: 19.03.2021.
- Uludağ G., Taşdöven H. ve Dönmez, M. (2014). Polis Adaylarının Mesleki Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2): 75-94.
- Uygun, K., Avaroğulları, M. ve Oran, M. (2016). Investigation of Professional Anxiety Levels of Social Studies Teacher Candidates”, *Turkish Studies -International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic-*, ISSN: 1308-2140, (11)21.
- Yörükoğlu A. (2004). Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunları, 12.Basım, İstanbul: Özgür Yayınları.
- Yüksek Öğretim Kurulu (2020). “Yükseköğretim Kurumları Sınavı Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzu. <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2020/YKS/tkilavuz13082020.pdf> Erişim Tarihi: 03.07.2021.
- Yükseköğretim Program Atlası, (2021). <https://yokatlas.yok.gov.tr/> Erişim Tarihi: 10.07.2021.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- 14/07/1965 Tarihli 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, Erişim adresi:
<https://mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.657.pdf>, Erişim Tarihi: 13.12.2021.
- 14712/1983 Tarihli 190 Sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun, Erişim adresi:
<https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=190&MevzuatTur=24&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 13.12.2021.



SAĞLIK KURUMLARINDA, SANAL KAYTARMA KONUSUNDA YAPILAN ARAŞTIRMALARIN İNCELENMESİ¹

INVESTIGATION OF STUDIES ABOUT VIRTUAL SLACKING IN HEALTHCARE INSTITUTIONS

Dr. Aslı EKİN

İstanbul Okan Üniversitesi, asliekin1@gmail.com, orcid.org/0000-0003-3380-2133

Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım Beyazıt GÜLHAN

İstanbul Okan Üniversitesi, yildirim.gulhan@okan.edu.tr, orcid: 0000-0002-9681-0248

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (26.01.2021-25.12.2021)

Öz

Günümüzde, her iş kolunda yaygın olarak kullanılan İnternet, çalışanlar tarafından amacı dahilinde kullanılır ise çalışan kuruma yararlı olmaktadır, kullanım sınırları ihlal edildiği zaman sanal kaytarma kavramına yol açabilmektedir. Sanal kaytarma, çalışanların, çalışma zamanları dahilinde görev amacı dışında İnternet kullanımıyla gerçekleşmektedir ve çalışan verimliliğiyle ilintilidir. Covid-19 nedeniyle artan ve sonrasında da yaygın olacağı öngörülen evden çalışma, sanal kaytarma konusunu daha önemli hale getirecektir. Bu derleme niteliğindeki çalışmada, sanal kaytarma kavramı farklı kaynaklardan incelenip, en uygun tanımlar yapılmıştır. Bu kavramın, yazı içerisinde sınıflandırılması yapıp çeşitleri ifade edilmiştir. Kişilerin, İnterneti kullanım amaçlarını ve aşırı kullanımlarının sebepleri bağımlılık konusuyla ilişkilendirilip araştırılmıştır. Çoğunluğu sağlık sektöründe yapılmış olan araştırmalar incelenmiştir. Yapılan çalışmaların olumlu ve olumsuz yönleri incelenip, sanal kaytarma çeşitlerinin, sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisi ile sanal kaytarmada etkin olan İnternet bağımlılığı ve kullanımının iş performansına ve verimliliğine olan etkisi tartışılacaktır. Son olarak, sanal kaytarmanın azaltılıp, kurum için çalışanların, daha verimli olması amacıyla alınan önlemler ve çözüm yolları incelenecektir.

Anahtar Kelimeler: Sanal Kaytarma, İnternet, İnternet Bağımlılığı, Sağlık Çalışanları

¹ Bu çalışma, Aslı EKİN tarafından İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Dr. Öğretim Üyesi Yıldırım Beyazıt GÜLHAN danışmanlığında yürütülen "Otonomi Kişilik Özelliğinin İş Performansına Etkisinde Sanal Kaytarmanın Aracı Rolü: Hastanelerde Bir Uygulama" başlıklı doktora tezinden hazırlanmıştır.



Abstract

Nowadays, the Internet, ubiquitous in every business, is beneficial to institutions when usage stays within its purpose; but, when violated by employees, it may lead to virtual slacking. Virtual slacking occurs when employees use the Internet during working hours for non-work purposes, and it is related to efficiency. The utilization of working-from-home with Covid-19 is predicted to be common in post-Covid era; hence, virtual slacking will remain relevant. In this review study, we define virtual slacking by comparing the definitions in the literature, majority in the healthcare sector. Furthermore, we describe studies that relate Internet use and addictiveness to virtual slacking. Then, we analyze studies, discuss their types, their positive and negative aspects, and the effect of Internet use and addictiveness in virtual slacking on healthcare employees' job performance and effectiveness. Finally, the measures and solutions aiming to reduce virtual slacking and improve the personnel efficiency will be described.

Keywords: Virtual Slacking, the Internet, Internet addiction, Health care personnel

1.SANAL KAYTARMA

Güncel yaşam koşullarında zamanla İnternetin gelişmesi, yaygınlaşması ve kullanım sıklığının işletmeler ve bireysel bazda her geçen gün giderek artmış olması tüm hizmet sektörü çalışanlarını etkilemiştir. Kurum, kuruluş ya da örgüt içerisinde zaman harcayan ve gereksiz işlerin azaltılması amacıyla iş yerlerinde İnternet bağlantısı gerekli ve vazgeçilmez hale gelmektedir. Teknolojinin, gün geçtikçe daha da gelişmesi ve etkin hale gelmesi ile birlikte taşınabilir tablet, bilgisayar, akıllı telefonlar gibi teknolojik aletlerin sayısı, çeşidi ve ulaşılabilirliği sürekli olarak fazlalaşmaktadır. Tam anlamıyla İnternetin kullanımının gerekli ve vazgeçilmez olması görev ve yetkiyi de kötüye kullanmayı beraberinde getirmektedir. İş yerlerinde meydana gelen görev ve yetkiyi kötüye kullanma, maddi kayıplara da sebep olmaktadır. En genel anlamıyla Sanal Kaytarma (SK); “çalışanların, görevlerini yerine getirirken çalışma saatleri içerisinde İnternet, bilgisayar ve akıllı cep telefonu teknolojilerini kişisel amaçları doğrultusunda kullanmalarındır”. (Kaplan ve Çetinkaya, 2014; Köyüstü, 2018; Keklik ve diğ., 2015; Anandarajan & diğ., 2004). SK genel olarak “iş amaçlı kullanım için sunulmuş olan bilgisayar ve İnternet sistemlerinin kişisel amaçlar için ya da işle ilgisi olmayan konularda kullanılması” anlamına gelmektedir (Örücü ve Yıldız, 2014). Türkiye’de ise SK, sanal aylıklık ve siber aylıklık şeklinde terimlerle de ifade edilmektedir (Candan ve İnce, 2016). Teknolojik gelişmeler incelendiğinde, “SK’nın yalnızca örgütün İnternet erişim olanakları ile olmadığı, hem örgütsel hem de bireysel İnternet erişimi sağlayan tüm araçlarla yapılan kaytarma davranışlarını kapsadığı” belirtilmektedir (Kaplan ve Öğüt 2012).

SK kapsamına pek çok kavram dahil edilmektedir. Bunlar arasında “sapkın İnternet kullanımı (Internet deviance), İnternetin kötüye kullanımı (Internet abuse), SK (cyberloafing), problemli İnternet kullanımı (problematic Internet use), İnternet bağımlılığı (Internet addiction), işle ilgili olmayan bilgisayar kullanımı (non-work-related computing), sanal miskinlik (cyberslacking), sanal aylıklık (cyberbludging), online kaytarma (on-line loafing), işyerinde kişisel İnternet kullanımı (personal web usage at work), İnternet bağımlılığı (internet dependency),” ve “İnternete bağımlılık bozukluğu (Internet addiction disorder)” (Ünal ve Tekdemir, 2015) sayılabilir. Diğer taraftan SK, kişilerin görevlerini yaparken çalışma zamanları dahilinde çalıştığı kurumun İnternetini ya da kişisel İnternetini kullanımı esnasında kişisel e-posta kontrolü, bankacılık işlemleri, sosyal sitelerde vakit geçirme, oyun sitelerine girme ve oyun oynama, müzik dinleme, film veya dizi izleme, video indirme, online dergi ve gazete okuma gibi davranışların bütünüdür. İnternette gerçekleştirilen bu davranışların kaytarma olarak ifade edilebilmesi için iş zamanı içinde yapılıyor



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

olması ve çalışanın görevini yapmasını engellemesi ve işini yapması gereken zamanda yapmayıp bir başka güne aktarıyor olmayı gerektirmektedir. (Serttaş ve Şimşek, 2017).

Yapılan bazı araştırmalarda, geçmişe göre çalışanların iş yerlerinde İnternet bulunması, onların daha verimli olmalarını da sağlamaktadır. İşyerlerinde İnternete erişimin günden güne yaygınlaşmasıyla birlikte, ya da Koronavirüs Hastalığı (Covid-19) nedeniyle zorunlu olarak başlayan ama Covid-19 sonrasında da geçmişe göre daha çok uygulanacağı düşünülen evden çalışmayla; çalışma koşullarında görevini yerine getiren kişiler, İnternet kullanımını işleri doğrultusunda görevlerini daha güzel ve etkili yerine getirebilmek amacıyla ya da görevleri dışında, vakit geçirmek için de kullanabilmektedirler (Glassman & diğ., 2015; Özkalp ve diğ., 2012). Araştırmacılar İnternet kullanımının; çalışanların yaratıcılık, stres atma, arkadaşlık, öğrenme ortamını teşvik etmesi, yeni bilgi edinmeyi daha kolay hale getirdiği için verimliliğe katkı sağladığından bahsedilmektedir (Çavuşoğlu ve diğ., 2014).

Bu makalede kurumlarda çalışan verimliliğiyle direk ilintili olan Sanal Kaytarma konusunu literatürde yapılan çalışmalar doğrultusunda sınıflandırıp, özellikle sağlık sektöründe kişiler ve gruplar arasında değişimini ve etkisini inceleyeceğiz. Bu doğrultuda İnternetin olumlu ve olumsuz kullanımı ile ilgili bilgi verilmesi, İnternetin olumsuz yönden kullanımı ile ilgili konulardan bahsederken önerilerde bulunmak. Aynı zamanda İnternet bağımlılığının tüm yönleriyle detaylı olarak açıklanması ve sonrasında sanal kaytarmanın ne gibi etkilerinin olduğunu ve de sanal kaytarmanın önlenmesi için nelerin yapılması gerektiği konusunda önerilerde bulunulması ile sanal kaytarmanın etkilerini irdeleyip, güncel önlemleri açıklayarak makaleyi sonlandıracağız.

2. SANAL KAYTARMA DAVRANIŞLARININ SINIFLANDIRILMASI

Sanal Kaytarma (SK) davranışları farklı araştırmacılar tarafından değişik şekillerde sınıflanmıştır. Lim 2002'de yaptığı çalışmada, SK davranışlarının iki faktörden oluştuğunu belirtmiştir. Bu faktörler: a) web aktiviteleri (web browsing) ve b) e-posta aktiviteleridir (Kayalar, 2016; Lim, 2002). İnternet ortamında haber sitelerinde gezinme, İnternet içerisindeki konuyla ilgili olan sitelerden satın alma ve satma işlemi gerçekleştirme ya da elektronik posta dışındaki etkinlikler, web aktiviteleri içeriğinde ifade edilir. E-posta aktiviteleri ise e-posta okuma/yazma ve göndermeyi kapsamaktadır (Lim, 2002).

Bunun yanında Blau ve diğerleri tarafından 2004 yılında "interaktif SK" olarak belirtilen üçüncü bir faktör de eklenmiş ve SK türü davranışları a) web aktiviteleri, b) e-posta aktiviteleri ve c) interaktif aktiviteler olarak üçe ayrılmıştır (Blau & diğ., 2004). İnteraktif SK'yı, kişilerin birbiriyle (anlık mesajlaşmaları) veya diğer yazılımlarla (İnternet üzerinden oyun oynama) daha yoğunlukta etkileşimi içeren davranışlar olarak belirlemiştir.

Anandarajan ve diğerleri tarafından 2011'de SK 4 ana başlıkta toplanmıştır: a) iş-aile, b) hedonik, c) kişisel gelişim ve d) örgütsel vatandaşlık. İş-aile'yi kapsayacak davranışlar görev süreleri içerisinde kişinin bireysel işlerinin gerçekleşmesidir. Bu davranışlar kişilerin huzurlu olmasına katkı sağlayıp, sinirli olmasını engellemektedir. Sonuç olarak bu tür davranışlar kişinin aile ile olumlu ilişkilerini güçlendirirken çalıştığı kuruma da fayda sağlamaktadır. Hedonik davranışlar, kişiye mutluluk ve eğlence verir. Bu davranışlar uzun olmayan bir dönem süresinde stresi düşürerek faydalı olabilir. Fakat çalışılan kuruma pek de fazla faydası olmaz. Kişisel gelişim davranışları, kişilere ve çalışılan kurumlara faydalı olan davranışlardır. Bu davranışlar, eğitim ve gün içinde yaşanan olayların, bilgilerin incelenerek değerlendirilmesini kapsar. Örgütsel vatandaşlıkla ilgili davranışlar da çalışılan kuruma, doğrudan kişiye ise, dolaylı etkisi olmaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sonuçta çalışılan kurumun gelişmesi için fikirler ve projeler oluşturulmalıdır (Anandarajan & diğ., 2011; Ünal ve Tekdemir, 2015).

SK, faaliyet ve davranışların bir araya gelmesiyle oluşan çok boyutlu bir yapıdır. SK'nın öncülleri ise: a) örgütsel, b) iş ve c) kişisel olmak üzere üçe ayrılır. Ayrıca SK'nın iki farklı düzeyde sonuçları da vardır. Bunlar iş ve kişisel düzeylerdir.

Robinson ve Benett, 1995 yılında yaptıkları çalışmada, SK faaliyetlerini önemsiz (minor), (kişilerin e-posta adreslerine bakmaları örnek olarak verilebilir.) ve önemli (major), (bilgisayarda İnterneti kullanarak yasal olmayan sitelerden müzik indirme gibi davranışları örnek olarak gösterebiliriz) iki çeşit olduğunu ifade etmişlerdir (Robinson & Bennett, 1995). Oysa Anandarajan ve diğerleri 2004'deki çalışmalarında, çalışanların dört çeşit SK davranışı ile yüz yüze olduklarını ifade etmiştir. Bunlar; zarar verici, eğlence amaçlı, kişisel öğrenme ve belirsiz SK'dır (Anandarajan & diğ., 2004). Ancak yapılan çalışmalarda hangi davranışın önemli, hangisinin ise önemsiz olarak düşünüldüğü konusunda değişik düşünceler bulunmaktadır. Bu çeşitliliğin ana nedeni kültürel değerlerin çeşitliliği olabilir (Coker, 2011; Mastrangelo & diğ., 2006). Çalışanlar görevlerini yaparken, genellikle kişisel elektronik posta alma, gönderme ve haber ya da spor sitelerine bakma kabul edilebilir davranış olarak görülürken, İnternet ortamına müzik yükleme ve yetişkin odaklı İnternet sitelerini ziyaret etmeyi uygunsuz davranışlar olarak görmektedir (Blanchard & Henle 2008; Lim & Teo, 2005; Ugrin & Michael Pearson, 2013). SK davranışı, organizasyona ve çalışanlara olumsuz derecede zarar verme gücü taşıyan, işletme çalışanları tarafından sergilenen gönüllü davranışlar olarak tanımlanan üretim karşıtı iş davranışlarının bir örneği olarak belirtilebilir (Spector & diğ., 2006).

3. SANAL KAYTARMADA İNTERNET KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI

Sanal kaytarmanın daha iyi anlaşılması için bazı araştırmacılar, İnternet kullanımı ve bağımlılık konularına odaklanmıştır. Bu kısımda bu iki konuyu inceleyeceğiz.

3.1 İNTERNET KULLANIMI

Yapılan araştırmalarda, iş ile ilgisi olmayan İnternet kullanımlarının verimlilik kaybına neden olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Bock & Ho, 2009; Coker, 2011). Bazı araştırmalarda da İnterneti iş ile ilgili verimli ve etkin bir şekilde kullanmanın performansı da olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Hatta çalışma ortamında İnterneti dengeli yani uygun zaman dilimleri içerisinde kullanmak stresin azaltılmasında ve yaratıcılığın geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla İnternet kullanımlarında kişilerin göreve olan bağlılıkları, sadakatleri kadar iş tatminlerinin de iyi düzeyde olması istenilen bir durumdur (Coker, 2011; Anandarajan & diğ., 2006). Bu konuda yapılan araştırmaların çoğu, İnternetin olumsuz yani kötü olarak yorumlayabileceğimiz kullanımı konusu ile ilgili olup, Avrupa veya Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılmış olan araştırmalar oluşturmaktadır. İşyerinde İnternetin kötüye kullanılması ile de mücadele eden ülkelerden biri de Türkiye'dir.

Blanchard ve Henle 2008 yılındaki çalışmalarında, çalışanların işle ilgili olmayan İnternet faaliyetlerini; kişisel e-postaları kontrol etmek ve ziyaret etmek, haberler ve hava durumu sitelerine bakmak, kişisel bankacılık faaliyetlerinde bulunmak ve online kumar oynamak, müzik indirmek gibi büyük ve yetişkinlere yönelik siteleri görüntüleme gibi İnternet faaliyetlerinden oluştuğunu belirtmektedirler (Blanchard & Henle, 2008). Bazı araştırmalara göre, İnterneti kişisel olarak kullanımdaki amaç, kişisel faktörlerle ilgilidir Bu faktörler: bağımlılık, kişisel alışkanlıklar, bireyin dış mekanı kontrol etmek istemesi, eğitim seviyesi, sosyal kabul ve sosyal etkilerdir bununla birlikte daha uzun çalışma saatleri de bu durumu etkilemektedir (Griffiths, 2010). Ayrıca kişisel

743

meselelerini (alışveriş, bankacılık faaliyeti vb.) çalışma saatleri içerisinde gerçekleştirmeleri iş ile ilgili olmayan kullanımlarını arttırmaktadır. Çalışanların çoğunluğunun, işlerini eve götürdüğü ya da öğle yemeği molası nedeniyle İnterneti kullandığı gözlemlenmektedir. İş ile ilgili olmayan kullanım sürecinde, iş ve kişiye özgü yaşam arasında iyi bir denge kurulmasının yanı sıra daha iyi zaman yönetimi oluşturulmalıdır (Griffiths, 2010; Vitak & diğ., 2011; Saraç ve Çiftçiöğlü, 2011). Black ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmalarında, klinik çalışma saatlerinde ağ kullanımı gerçekleştirildiği, İnternet kullanımının, özellikle çevrimiçi sosyal ağ siteleriyle ilişkili (örneğin Facebook) bir işte çalışan bireyler arasında yaygın olduğu görülmüştür (Black & diğ., 2013).

Anandarajan ve diğerleri 2004 yılındaki çalışmalarında, kişisel İnternet kullanımı (Personal Web Use –PWU) olarak belirttikleri SK davranışını verimlilik ve örgüt birey açısından aşağıda belirtildiği isimlerle 4 grupta sınıflandırmışlardır (Anandarajan, & diğ., 2004): 1. Suistimale Açık Kişisel İnternet Kullanımı: Bu davranışlar İnternet istismarı olarak da ifade edilmektedir. Zarar verici ya da bozucu SK olarak da nitelendirilir. Bu kategoride yer alan davranışlar, İnternet ortamından müzik indirme, online oyun oynama vb. sayılabilir. 2. Rahatlama Amaçlı Kişisel İnternet Kullanımı: Bu gruptaki davranışların önemli sayılabilecek bir amacı yoktur. Belirli bir amaç olmadan İnternette dolaşarak hafta sonu tatili için etkinlikleri incelemek, satın alınması düşünülen ürünlerle ilgili bilgi edinmek gibi dinlenme, eğlenme ve sosyal aktiviteleri kapsayan davranışlardır. 3. Öğrenme Amaçlı Kişisel İnternet Kullanımı: Örgütle ilgili İnternette çıkan haberlerden haberdar olmak amacıyla takip etme, meslek ile ilgili kuruluşların sayfalarını ziyaret etme, kişisel gelişime yarar sağlayacak sayfaları ziyaret etme, eğitimi geliştirmek için sunulan imkanları araştırma, güncel olaylardan ve haberlerden bilgi sahibi olabilmek için siteleri takip etme gibi yapılan davranışlardır. Örgüt için olumlu denilebilecek sonuçlar içermektedir. 4. Belirsiz Kişisel İnternet Kullanımı: İnternet kullanımında yer alan bazı bölümlerde çalıştığı kurumla alakalı tartışmalara katılmak, resmi kurum ve kuruluşların sitelerini ziyaret etmek ve diğer işletmeler ve kurumlar hakkında bilgi edinmek ya da bilgi aktarımında bulunmak. İşletmenin itibarını etkileyen zararlar görmesine yol açabilir. Çalışan bu tür ortamlarda işletme ile ilgili gizli bilgileri aktarması veya rakip kuruluşlara kötü sözlerde bulunması durumunda kuruluş veya rakipleri sorumlu tutulabilir (Anandarajan, & diğ., 2004). Dolayısıyla İnternet kullanımının olumlu ve olumsuz etkileri olabilmektedir.

3.2. İNTERNET BAĞIMLILIĞI

“İnternet bağımlılığı”, “aşırı İnternet kullanımı” ya da “uygun olmayan İnternet kullanımı” olarak ifade edilebilir (Young, 1996; Griffiths, 1995). İnternet bağımlılığı rahatsızlığı 1995 yılında Ivan Goldberg tarafından kumar rahatsızlığından esinlenerek ortaya çıkan bir varsayımsal rahatsızlıktır. 1996 yılında Goldberg "İnternet bağımlılığı bozukluğunu" birden çok temel tanı ölçütü ile tanımlamıştır. Goldberg bu tanı ölçütlerini; kişilerin İnternet kullanımında, harcanan zamanı arttırma isteği, İnternette ilgili hayaller kurma, amaçlanandan daha fazla İnternette vakit geçirme olarak ifade etmiştir. Ayrıca fiziksel, sosyal ya da psikolojik sorunlara sebep olma şeklinde sıralamıştır. Aynı zamanda İnternet bağımlılığı, kişilerin günlük hayattaki yapmak zorunda oldukları işleri aksatmasında veya iş saatlerinde İnternet kullanımına eğilimlerinin artmasında etkili olacaktır. İnternetin, hızlı ve çok kısa süre içerisinde yaygınlaşması ile aşırı bir şekilde kullanılması ve yeni bir bağımlılık çeşidi olarak tanımlanabilir. Bu şekilde İnternet kullanan kişiler, İnternet bağımlısı olmaya başlamıştır. İnternet bağımlılığı sorunu, daha ziyade bu teknoloji kullanımına yatkın olan kişilerde fazlaca görülmektedir. İnternet bağımlılığı, İnternette yoksun kalındığında aşırı sinirlilik haline eşlik eden saldırganlığın olması ve kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının gün geçtikçe bozulması söz konusu olabilir. Dolayısıyla bağımlılığın ana parçaları olan fiziksel ve psikolojik bağımlılık belirtilerinin (zihinsel bir meşguliyetin olması, duygusal durumun

değişkenliği, tolerans, yoksunluk, kişilerin birbirleriyle olan çatışmaları ve tekrarlama) ortaya çıkmasına neden olabilirler (Griffiths, 1996; Griffiths, 2000; Young, 2004). Yaygınlaşan teknoloji çağı, toplumlarda yeni bağımlılıklara yol açmaktadır. “Psikiyatristler tarafından yapılan araştırmalar sonucunda toplumda %1,8 oranında İnternet bağımlılığı görülmektedir. Bu da İnternet bağımlılığının toplumda oldukça sık görüldüğünü ve tedavi edilmesi gereken bir rahatsızlık olduğunu ortaya koymaktadır” (Öztürk, 2015). İnternet bağımlılığı rahatsızlığına sahip bireylerin sayılarındaki artışın en önemli unsurlardan birisi kişinin işlevselliğinin bozulmasıdır. Bu belirtiler bazı başlıklar halinde sıralanabilir (Öztürk, 2015).

- Kişi, yaptığıın gerçekten yanlış olduğunun farkında olmasına rağmen kendini kontrol edememesi,
- İnternet kullanarak geçirilen zamanın giderek artması,
- Harcanan zamanın artması ile aile ve arkadaşlarla geçirilen zamanın azalması ve aile ve arkadaşların ihmal edilmesi,
- İnternet kullanımından uzak kalındığı sürelerde bir boşluk hissinin uyanması, sinirlilik veya huzursuzluk halinin ortaya çıkması ve sonuçta durumun depresyona kadar varabilmesi,
- Yanlış kullanımlardan dolayı doğruyu söylemekten kaçınarak yalan söyleme,
- Kişilerin İnternet başında iken kendisini iyi hissetmeye başlaması,
- İnternet kullanımındaki zaman konusunda kontrolü kaybetme.

Öte yandan sosyal hayat içerisinde İnternet kullanımı bir avantaj olarak algılanmaktadır. Bu avantajlar şöyle sıralanabilir (Öztürk, 2015).

- Günümüzde hemen kurulamayan sosyal bağlantıları, İnternet aracılığı ile çok çabuk gerçekleştirmek,
- Yabancı kişilerle ilişkiyi tehlike oluşturmadan ve kolayca sağlayabilmek,
- Bireylerin, özgür bir şekilde duygu ve düşüncelerini sınırlandırmadan ifade edebilmeleri,
- Bireylerin, öne çıkarmak istedikleri yönlerini basitçe gösterebilmeleri, sosyal paylaşım siteleri aracılığı ile dikkat çekmeksizin diğer kişileri gözetleyebilme şansının bulunması.

Örgütlerde, İnternetin doğru ve etkin kullanımı, birimler arasındaki işlemlerin hızlı gerçekleşmesi amacıyla elektronik ortamda yapılmasına olanak sağlamakta, dolayısıyla da çalışanların işleri ile ilgili hızla gerçekleşen bilgi akışını kolaylıkla takip etmesine yardımcı olmaktadır. Young'ın 1996 yılında yaptığı çalışmada, İnternet bağımlılığı için önerdiği tanı ölçütleri vardır. Bu tanı ölçütleri ise: “1.İnternet ile ilgili çok fazla derecede Beyni sürekli meşgul etmek (İnterneti düşünmekten vazgeçememe, bu ortamda gerçekleştirilen özlediği etkinliklerin gerçekleşmesini istemek ve sonrasında sıradaki tasarlanmış uygulamaları göz önüne getirmek, vb). 2. Arzuladığı mutluluğu ya da neşelenmek amacı ile İnternet kullanımını arttırmak 3. İnternet kullanımının kontrol edilememesi, azaltma ya da tamamen bırakmaya yönelik başarısız girişimlerde bulunulması. 4. İnternette geçirilen sürenin kısıtlanması veya hiç ulaşılmasında kişide, stresin daha da artması ile huzurlu olamama, bitkinlik ve de gergin olma hali söz konusudur. 5. Beklenenden yani olması gereken zaman diliminden fazla sürelerde İnternette kalmak. 6. Beklenen dereceden çok İnternet kullanımından dolayı öncelikle aile, okul, çalışılan yerdeki kişilerle ve arkadaşlarla problemler yaşama, eğitim veya kariyer ile ilgili fırsatları zarar oluşturacak bir duruma sokmak veya yitirmek. 7. Kendisinden başka kişilere(aile, yakın hissettiği kişiler, terapist, vb) İnternette zaman harcaması ile ilgili yanlış söylemlerde bulunması. 8. İnternet kullanımını, bazı sorun olan olaylardan uzaklaşmak ya da olumlu olmayan iç dünyasında uyandırdığı izlenimlerden (çaresizlik, olaylardan kendisini sorumlu tutmak, üzüntü ve endişe duymak) kaçınmak” gibi tanı ölçütlerinden oluşmaktadır (Arisoy, 2009; Griffiths, 1996).

4. SAĞLIK KURUMLARINDA SANAL KAYTARMA ÖRNEKLERİ VE İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLER

Saraç ve Çiftçiöğlü'nun (2011) yılında 130 işletmeyi kapsayan çalışmalarında, örgütlerde İnternet kullanımı, insan kaynakları yöneticilerinin iş dışı İnternet kullanımı ile ilgili algılarını ve İnternet kullanımına ilişkin politika, yöntem ve uygulamalarını açığa çıkarmayı amaçlamışlardır. Çalışmada, yöneticilerin %60'ı işyerinde sınırsız İnternet kullanımının çalışanlar tarafından kötüye kullanılmış olduğunu ifade etmişlerdir. Öte yandan, yöneticilerin büyük çoğunluğu iş yerlerinde İnternet kullanımının olumlu olduğunu ve İnternet kullanımının sınırsız olduğunu belirtmişlerdir. Yöneticilerin ve bireylerin yine %60'ı çalışma saatlerinde kişisel nedenlerle kullanılan İnternetin işyerinde iç iletişimi ve iş motivasyonu sağladığına inandığını belirtmişlerdir. Dolayısıyla İnternet kullanımının bireysel ve örgütsel düzeyde performansa olumlu etki yaptığı düşünülmektedir. Örgütlerin %78'inde izleme yazılımı kullanıldığı ve çalışanların çoğunluğunun bu uygulamadan haberdar edildiği belirtilmektedir. Ayrıca oyun vb. nedenlerle harcanan uzun sürelerden dolayı verimlilik eksikliğinin ortaya çıkması gibi çalışanlardan kaynaklı İnternet kısıtlamalarının %45 oranında olduğu da ifade edilmektedir. Yine beklenenin aksine çalışmada İnternet kullanımının pozitif ve uyumlu bir etkisi olduğu, işle ilgili olmayan İnternet kullanımının çalışanları mutlu edebildiği ve daha üretken hale getirebildiği bulunmuştur. Öte yandan katılımcıların yarısından fazlasının (%52) sınırsız İnternet kullanımının kötüye kullanılacağını düşündüğü saptanmıştır. Dolayısıyla çalışanlar tarafından iş ile ilgili olmayan faaliyetler için 117 örgütün İnternet kullanımını sınırladığı tespit edilmiştir.

Yine Black & diğ., (2013) yılındaki çalışmalarında, sağlık çalışanlarının İnternet kullanımı ile ilgili tıp merkezindeki 68 iş istasyonu olan tıp departmanından veriler alınmıştır. Hastane bilgi sistemleri tarafından 15 gün boyunca bir akademik tıp merkezindeki bölümler ve birimler incelenmiştir. Bu süreçte sağlık çalışanları, Facebook'ta gezinmek için toplamda 4349 dakika (72,5 saat) harcamış ve personel kümülatif olarak Facebook'u ziyaret etmişlerdir. Siteye 9369 kez ulaşılmış ve ortalama olarak saatte 12,0 dakika Facebook'a göz atılmıştır. Çıkan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Facebook'ta geçirilen zamanın saatte 4,3 dakika ile 19,8 dakika arasında değişmekte olduğu, günlük iş saati ile iş dışı olan Facebook'ta harcanan zaman arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($r = 0,266$, $P < 0,001$). Günün zamanına göre Facebook'ta harcanan sürenin özellikle gece vardiyası esnasında (19:00-07:00 saatleri arasında) olduğu belirlenmiştir. Çalışanlar kümülatif olarak saatte ortalama 19,8 dakika boyunca Facebook'ta gezinerek zaman harcamışlardır. Artık birçok kişinin çevrimiçi erişim sağladığı göz önüne alındığında cep telefonları üzerinden eğlence uygulamaları, gelişimi ve kapsamlı bir işyeri İnternet kullanımı uygulaması iş performansını olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu sebepten çalışanların, kişisel mobil cihazlarının uygun kullanımını içeren planlar yapması gerekmektedir.

Ayrıca Çınar ve Karcıoğlu (2015) yılındaki araştırmalarında, Erzurum iline bağlı 360 kamu çalışanından elde edilmiş verileri incelemişlerdir. Bu araştırmada, çalışanların %18,9'unun bir bilgisayarı günde 1 saatten az kullandığı, %43,3'ünün 1-5 saat, %37,8'inin ise bir bilgisayarı 5 saatten fazla kullandığı tespit edilmiştir. Çalışanlara İnternette geçirilen bu sürelerin yüzde kaçının işle ilgili olup olmadığı sorulduğundaysa, %66,4'ü bilgisayar kullanım sürelerinin %11,50'sinin işle ilgili olmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca çalışanların %4,4'ü işle ilgili olmayan bireysel işlemler için internet kullanarak zamanlarını bilgisayarda geçirmiş olduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre kamu çalışanlarının çalışma sürelerinde İnternet kullanımının önemli bir yer tuttuğu ve bu sürenin bir kısmının iş dışı amaçlar için kullanıldığı saptanmıştır.

Özkalp ve diğ., (2012) yılında yapmış olduğu çalışmada, siber sorumluluk seviyesinin kadınlar için erkeklerden daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Örucü ve Yıldız'ın (2014) deki çalışmasında,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

siber sorumluluğun cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Çivilidağ'ın (2017)'de 296 çalışanın katıldığı , iş ortamında SK'nın kişilik ve demografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanan çalışmasına göre, kişiliğin cinsiyet, yaş ve eğitim ile birlikte %14 oranında önemli ve %15 oranında önemsiz SK davranışlarını anlamlı olarak yordadığı bulunmuştur. Ayrıca kişiliğin alt boyutları, cinsiyet, yaş ve eğitim ile önemli SK arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin işyerinde önemsiz SK puanları, kadınlardan daha yüksek belirlenmiştir. Erkeklerin, İnternet kullanırken kadınlara kıyasla kendilerine güvenme duyguları daha fazladır. Sonuç olarak, İnterneti neşeli ve hoşça vakit geçirmek için kullanırlar. Kadınlar, bu uygulamaları kullanmaya ön yargı ile bakmaktadırlar. Bu farklılığın kadınlar ve erkeklerin işyerinde SK'yı farklı algılayıp düşündükleri belirtilmiştir. Kadın çalışanların SK'yı işlerini olumsuz etkilediğini görürken, erkek çalışanlar, tersine olumlu etkiye sahip bir faktör olarak gördükleri ve dolayısıyla kadınlara göre erkeklerin daha fazla SK davranışlarında buldukları saptanmıştır.

Çizmeçi ve Deniz'in (2016) yılında yaptıkları çalışmada, çalışanların iş dışı İnternet kullanım sıklığının belirlenmesi ve bunların demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir. 228 sağlık çalışanının dahil olduğu çalışmada, özel sağlık kuruluşlarında iş dışı İnternet kullanım aralığı düşüktür. Ayrıca işyerinde iş dışı İnternet kullanım sıklığı cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve görev gibi demografik özelliklere göre farklılık göstermemiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre iş dışı İnternet kullanım sıklığının değiştiği, lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların iş dışı İnternet kullanımının en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu grubun en yoğun çalışan doktorlardan oluştuğu belirtilmiştir. Ayrıca iş dışı İnterneti en fazla sağlık personelinin kullandığı, bunun yoğun ve stresli çalışma ortamında rahatlamak ve stresten uzaklaşmak için yapıldığı ileri sürülmüştür.

Örücü ve Yıldız'ın (2014) yılındaki araştırmasında, bekar çalışanların yüksek düzeyde SK davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Fathonah & Hartijasti'nin 2014 yılındaki çalışmasına göre, iş dışı İnternet kullanımının örgütsel adaletsizlik algısını arttırdığı, iş verimliliğini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında iş dışı İnternet kullanımının yüksek olduğu, bu durumun da adaletsizlik, stres, iş tatminsizliği, verimlilik sorunları gibi tetikleyici etkenlerle mücadele etmeyi gerektirdiği belirtilmiştir. Ayrıca cinsiyete göre işyerinde iş dışı İnternet kullanımı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamışken, yaşa göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Katılımcıların yaşı arttıkça iş dışı İnternet kullanımının azaldığı tespit edilmiştir.

Özdem ve Demir'in (2015) yılında yapmış olduğu çalışmada, yöneticilerin iş ortamlarında kullandığı SK türlerini ve faaliyetlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, yöneticilerin önemsiz SK puanlarının, önemli SK puanlarından yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine yöneticilerin önemli ve önemsiz SK faaliyetlerine ilişkin görüşlerinin cinsiyet ve görev yaptıkları örgüt türü açısından farklılaşmadığı fakat mesleki deneyim açısından farklılaştığı saptanmıştır. Ayrıca yöneticilerin iş yerinde iş dışı İnternet ve bilgisayar kullanma süreleri arttıkça, önemli ve önemsiz SK faaliyetlerinin de arttığı görülmüştür. Yöneticilerin önemsiz SK puanlarının önemli SK puanlarından daha yüksek olduğu fakat her iki faktörde de orta düzeyde olduğu görülmüştür. 1-5 yıl deneyimdeki yöneticilerin, 21 yıl ve üstü deneyimli yöneticilerden daha fazla önemli ve önemsiz SK faaliyetlerinde bulunduğu belirlenmiştir. Yöneticilerin önemli SK faaliyetleri arasında en çok sosyal içerikli ağlara katılmak (Facebook, Twititer vb.) bulunduğu ortaya konulmuş ve yöneticilerin sosyal medyayı kullandığı görülmüştür. Ayrıca iş saatlerinde, iş dışı 1-3 saat arası bilgisayar ya da İnternet kullanan yöneticilerin, 30 dakikadan az bilgisayar ve İnternet kullanan yöneticilere göre daha fazla önemli ve önemsiz SK faaliyetlerinde bulunduğu belirlenmiştir.

Keklik ve diğ., (2015) yılındaki SK davranışlarının çalışanların örgütsel öğrenme yeteneklerine etkisini ölçmeye yönelik çalışmalarında, önemli SK davranışlarının çalışanların katılımcı karar



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

verme ve örgütsel öğrenme yeteneğini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Bulgu, örgütte verimlilik kaybına neden olan kaytarma davranışlarının, örgütsel öğrenmeye olumlu etkilerinin de olabildiğini göstermektedir. Ayrıca önemli SK ile dış çevre ile etkileşim ve katılımcı karar almadan kaynaklanan örgütsel öğrenme yeteneği arasında orta düzeyde pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer taraftan önemli ve önemsiz SK davranışları ve örgütsel öğrenme yeteneği arasında yüksek pozitif ilişki belirlenmiştir. Bu kapsamda, önemli SK ile çalışanlar, örgütleri ile ilgili çeşitli blogları ya da sanal toplulukları takip edebilmekte, bu ortamlarda düşüncelerini paylaşabilmekte ve sosyal ağlara katılarak güncel bilgiler edinebilmektedirler. Kişisel öğrenme amacıyla çalışanlar çalıştığı örgüt ve rakip örgütlere ilişkin yenilikleri ve güncellemeleri izleyebilmekte ve yararlı makaleler ve haberler indirerek SK davranışlarında bulunulabilmektedirler.

Ünal ve Tekdemir'in (2015) yılında, kamuda çalışanların SK eylemlerini analiz etmek ve bu eylemlerin bazı değişkenlere göre değişip değişmediğini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmaya göre, SK eylemlerinin ilgili kamu çalışanlarında düşük olduğu ve bu eylemlerin eğitim, yaş, pozisyon, meslekteki çalışma süresi, İnternet kullanma becerisi ve sıklığına göre anlamlı farklılık belirlenmiştir. Yaş arttıkça SK puanlarının düştüğü görülmüştür. Lise mezunları önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlara göre daha az SK davranışı göstermiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe SK puanının yükseldiği belirlenmiştir. Yine bekarlar iş dışı İnterneti evlilerden daha fazla kullanmıştır. Ayrıca "her gün" İnternet kullananların SK puanları "haftada bir kaç gün" İnternet kullananlara göre; "bir saatten fazla İnternet kullananların" SK puanları "bir saatten az İnternet kullananlara" göre daha yüksek bulunmuştur.

Kaplan ve Çetinkaya'nın (2014) yılındaki çalışmalarına göre, lise mezunu çalışanlar sırasıyla daha yüksek eğitilmiş olan önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha az SK davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi, görev alan kişilerin çalışma ortamındaki konumları ve çalışılan bölümler ile SK'nın ortaya çıkmasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Çalışan kişilerin eğitim seviyeleri yükseldikçe, önemsiz SK faaliyetlerinin de doğru orantılı bir şekilde arttığı, daha üst mevkilerde çalışanların alt mevkilerdekilere göre daha da yüksek SK faaliyetlerinde bulunduğu, ön kısımlarda çalışanların arka kısımlardakilere göre daha fazla önemsiz SK faaliyetlerini gerçekleştirdiği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Yıldız ve diğ., (2015)'deki, örgütsel adalet algısı ve SK faaliyetleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 151 akademik ve idari çalışan üzerinde yaptıkları çalışmalarına göre, örgütsel adalet algısı çalışanların SK davranışları göstermesinde yordayıcı bulunmamıştır. Meselede iş-dışı amaçlarla; çalışanların %35,8'i 30 dakikadan daha az, %29,8'i 30-60 dakika arası, %23,2'si 1-3 saat arası, %7,9'u üç ve daha fazla saat İnternet ve bilgisayar kullandığı ve %3,3'ünün kullanmadığı saptanmıştır. Çalışmada, örgütsel adalet algısı ve alt faktörleri işlemsel, dağıtımsal ve etkileşimsel adalet ile SK ve alt faktörleri önemli ve önemsiz SK arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Garrett & Danziger'in (2008) yılındaki araştırmalarında, çalışma pozisyonunun SK davranışı üzerindeki etkisi tespit edilmeye çalışılmıştır. Erkek çalışanların kadınlara kıyasla daha çok eğlence odaklı SK davranışı içerisinde buldukları, iletişim maksatlı SK davranışları kapsamında ise cinsiyete göre herhangi bir anlamlı ilişkinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda SK davranışının, yüksek mevkilerde çalışan yöneticilerde, düşük statüdeki çalışanlara kıyasla daha fazla gerçekleştiği görülmüştür. Dolayısıyla, eğitim, gelir seviyesi ve serbest çalışma seviyesi yükseldikçe yaygınlaşması da giderek artmaktadır.

Son olarak da Ekin ve Gülhan'ın,(2020) yılındaki çalışmalarında, iki Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki sağlık çalışanlarından (doktor, hemşire ve teknisyen-tekniker) oluşan 740 kişiye



anket uygulamışlardır. Çalışmada, sanal kaytarma düzeyleri ve sosyo-demografik değişkenlere göre bu düzeyin farklılıkları da incelenmiştir. Araştırma sonucunda, çalışanların, SK puanları orta düzeydedir. Ayrıca çalışanların SK davranışları bazı sosyo-demografik özelliklere göre de farklılaştığı belirlenmiştir. SK genel ve önemli SK'da cinsiyet, idari görev olması, hafta sonu çalışma ile aralarında anlamlı fark yok iken diğer sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı fark vardır. Önemsiz SK ile unvan üçlü grup, yaş, çocuğu olma durumu, eğitim, iş deneyimi, kurumda çalışma süresi ve kurum interneti arasında anlamlı fark bulunmaktadır.

5. SANAL KAYTARMANIN ETKİLERİ VE ÖNLENMESİ

Bilişim teknolojisi ile bazı örgüt çalışanları istediği işi, istediği zamanda, istediği yerde yapabilmeye fırsatı bulabilmektedir. Özellikle Covid-19 nedeniyle uzaktan çalışmanın yaygın olduğu bugünlerde, bilişim teknolojilerinin getirdiği bu avantaj çok önemli hale gelmiştir. İnternete hızlı ulaşılabilmesi ve İnternette geçirilen zamanın daha cazip olması, çalışanların İnternette daha çok zaman harcamasına neden olmuştur. Bu da doğal olarak sanal kaytarmanın artmasına sebep olmuştur. Bu kısımda sanal kaytarmanın etkileri ve sanal kaytarmanın önlenmesi için neler yapılabileceğini inceleyeceğiz.

Yapılabilecek muhtemelen en kolay ve ucuz çözüm, çalışanlara, çalışılan kurum ya da örgütün yapısı ve kurallarını doğru ve objektif bir şekilde belirtmektir. Aksi durumda çalışanların, görevlerini özensiz yaparak örgüt verimliliğini düşürmesi, maddi fayda elde etmek amacıyla SK faaliyetinde bulunması söz konusu olabilir. Bunlar örgüt tarafından pek tercih edilmeyen davranış tarzlarıdır. Siber sapkınlık olarak da isimlendirilen davranışlar işletmeye fayda sağlamayıp olumsuz sonuçlara neden olabilir (Ünal ve Tekdemir, 2015). Çalışanlar zamanlarını, kurum ya da örgütün amaçları için verimli harcamaları gerekirken, zamanlarını boşa harcayarak verimlilik kayıplarıyla karşı karşıya gelmesine neden olabilmektedirler. Oysa doğru İnternet kullanımı ile çalışanların yaratıcılıklarını arttırabilecekleri, esneklik sağlayabileceği gibi SK yolu ile elde edebilecekleri farklı ve eşsiz yenilik ve gelişmelere çok hızlı bir şekilde ulaşım öğrenme koşulları sunabileceği görüşü de ortaya atılmıştır (Köse ve diğ., 2012).

Teknolojik gelişmeler dikkate alındığında, SK'nın yalnızca örgüte ait İnternet bağlantısı ile değil, bireysel İnternet erişimi sağlayan tüm cihazlarla yapılan davranışların bütününe kapsamıdır. SK davranışı cep telefonu ve tablet bilgisayarları da içeren her çeşit bilgisayar aracılığıyla gerçekleşir. İşletme yöneticisi, hangi davranışların SK davranışı kapsamında olduğunu ve hangi davranışların gerçekten SK kapsamına girmediğini iyi bir şekilde değerlendirerek karar verebilmelidir.

Griffiths'in 2010'da yapmış olduğu çalışmasına göre, iş yerinde İnternetin olumsuz anlamda ve kötü amaçlar doğrultusunda kullanılmasını önlemek için kurallar konulmalı ve şifreli erişim kontrolleri gibi tedbirler alınmalıdır. Eğer ki bu önlemler eksik ve yetersiz kalırsa, öncelikle İnterneti kötü amaçlar doğrultusunda kullananlar belirlenmeli ya da açıklanmalıdır. Bu durumda İnterneti hala kötü amaçlar doğrultusunda kullananlar olursa önce uyarılmalı, sonra cezalar verilmelidir. Kişi hala bu davranışına da devam ediyorsa işine son verilme yoluna gidilmelidir. (Griffiths, 2010). Bu metodun çalışan morali üzerinde etkisi olumlu olmayabilir, verimliliği artırma hedeflenirken işyerinde yaratılan negatif ortam verimliliğin daha da azalması riskini de beraberinde getirebilir.

Sanal kaytarmayı önleme için belki de en etkili yöntem zaman izleme veya site giriş kontrolü yapan yazılımları kullanmaktır. Bu yazılımlar değişik şekillerde olabilir. Bazıları belirlenmiş sitelere erişimi engelleyebildiği gibi, bazıları sadece o sitelerde geçirilen zamanı ölçebilirler. Çalışanlar bu istatistiklerden haberdar edilebilir; hatta, çalışanlar kendi kullanımları konusunda geri



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

bildirim alıp, bu alanda kendi hedeflerini koyabilirler. Örgütlerin %78'inde izleme yazılımı kullanıldığı ve çalışanların çoğunluğunun bu uygulamadan haberdar edildiği belirtilmektedir (Saraç ve Çiftçiöğlü, 2011). Ayrıca aynı çalışmada, oyun ve benzeri nedenlerle harcanan uzun sürelerden dolayı verimlilik eksikliğinin ortaya çıkması gibi çalışanlardan kaynaklı İnternet kısıtlamalarının %45 oranında olduğu da ifade edilmektedir. Yine beklenenin aksine çalışmada İnternet kullanımının pozitif ve uyumlu bir etkisi olduğu, işle ilgili olmayan İnternet kullanımının çalışanları mutlu edebildiği ve daha üretken hale getirebildiği bulunmuştur (Saraç ve Çiftçiöğlü, 2011).

SONUÇ

Bu makalede sanal kaytarma konusunda yapılan çalışmalardan yola çıkarak, öncelikle sanal kaytarmanın sınıflandırılması, İnternet kullanımı ve bağımlılığın bu konuyla olan ilgisi incelendi. Sonrasında, sağlık ve kamu kuruluşlarında görev alan çalışanlarının dahil olduğu çalışmalar analiz edildi. Bu çalışmalarda, iş dışı internet kullanımının yüksek ya da düşük olması ile ilgili farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılıklar, demografik özelliklere göre cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve görev gibi unsurlara bağlıdır.

Bazı çalışmalarda, İnternet kullanımının, bireysel ve örgütsel düzeyde performansa iyi etkisi olduğu düşünülmektedir. Oysaki çalışanların, İnterneti verilen görevlerin dışında kullanmaları, zamanın boşa harcanmasına sebep olabileceği gibi, kurumu da zarara uğrattığı ile ilgili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla, sağlık kuruluşlarında iş dışı İnternet kullanımının yüksek olması durumunda haksızlık, stres, iş tatminsizliği, mutsuzluk ve verimlilik sorunları gibi önemli etkenlerle başa çıkmak zorlaşabilir. Sanal kaytarma, sağlık çalışanlarında cinsiyete göre de değişmektedir. Bazı çalışmalarda, kadınlar bazılarında ise erkekler de fazla görülmektedir. Ayrıca, katılımcıların yaşı arttıkça iş dışı İnternet kullanımının azaldığı tespit edilmiştir.

SK'nın daha düşük düzeylere indirilmesi için, çalışanların bu konuda bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesi yararlı olabilir. Bu konuda bazı düzenlemelerde yapılabilir. Örneğin: İnternete erişim için şifreler kullanılması, işin yapısına göre erişim süreleri belirlenmesi, uygun görev dağılımları ve eşit iş olanağı sağlanmalıdır.

Ayrıca SK'yı azaltmak ya da önlemek amacıyla bazı yöntemler uygulanabilir. İnternetin hangi amaçlar için kullanıldığı konusunu izleme ve sisteme giriş kontrolü yapan yazılımları kullanmanın yanı sıra çalışanlara da kendi kullanımları ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Dolayısıyla çalışanlara ileri düzey teknolojik olanaklar sağlanırken, iş ile ilgisi olmayan sanal ortamda harcanan zamanı azaltmaya yönelik önlemler alınmalıdır. Sonuçta verimli ve yararlı kullanım sağlanmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Anandarajan, M., Devine, P. & Simmers, C.A.A (2004). Multidimensional Sealing Approach to Personal Web Usage in the Workplace. A Guide to Effective Human Resources Management. Hensey, PA: Information Science Publishing; 61-78.
2. Anandarajan, M., Paravastu, N. & Simmers, C.A. (2006). Perceptions of Personal Web Usage in the Workplace: Aq-Methodology Approach. Cyberpsychology and Behavior, 9(3), 325-335.
3. Anandarajan, M., Simmers, C.A. & D'Ovidio, R. (2011). Exploring the Underlying Structure of Personal Web Usage in the Workplace. Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking, 14(10), 577-583.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

4. Arısoy, Ö. (2009). İnternet Bağımlılığı ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 21, 55-67.
5. Black, E., Light, J., Black, N.P. & Thompson, L. (2013). Online Social Network Use by Health Care Providers in a High Traffic Patient Care Environment. Journal of Medical Internet Research, 15(5),1-5.
6. Blanchard, A. & Henle, C. (2008). Correlates of Different Forms of Cyberloafing: The Role of Norms and External Locus of Control. Computers in Human Behavior, 24(3), 1067–1084.
7. Blau, G., Yang, Y. & Ward Cook, K. (2004). Testing A Measure of Cyberloafing]. Journal of Allied Health. 35(1), 9-17.
8. Bock, G.W. & Ho, S.L. (2009). Non-Work Related Computing (Nwrc). Communications of The Acm, 52(4), 124-128.
9. Candan, H. ve İnce, M. (2016). Siber Kaytarma ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Emniyet Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(1), 229-235.
10. Coker, B.L.S. (2011). Freedom To Surf: The Positive Effects of Workplace Internet Leisure Browsing. New Technology, Work and Employment, 26(3), 238-247.
11. Çavuşoğlu, S., Palamutcuoğlu, A. ve Palamutcuoğlu, B.T. (2014). The Impact Of Demographics Of Employees On Cyberloafing: An Empirical Study On University Employees. Research Journal Of Business And Management, 1(3),149-168.
12. Çivilidağ, A. (2017). İş Yaşamında Sanal Kaytarmannın Kişilik ve Bazı Demografik Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17(2), 249-270.
13. Çizmeçi, E. ve Deniz, S. (2016). Özel Sağlık Kuruluşlarında İş Dışı Amaçlarla İnternet Kullanımı. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4(32), 213-224.
14. Çınar, O. ve Karcıoğlu, F. (2015). The relationship between cyber loafing and organizational citizenship behavior: A survey study in Erzurum/Turkey. Social and Behavioral Sciences, 207, 444 – 453.
15. Ekin, A. ve Gülhan, Y.B. (2020). Sağlık Çalışanlarının Otonomi Kişilik Özelliği, Sanal Kaytarma ve İş Performansının Tanımlayıcı Özellikler Açısından Değerlendirilmesi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6(2), 174-198.
16. Fathonah, N. ve Hartijasti, Y. (2014). The Influence of Perceived Organizational Injustice towards Workplace Personal Web Usage and Work Productivity in Indonesia. The South East Asian Journal of Management, 8(2), 151-166.
17. Garrett, R.K. & Danziger, J.N. (2008). on Cyberslacking: Workplace Status And Personal Internet Use At Work. Cyberpsychology & Behavior, 11(3), 287-292.
18. Glassman, J., Prosch, M. & Shao, B.B.M. (2015). To Monitor Or Not To Monitor: Effectiveness Of A Cyberloafing Countermeasure. Information&Management, 52(2),170-182.
19. Griffiths, M.D. (1995). Technological addictions. Clinical Psychology Forum, 76, 14-19.

- 20.Griffiths, M.D. (1996). Behavioral addictions: An issue for everybody?. *Journal of Workplace Learning*, 8,19-25.
- 21.Griffiths, M.D. (1996). Internet addiction: An issue for psychopathology?. *Clinical Psychology Forum*, 97, 32-36.
- 22.Griffiths, M.D. (2000). Internet addiction: Time to be taken seriously?. *Addiction Research*, 8, 413-418.
- 23.Griffiths, M. (2010). Internet Abuse and Internet Addiction in the Workplace. *The Journal of Workplace Learning*, 22(7), 463-472.
- 24.Kaplan, M. ve Çetinkaya, A.Ş. (2014). Sanal Kaytarma ve Demografik Özellikler Açısından Farklılıklar: Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 25(1), 26-34.
- 25.Kaplan, M. ve Öğüt, A. (2012). Algılanan Örgütsel Adalet ile Sanal Kaytarma Arasındaki İlişkinin Analizi: Hastane Çalışanları Örneği. *İşletme Fakültesi Dergisi*, 13(1), 1-13.
- 26.Kayalar, F. (2016). Eğitim Yöneticilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sosyotropi Otonomi Kişilik Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(6),309-322.
- 27.Keklik, B., Kılıç, R., Yıldız, H. ve Yıldız, B. (2015). Sanal Kaytarma Davranışlarının Örgütsel Öğrenme Kapasitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Business and Economics Research Journal*, 6(3), 129-144.
- 28.Köse, S., Oral, L. ve TÜresin, H. (2012). İş Yaşamında Sosyal Kolaylaştırma Kavramı ve Sanal Kaytarma İle İlişkisi: Araştırma Görevlileri Üzerine Bir Araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(2), 287-295.
- 29.Köyüstü, S. (2018). Sanal Kaytarma Konusunda Yapılmış Tezlerin İçerik Analizi Yöntemiyle İncelenmesi (2010-2017) . *International Journal of Academic Value Studies*, 4(20), 666-679.
- 30.Lim, V.K.G. (2002). The It Way Of Loafing On The Job: Cyherloafing, Neutralizing And Organizational Justice]. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 675–694.
- 31.Lim, V.K.G. & Teo, T.S.H. (2005). Prevalence, Perceived Seriousness, Justification, and Regulation of Cyberloafing In Singapore: An Exploratory Study. *Information and Management*, 42(8), 1081-1093.
- 32.Mastrangelo, P.M., Everton, W. & Jolton, J.A. (2006). Personal Use of Work Computers: Distraction versus Destruction. *CyberPsychology & Behavior*, 9(6), 730-741.
- 33.Örücü, E. ve Yıldız, H. (2014). İşyerinde Kişisel İnternet ve Teknoloji Kullanımı: Sanal Kaytarma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 14(1), 99-114.
- 34.Özdem, G. ve Demir A. (2015). Okul Yöneticilerinde Sanal Kaytarma Davranışı. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3), 1029-1042.
- 35.Özkalp, E., Aydın, U. ve Tekeli, S. (2012). Sapkın Örgütsel Davranışlar ve Çalışma Yaşamında Yeni Bir Olgu: Sanal Kaytarma (Cyberloafing) ve İş İlişkilerine Etkileri. *Çimento İşveren Dergisi*, 26(2),18- 33.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- 36.Öztürk, U.C. (2015). Bağlantıda Kalmak ya da Kalmamak Tüm Korku Bu: İnternetsiz Kalma Korkusu ve Örgütsel Yansımaları. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(37), 629-638.
- 37.Robinson, S.L. & Bennett, R.J.A. (1995). Typology of deviant workplace behaviors: a multidimensional scaling study. Academy of Management Journal, 38(2), 555-572.
- 38.Saraç, M. ve Çiftçioğlu, B.A. (2011). İnsan Kaynakları Yöneticileri Çalışanların İnternet Kullanımı ile İlgili Ne Düşünüyor? . Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 14(2), 1-12.
- 39.Serttaş, O. ve Şimşek, G. (2017). Turizm İşletmelerinde Sanal Kaytarma: Teorik Bir İnceleme. Adnan Menderes Üniversitesi, 11(3), 1-5.
- 40.Spector, P.E., Fox, S., Penney, L.M., Bruursema, K., Goh, A. & Kessler, S. (2006). The Dimensionality of Counterproductivity: Are All Counterproductive Behaviors Created Equal?. Journal of Vocational Behavior, 68(3), 446-460.
- 41.Ugrin, J.C. & Michael Pearson, J.J. (2013). The Effects of Sanctions and Stigmas on Cyberloafing. Computers In Human Behavior, 29(3),812-820.
- 42.Ünal, Ö.F. ve Tekdemir, S. (2015). Kamu Çalışanlarının Sanal Kaytarma Amaçları Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(2), 515-534.
- 43.Ünal, Ö.F. ve Tekdemir, S. (2015). Sanal Kaytarma: Bir Kamu Kurumunda Ampirik Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20(2), 95-118.
- 44.Vitak, J., Crouse, J. & Larose, R. (2011). Personal Internet Use At Work: Understanding Cyber Slacking. Computers in Human Behavior, 27(1), 1751– 1759.
45. Yıldız, H., Yıldız, B. ve Ateş, H. (2015). Sanal Kaytarma Davranışlarının Sergilenmesinde Örgütsel Adalet Algısının Rolü Var Mıdır? . Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, 10(2), 55-66.
46. Young, K.S. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder]. Cyberpsychology and Behavior, 3(1), 237-244.
47. Young, K.S. (2004). Internet addiction. Am Behav Sci, 4