

ISSN: 2667-5897

**Sosyal
Araştırmalar ve Yönetim
Dergisi (SAYOD)**

SAYOD

Editörler

Prof. Dr. Şebnem YÜCEL

Prof. Dr. Recep YÜCEL

(Yıl: 2024, Sayı: 1 / Year: 2024, Issue: 1)



SAYOD

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) (Journal of Social Research and Management)

Sayı: 1 • Eylül 2024

Issue: 1 • September 2024

ISSN: 2667-5897

<http://dergipark.gov.tr/sayod>
e-posta: www.sayodergisi@gmail.com

Dergi Ofis Adresi (Office Address)
Prof. Dr. Şebnem YÜCEL
Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

SAYOD, ulusal hakemli ve açık erişimli bilimsel bir dergidir.

Baş Editörler (Chief Editors)

Prof. Dr. Şebnem YÜCEL, Prof. Dr. Recep YÜCEL

Editör Kurulu (Editorial Board)

Prof. Dr. Şebnem YÜCEL, Selçuk University, Turkey
Prof. Dr. Recep YÜCEL, Kırıkkale University, Turkey
Prof. Dr. Sandeep Kumar GUPTA, AMET University, AMET Business School, Chennai, India
Prof. Dr. Sayonara de Fátima TESTON, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Andrea BENCSIK, NJ. Selye University, Komarno, Slovakia
Prof. Dr. Patrick ZAWADZKI, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. Nadiia P. REZNIK, National University of Life and Environment Science of Ukraine, Ukraine
Prof. Dr. Suzete Antonieta LIZOTE, University of Itajai Valley, Brazil
Prof. Dr. Akbar VALADBİGI, Elmi-Karbordi University, Jahad-e Daneshgahi, Sanandaj, Iran
Prof. Dr. Arceloni Neusa VOLPATO, UNIFACVEST University Centre, Brazil
Prof. Dr. Valeriia Y.PROKOPENKO, V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine
Prof. Dr. Sir Bashiru AREMU, Crown University Intl Chartered Inc., Argentina, USA, Nigeria
Prof. Dr. Beatriz Lucia Salvador BIZOTTO, UNIFACVEST University Centre, Brazil
Prof. Dr. Madhur GUPTA, StXavier's College (Management), Bangalore, India
Prof. Dr. Camilia Susana FALER, University of West Santa Catarina, Brazil
Prof. Dr. BasheerYousif Ismail, Duhok Politechnic University, Department of Accounting, Iraq
Prof. Dr. Ni Made Eka MAHADEWI, Bali Tourism Polytechnic (Management), Indonesia
Prof. Dr. Shikha KAPOOR, Amity University, Noida, India
Prof. Dr. Md. Zahir Uddin ARIF, Jagannath University, Dhaka, Bangladesh
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara University, Turkey
Prof. Dr. Iryna Mihus, Scientific Center of Innovative Researches, Estonia
Assoc. Prof. Dr. Irmantas Rotomskis, Mykolas Romeris University, Lithuania
Dr. Praveen Kumar SHARMA, Jaypee Institute of Information Technology, India
Dr. Neringa Povilaitienė, Šiaulių Valstybinė Kolegija, Lithuania
Dr. S. Patrick Mahoney, United States of America (USA), Colorado State University

Temel İletişim [Primary Contact]

Assoc. Prof. Dr. Demet AKARÇAY ULUTAŞ
demetakarcay@gmail.com
+90332 444 12 51-7460

Assoc. Prof. Dr. Erhan KILINÇ
erhank23@hotmail.com
+90 554 125 46 53

Lecturer Fatih SÜNBÜL
fatihsunbul@kilis.edu.tr
+90 553 305 83 70

Teknik İletişim [Technical Contact]

Assist. Prof. Dr. Seda UYAR
seda_inan@outlook.com

SAYOD'UN TARANDIĞI İNDEKSLER



Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) yılda bir kez yayınlanan ulusal hakemli bir dergidir. Gerek duyulduğunda özel veya ek sayı çıkarılabilir. Dergide yer alan yazılar kaynak gösterilmeksizin kısmen ya da tamamen iktibas edilemez. Bu dergide yayınlanan çalışmaların bilim ve dil sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergimize gönderilen çalışmalar, alanında uzman iki ayrı hakem tarafından incelendikten sonra uygun görülenler yayınlanmaktadır.

Yazım kurallarına ilişkin bilgilere dergimizin web adresinde yer verilmiştir.

Bu derginin tüm hakları saklıdır. Önceden yazılı izin almaksızın hiçbir iletişim ve kopyalama sistemi kullanılarak yeniden kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz.

Journal of Social Research and Management is an national peer-reviewed journal which is published one times a year. Special or additional issues may also be published if necessary. The articles cannot be cited partly or entirely without showing resources. The responsibility about scientific and grammatical issues is belong to authors.

The papers sent to the journal are reviewed by two referees and after their approval, they will be sent to edit before being published.

Writing & Publishing Policies can be found in the journal's website.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or introduced into a retrieval system without prior written permission.

DERGİ ADI: SOSYAL ARAŞTIRMALAR VE YÖNETİM DERGİŐİ (SAYOD)

AMAÇ VE KAPSAM

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanında yapılan ulusal veya uluslararası düzeyde bilimsel nitelikteki çalışmalarını evrensel ilke, değer ve yöntemlere uygun olarak yayımlayarak sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), sosyal bilimler ile yönetim bilimleri alanında gerçekleştirilen özgün nitelikteki çalışmalara yer vererek literatüre katkı sağlamanın yanında sosyal bilimler ile yönetim bilimleri alanındaki sorunların çözümü noktasında da araştırmacılara yol göstermektedir. SAYOD yönetim ve sosyal bilimler (eğitim bilimleri, ilahiyat, iletişim, coğrafya, tarih, dilbilim, Türk dili, antropoloji, arkeoloji, felsefe, müzikoloji, güzel sanatlar, sinema, psikoloji, sosyoloji, sosyal hizmet, ekonomi, uluslararası ilişkiler, siyaset bilimi, turizm, turist rehberliği, ekonometri, uygulamalı istatistik, hukuk, kamu yönetimi ve yönetim bilimleri gibi birçok sosyal bilim branşını içerir) alanında yapılan özgün nitelikteki çalışmalarını yayınlamaktadır.

JOURNAL NAME: JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH AND MANAGEMENT

AIMS AND SCOPE:

The Journal of Social Studies and Management (SAYOD) aims to contribute to the field of social sciences and management sciences by publishing scientific studies in the field of social sciences and management sciences at national or international level in accordance with universal principles, values and methods.

Journal of Social Research and Management (SAYOD) guides researchers in terms of solving problems in the field of social sciences and management sciences, as well as contributing to the literature by including original studies in the field of social sciences and management sciences. SAYOD publishes original studies in the field of management and social sciences (it includes many social science branches such as educational sciences, theology, communication, geography, history, linguistics, Turkish language, anthropology, philosophy, philology, musicology, fine arts, cinema, psychology, sociology, archeology, economy, international relations, social work, political science, international studies, tourism, tourist guiding, business management, econometrics, applied statistics, law, public administration and management sciences.).

DERGİNİN YAYIM POLİTİKALARI

1. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD), yıllık olarak İngilizce, Almanca ve Türkçe dillerde çalışmaların yayınlandığı uluslararası, ücretsiz hakemli bir dergidir. Gerekli durumlarda özel ya da ek sayılar yayınlanabilmektedir. SAYOD, ulusal ve uluslararası düzeyde bilimsel nitelikteki çalışmaları yayınlanarak sosyal bilimler ve yönetim bilimleri alanına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. SAYOD yönetim bilimleri ve sosyal bilimler (iletişim, felsefe, psikoloji, sosyoloji, sosyal hizmet, ekonomi, uluslararası ilişkiler, siyaset bilimi, turizm, hukuk, kamu yönetimi ve sağlık yönetimi gibi birçok sosyal bilim branşını içerir) alanında yapılan özgün nitelikteki çalışmaları yayınlamaktadır.

2.SAYOD’da yayınlanmasına karar verilen çalışmaların bütün hakları yayın sürecinde dergiye devredilmektedir. Makalelerin telif hakkı devri, dergi internet sayfasında sunulan form doldurulup imzalanmak suretiyle alınır. Bu formu göndermeyen yazarların yayınları basılamaz.

3.SAYOD’da çalışmalar, İntihal Raporu (iThenticate, Turnitin) ile değerlendirilmeye alınmaktadır.İntihal oranının %15’ten az olması gerekmektedir. İntihal raporu eklenmediği veya intihal oranının yüksek olması takdirde editör makaleyi direkt reddetme hakkına sahiptir.

4. SAYOD’e gönderilen yazıların tüm yasal, ekonomik ve etik yükümlülükleri yazarlarına aittir. Yayınlanmak üzere SAYOD’a gönderilen yazıların daha önce herhangi bir mecrada yayınlanmamış olması ve sisteme eklendiğinde yayın değerlendirme sürecinde olmaması gerekmektedir. Ayrıca sempozyum bildirimleri, sunum yeri, toplantı ve tarihi kaydedilmek ve tam metni başka bir yerde yayımlanmamak kaydıyla yayımlanabilir. Ancak bu yayın faaliyetinden kaynaklanabilecek sorunların sorumluluğu yazarına aittir. Ayrıca klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerinde Etik Kurul kararı gerektiren çalışmalar için Etik Kurul onayı alınmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve makale sonunda ek olarak sunulmalıdır. Bu şartı sağlamayan yayınlar kabul edilmez.

5.SAYOD’un yazım kuralları sekmesinde yer alan Yazım İlkeleri’ne herhangi bir açıdan uygunluk arz etmeyen yazılar değerlendirilmeye alınmayabilir.

6. Dergi Hakemlik ve Değerlendirme Süreci: Dergimizde, çift kör hakemli değerlendirme (double-blind review) yöntemi uygulanmaktadır. Gönderilen makalenin kime ait olduğu hakkında hakemlere; makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında ise yazar(lar)a ve başka kişilere bilgi verilmez. Tüm değerlendirme süreçleri ve hakem raporları, dijital arşivde saklanmaktadır. Hakemlerin olumsuz rapor verdiği makaleler yayımlanmaz ve yazar(lar)ına geri verilmez; bu konuda idarî ve adlî sorumluluk kabul edilmez. Makalelerde hakemlerin düzeltme istekleri, gerekli değişiklikler için yazar(lar)ına gönderilir. Yazarlar, hakemlerin ve editörün istek, öneri ve uyarılarını dikkate alırlar. Ancak, yazarlar, hakem kararlarına ve katılmadıkları hususlara gerekçelerini belirterek itiraz edebilirler. Bu durumda başka bir hakemin görüşüne başvurulur. Hakem raporlarından birinin olumlu, diğerinin olumsuz olduğu durumlarda, makale üçüncü bir hakeme gönderilir. Belirtilen süre içinde, düzeltilmiş makale metni dergiye göndermenin sorumluluğu yazara aittir. Dizinleme kriterleri gereğince, Editör/Editörler, yayımlanacak makalelerde, esasa yönelik olmayan küçük düzeltmeler yapma yetkisine sahiptir. Hakem görüşleri editörlere son kararı vermede sadece görüş belirtir. Son karar editörlere aittir.

Dergimizde, makalelerin değerlendirme süreci, aşağıda belirtilen hususlara göre yapılmaktadır:

- Bilimsel etik kuralları gereği makaleler; amaç, kapsam, yöntem ve yazım ilkeleri açısından editör ve/veya yayım kurulu üyeleri tarafından değerlendirilir. Dergi editörlerince, ön kontrol aşaması sonrasında, dergimizde makaleler değerlendirmeye alınır.

- Değerlendirmeye alınan makaleler, yazarının kimliği belirtilmeksizin (kör hakemlik) değerlendirilmek üzere, bilimsel çalışmaları ile alana uygun öncelikle iki hakeme yönlendirilir.
- 7 gün içinde hakemin değerlendirme görevini kabul edip etmeme hakkı vardır. Görevi kabul eden hakeme, makaleyi değerlendirmek için 15 günlük süre verilir. Makalelerin değerlendirilmesi sürecinin hızı, hakemin sorumluluğundadır.
- İki hakemin de "Yayınlanması Uygundur" görüşü bildirmesi halinde, makaleler, en kısa sürede dergi yayın Kurulunun belirleyeceği cilt ve sayıda yayımlanır. Aksi halde makaleler dergide yayımlanmaz.
- Hakemlerden birinin olumlu, diğerinin olumsuz görüş bildirmesi durumunda; makale üçüncü bir hakeme gönderilir. Bu durumda makalenin yayımlanması üçüncü hakemin raporuna bağlıdır.
- Makaleler yayımlansın veya yayımlanmasın iade edilmez. Gönderdikleri makale hakkında yazarlar, hakemlerin düzeltmeleri ile ilgili olarak eleştiri ve önerilerini dikkate almak zorundadırlar.
- Belirtilen süre içinde, düzeltilmiş makale metnini dergiye ulaştırmak yazarın sorumluluğundadır. Gerektiğinde, düzeltilmiş metin, hakemlerce tekrar incelenebilir. Hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, yazarlar ve makale hakkında da hakemlere bilgi verilmez (Kör Hakemlik).
- Hakem değerlendirme raporları dergi dijital arşivinde saklanır.

YAZIM İLKELERİ

1. Yayınlanması amacıyla Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi'ne (SAYOD) gönderilmiş olan özgün makalelerin yüklenecek word (.doc, .docx) uzantılı metni üzerinde yazarlara dair isim veya başka bir bilgi bulunmamalı, yazarlar bu bilgileri sistem üzerinde belirtmelidir. Makalenin başında en az 150, en fazla 200 kelimedenden oluşan Türkçe (Özet), İngilizce (Abstract) ve 3-5 kelimelik Türkçe (Anahtar Kelimeler), İngilizce (Keywords) ile Türkçe ve İngilizce başlık yer almalıdır. Tam metinler 8000 kelimeyi aşmamalıdır.
2. Makalelerde yapılan atıflar için APA sistemi kullanılmalıdır.
3. Metnin sonunda KAYNAKÇA başlığı altında çalışmada kullanılan kaynakların bir listesi verilir. Çalışmada kullanılan referansların listelendiği bu kaynakça, yazar soyadı sıralamasına göre ve alfabetik olarak hazırlanır.
4. Yazılara üst-bilgi, alt-bilgi ve sayfa numarası verilmez.
5. İmla ve noktalama işaretleri için, metnin içeriği ile ilişki olan farklılıklar dışında TDK'nin yazım ve imla kılavuzu esas alınır.
6. Sisteme eklenecek yazıların sayfa düzeninin yazar tarafından ve şu değerlere uygun bir biçimde yapılmış olması gerekir:
Kâğıt Boyutu: A4 Dikey (Makalede yatay sayfalara yer verilmemeli)
Üst Kenar Boşluk: 3 cm
Alt Kenar Boşluk: 3 cm
Sol Kenar Boşluk: 3 cm
Sağ Kenar Boşluk: 3 cm
Yazı Tipi: Times New Roman
Yazı Boyutu: Başlıkta 12, metinde 11, özetlerde 10
Paragraf Aralığı: Önce 6 nk – sonra 0 nk
Paragraf Girintisi: Metinde paragraf girintisi kullanılmayacaktır.
Satır Aralığı: Metinde 1.15
7. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi (SAYOD) Yayın İlkeleri'ne herhangi bir açıdan uygunluk arz etmeyen yazılar değerlendirilmeye alınmaz.

PUBLISHING POLICIES OF JOURNAL

1. Journal of Social Research and Management (SAYOD) is an international, free peer-reviewed journal, in which studies are published annually in English, German and Turkish. Special or additional issues may also be published if necessary. SAYOD aims to contribute to the field of social and management sciences by publishing scientific studies at national and international level. SAYOD publishes original studies in the field of management sciences and social sciences (it includes many social science branches such as communication, philosophy, psychology, sociology, social work, economy, international relations, political science, tourism, law, public administration and healthcare management) that analyze, research, discuss and promote humanities-related social policies or practices).

2.All rights of the articles decided to be published in SAYOD are transferred to the journal during the publishing process. The copyright transfer of the articles is taken by filling in and signing the form presented on the journal website. Publications of the authors who do not send this form cannot be published.

3.At SAYOD, the studies are taken into consideration together with the Plagiarism Report (IThenticate, Turnitin). Plagiarism rate should be less than 15%. If a plagiarism report is not included or the plagiarism rate is high, the editor has the right to reject the article directly.

4. All legal, economic and ethical obligations of the articles sent to SAYOD belong to the authors. The articles sent to SAYOD to be published should not have been published in any media before and it should not be in the process of publication evaluation when added to the system. In addition, the symposium papers can be published provided that the place of presentation, meeting and the date are recorded and the full text version is not published elsewhere. However, the responsibility of any problem likely to arise from this publication activity belongs to the author. Besides, Ethical Committee approval must be obtained for studies on clinical and experimental human and animals requiring an Ethics Committee decision, this approval must be stated in the article and must be submitted as an appendix at the end of the article. Publications that do not meet this requirement are not acceptable.

5. Articles that do not comply with the Style Guidelines in the Author Guidelines tab of SAYOD may not be considered.

6. Journal Refereeing and Evaluation Process: Double-blind review method is applied in our journal. The referees are not informed about who the submitted article belongs to, and the author(s) are not informed about the identities of the reviewers. All evaluation processes and referee reports are stored in a digital archive. Articles in which the referees give negative reports are not published and are not returned to their author(s); administrative and judicial responsibility cannot be accepted in this regard. In the articles, the referees' correction requests are sent to the author(s) for necessary changes. The authors take into account the requests, suggestions and warnings of the referees and the editor. However, the authors can object to the referee's decisions and the issues they disagree with by stating their reasons. In this case, the opinion of another referee is sought. In cases where one of the referee's reports is positive and the other is negative, the article is sent to a third referee. It is the author's responsibility to submit the corrected article text to the journal within the specified time. Editor(s) have the authority to make minor non-essential corrections in the articles to be published. Referee opinions only express opinions to the editors in making the final decision. The final decision belongs to the editors.

In our journal, the evaluation process of the articles is carried out according to the following points:

- Articles in accordance with scientific ethical rules; It is evaluated by the editor and/or the members of the editorial board in terms of purpose, scope, method and writing principles. After the pre-check by the journal editors, articles are evaluated In our journal.
- The articles that are suitable for evaluation are primarily directed to two referees who are suitable for the field with their scientific studies, to be evaluated without specifying the identity of the author (blind refereeing).
- Within 7 days, the referee has the right to accept or reject the evaluation task. The referee who accepts the assignment is given 15 days to evaluate the article. The speed of the evaluation process of the articles is the responsibility of the referee.
- If both referees give the opinion " publishable ", the articles are published in the volume and number to be determined by the editorial board of the journal as soon as possible.
- In case one of the referees gives a positive opinion and the other a negative opinion; the article is sent to a third referee. In this case, the publication of the article depends on the report of the third referee.
- The articles are not returned whether they are published or not. The authors have to take into account the criticisms and suggestions of the referees regarding the corrections of the article they sent.
- It is the author's responsibility to deliver the corrected article text to the journal within the specified time. When necessary, the corrected text can be re-examined by the referees. The authors are not informed about the identities of the referees, and the referees are not informed about the authors and the article (Blind Refereeing).
- Referee evaluation reports are stored in the journal's digital archive.

SUBMISSION GUIDELINES

1. Articles must be written in the Microsoft Word Programme and the page structure must be created as follows:

Paper Size	A4 Vertical
Top Margin	3 cm
Bottom Margin	3 cm
Left Margin	3 cm
Right Margin	3 cm
Font	Times News Roman
Font Style	Normal
Type Size	(Head line) 12
Type Size	(Regular Text) 11
Type Size	(Footnote Text) 9
Type Size	(Abstract) 10
Paragraph Spacing	6 nk
Line Spacing	1

2. The abstract should be no more than 250 words and should have the following subsections.
 - **Summary** (which should contain details of the context for the article and methods/approached)
 - **Findings** (which should contain the key findings)
 - **Applications** (which should contain details of impact and application to Professional practice)
3. Full articles should be a maximum of 8000 words.
4. Manuscripts should have 3-5 keywords under the abstract.
5. The manuscripts should follow APA reference style.
6. The manuscripts that are not appropriate for submission guidelines cannot be include in peer review process.

MAKALELER/ ARTICLES

2024 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2024 Year, Issue: 1 Articles)

Hastanelerin Polikliniklerine Başvuran Hastaların Hekime Güvenini Etkileyen Faktörler

(Factors Affecting The Trust of Patients Visiting Outpatient Clinics of Hospitals)

Araştırma/ Research (1-12)

Comparison of Health Personnel Burnout Levels According to Their Working Status in Covid-19 Pandemic Clinic and Other Clinics

Araştırma/ Research (13-22)

Haloterapi- Tuz Terapisi: Solunum Yolu Hastalıklarının Tedavisinde Tamamlayıcı Bir Yöntem


(Halotherapy - Salt Therapy: A Complementary Method for The Treatment of Respiratory Diseases)

Derleme/ Review (23-32)

1950-1960 Yılları Arasında Demokrat Parti'nin Tarım Politikası Üzerine Bir Değerlendirme

(An Evaluation of The Democrat Party's Agricultural Policy Between 1950-1960)

Derleme/ Review (33-47)

	SOSYAL ARAŞTIRMALAR VE YÖNETİM DERGİSİ (SAYOD) *** JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH AND MANAGEMENT	
E-ISSN:	https://dergipark.org.tr/pub/sayod	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma Makalesi
Sayı:1, Eylül 2024	Issue:1, September, 2024	Received Date / Geliş Tarihi: 11.08.2024 Accepted Date / Kabul Tarihi: 26.08.2024
HASTANELERİN POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HASTALARIN HEKİME GÜVENİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER* ◆◆◆ FACTORS AFFECTING THE TRUST OF PATIENTS VISITING OUTPATIENT CLINICS OF HOSPITALS		
Atıf/ to Cite (APA): Koç, M. ve Ulusoy, H. (2024). Hastanelerin Polikliniklerine Başvuran Hastaların Hekime Güvenini Etkileyen Faktörler, Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 1-12		Melisa KOÇ** Prof. Dr. Hatice ULUSOY***
DOI: https://doi.org/10.35375/sayod.1529620		

ÖZ

Bu çalışma hastanelerin polikliniklerine başvuran hastaların hekime olan güvenini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte olup, evrenini 30.01.2023-03.03.2023 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma, bir devlet ve bir özel hastanenin polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya toplam 753 hasta katılım sağlamıştır. Çalışmada veriler kişisel bilgi formu ve hastaların hekime güvenini ölçmek amacıyla geliştirilen "Wake Forest Hekime Güven Ölçeği" ile toplanmıştır. Çalışmada ölçek toplam puan ortalaması $\bar{X}=4,16$ olarak saptanmış olup, ortaokul ve ön lisans mezunu olan hastaların, aynı hekime dört veya daha fazla kez başvuran hastaların, hasta hekim arasındaki iletişimden memnun olan hastaların, mevcut yaşam durumundan memnuniyeti yüksek olanlarınve Özel Hastaneye başvuran hastaların hekime olan güven düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak hastanelerin polikliniklerine başvuran hastaların hekimine güvenini etkileyen bazı sosyo-demografik özellikler saptanmıştır, hekime güven düzeyi genel olarak yüksektir ($\bar{X}=4,16$).

Anahtar Kelimeler: Hekime Güven, "Wake Forest Hekime Güven Ölçeği, Hasta-Hekim İlişkisi

ABSTRACT

This study was conducted to determine the factors affecting the trust of patients visiting outpatient clinics of hospitals. The study is descriptive cross-sectional type and the population consists of individuals aged 18 years and over who visited outpatient clinics of a training and research, a State and a private hospital. Data were collected between 30.01.2023-03.03.2023. The sample of the study consisted of 753 patients. Data were collected through a personal information form and the Turkish version of the "Wake Forest Physician Trust Scale" developed to measure patients' trust in physicians. In the study, the mean total score of the scale was found to be $\bar{X}=4.16$, and the level of trust in physicians was found to be statistically significantly higher in patients with secondary school and associate degree graduates, patients who applied to the same physician four or more times, patients who were satisfied with the communication between the patient and the physician, patients with high satisfaction with their current life situation, and patients who visited to Private Hospital. In conclusion, some socio-demographic characteristics affecting patients' trust in physicians were determined. In general, patients have a high level of trust in their physicians ($\bar{X}=4.16$).

Keywords: Trust in Physician, Wake Forest Physician Trust Scale, Patient-Physician Relationship

* Bu çalışma Melisa KOÇ'un yüksek lisans tezinin bir bölümünden üretilmiştir.

* Bu çalışma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan izin alınmıştır (EK 1).

**Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, melisakoc1112@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7283-4288>

*** Prof. Dr. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, hulusoy@cumhuriyet.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8911-5490>

1. GİRİŞ

Güven, çeşitli kaynaklar tarafından tanımlandığı üzere, sosyal ilişkilerde etkili iletişim için çok önemli bir unsurdur. Buna göre güven, iki kişi arasında, birbirlerinin eylemlerine hazır olmalarını ve bunların etkilerini mümkün olduğunca tahammül etme yeteneklerini gösteren duygusal durumdur. TDK güveni “Korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu; emniyet, itimat.” olarak tanımlamıştır.

Güven, hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkileyen çok önemli bir faktördür. Hekim-hasta arasındaki etkili bir iletişim tedavi sürecini önemli ölçüde etkilemektedir (Temel ve Aydın, 2018:745). Hekime güven, tedaviye uyumu artırıp güçlü bir ilişkinin sürdürülmesini sağlarken, güvenin azalması hastanın aynı hekime veya sağlık kuruluşuna yönelik tercihlerini değiştirebilmektedir (Ertong, 2011). Hekimlere güveni olmayan hastalar çoğu zaman onların tavsiyelerine uymamakta, tedavilerini yarım bırakmakta, hatta hiç başlamamaktadır (Karsavuran vd., 2011: 185). Hastanın hekime olan güveninin azalması, o hekime ya da sağlık kuruluşuna olan tercihinin azalmasına da yol açmaktadır. (Mainous vd., 2001: 22).

Hasta-hekim ilişkisinde güven kavramı bazı unsurların bulunmasını gerektirmektedir. Başka bir ifadeyle hekimler ve hastalar arasındaki güven iletişimi bazı faktörlerden etkilenir. Bu nedenle hastaların hekimlerine olan güvenini etkileyen faktörler arasında; medyanın olumlu veya olumsuz etkisi (Yeşilkaya ve Akalın, 2022), sosyal çevrenin etkisi, hekimin mesleki tecrübesi, hastanın hatalı teşhis ve tedavinin yapılabileceği yönündeki algısı, teşhis ve tedavi sürecinde bilgilendirme yapılıp yapılmaması (Gülcemal ve Keklik, 2016: 64), hasta hekim arasındaki iletişimin niteliği (Street vd., 2009: 295; Pellegrini, 2017: 95; Segers ve Merters 2022: 849) hekimin empati becerileri (Mercer ve Reynolds, 2002; Segers ve Merters, 2022: 849) gizlilik ve mahremiyetin sağlanması (Blendon vd., 2014) insan odaklı hizmet (Oates vd., 2000), sosyal ve kültürel faktörler (LaVeist vd., 2003), hekimin yetkinlik ve uzmanlık düzeyi (Thom vd., 2004: 124; Mahmud, 2009; Segers ve Merters, 2022: 849) ve hastanın eğitim ve bilinç düzeyi (Levinson vd., 2013: 3) sayılabilir.

İlgili literatür incelendiğinde Gülcemal ve Keklik’in (2016) yaptıkları araştırmada hastalar başvuracakları hastaneleri daha önce aldıkları hizmetlerden duydukları memnuniyet ve hekime duydukları güvene göre seçmektedir. Yapılan araştırmalarda hastaların hekime güven düzeyini etkileyen bazı sosyo-demografik özelliklerin de olduğu saptanmıştır. Örneğin Gu vd. (2022) yaptıkları çalışmada , hekimlerin iletişim becerilerinin, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına olan güvenini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır. Deniz ve Çimen’in (2021) çalışmasında ise, hekime güven ile hastaların eğitim düzeyleri arasında ilişki olduğu gösterilirken başka bir çalışmada ise yüksek eğitim düzeyine sahip olan hastaların hekime güven düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Thom vd.1999: 510). Hall vd. (2002) yaptığı çalışmada ise gelir düzeyi daha yüksek olan hastaların hekime güven derecesi, gelir düzeyi düşük olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hasta hekim ilişkisinde, hastanın hekimine güven duyması kaliteli bir sağlık hizmetinin temel unsurları arasında sayılmaktadır (Pellegrini, 2017: 95 ; Segers ve Merters, 2022: 849; Wu vd., 2022: 1388). Ulusal ve uluslararası literatürde hastaların hekime duyduğu güveni araştıran çalışmalar daha çok hasta hekim iletişimi üzerinde odaklanmış olup (Atilla vd., 2012: 23; Biglu vd., 2017: 192; Karayığit ve Cingi, 2021: 191; Gu vd., 2022: 1), hekime güveni etkileyen diğer sosyo-demografik faktörlerle ilgili çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır (Freburger vd., 2003: 51; Ertong, 2011; Gülcemal ve Keklik, 2016: 64; Deniz ve Çimen, 2021: 10). Ayrıca Sivas ilinde hastaların hekime güvenini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu

çalışmada, hastanelerin polikliniklerine başvuran hastaların hekime olan güvenini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu çalışmanın amacı, Sivas il merkezinde bulunan toplam üç hastanenin polikliniklerine başvuran hastaların hekime olan güvenini etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışmada veri toplamak amacıyla kişisel bilgi formu ve “Wake Forest Physician Trust Scale’in (WFPT) Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, gelir düzeyi, kronik hastalığının ve sosyal güvencesinin olması veya olmaması, mevcut yaşamından memnuniyeti gibi 14 sorudan oluşmuştur. Çalışmada hekime güveni ölçmek amacıyla Hall vd. (2002) tarafından geliştirilen Koç, Ulusoy ve Bardakçı (2024) tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan “Wake Forest Hekime Güven Ölçeği” (WFHGÖ) kullanılmıştır. Ölçek 7 madde ve tek alt faktörden oluşmaktadır ve 5’li likert tipindedir. Ölçeğin Cronbach α katsayısı 0,92 bulunmuştur. Çalışmanın evrenini 30.01.2023-03.03.2023 tarihleri arasında belirtilen hastanelerin polikliniklerine başvuran, 18 yaş ve üzeri, okur-yazar, görme ve okuduğunu anlama sorunu olmayan, zihinsel bir engeli bulunmayan, daha önce en az bir kez aynı hekimden özel muayene hizmeti almış olan kişiler oluşturmuştur. Evreni temsil etmeyen gruptaki bireyler çıkarıldığında ve hata toleransı %5, güvenirlik düzeyi %95 olarak alındığında 383 kişilik bir örneklemin çalışma için yeterli olacağı saptanmıştır. Çalışmaya gönüllülük esasına göre toplam 783 hasta katılım sağlamıştır. Veriler çalışmanın birinci yazarı tarafından kişilere yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır. Elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 23) paket programı kullanılarak T testi, ANOVA testi ve Pearson korelasyon testleri ile analiz edilmiştir.

Çalışmanın yürütülebilmesi için “Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 14.12.2022 tarihli 2022-12/46 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca Numune Hastanesi için İl Sağlık Müdürlüğünden, Özel Sivas Medica Hastanesi Başhekimliği ve Üniversite Hastanesi Başhekimliğinden de izin yazıları alınmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=753)

	Gruplar	N	%
Yaş	18-27	247	32,8
	28-37	212	28,2
	38-47	136	18,1
	48-57	86	11,4
	58-67	40	5,3
	68 ve üzeri	32	4,2
Cinsiyet	Kadın	437	58
	Erkek	316	42
Eğitim Düzeyi	OY/ İlkokul	92	12,2
	Ortaokul	55	7,3
	Lise	172	23
	Ön Lisans	122	16,2
	Lisans	251	33,3
	Lisansüstü	61	8,1
Medeni Durum	Evli	485	64,4
	Bekar	268	35,6
Hane Halkı Gelir Düzeyi	8500TL ve altı	167	22,2
	8501TL-13500TL	162	21,5
	13501TL-18500TL	200	26,6
	18501TL-23500TL	77	10,2
	23501TL-28500TL	66	8,8
	28501TL ve üzeri	81	10,8
Kronik Hastalık	Var	248	33
	Yok	505	67
Sosyal Güvence	SGK	482	64
	BAĞKUR	84	11,2
	Emekli Sandığı	164	21,8
	Özel Sigorta	22	2,9
Mevcut Yaşam Durumundan Memnuniyet	Çok memnunum	38	5
	Memnunum	75	10
	Kararsızım	125	16,6
	Memnun değilim	417	55,4
	Hiç memnun değilim	98	13
Kişisel Sağlığa Önem Derecesi	Yüksek	35	4,6
	Orta	209	27,8
	Düşük	509	67,6
Aynı Hekime Başvuru Sayısı	2	376	49,9
	3	133	17,7
	4 ve üzeri	241	32
Hekimi Tercih Etme Nedeni	Tavsiye	154	20,5
	Memnuniyet	354	47
	Mecburiyet	225	29,9
	Diğer	20	2,7
Hasta Hekim İletişim Memnuniyeti	Memnunum	592	78,6
	Kararsızım.	127	16,9
	Memnun Değilim	34	4,5
Toplam		753	100

Tablo 1’de hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Buna göre hastaların %32,8’si 18-27 yaş grubundadır, %58,0’ı kadın, %33,3’ü lisans mezunu ve %64,4’ü evlidir. Hastaların hane halkı gelir düzeyine ait bulgulara göre %26,6’sının gelir düzeyi ile 13501TL-18500TL aralığındadır, %67’sinin kronik bir hastalığı yoktur %64’ünün sosyal güvencesi SGK’dır. Çalışmaya katılan hastaların %55,4’ü mevcut yaşamlarından memnun olmadığını belirtirken, %67,6’sı kişisel sağlığına önem derecesini “düşük” olarak belirtmiştir. Hastaların %49,9’u aynı hekime 2. kez başvurduğunu ifade etmiştir. Hastaların %47,0’ı memnuniyet duyduğu için aynı hekimi tercih ettiğini belirtirken, hasta-hekim iletişim memnuniyetine ait soruya hastaların çoğunluğu (%78,9) “memnunum” cevabını vermiştir.

Tablo 2. WFHG Ölçeği Ortalaması, Min.-Max. Değeri ve Standart Sapması

	\bar{X}	Min. Değer	Maks. Değer	ss.
WFHG Ölçeği	4,16	1,30	5,00	0,65

Tablo 2’de görüldüğü gibi WFHG Ölçeği toplam puan ortalaması 4,16’dır. Ölçeğin minimum değeri 1,30, maksimum değeri ise 5,00 olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Hastaların Eğitim Düzeyine, Mevcut Yaşam Durumundan Memnuniyet Duyma Düzeyine ve Kişisel Sağlığa Önem Derecesine Göre WFHG Ölçeği Ortalamalarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

	Eğitim Düzeyi	N	Ort.	ss.	F	p	
Hekime Güven	OY/ İlkokul	92	4,16	0,75	4,256	0,001	
	Ortaokul	55	4,48	0,56			
	Lise	172	4,20	0,63			
	Ön Lisans	122	4,21	0,74			
	Lisans	251	4,03	0,72			
	Lisansüstü	61	4,16	0,77			
		Mevcut Yaşam Durumundan Memnuniyet Duyma Düzeyi	N	Ort.	ss.	F	p
		Çok Memnunum	38	3,69	0,94	17,335	0,000
		Memnunum	75	3,92	0,88		
		Kararsızım	125	4,0	0,66		
		Memnun Değilim	417	4,20	0,63		
		Hiç Memnun Değilim	98	4,55	0,60		
	Kişisel Sağlığa Önem Derecesi	N	Ort.	ss.	F	p	
	Yüksek	35	4,05	0,84	5,919	0,003	
	Orta	209	4,03	0,74			
	Düşük	509	4,22	0,68			

Hastaların eğitim düzeyine, mevcut yaşam durumundan memnuniyet duyma düzeyine ve kişisel sağlığa önem derecesine göre WFHG Ölçeği bulguları tablo 3’te verilmiştir. Buna göre araştırmada hastaların eğitim düzeyine, mevcut yaşam durumundan memnuniyet duyma düzeyine ve kişisel sağlığa önem derecesine göre ölçek ortalama puanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Tukey çoklu karşılaştırma testine göre ortaokul ve ön eğitim düzeyine sahip hastaların, okuryazar/ilkokul, lise, lisans ve lisansüstü düzeyine sahip olanlara göre hekime olan güvenlerinin

istatistik olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Mevcut yaşam durumundan memnuniyet duyma düzeyine bakıldığında mevcut yaşam durumundan memnun olma düzeyi arttıkça hekime duyulan güven azalmaktadır. Başka bir deyişle memnun olmayanların hekime güveni daha yüksektir. ($p<0,05$). Bu durum güven düzeylerinde anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 4. Aynı Hekime Başvurma Sayısına, Hastaların Hekimi Tercih Etme Nedenine ve Hasta Hekim İletişim Memnuniyetine Göre WFHG Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

	Aynı Hekime Başvurma Sayısı	N	Ort.	ss.	F	p	
Hekime Güven	2	377	4,08	0,73	8,920	0,000	
	3	133	4,12	0,64			
	4 ve üzeri	242	4,32	0,69			
	Hastaların Hekimi Tercih Etme Nedeni						
	Tavsiye	154	4,16	0,73	42,822	0,000	
	Memnuniyet	354	4,41	0,56			
	Mecburiyet	225	3,81	0,74			
	Diğer	20	3,63	0,57			
	Hasta-Hekim İletişimi Memnuniyeti						
	Memnunum	592	4,34	0,58	125,774	0,000	
	Kararsızım.	127	3,63	0,65			
	Memnun Değilim	34	3,04	0,95			

Tablo 4 incelendiğinde çalışmaya katılanların aynı hekime kaç kez başvurduklarına bağlı olarak WFHG Ölçeği ortalama puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,000<0,05$). Aynı hekime başvuru sayısı 4 ve üzeri olan hastaların ($\bar{X}=4,32$), hekimi tercih nedeni memnuniyet olanların ($X= 4,41$) ve hasta hekim iletişiminden memnun olan hastaların ($X= 4,34$) hekime güven düzeyi istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur. Başka bir ifadeyle aynı hekime başvuru sayısı ve hasta hekim iletişim memnuniyeti yüksek olan ve hekimini memnuniyet nedeniyle tercih eden hastaların hekimine daha çok güvenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 5. Hastane Türü Tercihine Göre WFHG Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

Değişken	Hastane Tercihi	N	Ort.	ss.	F	p
Hekime Güven	Özel Medicana Hastanesi	251	4,23	0,65	3,885	0,021
	Üniversite Hastanesi	262	4,18	0,75		
	Numune Hastanesi	240	4,06	0,72		

Tablo 5'teki, bulgulara göre hastaların hastane türü tercihine göre ortalama WFHG Ölçeği puanlarında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0,021<0,05$). Tukey çoklu karşılaştırma testi sonucunda,

özel hastaneyi tercih eden hastaların, Numune ve Üniversite hastanesini tercih edenlere göre hekime güven düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalığının olması veya olmaması ve sosyal güvencesi ile hastaların hekime güven düzeyi karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Başka bir ifadeyle yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalığının ve sosyal güvencesinin olması veya olmaması hastanın hekime güven düzeyini etkilememektedir.

4. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan 753 hastanın %32,8'ini 18-27 yaş grubu, %58'ini kadın, %33,3'ünü üniversite öğrencisi ve %64,4'ünü evli olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Hastaların hekime güvenlerini ölçmek için kullanılan WFHG Ölçek toplam puan ortalamasının 4,16 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmada hastaların eğitim düzeylerine göre hekime güven düzeylerinde anlamlı bir farklılık olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmamızın bulgusuna göre lisans mezunu olan hastalar hekime güven düzeyi en düşük olan gruptur (Tablo 3). Bu sonuç, Gülcemal ve Keklik'in bulgularını desteklemektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sağlık çalışanlarına güven düzeyinin daha düşük olmasının nedeni bu kişilerin sağlık sorunlarına ilişkin beklentilerinin ve farkındalığın yüksek olması olabilir. Trachtenberg vd. (2005) yaptığı çalışmada katılımcıların eğitim düzeylerinin hekime olan güvenlerini etkilemediği bulunmuştur. Freburger vd. (2003) yaptığı çalışmada ise eğitim durumu ve hekime güven arasında yüksek derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bireylerin mevcut yaşamlarından memnuniyeti, yaşamlarının her yönünü önemli ölçüde etkilemektedir. Araştırmada bireylerin mevcut yaşamlarından memnuniyetleri ile hekime olan güven düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde memnuniyet arttıkça hekime güven düzeyinin azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmamızda kişisel sağlığına verdiği önem düzeyini düşük olarak belirten hastaların, ortalama öneme sahip olanlara göre hekimlerine daha fazla güven duyduklarını saptanmıştır ($p<0,05$). Kişisel sağlığına önem vermeyen bireylerin, sağlık konularında mesleki bilgiye veya bir uzmana güvenmeleri, sağlık sorumluluğunu üstlenmedeki yetersizlikleri (Avcı, 2016: 259) veya sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması olabilir (Tablo 3).

Pellegrini'ye (2017) göre güven genellikle bir kez olan etkileşim sonucunda olan bir şey değildir, zamanla, tekrarlayan etkileşimler ve bireyin beklentilerinin karşılanma durumuna göre oluşur. Hastaların hekimleri ile olan iletişim memnuniyeti yalnızca bilgi aktarımına bağlı olmayıp empati, saygı, anlayış ve hastaların duygusal ihtiyaçlarına duyarlılıktan da etkilenebilmektedir (Atilla vd., 2012: 23). Çalışmamızda aynı hekime dört veya daha fazla kez başvuran hastaların; hekiminden memnun olduğu için aynı hekimi seçenlerin ve hekimleriyle iletişiminden memnun olan hastaların hekimlerine olan güveni daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4). Bulgularımız Gülcemal ve Keklik (2016)'in bulgularını destekler nitelikte olup bu çalışmada da hastaların hekime olan güven düzeyinin memnuniyet, zorunluluk, tavsiye gibi faktörlerden etkilendiği saptanmıştır. Yassini vd. (2010) yaptığı çalışmaya göre hastaların hekim tercihini iş tecrübesi, muayenede yeterli süre ayrılması ve nitelikli asistanlara sahip olması gibi faktörler belirlemektedir. Kore'de yapılan bir çalışmada da hekimin yaşı ve mezun oldukları üniversite hekimi tercih nedeninde etkili olmuştur (Kim vd., 2018). Bir diğer çalışma sonuçlarına göre hastanın hekimi tercih nedenleri hekimin muayenedeki yoğun ilgisi ve hasta ile olan iletişimi ön plana çıkmıştır (Mercado vd., 2012: 125). Yılmaz'ın (2005) 200 hasta ile yaptığı çalışmasında da benzer şekilde hastanın aynı hekime başvuru sayısı arttıkça hekime güvenin arttığı saptanmıştır. Biglu vd. 2017 yılında yaptığı bir çalışmada da hekimlerin iletişim becerileri ile

hasta memnuniyeti arasında doğrudan bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Çin’de 103 hastane ve 3289 hasta ile yapılan başka bir çalışmada da hekimin empati düzeyi ile hastanın hekimin yardımseverliği ve yetkinliğine duyduğu güven, hekim-hasta ilişkisi ile hastanın hekime güven düzeyi arasında orta ila güçlü korelasyon olduğu saptanmıştır (Wu vd., 2022: 1388).

Araştırmamıza katılan ve Özel Medicana hastanesine başvuran hastaların hekime güven düzeyi kamu hastanelerine göre daha yüksektir (Tablo 5) ($p<0,05$). Hastaların özel veya kamu hastanesine başvuru tercihlerini muayene için bekleme süresi, hastanenin temizlik, görsellik, otelcilik hizmetleri gibi özellikleri, personelin ilgisi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca bu hastanenin Sivas’taki tek özel hastane olması da bu sonuca neden olmuş olabilir. Çalışmamızın bu bulgusu Ertong (2011), Al-Borie ve Damanhourı (2013) ve Taner ve Anthony (2006)’nin çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Benzer şekilde Yağcı ve Duman’ın 2006 yılındaki araştırmasında ise, en iyi hizmeti özel hastanelerin verdiğini, bunu üniversite hastaneleri ve kamu hastanelerinin izlediğini saptanmıştır Gülcemal ve Keklik’in (2016) çalışmasında ise bulgumuzun aksine hastane türü ile hekime duyulan güven arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Sivas il merkezindeki üç hastanenin polikliniklerine başvuran 753 hastanın hekime güven düzeyi oldukça yüksektir. Aynı hekime dört ve daha fazla kez başvuranların, memnuniyet nedeniyle hekime başvuranların, hekimle iletişiminden memnun olanların, mevcut yaşamlarından memnun olmayan hastaların, kişisel sağlıklarına daha az önem veren hastaların ve özel hastanelere başvuran hastaların hekime güven düzeyi daha yüksektir ($p<0,05$). Araştırmada hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, kronik hastalık ve sosyal güvencesinin olup olmamasının hekime olan güvenini etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Güven düzeyi düşük veya orta düzeyde saptanan gruplarda hekime güven düzeyinin düşük olmasının nedenlerinin her hastane özelinde araştırılması, hastaların hekime güven düzeyi en yüksek olan kurumun Sivas’ta bulunan ve tek özel hastane olan Özel Sivas Medicana Hastanesi olduğu saptanmıştır. Güven düzeyi en düşük olan kurum ise Sivas Numune Hastanesi olarak saptanmıştır. Farklı araştırmalarla bu bulguların nedenlerinin araştırılması önerilmiştir.

KAYNAKÇA

- Al-Borie, H. M., & Sheikh Damanhourı, A. M. (2013). Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(1), 20-30.
- Atilla, G., Oksay, A., & Erdem, R. (2012). Hekim-hasta iletişimi üzerine nitel bir ön çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, (43), 23-37.
- Avcı, Y. D. (2016). Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 259-266.
- Biglu, M. H., Nateq, F., Ghojzadeh, M., & Asgharzadeh, A. (2017). Communication skills of physicians and patients' satisfaction. *Materia socio-medica*, 29(3), 192.
- Blendon, R. J., Benson, J. M., & Hero, J. O. (2014). Public trust in physicians—US medicine in international perspective. *New England Journal of Medicine (NEJM)*, 371(17), 1570-1572.

- Deniz, S. ve Çimen, M. (2021). Hekimlere güven düzey belirleme yönelik bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 10-16.
- Ertong, G. (2011). Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Freburger, J. K., Callahan, L. F., Currey, S. S., & Anderson, L. A. (2003). Use of the Trust in Physician Scale in patients with rheumatic disease: psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 49(1), 51-58.
- Gu, L., Tian, B., Xin, Y., Zhang, S., Li, J., & Sun, Z. (2022). Patient Perception of Doctor Communication Skills and Patient Trust in Rural Primary Health Care: The Mediating Role of Health Service Quality. *BMC Primary Care*, 23(1), 1-10.
- Gülcemal, E., & Keklik, B. (2016). Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.
- Güncel Türkçe Sözlük, (2023), Türk Dil Kurumu, <https://sozluk.gov.tr/>.
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Services Research*, 37(5), 1419-1439.
- Karayiğit, D. Z., & Cingi, C. C. (2021). Hekimlerin sosyal iletişim becerileri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 14(1), 191-200.
- Karsavuran, S., Kaya, S., & Akturan, S. (2011). Hasta-hekim iletişimde güven: bir genel cerrahi polikliniği örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(2), 185-212.
- Kim, K., Ahn, S., Lee, B., Lee, K., Yoo, S., Lee, K., ... & Kim, Y. B. (2018). Factors associated with patients' choice of physician in the Korean population: Database analyses of a tertiary hospital. *PLoS One*, 13(1), e0190472.
- LaVeist, T. A., Nuru-Jeter, A., & Jones, K. E. (2003). The association of doctor-patient race concordance with health services utilization. *Journal Of Public Health Policy*, 24(3-4), 312-323.
- Levinson, W., Hudak, P., & Tricco, A. C. (2013). A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement. *Patient Education And Counseling*, 93(1), 3-17.
- Mahmud, A. (2009). Doctor-patient relationship. *Pulse, Medical Journal of Apollo Hospitals Dhaka*, July, 3(1), 12-14.
- Mainous, A. G. vd., (2001), Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the united states and the united kingdom, *Family Medicine*, Vol. 33(1), p. 22-29.
- Mercado, F., Mercado, M., Myers, N., Hewit, M., & Haller, N. A. (2012). Patient preferences in choosing a primary care physician. *Journal of primary care & community health*, 3(2), 125-131.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), S9-12.

- Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Pellegrini, C. A. (2017). Trust: the keystone of the patient-physician relationship. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(2), 95-102.
- Segers, S., & Mertes, H. (2022). The curious case of “trust” in the light of changing doctor–patient relationships. *Bioethics*, 36(8), 849-857.
- Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education And Counseling*, 74(3), 295-301.
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership In Health Services*, 19(2), 1-10.
- Temel, K., & Aydın, M. (2018). Sağlık hizmetlerinde, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan bilgi asimetrisinin ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar: Çanakkale örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Thom, D. H., Hall, M. A., & Pawlson, L. G. (2004). Measuring patients’ trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124-132.
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., & Luke, D. A. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. *Medical care*, 37(5), 510-517.
- Trachtenberg, F., Dugan, E., & Hall, M. A. (2005). How patients' trust relates to their involvement in medical care. *Journal of Family Practice*, 54(4), 344-354.
- Wu, Q., Jin, Z., & Wang, P. (2022). The relationship between the physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1388-1393.
- Yağcı, M. İ., & Duman, T. (2006). Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7(2), 218-238.
- Yassini, S. M., Harrazi, M. A., & Askari, J. (2010). The study of most important factors influencing physician choice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1945-1949.
- Yeşilkaya, B. H., & Akalın, B. (2022). Sağlık hizmetleri pazarlaması üzerine bir model önerisi: kamu ve özel hastane örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*(1), 105-120.
- Yılmaz, A. A. (2005). Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Tüp Bebek ünitesinde bir uygulama (Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi).

EK 1. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı **Kurul** **Kararı**



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
GİRİŐİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastaların Hekime Güvenini Etkileyen Faktörler: Sivas İli Örneği
-----------------------	--

ETİK KURULU BİŐİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 487 20 92
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŐURU BİŐİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Hatice Ulusoy
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Gülzay Yıldırım
İmza:



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastaların Hekime Güvenini Etkileyen Faktörler: Sivas İli Örneği
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŐ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	DIĞER:	<input type="checkbox"/>		
	Karar No: 2022-12/46	Tarih: 14.12.2022		

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceğ, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiŐ ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
----------------------------	---

BAŐKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Gülay Yıldırım
---------------------------------	--------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Gülay Yıldırım (BaŐkan)	Tıp Tarihi ve Etik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Binnur Bağcı (BaŐkan Yardımcısı)	Beslenme ve Diyetetik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hüseyin Aydın (Raportör)	Tıbbi Biyokimya	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Meral Kellici	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları HemŐireliđi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hakan Demir	Protetik DiŐ Tedavisi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, DiŐ Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İlhan Otağ	Anatomi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Süleyman Koç	Genel Cerrahi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Esra Gültürk	Biyoistatistik	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Serkan Bolat	Tıbbi Biyokimya	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

	SOSYAL ARAŞTIRMALAR VE YÖNETİM DERGİSİ (SAYOD) *** JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH AND MANAGEMENT	
	E-ISSN: 2667-5897	https://dergipark.org.tr/tr/pub/sayod
Sayı: 1, Eylül 2024	Issue: 1, September 2024	Received Date / Geliş Tarihi: 29.07.2024 Accepted Date / Kabul Tarihi: 07.09.2024
COMPARISON OF HEALTH PERSONNEL BURNOUT LEVELS ACCORDING TO THEIR WORKING STATUS IN COVID-19 PANDEMIC CLINIC AND OTHER CLINICS*		
Atıf/ to Cite (APA): Çıraklı, Ü. ve Cam Uzun, T. (2024). Comparison of Health Personnel Burnout Levels According to Their Working Status in Covid-19 Pandemic Clinic and Other Clinics. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 13-22.		Ümit ÇIRAKLI** Tuğçe CAM UZUN***
DOI: https://doi.org/10.35375/sayod.1524386		

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the degrees of burnout experienced by medical professionals who work at COVID-19 pandemic clinics against other clinics. The research was conducted on 160 healthcare professionals working in public hospitals in Izmir province. Stratified random sampling was applied in the study. As a data collection tool in the study, a personal information form containing demographic information was directed to the healthcare professionals. Maslak Burnout Inventory (MBI) was used to evaluate burnout levels. The software SPSS 28.0 was utilized to analyze the data. The normality of the acquired data was assessed using the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests, and the variables were compared using the Independent T-Test. There is a significant difference between female (26.86 ± 3.32) and male (28.45 ± 3.06) healthcare professionals ($p < 0.05$) in the Personal Success sub-dimension of the ITS of healthcare professionals who are not in the pandemic department. There is a significant difference between healthcare professionals who find the profession they are involved in suitable for themselves and those who do not find the profession suitable for themselves in the ITS Depersonalization sub-dimension of healthcare professionals who are not in the pandemic department ($p < 0.05$). However, there is no significant difference between the healthcare professionals in the pandemic department who find the profession they are involved in suitable and not suitable for themselves in the ITS Depersonalization sub-dimension ($p > 0.05$). It was found that nurses (31.3 ± 2.80) experienced the highest level of burnout among healthcare professionals both in the pandemic department and not in the pandemic department. It is recommended to carry out more studies to reduce the burnout averages of health workers.

Keywords: Covid-19, Pandemic, Healthcare Personnel, Burnout.

1. INTRODUCTION

In a certain region or society, the occurrence of a health-related behavior or disease above normal is defined as an epidemic (Martin & Martin-Granel, 2006). Epidemic diseases have been given different names according to their organismal structures and characteristics. Epidemic diseases, which are classified under three different names as endemic, epidemic and pandemic, are also grouped in this way around the world (Deniz, 2022).

Endemic is often confused with epidemic in the literature. However, endemic means the continuous continuation of a disease in a population group or geographical region. In other words, endemic means the continuous rapid existence of a disease without ending (Varga, 2014).

Epidemic is a concept that is an epidemic disease seen in a region or society and affects a high percentage of the population. Pandemic is the name given to epidemic diseases that have a widespread effect in

* This study is derived from the thesis titled "A study on comparing the burnout levels of healthcare professionals working in Covid-19 pandemic clinics and other clinics" accepted in 2023 at Yozgat Bozok University, Graduate Education Institute, Department of Health Management. The ethics committee approval for the study was obtained from the Yozgat Bozok University Ethics Commission with the decision dated 24.06.2022 and numbered 34/38.

** Assoc. Prof. Dr., İzmir Bakırçay University, Health Sciences Faculty, Department of Health Management, umit.cirakli@bakircay.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3134-8830>

*** Master's degree graduate, Ministry of Health of Türkiye, 80112320005@ogr.bozok.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-6160-1074>

many countries or continents in the world. Many infectious agents and transmission routes can cause an epidemic. Theoretically, pandemic: In ancient Greek, pan = all, demos = people. In fact, pandemic is called the name of epidemic diseases that affect almost all people (Türkiye Bilimler Akademisi [TÜBA], 2020). To summarize all three concepts (endemic, epidemic, pandemic): endemic is a common epidemic disease in a population; epidemic is an epidemic disease that takes the population in question out of its habit; pandemic is an epidemic disease that has an impact on the world and affects the largest mass (Merson et al., 2011).

2. LITERATURE REVIEW

The occurrence of a disease in many living beings as a result of the indirect or direct transmission and impact of an infection on a population is called an epidemic disease (Parıldar, 2020). Public health experts and biologists make three different groups of epidemic diseases according to their spreading capacity/impact level. The first of these types is endemic. Endemic is defined as epidemic diseases that are seen only in people living in a community or region. If the endemic cannot be controlled/is not taken under control and affects a larger population, it is called an epidemic instead of an endemic. The type of epidemic diseases that affect the largest population is pandemic epidemic diseases. In order for a disease to be defined as a pandemic, it must include a large number of deaths, many contagious features and a very high prevalence (Gögebakan, 2021; Parıldar, 2020). When we look at the epidemics that have occurred from past to present, it is known that many different and infectious diseases such as plague, ebola, cholera, smallpox, influenza, tuberculosis, syphilis, malaria, AIDS and COVID-19 have reached pandemic dimensions (Parıldar, 2020).

Healthcare workers face many occupational risks today. We can say that the most important occupational risk factors are pandemic infections and contagious infections. Pandemic infections and contagious infections that healthcare workers will acquire at their workplaces pose a risk not only to their own health but also to the health of their family members, other patients, other healthcare workers and the public. In addition, they can transmit diseases they acquire from the public to their patients and other healthcare workers (Kartal, 2008). In addition, especially due to the COVID-19 pandemic, it is likely that healthcare workers will be more likely to contract an infection than the general public - even a life-threatening risk, intense pressure and stress due to working conditions, and an increase in the risk of burnout (Duran, 2022). For this reason, healthcare workers are more likely to encounter sick people and to contract pandemic diseases than other professional groups (Dikmen, 2010). So much so that the first case of influenza epidemic in Türkiye was detected in May 2009, and the first death was reported to be a healthcare worker (Ministry of Health of Türkiye, 2019). In addition to the deadly effects of pandemics for healthcare workers, they can also have negative effects on many elements of working life. Burnout is one of the areas.

Burnout, a concept that almost everyone who works in today's world is familiar with, means "failing, being exhausted or powerless as a result of high effort use" (Aba, 2022; Zeynalı, 2021). Burnout was first used in the 1970s in the USA to express the work depression experienced by people working in customer relations. However, this widespread usage, which also found its place in Greene's novel "A Burnt-Out Case" published in 1961, which tells the story of an architect who has an internal breakdown and is disappointed, quitting his job and escaping to the African forests, was expressed as "a great weariness and the extinction of a person's commitment to his job and idealism" (Göçmen, 2021). In fact, in his study on burnout, Jones stated that burnout is caused by psychological stress on individuals, but in fact; he emphasized that the stress arising from the relationship between the people providing service and the customers receiving the service affects burnout more. At the same time, he stated that the concept of burnout should be considered as a concept that includes changes in the professional process beyond individual and physical fatigue (Barutçu & Serinkan, 2008).

3. METHOD AND MATERIAL

3.1. Purpose of The Study

The main purpose of the study is to determine burnout levels of healthcare professionals, and to reveal whether the burnout levels of healthcare professionals differ depending on whether they work in a COVID-19 clinic.

3.2. Universe and Sample

The study's participants are medical professionals employed at hospitals located in the province of Izmir. A total of 160 medical experts employed by the province of Izmir's state hospitals makes up the sample group, 80 in pandemic clinics and 80 in other clinics, using the stratified sampling method.

3.3. Data Collection Tools

The “Maslach Burnout Inventory” was a tool employed in the study to gather data to investigate how healthcare professionals working in COVID-19 pandemic clinics and other clinics felt during the pandemic process, their opinions about their mood while working, and whether they were physically and biologically healthy while working. The scale developed by Maslach and Jackson (1981), which was translated into Turkish by Ergin (1992), has five-point answer options as “1 never” and “5 always” (Durşen, 2016). The scale, which consists of a total of 22 statements, is divided into sub-dimensions as emotional exhaustion (1-2-3-6-8-13-14-16-20), depersonalization (5-10-11-15-22) and low personal accomplishment (4-7-9-12-17-18-19-21). In the emotional exhaustion sub-dimension, low burnout is between 9-22.49, medium burnout is between 22.5-31.49, and high burnout is between 31.5-45 points. In the depersonalization sub-dimension, low burnout is between 5-12.49, medium burnout is between 12.5-17.49, and high burnout is between 17.5-25 points. Low personal accomplishment is between 8-19.99 for low burnout, 20-27.99 for medium burnout, and 28-40 points for high burnout. The Personal Accomplishment questions from the sub-dimensions includes reverse scoring. High mean scores are an indicator of burnout (Şıklar & Tunalı, 2012). The validity and reliability studies of this scale, developed by Ergin (1992) and Çam (1992), have been conducted. Two different methods were used for reliability analysis. First, The Cronbach's Alpha coefficients were used to assess the scale's internal consistency. The alpha coefficient for the emotional exhaustion sub-dimension was 0.83, for the depersonalization sub-dimension 0.65 and for the personal accomplishment sub-dimension 0.72. the scale's reliability was also investigated with the test-retest method. According to the retest results conducted 2-4 weeks later, the reliability coefficient of the emotional exhaustion sub-dimension was 0.83, the reliability coefficient of the depersonalization sub-dimension was 0.72 and the reliability coefficient of the personal accomplishment sub-dimension was 0.67. These results show that the scale can be repeated over time. The construct validity of the scale was examined with factor analysis, and it was found that the Turkish adaptation was completely consistent with the original version. This result shows that the scale is suitable for the language and culture used and measures the desired feature. A personal information form was administered to the participants, including demographic data: gender, age, marital status, having children, educational attainment, total number of hours worked in the profession, and working systems during the pandemic.

3.4. Data Analysis

The data analysis was done using the SPSS 28.0 program. The normality of the acquired data was assessed using the skewness-heading values, Shapiro Wilk test ($p>0.05$), and Kolmogorov-Smirnov ($p>0.05$) tests. The acquired values indicated that the data had a normal distribution, and the variables were compared using the independent groups t test. For the comparison of all the variables, 0.05 was chosen as the significant threshold.

4. FINDINGS

This section includes the findings of the research. Table 1 shows the frequency and percentage distributions of the health workers participating in the research regarding their gender, age, marital status, having children and educational status.

Table 1. Frequency and Percentage Distributions of Socio-demographic Characteristics of the Participants

Variables	Subgroups	f	%
Gender	Female	89	55.6
	Male	71	44.4
Age	Ages 18-24	32	20.0
	Ages 25-34	34	21.3
	Ages 35-44	53	33.1
	Ages 45 and over	41	25.6
Marial Status	Married	104	65.0
	Single	56	35.0
Status of Having Children	Yes	93	58.1
	No	67	41.9
Education	High School	6	3.8
	Associate's degree	18	11.3
	Bachelor's degree	129	80.6
	Postgraduate	7	4.4

Table 1 shows the frequency and percentage distributions of the healthcare professionals participating in the study regarding gender, age, marital status, having children and educational status. According to the information in Table 1; 55.6% (89 people) of the participants in the study were female, while 44.4% (71 people) were male healthcare professionals. According to the age variable, 20.0% (32 people) were between the ages of 18-24, 21.3% (34 people) were between the ages of 25-34, 33.1% (53 people) were between the ages of 35-44, and 25.6% (41 people) were healthcare professionals who were 45 years of age and over. In the frequency and percentage distributions regarding the marital status of the participants, it was determined that 65.0% (104 people) were married and 35.0% (93 people) were single.

Table 2 shows the frequency and percentage distributions of the healthcare professionals participating in the study regarding their profession, total working time in the profession, average weekly working time, and working system during the pandemic.

Table 2. Frequency and Percentage Distributions of Occupational Information of Healthcare professionals

Variables	Subgroups	f	%
Occupation	Nurse	89	55.6
	Physician	26	16.3
	Other	45	28.1
Total Working Time in the Profession	Less than 5 Years	32	20.0
	Between 6-10 Years	39	24.4
	Between 11-19 Years	54	33.8
	20 Years and over	35	21.9
Average Weekly Working Hours	Less than 40 Hours	18	11.3
	Between 41-72 Hours	96	60.0
	73 Hours and over	46	28.8
Working System During the Pandemic	Shift	55	34.4
	On-Call\Rotating	96	60.0
	Administrative Leave	9	5.6

According to the information in Table 2; 55.6% (89 people) of the participants in the study were nurses, 16.3% (26 people) were doctors, and 28.1% (45 people) were other health professionals (laboratorians,

midwives, etc.). According to the total length of service in the profession, 20.0% (32 people) had worked for less than 5 years, 24.4% (39 people) had worked for 6-10 years, 33.8% (54 people) had worked for 11-19 years, and 21.9% (35 people) had worked for 20 years or more. According to the average weekly working hours, 11.3% (18 people) of health professionals worked for 40 hours or less, 60.0% (96 people) worked for 41-72 hours, and 28.8% (46 people) worked for 73 hours or more. In the frequency and percentage distribution of the participants regarding their working system during the pandemic, it is seen that 34.4% (55 people) worked overtime, 60.0% (96 people) worked on shift/rotation, and 5.6% (9 people) worked on administrative leave.

Table 3. Frequency and Percentage Distributions Regarding Working Conditions of Healthcare Workers

Variables	Subgroups	f	%
Finding the Profession Suitable for Him/Her	Suitable	34	21,3
	Not Suitable	126	78,8
Choosing the Same Profession Again	Yes	50	31,3
	No	110	68,8
Status of Receiving In-Hospital Training Regarding the COVID-19 Pandemic	Yes	114	71,3
	No	46	28,8
Contact with a COVID-19 Suspected/ Diagnosed Patient Due to Occupation	Yes	130	81,3
	No	30	18,8
Status of Receiving Psychological Support During the COVID-19 Pandemic	Yes	34	21,3
	No, I don't want	108	67,5
	I want to receive	18	11,3

Table 3 shows the frequency and percentage distributions of the healthcare professionals participating in the study regarding their work conditions, finding the profession suitable for them, choosing the same profession again, receiving in-hospital training regarding the COVID-19 pandemic, coming into contact with a COVID-19 suspected/diagnosed patient due to their profession, and receiving psychological support during the COVID-19 pandemic.

According to Table 3, 21.3% (34 people) of the participants found the profession suitable for them, while 78.8% did not find the profession suitable for them. 31.3% of healthcare professionals (50 people) stated that they would choose the same profession again, while 68.8% (110 people) answered no to the situation of choosing the same profession again. Regarding the status of receiving in-hospital training regarding the COVID-19 pandemic, it was seen that 71.3% (114 people) received training on the relevant subject, while 28.8% (46 people) did not receive in-hospital training regarding the COVID-19 pandemic. It was stated that 81.3% (130 people) of healthcare professionals had contact with suspected/diagnosed COVID-19 patients due to their profession, while 18.8% (30 people) did not have contact with suspected/diagnosed COVID-19 patients due to their profession. In terms of receiving psychological support during the COVID-19 pandemic, 21.3% (34 people) received psychological support, 67.5% (108 people) did not want support, and 11.3% (18 people) wanted to receive psychological support.

Table 4. MBI Subdimensions' Scores of Healthcare Workers not in the Pandemic Department

Dimensions	N	' \bar{X} ' \pm SS	Skewness	Kurtosis
Emotional Exhaustion	80	30.3 \pm 2.38	-0.841	0.726
Depersonalization		15.3 \pm 3.09	0.685	-0.657
Personal Accomplishment		27.7 \pm 3.25	-0.984	0.682

Table 4 shows the MBI subgroup scores of healthcare workers who were not in the pandemic department. When the table in question is examined, it is seen that the participants' emotional exhaustion subgroup mean score is 30.3 \pm 2.38, the depersonalization subgroup mean score is 15.3 \pm 3.09, and the personal accomplishment subgroup mean score is 27.7 \pm 3.25. When the MBI sub-dimensions of healthcare workers who were not in the pandemic department are examined, it is understood that the data show a normal distribution since the data are between \pm 1.5 values (Tabachnick and Fidell, 2007).

Table 5. MBI Subdimensions' Scores of Healthcare Workers in the Pandemic Department

Dimensions	N	' \bar{X} ' \pm SS	Skewness	Kurtosis
Emotional Exhaustion	80	31.0 \pm 3.28	-0.941	-0.866
Depersonalization		16.2 \pm 2.47	0.881	-0.926
Personal Accomplishment		27.5 \pm 2.84	-0.689	0.488

Table 5 shows the MBI subgroup scores of healthcare workers in the Pandemic section. When the table in question is examined, it is seen that the participants' emotional exhaustion subgroup mean score is 31.0 \pm 3.28, the depersonalization subgroup mean score is 16.2 \pm 2.47, and the personal accomplishment subgroup mean score is 27.5 \pm 2.84.

Table 6. MBI Subgroup Distribution of Healthcare Workers not in the Pandemic Department

Dimensions	Subgroups	N	%
Emotional Exhaustion	Low	9	11.3
	Medium	27	33.8
	High	44	55.0
Depersonalization	Low	25	31.3
	Medium	45	56.3
	High	10	12.5
Personal Accomplishment	Low	8	10.0
	Medium	49	61.3
	High	23	28.8

Table 6 shows the MBI subgroup distributions of healthcare workers who were not in the Pandemic section. When the table in question was examined; it was determined that 9 (11.3%) had low, 27 (33.8%) had medium, and 44 (55.0%) had high levels of burnout in emotional exhaustion. Again, in the depersonalization subgroup distribution, 25 (31.3%) had low, 45 (56.3%) had medium, and 10 (12.5%) had high levels of depersonalization. In the personal accomplishment subgroup distribution, 8 (10.0%) had low, 49 (61.3%) had medium, and 23 (28.8%) had high levels.

Table 7. MBI Subgroup Distribution of Healthcare Workers in the Pandemic Department

Dimensions	Subgroups	N	%
Emotional Exhaustion	Low	-	-
	Medium	19	23.8
	High	61	76.3
Depersonalization	Low	19	23.8
	Medium	61	76.3
	High	-	-
Personal Accomplishment	Low	-	-
	Medium	62	77.5
	High	18	22.5

Table 7 shows the MBI subgroup distributions of healthcare workers in the Pandemic department. When the table in question is examined; it is determined that 19 (23.8%) experienced moderate and 61 (76.3%) experienced high levels of burnout in emotional exhaustion. Again, in the depersonalization subgroup distribution, 19 (23.8%) experienced low and 61 (76.3%) experienced moderate levels of depersonalization. In the personal accomplishment subgroup distribution, 62 (77.5%) experienced moderate and 18 (22.5%) experienced high levels.

Independent T-Test was conducted to compare healthcare workers in the pandemic section and those who were not in the pandemic section according to the MBI sub-dimensions. Table 8 shows the comparison of healthcare workers in the pandemic section and those who were not in the pandemic section according to the MBI sub-dimensions. According to the table above, there was no significant difference between the Emotional, Desensitization and Personal Accomplishment averages of healthcare workers in the pandemic section and those who were not in the pandemic section ($p>0.05$). When the means of the sub-dimensions were compared, it was seen that the average of healthcare workers in the pandemic section in the emotional sub-dimension (31.07 ± 3.28) was higher than the average of healthcare workers not in the pandemic section (30.30 ± 2.38). In the desensitization sub-dimension, it was determined that the average of healthcare workers in the pandemic section (16.20 ± 2.47) was higher than the average of healthcare workers not in the pandemic section (15.37 ± 3.09).

Table 8. Comparison of Healthcare Professionals Working and not Working in the Pandemic Department according to MBI Sub-dimensions

Dimensions	Subgroups	N	$\bar{X}\pm Ss$	t	p
Emotional Exhaustion	Not in the Pandemic Department	80	$30,30\pm 2,38$	-1,707	0,090
	In the Pandemic Department	80	$31,07\pm 3,28$		
Depersonalization	Not in the Pandemic Department	80	$15,37\pm 3,09$	-1,860	0,065
	In the Pandemic Department	80	$16,20\pm 2,47$		
Personal Accomplishment	Not in the Pandemic Department	80	$27,73\pm 3,25$	0,413	0,680
	In the Pandemic Department	80	$27,53\pm 2,84$		

5. DISCUSSIONS

In a study conducted by Dinibütün (2020), it was determined that doctors who did not take an active role in the fight against COVID-19 were more exhausted than those who took an active role in the personal accomplishment sub-dimension, and there was no significant relationship in the emotional exhaustion and insensitivity sub-dimension. Wu et al. (2020) reported in a study conducted in China that healthcare professionals on the front lines of the fight against the pandemic experienced less burnout than those working in regular services. Beyoğlu (2022) stated that healthcare professionals who took an

active role in the fight against COVID-19 experienced more burnout than those who did not take an active role in the desensitization sub-dimension, while no significant difference was found in the emotional exhaustion and personal accomplishment sub-dimension. In this study, when healthcare professionals who were and were not in the pandemic department were compared according to the MBI Sub-Dimensions, no significant difference was found between the Emotional, Insensitivity and Personal Accomplishment averages of healthcare professionals who were and were not in the pandemic department ($p>0.05$). When the means of the sub-dimensions are compared, it is seen that the mean of healthcare workers in the pandemic section in the emotional sub-dimension (31.07 ± 3.28) is higher than the mean of healthcare workers not in the pandemic section (30.30 ± 2.38). In the desensitization sub-dimension, it was found that the mean of healthcare workers in the pandemic section (16.20 ± 2.47) is higher than the mean of healthcare workers not in the pandemic section (15.37 ± 3.09). In the personal accomplishment sub-dimension, the mean of healthcare workers in the pandemic section (27.53 ± 2.84) and not in the pandemic section (27.73 ± 3.25) was found to be higher than the burnout score of healthcare workers not in the pandemic section at the 0.2 value.

6. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Health is a situation that affects every population of a society. In fact, it can be said that any health problem that may arise can have a negative effect on the entire society. Healthcare workers (nurses, midwives, etc.) in particular are directly/indirectly affected by epidemics, whether they are endemic or pandemic. In fact, healthcare workers may feel burnout in the face of this situation. Therefore, it is important to investigate the burnout status of healthcare workers considering the COVID-19 pandemic outbreak today. In this study, a comparison of the burnout levels of healthcare workers working in COVID-19 pandemic clinics and other clinics was made. When the mean scores of healthcare workers in and out of the pandemic department were compared, it was determined that the mean score of healthcare workers in the pandemic department (31.07 ± 3.28) was higher than the mean score of healthcare workers not in the pandemic department (30.30 ± 2.38) in the emotional sub-dimension. In the desensitization sub-dimension, it was determined that the average of healthcare workers in the pandemic section (16.20 ± 2.47) was higher than the average of healthcare workers not in the pandemic section (15.37 ± 3.09). In the personal achievement sub-dimension, it can be stated that the averages of healthcare workers in the pandemic section (27.53 ± 2.84) and not in the pandemic section (27.73 ± 3.25) were higher. The fact that healthcare workers are at the forefront of both intervention and combat in epidemic diseases such as COVID-19 causes physiological and psychological wear and tear/exhaustion. Therefore, it is recommended that more studies be conducted to ensure that Türkiye's healthcare workers are in a state of complete well-being/preservation.


This study has a few limitations. First, since the study was conducted on the health personnel in İzmir city, the results can not be generalized to Türkiye. Second, it can be stated that the sample of the study is small. Therefore, more solid evidence can be obtained in studies conducted with a larger sample.

REFERENCES

- Aba, M. (2022). COVID-19 salgını'nda görev alan sağlık çalışanlarında travma sonrası stres belirtileri, depresif belirtiler ve tükenmişlik belirtilerinin yordayıcısı olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, algılanan tehdit boyutu ve duygusal emek değişkenlerinin rolünün incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Barutçu, E., & Serinkan, C. (2008). Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli'de yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8(2), 541-561.
- Beyoğlu, E. (2022). COVID-19 pandemi döneminde bir üniversite hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorların tükenmişlik düzeyleri ve ilişkili faktörler. Tıpta uzmanlık tezi, Sütçü İmam Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

- Çam, O. (1991). *Hemşirelerde tükenmişlik ve çeşitli değişkenlere göre incelenmesi*. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Deniz, N. (2022). *Üniversite öğrencilerinde pandemi sürecinde artan kaygı ve ekran bağımlılığı arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Dikmen, A. (2010). *Ankara'da sağlık personelinin mevsimsel ve/veya pandemik A(H1N1) grip aşısı yaptırmayı düşünme ve uygulama sonrasında görülebilecek bazı istenmeyen etkilerin görülme sıklığı*. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi.
- Dinibütün, S. R. (2020). Factors Associated with burnout among physicians: an evaluation during a period of COVID-19 pandemic. *Journal of Healthcare Leadership*, 12(4), 85-94.
- Duran, N. (2022). *COVID-19 pandemisi süresince sağlık çalışanlarında ikincil travmatizasyon ve tükenmişlik düzeyi ile ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Onsekiz Mart Üniversitesi, Çannakkale.
- Durşen, M. (2016). *Yeraltı kömür işletmelerinde çalışanların psikososyal risklerinin değerlendirilmesi*. TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Ergin, C. (1992). *Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması*. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey).
- Göçmen, S. (2021). *Yeraltı kömür madeni çalışanlarında tükenmişlik düzeyinin maslach tükenmişlik ölçeği ile ölçülmesi*. Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Gögebakan T. (2021). Tarihteki Diğer Pandemiler: İnsanlık Diğer Ölümçül Salgın Hastalıklardan Nasıl Kurtuldu. <https://verianaliz.net/pandemi-tarihi-corona-covid19- veri-analiz-infografik/>. Erişim Tarihi: 16 Eylül 2022.
- Martin, P. M., & Martin-Granel, E. (2006). 2,500-year evolution of the term epidemic. *Emerging infectious diseases*, 12(6), 976.
- Merson, M. H., Black, R. E., & Mills, A. J. (2011). *Global health: Diseases, programs, systems, and policies*. Jones & Bartlett Publishers.
- Ministry of Health of Türkiye. (2019). Ebola Virüs Hastalığı Bilgilendirme ve Vaka Yönetim Rehberi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoonotik-vektorel-hastaliklar-db/zoonotik->. Erişim Tarihi: 17 Eylül 2022.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Parıldar, H. (2020). Infectious disease outbreaks in history. *J Tepecik Educ Res Hosp*, 30(2), 19–26.
- Şıklar, E., & Tunalı, D. (2012). Çalışanların tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Eskişehir örneği. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 33, 75-84.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Experimental designs using ANOVA*. Belmont, CA: Thomson/Brooks/Cole.

- Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) (2020). *Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları.
- Varga, J. G. (2014). *Restoring Balance: (The Power of Introspection and Timeless Wisdoms)*. Balboa Press.
- Wu, Y., Wang, J., Luo, C., & Hu, S. (2020). A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 60-5.
- Zeynalı, A. (2021). *COVID-19 pandemisinde hekim ve hemşirelerde mobbing ve tükenmişlik: tekirdağ'da bir üniversite hastanesi örneği*. Yüksek lisans tezi, Namık Kemal Üniversitesi.

	SOSYAL ARAŞTIRMALAR VE YÖNETİM DERGİSİ (SAYOD)	
JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH AND MANAGEMENT		
E-ISSN: 2667-5897	https://dergipark.org.tr/pub/sayod	Paper Type: Review Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Eylül 2024	Issue:1, September 2024	Received Date / Geliş Tarihi: 28.08.2024 Accepted Date / Kabul Tarihi: 13.09.2024
HALOTERAPİ- TUZ TERAPİSİ: SOLUNUM YOLU HASTALIKLARININ TEDAVİSİNDE TAMAMLAYICI BİR YÖNTEM		
HALOTHERAPY - SALT THERAPY: A COMPLEMENTARY METHOD FOR THE TREATMENT OF RESPIRATORY DISEASES		
Atıf/ to Cite (APA): Sancar, T. ve Alma, M.H. (2024). Haloterapi- Tuz Terapisi: Solunum Yolu Hastalıklarının Tedavisinde Tamamlayıcı Bir Yöntem. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 23-32		Tekin SANCAR* Mehmet Hakkı ALMA**
DOI: https://doi.org/10.35375/sayod.1540232		

ÖZ

Tuz, sağlığa faydaları ve tedavi edici etkisi nedeniyle binlerce yıldır dünyanın farklı bölgelerinde farklı kültürler tarafından kullanılmaktadır. Haloterapi, halojeneratör adı verilen özel ekipmanlarla ortamlarda sağlanan kuru bir tuz terapisi. Son yıllarda haloterapi dünya çapında giderek daha fazla insanın güvenini kazanmış ve birçok ülkede hızla yayılmaya başlamıştır. Terapiden elde edilen olumlu sonuçlar bir yıldan fazla sürmektedir. Diğer fizik tedavi yöntemleri ve farmakolojik terapi ile kombine edilebilmesi, haloterapiyi hafif ve orta dereceli bronşiyal astım, kronik obstrüktif bronşit, post-pnömoni durumları ve diğer çeşitli solunum ve cilt hastalıklarında tercih edilen bir tedavi haline getirmektedir. Haloterapinin cilt üzerindeki iyileştirici ve kozmetik etkileri bilimsel çalışmalarla doğrulanmıştır. Bu tedavinin rahat bir ortamda gerçekleştirilmesiyle birlikte oluşan önemsiz yan etkileri, hastaların psiko-duygusal durumu üzerinde de faydalı bir etkiye sahiptir. Bu araştırmanın temel amacı, solunum yolu hastalıklarının tedavisinde tamamlayıcı bir yöntem olarak haloterapinin faydalarını tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Haloterapi, Tuz Terapisi, Solunum Yolu Hastalıkları.

ABSTRACT

Salt has been used by different cultures in different parts of the world for thousands of years due to its health benefits and therapeutic effect. Halotherapy is a dry salt therapy provided in environments with special equipment called halogenerators. In recent years, halotherapy has gained the confidence of more and more people around the world and has started to spread rapidly in many countries. The positive results from the therapy last for more than a year. The fact that it can be combined with other physiotherapy methods and pharmacological therapy makes halotherapy the treatment of choice for mild to moderate bronchial asthma, chronic obstructive bronchitis, post-pneumonia conditions and various other respiratory and skin diseases. The healing and cosmetic effects of halotherapy on the skin have been confirmed by scientific studies. The minor side effects of this treatment, combined with the fact that it is carried out in a relaxed environment, have a beneficial effect on the psycho-emotional state of patients. The main purpose of this research is to discuss the benefits of halotherapy as a complementary method in the treatment of respiratory diseases.

Keywords: Halotherapy, Salt Therapy, Respiratory Diseases.

1. GİRİŞ

Alerjik hastalıkların, oluşan reaksiyonların ve ilaç tedavisine bağlı diğer ciddi komplikasyonların önemli ölçüde artması, klinisyenlerin ilaçsız tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine olan ilgisini arttırmıştır. Haloterapi, doğal tuz mağarası mikro iklimini taklit eden kontrollü bir hava ortamında uygulanan bir

* Dr. Öğr. Üyesi, Iğdır Üniversitesi, İİBF Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, e-mail: tekin.sancar@igdir.edu.tr, ORCID ID:0000-0002-5277-3449

** Prof. Dr., Iğdır Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Gıda Mühendisliği Bölümü, e-mail: mhakki.alma@igdir.edu.tr, ORCID ID:0000-0001-6323-7230

tedavi şeklidir. Modern kuru tuz terapisinin (haloterapi) kökeni Avrupa ve Rusya'daki tuz madenlerine kadar uzanmaktadır; burada speleoterapi olarak adlandırılan bu terapi, bir tuz madeninin mikro ikliminde tuzla aşılınmış havanın solunmasını içeren bir solunum terapisi. Tuz terapisi, sodyum klorürün farklı şekillerde kullanıldığı bir aerosol terapi şeklidir. Haloterapinin başlangıcı, Orta ve Doğu Avrupa'nın eski tuz madenlerinde tıbbi bir tedavi olarak uygulandığı on dokuzuncu yüzyıla kadar uzanmaktadır. Yardımcı bir yöntem olarak tuz terapisinin solunum sistemi hastalıkları ve dermatolojik durumların tedavisinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür.

Tuz, sağlığa faydaları ve tedavi edici etkisi nedeniyle dünyanın farklı yerlerinde farklı kültürler tarafından binlerce yıldır kullanılmaktadır, ancak bu ilk olarak 1843 yılında Polonyalı terapist Feliks Boczkowski tarafından kanıtlanmıştır. Haloterapi ilk olarak Polonyalı terapist Feliks Boczkowski tarafından, tuz madeni işçilerinin nadiren solunum sorunlarından muzdarip olduğunu fark etmesiyle resmi olarak bir terapi kabul edilmiştir (Vladeva ve Panajotova, 2018).

Tuz terapisi kuru veya ıslak olabilir. Haloterapi, halojeneratör adı verilen özel ekipmanla sağlanan ortamlarda uygulanan kuru bir tuz terapisi. Halojeneratör, tuz odasına hassas bir kuru tuz aerosolü dağıtır. Tuz Terapisi Derneği'ne göre aktif ve pasif olmak üzere iki tür tuz odası vardır. Aktif tuz odası, saf sodyum klorürün yerleştirildiği ve tuz odasının havasına mikro boyutlu parçacıklar halinde dağıtıldığı halojeneratör olarak bilinen özel bir ekipmanla sağlanır. Bu tür tuz terapisine haloterapi denir. Islak tuz terapisi gargara yapmayı, tuzlu su içmeyi, tuzlu suda banyo yapmayı veya burun irrigasyonunu içerir (Salt Therapy Association, 2024).

Haloterapi, tuz odasına veya bölmesine hassas bir kuru tuz aerosolü dağıtan halojeneratör adı verilen özel ekipman kullanılarak insan yapımı ortamlarda sağlanan kuru bir tuz terapisi. Speleoterapi ise, doğal mağaralarda bulunan iklim koşulları ve tuzlu hava kullanılarak Dünya yüzeyinin altında sağlanan bir terapidir (Salt Therapy Association, 2024). İnce bir tozun kişinin alt solunum yollarının üst kısmına verilerek uygulanan bir tedavi yöntemi olan haloterapi, solunum yolu enfeksiyonları, astım, alerjik ve kronik bronşit, soğuk algınlığı, farenjit, rinit, tonsillit, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve çeşitli cilt hastalıkları için doğal ve güvenilir bir tedavi yöntemidir. Haloterapi alternatif tıpta önemli bir yere sahiptir. Hem Tuz Terapisi hem de Mağara Terapisi olarak kabul edilen Haloterapi'nin kronik solunum yolu hastalıklarındaki faydası üzerine birçok çalışma yapılmıştır. Bu araştırmada, solunum yolu hastalıklarının tedavisinde tamamlayıcı bir yöntem olarak haloterapinin faydalarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

2. TEORİK ÇERÇEVE

Bu bölümde araştırmanın kavramsal analizi ve literatür taraması yapılmıştır. Araştırma literatürü ayrıntılı bir şekilde tartışılmıştır.

2.1. Haloterapinin Tanımı ve Endikasyonu

Doğal tuz mağaralarının ve denizin mikro ikliminin insan sağlığı üzerindeki olumlu etkisi, bu iklimi özel olarak uyarlanmış yapay iç mekanlarda yeniden yaratma fikrinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Tuzun faydalı etkisi ilk olarak 1843 yılında Polonyalı doktor F. Bochkowsky tarafından tanımlanmıştır. O zamandan beri, birçok eleştiri ve şüphecilikle birlikte, tuz bazlı tedavi sürekli olarak yayılmaya devam etmiştir. Doğal bir tuz mağarası mikro iklimini taklit eden kontrollü bir hava ortamında tedaviye dayanan terapi türüne haloterapi (Yunanca'da 'halos' tuz anlamına gelir) denir (Chervinskaya ve Zilber, 1995).

Haloterapinin başlangıcı, göğüs hastalıklarını hafifletmek için kullanıldığı on dokuzuncu yüzyıla dayanmaktadır (Crisan-Dabija vd., 2021; Barber vd., 2022). Tuz terapisi, Orta ve Doğu Avrupa'nın eski tuz madenlerinde yüzyıllardır tıbbi bir tedavi olarak uygulanmaktadır (Györik ve Brutsche, 2004). İlk olarak 1843 yılında Polonyalı hekim Filip Brodowski tarafından tanımlanmış ve tuz madeni işçilerinin

zor çalışma koşullarına rağmen iyi bir sağlık kalitesine sahip oldukları fark edilmiştir (Barber vd., 2022). 1958 yılında Velichka tuz madenlerinde akciğer hastalıkları için ilk tuz tıp merkezi kurulmuştur (Chervinskaya, 2007).

Genel olarak haloterapi, doğru bir konsantrasyonda kuru sodyum klorür aerosolü ile doymuş, havaya dağılmış bir ortam kullanır. En önemli faktör olan hava, toz ve alerjenlerden arındırılır, kurutulur ve 18-22 °C arasında bir sıcaklıkta tutulur. Tuzdan yapılmış duvarlardan geçen hava, iyot, kalsiyum, magnezyum, potasyum, sodyum, bakır, selenyum ve brom gibi mikro elementleri açağa çıkarır. Yüksek bakteriyolojik saflık (klinik çalışmalar, solunum yolları tarafından emilebilen havadaki tuzun bakterisidal, hidrofilik ve anti-inflamatuvar özelliklere sahip olduğunu ortaya koymuştur), sabit ve yeterli nem (%50-%60 arasında), sabit sıcaklık ve benzersiz dekor yapay tuz mağaraları için karakteristik bir özelliktir (Chervinskaya ve Zilber, 1995).

Doğal mağaraların iklim üzerindeki olumlu etkisi geçmişte fark edilmiş olsa da, ilk bilimsel veriler 20. yüzyılın 50'li yıllarından beri bilinmektedir. Tuz mağaralarının insan sağlığı üzerindeki etkisi belirsizdir. Bazı çalışmalar bu tür bir terapinin diğer ilaçsız terapileri güçlendirebileceğini, danışanların psikofizyolojik durumunu iyileştirebileceğini vurgularken; diğer çalışmalar solunum verimliliğinde ve mukus eliminasyonunda iyileşme olduğunu, çünkü mukusta çözünen tuzun osmolatiriyi artırdığını ve daha fazla suyun mukus bariyerini geçebildiğini, bu nedenle salgının daha seyreltik hale geldiğini ve kolayca elimine edilebildiğini bildirmektedir (Chervinskaya vd., 2002; Chervinskaya, 2000).

Tuz mağaralarının yapımında kullanılan tuz Ölü Deniz, Karadeniz, Klodawa, Bochnia veya Pakistan yatakları gibi farklı kaynaklardan gelmektedir. Terapötik öneme sahip tuz mağaraları, kuru tuz aerosolü üreten bir tuz jeneratörü ile donatılmıştır. Aynı zamanda tuz odasında hastanın ihtiyaçlarına göre çeşitli boyutlarda tuz partikülleri ve tuz aerosolünün konsantrasyonu, tedavi rejimini de sağlar. 1 mg/m³'lük bir konsantrasyon terapötik olarak kabul edilir (Stribu vd., 2012). Organizma tarafından asimile edilebilen partiküllerin boyutları 2-5 µm arasında değişmektedir (Oprita vd., 2010). Tuz tedavisi, farklı formlarda sodyumklorür kullanılarak akciğer yolu hastalıklarının doğal, aerosol tedavisinin bir şeklidir (Kwiatkowska vd., 2021). Kuru tuz tedavisinin iki farklı türü; haloterapi ve speleoterapidir. Speleoterapi doğal olarak oluşan tuzlu ortamları ifade ederken, haloterapi ise tuzca zenginleştirilmiş ortamlara odaklanır (Crisan-Dabija vd., 2021; Barber vd., 2022).

Halihazırda tuz madenlerindeki ortamın etkisi bilinmektedir ancak burada tuzlu aerosollerin yanı sıra kaya tuzu bloğunun iç enerji alanı da insan vücudu üzerinde faydalı bir role sahiptir. Halosalt madenciliği ikliminin ve Slatina Kaplıcalarının (doğal tuz çözeltisi/salamura) tedavi edici etkisi, insan vücudu üzerinde karmaşık etkileri olan entegre bir sistem olarak ortaya çıkan fizikokimyasal ve mikroklimatik faktörler/ajanlar kümesi tarafından ortaya çıkmaktadır (Chervinskaya ve Zilber, 1995; Sandu vd., 2010). Tuzlu ortamın tedavi edici rolü, Wieliczka tuz madenlerinde çalışan madencilerde kronik bronşit ve astımın bulunmadığına ve yeni çalışanlarda bu hastalıkların hızla iyileştiğine dikkat çeken bazı gözlemlerin ardından, kronik hastalarda astım ataklarının iyileşmesinin gözlendiği 19. yüzyıldan beri kabul edilmektedir (Kanny vd., 2019).

Öte yandan, bazı yazarlar Haloterapiyi kanıtlanmamış ve belirsiz bir tedavi olarak sunmaktadır. Haloterapi'nin cilt tahrişi, boğazda gıdıklanma veya biriken mukus drenajı gibi yan etkileri hakkında bazı raporlar vardır (Shah ve Greenberger, 2012; Sandell vd., 2013). Bazı durumlarda, hipertiroidizm, akciğer tüberkülozu, epilepsi, şiddetli hipertansiyon, yeni geçirilmiş kalp krizi, sık nöbetlerle seyreden anjina pektoris, akciğer kanseri, akciğer mikrozu veya miyokard enfarktüsü sonrası gibi hastalıklarda tuz seansları sınırlandırılmalı, hatta önerilmemelidir. Bu nedenle, bu gibi durumlarda bir doktora danışılması gerektiği önerilmektedir (Sandu vd., 2011).

2.2. Haloterapinin Olumlu Etkileri ve Uygulama Yöntemi

Haloterapinin etki mekanizmaları çok çeşitlidir. Bunlar; mukolitik, antibakteriyel, anti-enflamatuar, immünomodülatör ve hiposensitize edici etkilere sahiptir. Haloterapi, ciddi yan etkileri olmayan doğal ve güvenli bir tedavidir. Bu yöntem, solunum sisteminin işlevini iyileştirerek ve toksik maddeleri uzaklaştırarak, cildin işlevini ve görünümünü iyileştirir, bağışıklık sistemini güçlendirir ve stresi azaltarak kişinin genel sağlığa önemli fayda sağlar (Vladeva ve Panajotova, 2018). Tuz terapisinin etkinliği temel olarak üç nedenden kaynaklanmaktadır. Birincisi tuzun antibakteriyel, antimikotik ve anti inflammatuar etkisi vardır. İkincisi tuzun negatif iyon yayma ve pozitif yükü nötralize etme gibi doğal bir yeteneği vardır. Üçüncüsü ise tuz kuru olduğunda süper emicidir (Vladeva ve Panajotova, 2018).

Bilimsel araştırmalar, haloterapinin yüzeysel ve derin cilt katmanları üzerinde iyileştirici ve kozmetik etkiler sağlayan bir etkiye sahip olduğunu doğrulamıştır. Bu, cilt hücresi iyon kanallarının aktivitesini artırır, elektrofizyolojik aktiviteyi aktive eder ve cildin koruyucu özelliklerini geliştirir. Haloterapi pH normalleşmesine yol açar ve epidermis ve dermada onarıcı ve yenileyici süreçleri uyararak cilt sertliğini artırır. Kuru tuz cildin mikro sirkülasyonunu ve hücrel membran aktivitesini iyileştirir, cildin yenilenmesini ve elastikiyetini artırır, kırışıklıkları ve ödemi azaltır (Chervinskaya, 2006).

Haloterapinin yüzeysel ve derin cilt katmanları üzerindeki etkisi, cilt hücresi iyon kanallarının aktivitesini artırması, elektrofizyolojik aktiviteyi aktive etmesi ve cildin koruyucu özelliklerini geliştirmesi nedeniyle haloterapi, iyileştirici ve kozmetik etkiler sağlayabilir. Haloterapi pH normalleşmesine yol açar. Epidermis ve dermada onarıcı ve yenileyici süreçleri uyararak cilt sertliğinde artışa neden olur (Chervinskaya, 2006). Kuru tuz cildin mikro sirkülasyonunu ve hücrel membran aktivitesini iyileştirir, cildin yenilenmesini ve elastikiyetini artırır, kırışıklıkları ve ödemi azaltır. Sedef, egzama, dermatit, akne, rosacea, onikomikoz ve cilt yaşlanması gibi bazı cilt hastalıklarında haloterapi uygulanabilir (Vladeva ve Panajotova, 2018).

Bunun yanı sıra Haloterapi, hastaların psiko-duygusal durumu üzerinde yararlı bir etkiye sahip olan hoş ve rahat bir ortamda gerçekleştirilir. Bu tedavi, stres ve yorgunluk, baş ağrısı gibi bazı psikosomatik durumlarda ve ayrıca bağışıklık reaktivitesinin artırılmasında için kullanılabilir (Vladeva ve Panajotova, 2018). Tuz tedavisi bazı pediatrik hastalıklar için ek bir tedavi olarak önerilmektedir. Güvenli, noninvaziv, yan etkisi ve potansiyel sağlık riski yoktur. Klinik araştırmalar çocukların daha hızlı ve daha yoğun tepki verdiğini kanıtlamıştır. Sık hastalanan çocuklarda profilaksi için haloterapinin yüksek etkinliği ve kronik kulak, burun ve boğaz bozuklukları, solunum ve cilt problemlerinden etkilenen çocuklarda akut solunum yolu hastalıklarının tedavisi için kullanım olasılığı hakkında kanıtlar vardır (Khan vd., 2006).

Tuz antibakteriyel, antimikotik ve antiinflammatuar özelliklere sahiptir. Sıçanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmada, haloterapinin hücrel düzeyde dermatolojik ve pulmoner bozukluklar üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Morfolojik parametrelerin iyileşmesi, haloterapi sonrası yaralanma ve yanık olan sıçanlarda da gözlenmiştir (Lăzărescu vd., 2014). Haloterapinin pH normalizasyonuna yol açtığı, rejeneratif süreçleri uyardığı ve cilt mikro dolaşımını iyileştirdiği gözlemlenmiştir (Vladeva ve Ovcharova, 2018). Deride tuz birikiminin, sedef hastalığı ve atopik dermatitte derideki kuruluk, kızarıklık ve soyulmanın yoğunluğunu azalttığı görülmüştür (Manoharan ve Kaliaperumal, 2022). Tuz tedavisi sadece hastalık teşhisi konmuş hastalar için önerilmemektedir. Sandu (2015), çocukların tuzlu aerosollere maruz kalmasının genel gelişimleri üzerinde olumlu etkisi olduğunu bulmuştur. Halochambers koşullarında yapılan egzersizler, spor sınıflarında veya açık alanda egzersiz yapan çocuk grubuna kıyasla büyüme ve kilo alımını daha büyük ölçüde artırmıştır. Bu gelişme kızlarda erkeklerden daha belirgin olmuştur (Sandu vd., 2015).

Haloterapi teknolojisinin temelinde ise Halocomplex yer almaktadır. Halokompleks, halojeneratörlü bir oda ile tuzla kaplı duvarlar ve zeminden oluşur. Çoğu durumda duvarlar ve zemin deniz tuzundan yapılı ve gerçek tedaviyi sağlamaz. Duvarlar ve zemin üzerindeki özel tuz kaplaması hava için bir tampon görevi görür. Kuru sodyum klorür bu odada özel bir nebülizör-halojeneratör tarafından üretilir, bu da tuz odasına yüksek oranda dağılmış negatif yüklü sodyum klorür parçacıkları ile doymuş temiz, kuru hava akışı getirir. Halojeneratör, odadaki sıcaklığı, bağıl nemi ve aerosolün kütle konsantrasyonunu izleyen bir mikroişlemci ile donatılmıştır (Chervinskaia, 2000).

2.3. Haloterapinin Üst Solunum Yolu Patolojisinde Terapötik Etkisi

Haloterapi; solunum yolu enfeksiyonları, astım, alerjik ve kronik bronşit, sık soğuk algınlığı, farenjit, sinüzit, rinit, bademcik iltihabı, akut bir aşamadan sonra zatürre, kistik fibrozis gibi çoğu solunum yolu hastalıklarında endikedir (Hedman vd., 2006). Bunun, semptomların hızlı bir şekilde çözülmesi, pulmoner ventilasyonun iyileştirilmesi ve fiziksel zorlanmaya toleransın yanı sıra organizmanın bağışıklık ve koruyucu kapasitesinde artış ile çok sayıda solunum yolu hastalığını olumlu yönde etkilemenin oldukça etkili bir yolu olduğu kanıtlanmıştır (Maev ve Vinogradov, 1999).

Haloterapide ana terapötik faktör, 2 ila 5 milimikron aerosol partikül boyutuna sahip sodyum klorürdür. Chervinskaya tarafından yapılan ve farklı akciğer hastalıkları olan 124 hastayı kapsayan bir çalışmada, 15-20 günlük bir süre boyunca günde bir saat tuz odasında kaldıktan sonra katılımcıların çoğunun klinik durumunda önemli bir iyileşme olduğu gösterilmiştir (Abdrakhmanova vd., 2000). Kronik obstrüktif bronşiti olan 49 hastada kemilüminesan testine dayanan bir başka çalışmada da benzer sonuçlar gözlenmiştir. Haloterapi, serbest radikallerin oksidasyonunda olumlu değişikliklere yol açtığı, lokal bağışıklığı ve hastalığın klinik sunumunu iyileştirdiği saptanmıştır (Farkhutdinov vd., 2000).

İnhale edilen kuru tuz partiküllerinin bakterisidal, nemlendirici ve anti-inflamatuar özelliklere sahip olduğuna dair çeşitli bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtlar, tüm solunum yollarındaki inflamasyonu azaltabildiğini ve hava yolu pasajlarını genişletebildiğini belirtmiştir. Ayrıca tuz inhalasyonunun, obstrüktif akciğer hastalıklarının kötüleşmesinde gözlemlenebilen solunum yetmezliği parametrelerinde daha hızlı bir iyileşmeye yol açtığı vurgulanmıştır (Oprița, 2010). Aynı zamanda kuru tuz partikülleri mukusun taşınmasını, artık toksik maddelerin ve yabancı alerjenlerin ortadan kaldırılmasını hızlandırır. Tuz terapisi uygulaması böylece daha yüksek oksijen alımıyla temiz bir solunum sistemi sağlar, enerjiyi artırır ve bağışıklık sistemini geliştirir (Vladeva ve Panajotova, 2018).

Toksik toz bronşiti teşhisi konan 88 metalürjiste immünolojik ve kardiyorespiratuar göstergeler incelenmiştir. Uygulanan terapi, interkostal bölgede sinüzoidal modülasyonlu akım ve ultrason ile masaj ve haloterapi ile birlikte solunum egzersizlerinden oluşmuştur. Çalışma, haloterapinin fizyoterapi ekipmanı kullanımıyla birleştirilmesinin tuz terapisinin etkinliğini %86,5 oranında artırdığını kanıtlamıştır. Elektrik akımı prosedürleri ve haloterapi kombinasyonunun, toksik toz bronşitinde obstrüktif sendromun hem tedavisi hem de önlenmesi için kullanılabileceği görülmüştür (Roslaia vd., 2001).

Mazloomzadeh vd. (2017), randomize çapraz bir çalışmada tuz odasında kalmanın pik ekspiratuar akış (PEF)'i iyileştirmede önemli bir etkisi olduğunu doğrulamıştır. Diğer randomize kontrollü çalışmada, böyle bir müdahalenin FEV1 (bir saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim) parametresini artırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca, randomize, çift kör, tek çapraz çalışma, tuz inhaleri kullanımından sonra FEV1 (bir saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim), PEF (pik ekspiratuar akış), FVC (zorlu vital kapasite)'nin tedavi ile iyileştiğini kanıtlamıştır (Crisan-Dabija vd., 2021). Benzer şekilde bazı araştırmalar, haloterapi tedavisinden sonra vital kapasite (VC), zorlu vital kapasite (FVC), bir saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV1), pik ekspiratuar akış (PEF) ve FVC'nin %50'sindeki zorlu ekspiratuar akış (FEF50) gibi solunum parametrelerinde önemli bir artış olduğunu göstermiştir (Chervinskaya vd., 2002; Grinshtein

vd., 2004). Tuz mağaraları tedavisinden sonra, öksürük atakları daha az sıklıkta görölmüş ve daha az solunum rahatsızlığı yaşanmış, hastalar iyi uyumuş ve sinir sistemi stabilize olmuştur (Bobrov vd., 2000).

Bar-Yoseph (2017), haloterapi sırasında spirometri parametrelerinin iyileşmediğini ancak sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin iyileştiğini bildirmiştir. Mazloozadeh vd. (2017), 6-14 yaş arası çocuklarda tuz tedavisinin sadece sabah ve akşam PEF'i yükseltmede anlamlı bir etkisi olduğunu bulmuştur. Ancak öksürük, hırıltılı solunum, nefes darlığı ve kurtarıcı meditasyon sıklığı üzerinde anlamlı bir etki görölmemiştir. Bunun yanı sıra hiçbir yan etki de gözlenmemiştir (Mazloomzadeh vd., 2017).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tanısı konmuş hastaların tuz mağarasına maruz bırakılması CD4 ve CD8 (enfekte hücreler) seviyelerinin normalleşmesini, B lenfositlerin (antikor üretimi) ve immünoglobulinlerin artmasını sağlamıştır (Crisan-Dabija vd., 2021). Tuz tedavisinin astımdaki etkilerine benzer şekilde, akciğer fonksiyonlarını, spirometrik parametreleri, arteriyel kandaki oksijen saturasyonunu iyileştirdiği ve hava yolu sekresyonlarını sıvılaştırarak sekresyonların ekspektorasyonunu kolaylaştırdığı gözlemlenmiştir. Speleoterapinin lenfosit seviyesinde, nötrofil fagositoz aktivitesinde artışa neden olduğuna dair randomize kontrollü çalışmaya dayanan kanıtlar vardır. Ayrıca haloterapi, KOA tanılı hastalarda bronşiyal obstrüksiyonu ve ilaç kullanımını azaltmıştır. İnflamasyonları ve hastaneye yatışı azaltmış, efor toleransını iyileştirmiş ve yaşam kalitesini artırmıştır (Freidl vd., 2020).

Kostrzon vd. (2019), randomize kontrollü çalışmasında yeraltı mağara terapisinin etkilerini yüzeyde yapılan rehabilitasyonla karşılaştırmıştır. Yeraltı rehabilitasyonu uygulanan hastalarda nefes darlığında daha fazla azalma ve egzersiz kapasitesinde iyileşme görölmüştür. Dahası, speleoterapinin faydalı etkisi rehabilitasyondan 6 ay sonra da devam etmiştir. Sevostyanova vd. (2016), hipertansiyon ile birlikte görölen KOA hastalarında haloterapinin etkinliğini incelemiştir ve ilginç bir şekilde araştırma grubunda kan basıncında düşüş gözlenmiştir. Haloterapi, sanatoryumdaki kronik bronşit hastalarının tedavisinde de etkili bir yöntemdir. Akciğer fonksiyonlarını iyileştirir, fiziksel efora karşı toleransı ve sanatoryum tedavisinin etkinliğini artırır (Maev ve Vinogradov, 1999).

Gelardi vd. (2013), haloterapi uygulanan 4-12 yaş arası çocuklarda adenoid ve tonsiller hipertrofinin azaldığını gözlemiştir. Ayrıca, işitme seviyelerinde ve timpanometrik değerlerde iyileşme ve nazal sitolojide inflamatuvar immün hücrelerde azalma görölmüştür. Haloterapi güvenli bulunmuş, herhangi bir yan etki bildirilmemiştir. Dahası, çocuk hastalar tedaviyi oyun oynama fırsatı olarak değerlendirmişlerdir (Gelardi vd., 2013). Haloterapi, akut pürülan maksiller sinüzitin tedavisinde ponksiyon olmaksızın etkili bulunmuştur (Grigor'eva, 2003). Ayrıca rinosinüzitli çocuklarda yararlı bir tedavi yöntemi olarak tanımlanmıştır (Khan vd., 2015).

3. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlıklı yaşam ve spa endüstrisi, deri hastalıklarının tedavisine ve cildin görünümünün iyileştirilmesine yönelik farmasötik olmayan yaklaşımlarla giderek daha fazla ilgilenmektedir. Bu prosedürler, rehabilitasyon dermatolojisi, kozmetoloji, gençleştirme, temizlik ve diğerleri de dahil olmak üzere çeşitli programlara dahil edilmektedir. Haloterapi, tedavi sürecinde doğal faktörlerin uygulanmasından yararlanan çağdaş bir tedavi yöntemine örnektir. Haloterapinin alternatif bir tedavi şekli olarak kullanımı şu anda çeşitli cilt rahatsızlıkları için araştırılmakta ve geliştirilmektedir. Kullanımı ile ilişkili önemli bir yan etki yoktur. Hastanın hoş ve rahat bulduğu bir ortamda gerçekleştirilir ve bu da hastanın zihinsel ve duygusal durumu üzerinde faydalı bir etkiye sahiptir. Tedavinin faydalı etkileri tipik olarak bir yıldan daha uzun bir süre devam eder.

Tuz terapisi mukosilyer eliminasyonu, pulmoner fonksiyonları iyileştirir ve solunum yolu tahrişini azaltır. Ayrıca kuruluk ve kızarıklığın yoğunluğunu azaltır ve ciltteki rejeneratif süreçleri uyarır. Bu

yöntem güvenlidir ve ciddi yan etkilere neden olmaz. Bu nedenle, potansiyel faydaları nedeniyle, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sedef hastalığı, atopik dermatit gibi hastalıklarda standart tedavi prosedürlerinin yanı sıra ek bir tedavi olarak düşünölmelidir. Ayrıca haloterapi, büyüme ve kilo alımını artırdığı için çocukların genel gelişimi üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir. Bununla birlikte, tuz tedavisinin etkinliğine ilişkin bilimsel kanıtlar sınırlıdır. Daha geniş bir hasta grubu üzerinde uzun süreli tuz tedavisinin etkinliğini değerlendiren daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Tuz mağarası seansları hava yollarındaki enflamatuvar süreçleri hafifleterek şişliklerin emilmesini sağlayabilir ve böylece normal mukus akışını eski haline getirebilir. KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı) hastalarında, çoğunluk haloterapi sonrası olumlu semptomlar (öksürük sıklığı ve yoğunluğunda azalma, daha az viskoz hale gelen balgamın daha kolay çıkarılması gibi) gözlemlenmiştir (Chervinskaya vd., 2002; Grinshtein vd., 2004). Bunun yanı sıra bazı çalışmalar, haloterapi tedavisinden sonra vital kapasite (VC), zorlu vital kapasite (FVC), bir saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim (FEV1), pik ekspiratuvar akış (PEF) ve FVC'nin %50'sindeki zorlu ekspiratuvar akış (FEF50) gibi solunum parametrelerinde önemli bir artış olduğunu göstermiştir. Tuz mağaraları tedavisinden sonra, öksürük atakları daha az sıklıkta görölmüş ve daha az solunum rahatsızlığı yaşanmış, hastalar iyi uyumuş ve sinir sistemi stabilize olmuştur (Bobrov vd., 2000; Chervinskaya, 2012).

Haloterapi birçok solunum yolu ve cilt hastalığında alternatif bir tedavi yöntemidir. Hastaların psiko-duygusal durumu üzerinde faydalı bir etkiye sahip olan hoş ve rahat bir ortamda gerçekleştirilir. Bu tedavi çocuklarla kolayca uygulanabilir. Diğer fizik tedavi yöntemleriyle ve farmakolojik tedaviyle kombine edilebilmesi, haloterapiyi hafif ve orta dereceli bronşiyal astım, kronik obstrüktif bronşit, post-pnömoni durumları ve diğer çeşitli solunum ve cilt hastalıklarında tercih edilen bir tedavi haline getirmektedir.

Aynı zamanda haloterapi'nin hafif ve orta şiddette seyreden atopik astımda önemli olumlu sonuçları elde edilmiştir (Chervinskaya, 2012; Abdullaev vd., 1993). Tuz tedavisi bronko-obstrüktif sendromu belirgin şekilde azaltmış ve pulmoner ventilasyonu iyileştirmiştir. Birçok araştırmacı, hastaların çoğunda iyileşmenin istikrarlı olduğunu vurgulamıştır (Abdullaev vd., 1993; Sokolova vd., 2007). Ayrıca, bazı çalışmalarda sporcular için tuz mağaralarının uzun ve yoğun egzersizlerin yorgunluğunu ve olumsuz etkilerini en aza indirmede olumlu etkileri tanımlanmıştır (Stribu vd., 2012).

Haloterapi birçok solunum yolu ve cilt hastalığında alternatif bir tedavi yöntemidir. Önemsiz yan etkileri vardır. Hastaların psiko-duygusal durumu üzerinde faydalı bir etkiye sahip olan hoş ve rahat bir ortamda gerçekleştirilir. Bu tedavi çocuklarla kolayca uygulanabilir. Tedaviden elde edilen olumlu sonuçlar bir yıldan fazla sürmektedir. Diğer fizik tedavi yöntemleriyle ve farmakolojik tedaviyle kombine edilebilmesi, haloterapiyi hafif ve orta dereceli bronşiyal astım, kronik obstrüktif bronşit, post-pnömoni durumları ve diğer çeşitli solunum ve cilt hastalıklarında tercih edilen bir tedavi haline getirmektedir.

Haloterapinin, farmakolojik tedavilerin yanı sıra çeşitli diğer tedavilerle de kombine edilebilmesi nedeniyle çeşitli cilt rahatsızlıkları için etkili bir tedavi olduğu kanıtlanmıştır. Haloterapinin cilt üzerindeki iyileştirici ve kozmetik etkileri bilimsel çalışmalarla doğrulanmıştır, ancak haloterapinin tartışılmaz avantajlarına rağmen, tuzun çeşitli cilt rahatsızlıkları üzerindeki iyileştirici etkileri hakkında ek ve daha derinlemesine araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırma ve Yayın Etiği Beyanı (Declaration of Research and Publication Ethics)

Araştırma için Iğdir Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan 24.07.2024 tarih ve 2024/21 karar no'lu etik izin alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllölük esas alınmıştır. (Ethical permission for the study was obtained from Iğdir University Scientific Research and

Publication Ethics Committee on 24.07.2024 with decision number 2024/21. Participation in the study was based on volunteerism)

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı (Researcher's Contribution Rate Statement)

Yazarlar makaleye eşit oranda katkı sağlamış olduklarını beyan eder. (The authors declare that they have contributed equally to the article)

Araştırmacıların Çıkar Çatışması Beyanı (Declaration of Researcher's Conflict of Interest)

Bu çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır. (There is no potential conflicts of interest in this study)

KAYNAKÇA

- Abdrakhmanova, L.M., Farkhutdinov, U.R. & Farkhutdinov, R.R. (2000). Effectiveness of halotherapy of chronic bronchitis patients. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.*, (6), 21-24.
- Abdullaev, A.A., Gadzhiev, K.M. & Eiubova, A.A. (1993). The efficacy of seleotherapy in salt mines in children with bronchial asthma based on the data from immediate and late observations. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.*,5, 25–28.
- Barber, D., Malyshev, Y., Oluyadi, F., Andreev, A. & Sahni S. (2022). Halotherapy for Chronic Respiratory Disorders: From the Cave to the Clinical. *Altern Ther Health Med.* marzec;, 28(3), 52–56.
- Bar-Yoseph, R., Kugelman, N., Livnat, G., Gur, M., Hakim, F. & Nir, V. (2017). Halotherapy as asthma treatment in children: A randomized, controlled, prospective pilot study. *Pediatr Pulmonol. Maj*, 52(5), 580–7.
- Bobrov, L.L., Ponomarenko, G.N. & Sereda, V.P. (2000). The clinical efficacy of haloinhalation therapy in bronchial asthma patients. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.*, 1, 25–29.
- Chervinskaya, A. (2012). Salt rooms and halotherapy in european Health Resorts and Spas: fashionable trend or real therapy?, *Med Hydrol Balneol: Environ Aspects.*, 10, 235–236.
- Chervinskaya, A.V. & Zilber, N.A. (1995). Halotherapy for treatment of respiratory diseases. *J. Aerosol. Med.*, 8, 221–232.
- Chervinskaya, A.V. (2000). The scientific validation and outlook for the practical use of halo-aerosol therapy. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.*, 1, 21–24.
- Chervinskaya, A.V. (2006). Prospects of Halotherapy in Sanatorium and SPA Dermatology and Cosmetology. *Kurortnye vedomosty*, 3(36), 74-5.
- Chervinskaya, A.V. (2007). Halotherapy in controlled salt chamber microclimate for recovering medicine. *Balneologia Polska*, 2, 133–141.
- Chervinskaya, A.V., Kvetnaia, A.S., Cherniaev, A.L., Apul'tsina, I.D., Amelina, E.L., Molodtsova, V.P. & Faustova, M.E. (2002). Effect of halogen aerosol therapy on resistance parameters of the respiratory tract. *Ter Arkh.*, 74(3), 48–52.

- Crisan-Dabija, R., Sandu, I.G., Popa, I.V., Scripcariu, D.V., Covic, A. & Burlacu, A. (2021). Halotherapy-An Ancient Natural Ally in the Management of Asthma: A Comprehensive Review. *Healthcare (Basel)*, 9(11), 1604.
- Farkhutdinov, U.R., Abdrakhmanova, L.M. & Farkhutdinov, R.R. (2000). Effects of halotherapy on free radical oxidation in patients with chronic bronchitis. *Klin Med (Mosk)*, 78(12), 37-40.
- Freidl, J., Huber, D., Braunschmid, H., Romodow, C., Pichler, C., Weisböck-Erdheim, R. (2020). Winter Exercise and Speleotherapy for Allergy and Asthma: A Randomized Controlled Clinical Trial., *J Clin Med.*, 9(10), E3311.
- Gelardi, M., Iannuzzi, L., Greco Miani, A., Cazzaniga, S., Naldi, L. & De Luca, C. (2013). Double-blind placebo- controlled randomized clinical trial on the efficacy of Aerosol in the treatment of sub- obstructive adenotonsillar hypertrophy and related diseases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* Listopad, 77(11), 1818–1824.
- Grigor'eva, N.V. (2003). Halotherapy in combined non-puncture therapy of patients with acute purulent maxillary sinusitis. *Vestn Otorinolaringol*, (4), 42–44.
- Grinshtein, I., Shestovitskii, V.A. & Kuligina-Maksimova, A.V. (2004). Clinical significance of cytological characteristics of bronchial inflammation in obstructive pulmonary diseases. *Ter Arkh.*, 76(3), 36–39.
- Györik, S.A. & Brutsche, M.H. (2004). Complementary and alternative medicine for bronchial asthma: is there new evidence?, *Curr Opin Pulm Med*. Styczeń, 10(1), 37–43.
- Hedman, J., Hugg, T., Sandell, J. & Haahtela, T. (2006). The effect of salt chamber treatment on bronchial hyperresponsiveness in asthmatics. *Allergy*, 1(5), 605-610.
- Kanny, G., Surdu, O. & Boulange, M. (2019). Halothérapie et spéléothérapie: Se soigner dans les mines de sel. *Hegel*, 9, 26–31.
- Khan, M.A., Khoruzhenko, O.V., Vakhova, E.L., Lyan, N.A. & Radetskaya, L.I. (2015). The role of non-medicamental technologies in the rehabilitation of the children presenting with acute rhinosinusitis. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*. Sierpień, 92(4), 36–40.
- Kostrzon, M., Sliwka, A., Wloch, T., Szpunar, M., Ankowska, D. & Nowobilski, R. (2019). Subterranean Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Adv Exp Med Biol.*, 1176, 35–46.
- Kwiatkowska, K., Partyka, O., Pajewska, M. & Czerw, A. (2021). Post Covid-19 Patients' Rehabilitation - Potential of Using Halotherapy in the Form of Generally accessible Inhalatoria with Dry Salt Aerosol. *ACTAPOLPHARM* Grudzień, 78(6), 749–54.
- Lăzărescu, H., Simionca, I., Hoteteu, M. & Mirescu, L. (2014). Speleotherapy - modern bio-medical perspectives. *J MedLife*, 7 Spec No.
- Maev, E.Z. & Vinogradov, N.V. (1999). Halotherapy in the combined treatment of chronic bronchitis patients. *VoenMed Zh*. Czerwiec, 320(6), 34–7, 96.
- Manoharan, P. & Kaliaperumal, K. (2022). Salt and skin. *International Journal of Dermatology*, 61(3), 291–298.
- Mazloomzadeh, S., Bakhshi, N., Ahmadi Afshar, A. & Gholami, M. (2017). Effect of Salt Space on Clinical Findings and Peak Expiratory Flow in Children with Mild to Moderate Asthma: A Randomized Crossover Trial. *Iran J Allergy Asthma Immunol* Czerwiec, 16(3), 198–204.

- Oprîta, B., Pandrea, C., Dinu, B. & Aignătoaie, B. (2010). Saltmed – the therapy with sodium chloride dry aerosols. *Therapeutics, Pharmacology and Clinical Toxicology*, 14(3), 201-204.
- Roslaia, N.A., Likhacheva, E.I. & Shchekoldin, P.I. (2001). Efficacy of therapeutic use of ultrasound and sinusoidal modulated currents combed with halotherapy in patient with occupational toxic-dust bronchitis. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.*, 1, 26-27.
- Salt Therapy Association (2024). Types of Salt Therapy. <https://www.salttherapyassociation.org/about-salt-therapy/types-of-salt-therapy/> (Erişim Tarihi: 25.07.2024).
- Sandell, J., Hedman, J., Saarinen, K., Haahtela, T. (2013). Salt chamber treatment is ineffective in treating eosinophilic inflammation in asthma. *Allergy*, 68(1), 125–127.
- Sandu, I., Canache, M., Sandu, A.V., Chirazi, M., Mihaescu, T. & Checherita, L.E. (2015). The influence of NaCl aerosols on weight and height development of children. *Environ Monit Assess. Luty*, 187(2), 15.
- Sandu, I., Canache, M., Vasilache, V. & Sandu, I.G. (2011). The effects of salt solutions on the health of human subjects. *Present Environ Sustain*, 5(2), 67–88.
- Sandu, I., Poruciuc, A., Alexianu, M., Curca, R.G. & Weller, O. (2010). Salt and Human Health: Science, Archaeology, Ancient Texts and Traditional Practices of Eastern Romania. *Mankind Quart.*, 50, 225–256.
- Sevostyanova, E.V., Nikolaev, Y.A., Bogdankevich, N.V., Lusheva, V.G., Markova, E.N. & Dolgova, N.A. (2016). Non-drugrehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease concurrent with hypertension. *Ter Arkh.*, 88(8), 19–24.
- Shah, R. & Greenberger, P.A. (2012). Unproved and controversial methods and theories in allergy-immunology. *Allergy Asthma Proc.*, 33, 100–102.
- Sokolova, M.I., Ivanova, N.A. & Shabalov, N.P. (2007). Optimal therapy of children with bronchical astma AT Pyatigorsk Spa. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult.*, (3), 8–12.
- Stribu, C., Stribu, C. & Sandu, I. (2012). Impact assessment of saline aerosols on exercise capacity of athletes. *Procedia Soc Behav Sci.*, 46, 4141–4145.
- Vladeva, E. & Panajotova, L. (2018). Halotherapy – Benefits And Risks. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*, 4, Medical University of Varna.
- Vladeva, E.P. & Ovcharova, L.P. (2018). Halotherapy - benefits and risks. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*, 4(0), 22–26.

MAKALENİN ETİK KURUL ONAY BELGESİ

Derlemede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur. Derlemenin hazırlanmasına tüm yazarlar katkıda bulunmuştur. Derlemenin fikir, tasarım, denetleme ve eleştirel incelemesine TS ve MHA katkı sağlamıştır. Literatür taraması, fikir ve tasarımı konularında ise TS ve MHA katkı sağlamıştır. Bu derleme herhangi bir kongrede tam metin veya bildiri olarak yayınlanmamış, daha önce hiçbir dergide yayınlanmamış, yayınlanmak üzere kabul edilmemiş ve değerlendirme altına alınmamıştır. Araştırma için Iğdır Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan 24.07.2024 tarih ve 2024/21 karar no'lu etik izin alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır.

	SOSYAL ARAŞTIRMALAR VE YÖNETİM DERGİSİ (SAYOD)	
JOURNAL OF SOCIAL RESEARCH AND MANAGEMENT		
E-ISSN: 2667-5889	https://dergipark.org.tr/tr/pub/japss	Paper Type: Review Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Eylül 2024	Issue:1, September 2024	Received Date / Geliş Tarihi: 14.09.2024 Accepted Date / Kabul Tarihi: 25.09.2024
1950-1960 YILLARI ARASINDA DEMOKRAT PARTİ'NİN TARIM POLİTİKASI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME		
◆◆◆		
AN EVALUATION OF THE DEMOCRAT PARTY'S AGRICULTURAL POLICY BETWEEN 1950-1960		
Atıf/ to Cite (APA): Akbal, İ. ve Yörük, B. (2024). 1950-1960 Yılları Arasında Demokrat Parti'nin Tarım Politikası Üzerine Bir Değerlendirme. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 33-47		İsmail AKBAL * Bahadır YÖRÜK**
DOI: https://doi.org/10.35375/sayod.1550126		

ÖZ

Türkiye gibi üretim ekonomisinin tarım ağırlıklı olduğu ülkelerde siyasi iktidarı elinde bulunduranların en fazla üzerinde durduğu konu şüphesiz tarım olmuştur. Bu ülkelerde tarımın karşılaştığı birçok ağır sorunlar vardır. Bu ağır sorunları tekel üreticilerin çözmek için aldığı tedbirler yetersiz kalmakta ve devlet bu alanlara müdahale etmek zorunda kalmaktadır. Devletin belirli bir amaçla sorunların çözümü için aldığı tedbirlerin tümü “Tarım Politikası”nı oluşturmaktadır.

Her ülkede devletin uyguladığı tarım politikası, ülkelerin kendine özgü sorunlarının çözümüne yöneliktir. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde tarım politikası hep üretimin gelişmesine yönelik olmuştur. Ürün fiyatı için yürütülen politikada stok politikası ve gereken finansman kaynaklarının kamuca yüklenmesiyle tamamlanmaktadır; Merkez Bankası ve Ziraat Bankası kredileri bu nitelikte değerlendirilmektedir.

Çok partili hayata geçişle birlikte Demokrat Parti'nin kurulması ve kısa sürede toplumun büyük kesiminin, özellikle tarım kesimindeki kitlelerin, desteğini alarak iktidara gelmesiyle birlikte tarım politikası aslında değişmemiş, devletçilik ilkesi devam etmiştir. Değişen tek şey tarım kesimine verilen desteğin artarak devam etmesidir. Fakat burada dikkat edilmesi gereken desteğin küçük çiftçiye değil de toprak ağalarına gitmesidir. Büyük toprak sahibi ve tüccarların tarımda makinalı üretime geçişin sağladığı yararlarından en büyük payı alma çabaları, bunu engelleyecek bir siyasi tavrın olmaması nedeniyle büyük ölçüde başarıya ulaşmıştır. Siyasal açıdan güçlü bir konuma sahip olmalarının yarattığı imkânları kullanan büyük toprak sahipleri, hükümetin ekim alanlarını genişletmek amacıyla başlattığı meraların tahrip edilmesi, hazine topraklarının özel girişimcilerin kullanımına açılması ve bataklıkların kurutulması gibi girişimleri sonucunda yaratılan yeni tarımsal alanların büyük bir kısmını kendi mülkiyetlerine geçirmişlerdir. Bu durum küçük üreticilerin mülksüzleşmesine neden olmuş; sonuçta Türkiye’de ciddi bir içgöç olayı yaşanmıştır. 1950-1960 arasında dört büyük şehirde nüfus % 75 artmıştır. Demokrat Parti, sınıfsal temelini oluşturan büyük toprak sahiplerinin ve ticaret burjuvazisinin çıkarlarını zedelemeyen büyük kısmı küçük üreticilerden oluşan kendi oy tabanını iktisadi açıdan hoşnut tutabilmiştir.

Bu çalışma Demokrat Parti’nin uyguladığı tarım politikasının genel özelliklerini, başarılı ve başarısız yönlerini, uygulanan tarım politikasının siyasi ve sosyal sonuçlarını ortaya koymak için hazırlanmıştır. Çalışma literatür tarama yöntemi ile hazırlanmıştır. Daha çok ikincil kaynaklar ve istatistiksel veriler üzerinden hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adnan Menderes, tarım politikası, Cumhuriyet Halk Partisi, sübvansiyon, dış sermaye.

ABSTRACT

In countries like Turkey, where agriculture dominates the production economy, agriculture is undoubtedly the most important issue for those in political power. In these countries, agriculture faces many serious problems. The

* Prof. Dr., Selçuk Üniversitesi, Beyşehir Ali Akkanat İşletme Fakültesi, İşletme Bölümü, Konya, Türkiye, ismail.akbal@selcuk.edu.tr. ROR ID: 0000-0003-4703-2766

** Dr., Selçuk Üniversitesi, Beyşehir Ali Akkanat İşletme Fakültesi, Yönetim Bilişim Sistemleri Bölümü, Konya, Türkiye, bahadiryoruk@selcuk.edu.tr. ROR ID: 0000-0001-8919-0039

measures taken by individual producers to solve these serious problems are insufficient and the state has to intervene in these areas. All of the measures taken by the state to solve problems for a specific purpose constitute “Agricultural Policy”.

The agricultural policy implemented by the state in each country aims to solve the country's specific problems. Especially in newly developing countries like Turkey, agricultural policy has always been directed towards the development of production. The policy for the product price is complemented by the stock policy and the public subscription of the necessary financial resources; Central Bank and Ziraat Bank loans are used in this context.

With the transition to multi-party life, the establishment of the Demokrat Parti, and its rapid rise to power with the support of large segments of society, especially in the agricultural sector, the agricultural policy did not change and the principle of statism continued. The only change was that the support given to the agricultural sector continued to increase. However, it should be noted that this support went to the landlords, not to the small farmers. The efforts of large landowners and merchants to get the biggest share of the benefits of the transition to mechanized agriculture production succeeded greatly due to the lack of a political attitude to prevent this. Using the opportunities created by their politically powerful position, large landowners took over a large part of the new agricultural areas created as a result of government initiatives to expand cultivation areas, such as the destruction of pastures, the opening of treasury lands to private entrepreneurs and the draining of swamps. This situation led to the dispossession of small producers, resulting in a serious internal migration phenomenon in Turkey. Between 1950 and 1960, the population in the four big cities increased by 75%. The Demokrat Parti was able to keep its voting base, mostly composed of small producers, economically satisfied without harming the interests of the big landowners and the commercial bourgeoisie, which constituted its class base.

This study has been prepared to reveal the general characteristics of the agricultural policy implemented by the Democratic Party, its successful and unsuccessful aspects, and the political and social consequences of the agricultural policy implemented. The study is based on the literature review method. It is mostly based on secondary sources and statistical data.

Keywords: Adnan Menderes, agricultural policy, Cumhuriyet Halk Partisi, subsidy, foreign capital.

1. GİRİŞ

1950-1960 yılları arası, Tevfik Çavdar'ın tespitiyle Anadolu'nun bin yıllık durağan yaşamdan kurtulduğu, tarımsal alanda ciddi bir hareketliliğin yaşandığı bir zaman dilimidir. Köylülerin neredeyse tamamının dünyayla ilişkisinin olmadığı, içe kapanık, geçimlik üretimin pek fazla dışına taşamadığı bir durağanlık dönemi yaşanmıştır. Köy-kent arasında ulaşım imkânlarının sınırlı olduğu, demir yolunun yaygınlaşmadığı, elektrik, radyo, telefon gibi iletişim araçlarının henüz yaygınlaşmadığı bir dönem söz konusu idi. Küçük üreticiler, tüccarlar ancak sınırlı bir bölgeye hizmet verebiliyorlardı. Böylece içine kapanık bir hayat süren Anadolu, 1950'li yılların ilk yarısında uyanmaya başlamıştır. Bu uyanışın belli başlı sebepleri vardır. Bu sebepler arasında nüfus patlaması ilk olarak öne sürülebilir. Gerçekten de 1950 ile 1960 yılları arasında % 40 civarında bir nüfus artışı söz konusudur. Türkiye bu dönemde dünyanın en yüksek nüfus artış oranına sahip on ülkesinden birisidir (Çavdar, 2008: 55).

İkinci olarak 1950-1960 yılları arasında gerek Marshall planı gerekse dış krediler yoluyla alınan tarım makinaları, yani traktörün yaygınlaşmasıdır. Böylece ekim alanları kısa sürede iki katına çıkmış, verimlilik dönüm başına çok fazla artmasa bile üretim artmıştır. Traktör yalnızca tarımsal alanlar için değil ulaşım için de önemli fayda sağlamıştır. Böylece köylüler kasaba ve kent pazarlarına daha rahat ulaşabilmişler; ürünlerini değerleri üzerinden pazarlayabilmişlerdir.

Üçüncü ve önemli bir neden de dönemin siyasal iktidarı Demokrat Parti'nin uyguladığı tarım politikasının başarısıdır. Devletçiliğin karşısında özel sektörün lehinde bir ekonomi politikası uygulayan Demokrat Parti, tarım politikasında bu çizginin dışına çıkmış; köylüden, tarımdan yana politikalar uygulamış, bu anlamda sınırları zorlamıştır. Kuraklık gibi dış faktörlerin etkisi ile bazen tarımsal üretimde başarısız dönemler olsa da genelde başarılı bir politika izlemiştir.

Bu çalışma Demokrat Parti'nin uyguladığı tarım politikasının genel özelliklerini, başarılı ve başarısız yönlerini, uygulanan tarım politikasının siyasi ve sosyal sonuçlarını ortaya koymak için hazırlanmıştır. Çalışma literatür tarama yöntemi ile hazırlanmıştır. Daha çok ikincil kaynaklar ve istatistiksel veriler üzerinden hazırlanmıştır.

2. DÖNEMİN ÖZELLİKLERİ VE GEÇERLİ OLAN EKONOMİK MODEL

İkinci Dünya savaşının sonlarında doğru Türkiye'de hangi kalkınma strateji ve politikalarının izleneceği konusunda araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu kapsamda 1946 yılında belirlenen “İvedili

Sanayi Planı” Türkiye’nin kalkınma politikaları açısından önemli bir dönüm noktasıdır. Bu plan, Türkiye'nin savaş sonrası ekonomik kalkınmasını desteklemek ve sanayileşmesini hızlandırmak amacıyla hazırlanmıştır.

Plan’ın, ABD’nin müttefiklerini de içerecek şekilde dünya genelinde uygulamakta yardım politikaları ve diğer Keynesyen politikalarla paralel hale getirilebilmesi için ABD’nin onayına sunulmuştur. Ancak ABD, Türkiye’nin tarıma yönelik politika ve uygulamaları yönelmesi gerektiğini iler sürerek planı reddetmiştir. Takip eden yıllarda Türkiye 1948-1952 yıllarını kapsayan yeni bir kalkınma programı hazırlamış, ABD’nin de tutumunda değişiklik olmuş ve Türkiye yardım programlarına dahil edilmiştir (Turgut, 1991: 135).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında ABD, savaşın yıkımından kurtulma, dünya çapında istikrarı sağlama ve Sovyetler Birliği’ne karşı blok oluşturmak gibi amaçlarla çeşitli yardım politikaları ve programları uygulamaya koymuştur. Bu yardımlar, ekonomik kalkınmayı teşvik etmek, siyasi istikrarı desteklemek ve Sovyetler Birliği’nin etkisini sınırlamak için tasarlanmıştır. Türkiye, küresel güç dengesindeki değişiklikler ve özellikle Soğuk Savaş’ın başlamasıyla birlikte ABD yanlısı politikalar izlemeye başladı. Türkiye’nin bu dönemdeki ABD yanlısı politikaları hem ulusal güvenlik çıkarlarını koruma hem de ekonomik ve askeri yardım almak amacıyla şekillenmiştir. (Demir, 2008: 317-319). Bu nedenle acil bir ekonomik zorunluluk söz konusu değilken Türkiye ABD yardımlarını kabul etmiş ve karşılığında da sanayileşme temelli kalkınma hedefleri yerine tarımsal kalkınma hedeflerine öncelik vermiştir (Turgut, 1991: 136).

İkinci Dünya Savaşı sırasında yayılan enflasyon, tarımsal fiyatlarda önemli yükselişler sağlamış, bu da az da olsa tarımda bir sermaye birikimine neden olmuştu. Fiyat ilişkileri aracılığıyla tarımdan tarım dışına aktarılan artı, 1950 ve sonrasında damgasını vuran bir dizi iktisat politikası aracılığıyla tekrar tarıma döndürülmüştür (Boratav, 1989: 83). Böylece 1938’de 1013 olan traktör sayısı 1946’da 1356’ya 1948’de 1756’ya yükselmiştir. Henüz traktör üretiminin başlamadığı, talebin dışarıyla karşılandığı bu dönemde, özellikle 1950-1953 yılları arasında önemli artışlar gözlemlenmektedir. Marshall yardımının da devreye girdiği bu yıllarda traktör talep artışı sırasıyla 5.053, 11.281 ve 12.797 olmuştur. Böylece 1950’lerde Türkiye’nin sahip olduğu traktör sayısı 16.585 iken 1953’te 35.600 olmuştur. Bu tarihte Türk tarımı traktöre doymuş bulunmaktaydı (Tekelioğlu, 1983: 80). Bu hızlı talep artışı, tarımsal üretime açılan alanların hızla gelişmesine neden olmuş, 1950’de 14.542 bin hektar olan işlenen alan yaklaşık olarak % 30 artarak 1953’te 18.812 hektara ulaşmıştır (Tablo I). Planlı dönem öncesi, özellikle 1955’e kadar gerçekleşen hızlı makineleşme sonrası, Türkiye’ye 106 markanın 302 tip traktörü girmiş, tamir-bakım ve yedek parça sorunları 1960’lı yıllarda Anadolu’yu bir traktör mezarlığına çevirmiştir (Tekelioğlu, 1983: 81). Bu tarihten sonra (1954) traktör artışı yavaşlamıştır. Bunun nedeni yeterli teknik hazırlık yapılmadığının yanı sıra dış alım güçlüklerinin de yaşanmasıdır.

TABLO I: Tarımda İşlenen Alanlar ve Enerji Kaynağı Dağılımı (000 Hektar)

Yıllar	Toplam işlenen alan	Ekilen alan	Nadas alan	Meralar	Hayvan sayısı (Çift)	Traktör Sayısı
1950	14542	9868	4674	37800	2.495.256	16585
1955	20998	14205	6793	31000	2.563.872	40282
1960	23227	15305	7922	28600	2.647.695	42136

(Kaynak: Olalı, 1987: 87)

Traktör parkındaki hızlı gelişme işlenen araziye meraların zararına geliştirmiştir. Makinalı tarıma geçiş, özellikle orta ve büyük işletmelerde, daha önce mera halinde kalmış özel mülklerin tarla tarımına dönüşmesine neden olmuş, ancak orta ve büyük mülkler bununla yetinmeyerek devlete ait meraları da tahripten kaçınmamışlardır. Böylece makinalı tarımla birlikte ekilen alanlar devamlı artarken meralar da buna paralel olarak sürekli azalmıştır.

Türkiye 1947-1953 ara döneminde, bu gelişme stratejisine diğer ülkelerden farklı olarak çok kolayca uyum sağlamıştır. Bunun nedeni, 1946 yılına gelindiğinde ülke ekonomisi içinde en güçlü sınıfların büyük toprak sahipleri ve tüccarlar olmasından kaynaklanmaktadır. Tarım kesiminde büyük toprak sahiplerinin gücü 1950 tarihli “ziraat sayımı” sonuçlarında açıkça görülmektedir.

1950 yılında yapılan tarım sayımının sonuçlarına göre küçük işletmeler tarımsal yapının egemen unsurlarıdır. Yani Türkiye'deki çiftçilerin % 75'i beş hektar veya daha küçük araziler üzerinde ekim yapmaktadır. Sayıları iki milyona yaklaşan bu çiftçilerin işledikleri topraklar, işlenen toprak sayısının % 30'unu bile bulmuyordu. Öte yandan pastadan en büyük payı alan kesim ise 50 hektar ve üzerine sahip olan büyük çiftçilerdir. İşlenen toplam arazinin %30'nun % 1.6'nın elinde olması büyük toprak sahiplerinin gücünün bir göstergesidir.

TABLO II: Tarımsal İşletmelerin Sayısal Dağılımı

İşletme Grupları	1950 Yılı İşletme Sayısı	%	1963 Yılı İşletme Sayısı	%
1-5 Hektar	1.554.000	61.8	2.132.288	68.8
5-10 Hektar	550.000	21.9	561.254	18.1
10-20 Hektar	264.000	10.5	292.171	9.4
20-50 Hektar	104.800	4.2	99.785	3.2
50 + Hektar	40.000	1.6	15.352	0.5
Toplam	2.512.800	100	3.100.850	100

(Kaynak: Tekelioğlu, 1983: 73)

Demokrat Parti'nin kurulması ve kısa sürede toplumun büyük kesiminin, özellikle tarım kesimindeki kitlelerin, desteğini alarak iktidara gelmesiyle sonuçlanan siyasi harekete dinamizm sağlayan başlıca iki önemli etken vardı. Bunlardan ilki Cumhuriyet Halk Partisiyle özdeşleştirilen devletçilik politikasına karşı oluşmuş olan tepki politikasıydı. Diğer ve daha önemlisi, hatta DP'nin kurulma nedeni, 1945 yılında "Çiftçiyi Topraklandırma Kanunu" idi. Bu kanuna karşı oluşan büyük muhalefet hareketi, DP'nin sınıfsal içeriğinin oluşmasında ve iktidarı elde etmesinde büyük rol oynamıştır.

Büyük toprak sahibi ve tüccarların tarımda makinalı üretime geçişin sağladığı yararlarından en büyük payı alma çabaları, bunu engelleyecek bir siyasal tavrın olmaması nedeniyle büyük ölçüde başarıya ulaşmıştır. Siyasal açıdan güçlü bir konuma sahip olmalarının yarattığı imkânları kullanan büyük toprak sahipleri, hükümetin ekim alanlarını genişletmek amacıyla başlattığı meraların tahrip edilmesi, hazine topraklarının özel girişimcilerin kullanımına açılması ve bataklıkların kurutulması gibi girişimleri sonucunda yaratılan yeni tarımsal alanların büyük bir kısmını kendi mülkiyetlerine geçirmişlerdir. Bundan daha önemli bir gelişme de, tarımda yeni bir temerküz biçiminin bu dönemde hız kazanmasıydı. Bu temerküz biçiminde büyük toprak sahipleri küçük üreticilerin ellerindeki toprakları kiralayarak veya satın alarak kendi denetimlerinde işletmeye başlatıyorlardı. Başka bir ifadeyle küçük üreticilerin mülksüzleştirilme aşaması başlıyordu. Bu hareketin sonucunda Türkiye'de ciddi bir iç göç olayı yaşanmıştır. 1950-1960 arasında dört büyük şehirde nüfus % 75 artmıştır (Turgut, 1991: 152).

Demokrat Parti, büyük toprak sahiplerinin ve ticaret burjuvazisinin çıkarlarını korurken, küçük üreticilerden oluşan geniş bir oy tabanını da ekonomik açıdan hoşnut tutmayı başarmıştır. Bu strateji, partinin uzun süreli iktidarını sürdürmesinde önemli bir rol oynamıştır. Bu hoşnut tutmada dünya ekonomisinin büyüme süreci içinde olması önemli rol oynamıştır. 1947-1953 arasında tarıma ve dış ticarete dayalı gelişme stratejisinin uygulanabilmesi açısından Türkiye'nin geleneksel ihracatına dışarıdan gelen talep devam etmiş ve tarım sektörünün tümüne yönelik "popülist" politikalar sürmüştür. Bu dönemde "popülist" politikaların devam edebilmesi için iç ve dış koşullar elverişliydi; ancak bu koşullar ortadan kalkmasına rağmen, oy tabanını koruma endişesiyle, bu politikalara devam edilmesinin bedeli, 1947-1953 döneminde yıllık ortalama artış oranı % 2.2 olan fiyat düzeyinin, 1953-1959 döneminde yılda ortalama % 16.9'a yükselerek 6 yılda yaklaşık 2.2 katına çıkması olmuştur (Turgut, 1991: 157).

1950-1960 yılları arasında tarım sektörü, teknolojik yenilikler ve devlet politikaları doğrultusunda önemli bir dönüşüm geçirmiştir. Tarımda makineleşme, traktör ve diğer tarım makinelerinin yaygınlaşmasıyla başlamıştır. Bu süreç, tarımsal üretimin modernize edilmesine ve iş gücünün daha verimli kullanılmasına olanak tanımıştır. Traktörlerin ve diğer makinelerin kullanımındaki artış, tarımsal faaliyetlerin hızlanmasını ve verimliliğin yükselmesini sağlamıştır. Özellikle, traktörlerin kullanımı, tarlaların işlenmesini daha hızlı ve etkili hale getirmiştir (Kaya ve Kalaycı, 2021: 26). 1950-1960 döneminde devlet, tarım ürünlerinin fiyatlarını desteklemek amacıyla çeşitli politikalar uygulamıştır. Bu destekleme politikaları, ürün fiyatlarının sabitlenmesi ve çiftçilerin gelirlerinin

korunması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ürün fiyatlarının desteklenmesi, tarım sektöründe fiyat dalgalanmalarının önlenmesine ve çiftçilerin ekonomik güvenliğinin sağlanmasına yardımcı olmuştur (Sungur, 2016: 7-8). Ancak döneme damgasını vuran en önemli değişim ise sermaye alanındaki gelişmeler olmuştur (Kepenek, 1990: 88). 1950-1960 dönemi, Türkiye tarım sektörü için önemli yapısal dönüşümlerin yaşandığı bir dönemdir. Demokrat Parti'nin (DP) iktidarında uygulanan ekonomik politikalar, tarım sektöründe köklü değişikliklere yol açmış ve bu değişiklikler ülkenin tarımsal üretkenliğini önemli ölçüde etkilemiştir (Sungur, 2016: 3-4). Dönemin tarım kesiminde yaşanan hızlı makineleşme, ürün fiyatlarının desteklenmesi ve yeni üretim alanlarının açılması gibi temel politikalar Türkiye'de tarım sektörünün gelişmesinde önemli rol oynamıştır. Söz konusu politikalar dört temele oturtulmuştur (Kaya ve Kalaycı, 2021; Tunç ve Pınar, 2020; Yavuz, 2005)

- Toprak Reformları: Yeni tarım alanlarının üretime açılması, çeşitli toprak reformları ve arazi düzenlemeleri ile desteklenmiştir. Bu reformlar, tarımsal üretimin artırılması ve tarım arazilerinin etkin kullanımını amaçlamıştır.
- Sulama Projeleri: Yeni tarım alanlarının açılması sürecinde sulama projeleri ve altyapı yatırımları önemli rol oynamıştır. Sulama imkanlarının genişletilmesi, tarımsal üretim alanlarını artırmış ve verimli tarım yapılmasını sağlamıştır.
- Arazi Kullanımı: Yeni tarım alanlarının üretime açılması, arazi kullanımını etkinleştirmiş ve tarımsal üretkenliği artırmıştır.
- Üretim Çeşitliliği: Daha geniş tarım alanları, üretim çeşitliliğini artırmış ve tarımsal ürün yelpazesini genişletmiştir.

Genel olarak Demokrat Parti döneminde fiyat destekleme politikalarıyla tarım ürünleri fiyatlarının artırılması sağlanmıştır. Hükümet, tarım ürünlerinin fiyatlarını destekleyici politikalar uygulamıştır. Bu, özellikle tarımsal üreticilerin gelirlerini koruma ve ürünlerin piyasa değerlerinin altında kalmasını önleme amacı taşımıştır. Sübvansiyonlar ve kredi destekleriyle tarımsal üretim artırılmaya çalışılmıştır (Oktar ve Varlı, 2010: 4-7). Tarım ürünlerinin fiyatlarının desteklenmesi için sübvansiyonlar ve düşük faizli krediler sağlanmıştır. Bu yardımlar, çiftçilerin ekonomik yükünü hafifletmiş ve tarımsal üretkenliği teşvik etmiştir. Uygulanan politikaların ekonomik etkilerinden birincisi gelir stabilitesi olmuştur. Ürün fiyatlarının desteklenmesi, çiftçilerin gelirlerinin daha stabil ve öngörülebilir olmasını sağlamış, böylece tarım sektöründe ekonomik istikrarı güçlendirmiştir. İkinci etkisi ise üretim teşvikiyle nicel artış sağlanmıştır. Fiyat destekleri, çiftçilerin üretim yapma motivasyonunu artırmış ve tarım sektöründe genel bir üretim artışı sağlamıştır (Takım, 2012: 176-177).

2. SERMAYE ALANINDA GELİŞMELER

Öncelikli olarak sermaye kaynakları iki açıdan ele alınabilir: Para yönü ve fiziksel mal yönü. Sermayenin parasal yönü para arzı, kredi genişlemesi ve kamu harcamalarındaki gelişmeler olarak alınabilir. Bu iç parasal sermayeye ek olarak, bu dönemden başlayarak önem kazanmaya başlayan yabancı sermaye, dış borçlanma ve yardımları da eklemek gerekir.

2.1. İç Sermaye Kaynakları

Demokrat Parti ile birlikte 1950'lerin başından itibaren uygulanan bazı politikalar hem ekonomik büyüme hem de enflasyonist baskılar açısından önemli sonuçlar doğurmuştur. Nitekim DP döneminde para arzı, genişlemeci bir politika çerçevesinde artırılmıştır. Bu durum, genel olarak ekonomik büyüme ve kalkınma hedefleriyle ilişkilendirilmiştir. Banknot miktarındaki artış ise Merkez Bankası'nın ekonomik büyümeyi desteklemek amacıyla daha fazla banknot basmasıyla gerçekleşmiştir. Bu süreç, özellikle 1950'lerin başlarından itibaren hız kazanmıştır (Takım, 2012: 171).

1950-1960 yılları arasında uygulanan ekonomik politikalar, ekonomik büyümeyi teşvik etmeyi ve çeşitli sektörlerde gelişmeler sağlamayı amaçlamıştır. Bu dönemde önemli bir ekonomik politika adımı olarak Hükümet 1951 yılında banka faiz oranlarının %12'den %8.5'e indirilmiştir (Birvural ve Coşar, 2020: 877). Ancak sadece faiz oranlarını değiştirerek kredi miktarını istenen düzeyde tutma çabası, sermaye piyasasının yapısal aksaklıkları nedeniyle sınırlı sonuçlar verebilir hatta daha kötü sonuçlara da yol açabilir (Çamoğlu ve Akıncı, 2012). Sermaye piyasasındaki yapısal sorunlar, risk algıları ve piyasa belirsizlikleri, faiz oranı değişikliklerinin kredi arzı ve talebine olan etkisini kısıtlayabilir. Dönem itibarıyla tarımsal krediler, özellikle 1949-1955 döneminde, önemli artışlar göstermiş ve 1959 yılında,

1949 yılına oranla, on kat artmıştır. Büyük ölçüde kısa vadeli işletme kredisi niteliğinde, tarımsal kredi genişlemesinin ortaya çıkaracağı olası sonuçlardan biri kırsal kesimin pazarlara açılmasını kolaylaştırabilir. Ancak bu tür kredilerin amacına uygun kullanılması gerekmektedir. Aksi halde tarım kesime tahsis edilen kaynakla başka alanlara kanalize olabilir (Kepenek, 1990: 100).

1950-1960 yılları arasındaki dönemde kredi artışı hangi sektörlerde yoğunlaşmıştır? Bu sorunun yanıtı hangi sektörlerin daha karlı olduğuyla ilgilidir. Tablo IV’den de açıkça anlaşılacağı gibi yaklaşık 1/3’ü tarım kesimine yönelik bir genişleme vardır. Yani en karlı görülen alan tarım kesimi olmuştur.

TABLO III: Kredilerin İşlevsel Dağılımı (%)

Yıl	Tarım	Sanayi	Diğer	Toplam
1950	31.67	-	68.33	100
1955	30.78	2.73	66.45	100
1960	24.81	2.31	72.88	100

(Kaynak: Kepenek, 1990: 91)

Parasal sermayenin genişlemesine bir başka katkıda genel bütçe açıklarından gelmiştir. Kamu gelirlerinin, harcamalar miktarında toplanamaması ya da toplanmaması bu duruma yol açmaktadır. Genel bütçe 1950, 1952 ve sonrası sürekli açık vermiş ve açık miktarı giderek artmıştır. Bu bütçe açıklarının başlıca nedeni de etkin bir vergi sisteminin oluşturulamaması olmuştur (Tablo IV).

TABLO IV: İç Sermaye Kaynakları 1950-1960 (milyon TL)

Yıllar	Para Arzı	Artış Oranı %	Banka Kredileri	Bütçe
1950	862	7.3	1301	-48
1951	1007	16.8	1279	+65.5
1952	1104	9.6	2620	-13.2
1953	1286	16.5	3429	-22.0
1954	1326	3.1	4311	-173.9
1955	1744	31.5	5062	-160.5
1956	2253	29.2	5885	-182.6
1957	2853	26.6	7849	-196.2
1958	2955	3.6	8737	-155.0
1959	3295	11.5	9511	-342.2
1960	3699	12.3	9640	-387.0

(Kaynak: Kepenek, 1990: 90)

2.2. Dış sermaye kaynakları

Dış sermaye kaynaklarının başında Amerika Birleşik Devletleri gelmektedir. Truman Doktrini, Marshall Planı, AID ve PL 480 gibi düzenlemeler bu sürecin biçimlenişidir. 1950’ye kadar kaynak aktarımı “borç” şeklinde iken, 1950’den sonra bağışlar ağırlıkta olmuştur. Farklılığın nedeni siyasal iktidarın Amerika Birleşik Devletleri karşısındaki tutumuna bağlanabilir (Turgut, 1991: 136-137).

Amerika Birleşik Devletleri’nden sağlanan borçların bir bölümü ayrı bir özelliğe sahiptir. PL 480’e göre Amerika Birleşik Devletleri tarım ürünleri fazlasından Türkiye’ye gönderilen miktarın TL olarak Merkez Bankası’nda ayrı bir hesapta tutulmakta ve ikili anlaşmalara göre kullanılmaktaydı. Kaynağın Türkiye tarafından kullanılan bölümü bütçe ve Kamu İktisadi Teşekküllerinin finansmanında, Amerika Birleşik Devletleri tarafından kullanılan bölümü ise Amerika Birleşik Devletleri’nin Türkiye’deki özel ortaklıklarına kredi verilmesi biçiminde kullanılmaktaydı. 1952’ye kadar PL 480 düzenlemesinden sağlanan kaynak toplamı 351.2 milyon \$’dı. Dışalım güçlüklerinin yoğunlaştığı 1954 sonrası dönemde ülkeye giren birçok dışalım malın bedeli ödenememiş ve bunların ödenmesi gecikmiş; dış borç durumuna gelmiştir. Borçların 1960’ta 376.6 milyon \$ olduğu görülmektedir.

TABLO V: Dış Sermaye Kaynakları

Yıllar	Amerika Birleşik Devletlerinin Ekonomik Yardımları			Diğer Kredi Kuruluşları*
	Borç	Bağış	Toplam	Toplam
1946-48	45.4	-	45.4	5.0
1949	33.8	-	33.8	-
1950	40.0	31.9	71.9	80.4
1951	-	49.8	49.8	-
1952	11.2	58.4	69.6	35.2
1953	-	58.6	58.6	20.9
1954	-	78.7	78.7	3.8
1955	25.5	83.8	109.3	-
1956	25.0	104.3	129.3	-
1957	25.1	62.3	87.4	13.5
1958	23.2	90.4	113.6	125.5
1959	97.2	107.0	204.2	-
1960	26.5	99.0	125.5	37.0
1961	131.0	89.8	220.0	161.7
1962	102.5	81.6	184.2	15.0

(Kaynak: Turgut, 1991: 146)

* IBRD (Dünya Bankası), Uluslararası Kalkınma Örgütü, IMF, Avrupa Ödemeler Birliği (Edu), OECD ve Batı Almanya.

3. TARIMSAL KREDİLER VE SÜBVANSİYONLAR

3.1. Kurumlar

3.1.1. Tarım Kredi Kooperatifleri

Demokrat Parti döneminde Tarım Kredi Kooperatifleri, tarımsal kalkınmanın desteklenmesi açısından önemli bir rol oynamıştır. Kamu kaynaklarından da desteklenen Tarım Kredi Kooperatiflerinin sağladığı düşük faizle finansmanla çiftçilere düşük faizli krediler sunularak onların tarımsal yatırımlarının finansmanının sağlanması, tarımsal girdilerin temininde aracılık yapılması ve bu girdileri uygun fiyatlarla çiftçilere ulaştırılması amaçlanmıştır. Nitekim bu politika sonuç vermiş Tarım Kredi Kooperatiflerinin üye sayısında artış olmuştur. Tablo VII ve VIII'deki verilerden anlaşılacağı üzere, özellikle 1950'den sonra tarım kredi kooperatiflerinde hızlı bir artış olmuştur. 1950'den sonra bu tür kooperatiflerce verilen kredi miktarları hızla yükselmiştir.

TABLO VI: Tarım Kredi Kooperatifleri 1950-1960

Yıllar	Kooperatif sayısı	Üye sayısı
1950	900	438 410
1951	984	490 216
1952	1187	617 353
1953	1300	720 804
1954	1356	773 739
1955	1425	820 469
1956	1488	981 639
1957	1521	891 112
1958	1546	904 127
1959	1560	919 914
1960	1572	937 896

(Kaynak: Turgut, 1991: 160)

TABLO VII: Tarım Kredi Kooperatiflerince Verilen Kredi Miktarları 1950-1960

Yıllar	Kredi Miktarı (Milyon TL)
1950	225,8
1951	290,2
1952	414,6
1953	544,6
1954	549,7
1955	675,6
1956	694,2
1957	766,3
1958	870,8
1959	881,2
1960	1000,7

(Kaynak: Turgut, 1991: 160)

3.1.2. Ziraat Bankası

Tarımın karşılaştığı birçok ağır sorunlar vardır. Bu ağır sorunları tekil üreticilerin çözmek için aldığı tedbirler yetersiz kalmış ve devlet bu alanlara müdahale etmek zorunda kalmıştır. Devletin belirli bir amaçla sorunların çözümü için aldığı tedbirlerin tümü “tarım politikası”nı oluşturur.

Her ülkede devletin uyguladığı tarım politikası, o ülkenin kendine özgü ekonomik, sosyal ve çevresel sorunlarına yönelik olarak şekillendirilir. Tarım politikaları, yerel üretim ihtiyaçlarını karşılamak, kırsal kalkınmayı desteklemek, gıda güvenliğini sağlamak ve tarımsal verimliliği artırmak gibi hedeflerle belirlenen stratejiler doğrultusunda uygulanır. Ülkelerin tarım politikaları, iklim koşulları, toprak yapısı, tarımsal üretim kapasiteleri ve çiftçi ihtiyaçları gibi faktörlere bağlı olarak farklılık gösterir. Bu nedenle, tarım politikaları ülkelerin ekonomik ve sosyal koşullarına uygun çözümler sunmayı amaçlar. Özellikle Türkiye gibi yeni gelişmekte olan ülkelerde tarım politikası hep üretimin gelişmesine yönelik olmuştur (Kazgan, 1977: 502). Ürün fiyatı için yürütülen politikada stok politikası ve gereken finansman kaynaklarının kamuca yüklenilmesiyle tamamlanır; Merkez Bankası ve Ziraat Bankası kredileri bu niteliktedir

Diğer taraftan tarım sektörünün hem siyasi hem de iktisadi açıdan önem kazanması nedeniyle değişen siyasi konjonktür, T.C. Ziraat Bankası kredi politikasını da etkilemeye başlamış, bankanın verdiği kredi miktarı 1948-1958 yılları arasında on misli artmıştı.

TABLO VIII: T.C. Ziraat Bankası Kredileri

Yıllar	Kredi miktarı (Milyon TL)
1950	412
1951	646
1952	1067
1953	1213
1954	1497
1955	1558
1956	1888
1957	2108
1958	2161
1959	2313
1960	2392

(Kaynak: Turgut, 1991: 161)

3.2. Destekleme Alımları ya da Ürün Fiyat Politikası

Bilindiği gibi ürün fiyat politikasında desteklenen ürün belirlenen fiyat üzerinden ilgili kurumca üreticiden satın alınır. Satılan ürünün saklanması, satılması için giderler, alım-satımdan doğan zararlar

devletçe ödenir. Finansmanlar, alımı yapan kurumun öz kaynağından ya da kredi yoluyla (Merkez Bankası ve Ziraat Bankası) karşılanır (Dönmezçelik, 1979: 30).

Özellikle kooperatiflerde bir araya gelen küçük üreticilerin krediye ulaşma imkânlarının artmaya başladığı bir dönemde, tarım sektöründe kredi bulunabilirlik şartlarının iyileşmesi de köylü lehine bir gelişmeydi. Bunun yanında küçük üreticilerin piyasa için üretime geçebilmelerini kolaylaştırma yolunda siyasal iktidarın elinde bulunan diğer bir etkin araçta, 1932 yılında başlatılan destekleme alımlarının hızlandırılmasıydı. 1932 yılında buğdayla başlayan destekleme politikasının kapsamı her yıl yeni ürünlerin katılmasıyla genişlemiştir.

TABLO IX: Destekleme Alımına Başlanan Yıllar ve Ürünler

<i>Desteklenen Ürün</i>	Destek ile ilgili Kurum	Desteklemeye Başlama yılı
Buğday	TMO	1931
Arpa	TMO	1938
Çavdar	TMO	1938
Yulaf	TMO	1938
Afyon Sakızı	TMO	1938
Tütün	Tekel Gen. Müd.	1940
Çay Yaprağı	Tekel Gen. Müd.	1940
Mısır	TMO	1941
Çeltik	TMO	1944
Şeker Pancarı	TC. Şeker Fab. A.Ş.	1956

(**Kaynak:** Dönmezçelik, 1979: 32)

Destekleme programlarını yürütmekle görevli Toprak Mahsulleri Ofisi, 1949 yılında destekleme alımları için 196 milyon TL öderken, bu miktar 1960 yılında 1050 milyon TL' ye ulaşmıştı (Tablo XI).

Destekleme alımlarının nicel olarak yaygınlaşması sonucunda piyasaya yönelik üretime geçebilme şansları artan küçük üreticiler, resmi kredi piyasasından yararlanma imkânları da arttıkça, elde ettikleri kredilerin bir kısmını işletme sermayesi ihtiyaçlarını giderme, diğer kısmını da makinalı üretime geçebilme amacı yolunda kullanmaya başlamışlardı. Parasallaşma derecesi yükselen tarım sektöründe kredi kooperatifleri yanında, üretim kooperatiflerinin de nispeten güçlenmesi, 1950 yılından itibaren Türkiye'de oldukça hareketli bir kiralık tarım makinaları piyasası oluşmasına yol açmıştır (Tablo XI-XII).

TABLO X: TMO'nun destekleme programı çerçevesinde yaptığı ödemeler

<i>Yıllar</i>	Ödeme Tutarı (Milyon TL)
1950	196
1951	332
1952	519
1953	756
1954	692
1955	464
1956	473
1957	819
1958	1137
1959	1022
1960	1050

(**Kaynak:** Turgut, 1991: 161)

TABLO XI: Tarımda makine gücü kullanımı

Makine Gücü Toplamı	317.584
Kendi malı veya toprak makine gücü	74.343
Kiralanan makine gücü	238.502

(Kaynak: Turgut, 1991: 161)

Tablo XII'den de anlaşılacağı gibi, döneme özgü siyasi konjonktür dolayısıyla oy tabanı olarak önem kazanan küçük üreticilerin de kooperatifler aracılığıyla sağladıkları kredileri kiralık tarım makinaları piyasasından yararlanma yolunda kullanmaları, Demokrat Parti hükümeti tarafından teşvik edilmiştir.

3.3. Ürünler İtibariyle Sübvansiyon Tutarı ve Kurum Zararlarının Karşılama Biçimi

Çiftçinin ürettiği buğday dünya fiyatları üstünde bir fiyatla alınırken, tüketicilere fiyat artışı yansıtılmamıştır. Toprak Mahsulleri Ofisi aradaki farkı sürekli karşılamak zorunda bırakıldığından zarardan kurtulamıyordu. Ofis açıklarını Merkez Bankası'na borçlanarak kapatıyordu. Bu uygulama enflasyonu besleyen bir kaynağa dönüşmüştür (Aruoba, 1992: 13).

Ürün fiyat politikasının uygulanmasında doğal olarak kurumların uğradığı zararlar vardır. Bu zararlar dolayısıyla kurumlar, Merkez Bankası'ndan aldıkları kredileri tümüyle geri ödeyememişler; zararları kredi genişlemesiyle karşılanmış ve dolayısıyla da enflasyona yola açmıştır. 1950-60 döneminde ürünler itibariyle sübvansiyon tutarı ve bunun ürün değerine oranı Tablo XIII'de sunulmuştur.

TABLO XII: Ürünler İtibariyle Sübvansiyon Tutarı

Ürün	1951-1960 sübvansiyon (milyon TL)	Ürün değerine oranı %
Tütün-çay	34	12.4
Buğday	80	1.4
Pamuk	75	4.2
Şeker pancarı	41	11.6
Fındık	16	9.2
Zeytinyağı	3	2.6
Üzüm	2	6.5
İncir	2	1.5
Fıstık	1	2.2
Toplam	254	2.4

(Kaynak: Kazgan, 1977: 508)

Tablodan anlaşılacağı üzere tek başına buğday toplam tutar olarak en büyük sübvansiyonu almış olsa da bunun buğday üretim değerine oranı çok küçüktür (% 1.4); ürün değerine oranla en büyük sübvansiyon tütün, çay, şeker pancarı ve fındıktır.

Sık sık destekleme politikasının tarım içinde gelir bölümünde adaletsizliklere yol açtığı bir gerçektir. Ancak, izlenen ürün fiyat politikasının amacı adaletsizlikleri gidermek değildir; bilakis bunu yapmaya olanağı da yoktur. Etkisi eşitsizliği artırmaktır; bunun için de toprak dağılımındaki dengesizliği gidermek gibi yapısal-kuramsal bir değişme ve/veya tarım gelirlerindeki artışla toprak rantındaki artışı, artan oranlı, sırasıyla gelir vergisi ve arazi vergisini kullanarak gerçekleştirmektedir. Çünkü destekleme ile yükselen fiyatlar, gelir gibi toprak değerini de yükseltir. Gerçekte, yalnız ürüne fiyat sübvansiyonları değil, girdi fiyat sübvansiyonları, altyapı yatırımları da üreticiye, işlediği alan ve kullanımı arasında bir yarar sağlamaktadır; kredi faizlerine, gübre, makine, su fiyatlarına yapılan sübvansiyonlar bu niteliktedir.

İzlenen politikanın diğer bir yan etkisi de enflasyon olmuştur. Türk ekonomisinde enflasyonist etkinin ortaya çıkma nedeni, politikayı yürüten kurumların zararlarının kamu vergi geliri yerine kredi genişlemesiyle karşılanmasıdır. Politika kendi içerisinde enflasyonist olmaktan çok, Türkiye'deki uygulama biçimi bu etkiyi yaratmıştır. 1950-1960 döneminde Merkez Bankası kredilerindeki ortalama yıllık genişleme 520 milyon TL'dir. Bunun 208 milyon TL'si yani % 40'ı tarım ürünleri finansmanında,

bunun yarıya yakın kısmı da Toprak Mahsulleri Ofisi zararlarından doğmuştur ve enflasyon etkisi şiddetli olmuştur(Kazgan, 1977: 512).

3.4. Ürün Fiyat Politikasının Değerlendirilmesi

Ürün fiyat politikasının üretici açısından yararı, monopsonist pazarlama firmalarını piyasada etkisizleştirmesidir; ürün fiyatı düşüşlerine bir taban çizerek, ilgili ürünün maliyetten bağımsız fiyatlara düşmesini önlemesidir. Buğdayda verim istikrarsızlığından doğan fiyat istikrarsızlığını, talep elastikiyetini yükselterek azaltması, böylece üretici kadar tüketiciye de yarar sağlamasıdır. Söz konusu ürünlerin üreticilerini pazar sorunundan doğan risklerden kurtarmasıdır; yeni ürün yetiştirme ve teknolojik değişimin ürünü artırıcı etkisinden doğan riskleri azaltmasıdır; üreticinin satmaya razı olduğu fiyatı yükselterek aracılardan fiyat düşürmesini sınırlamasıdır. Buna diğer risklerin azalması ve sübvansiyonların üretimi teşvik etmesi de eklenebilir (Kazgan, 1977: 512).

Ürün fiyat politikası, üretici ve tüketici için fiyat istikrarsızlığını azaltsa da üretici gelirlerinin istikrarsızlığını daima azaltmaz. Tekil üretici katına inildiğinde ise genel bir fiyat politikası ile her üretici için gelir istikrarı sağlamanın olanaksızlığı açıkça ortadadır. Ürün fiyat politikasının bir diğer yetersizliği, fiyatlara siyasal etkenlerin sık sık karıştırılması olmuştur; oy sağlama amacının iktisadi hesaplarda öncelikli olmasıdır; bu da kaynak dağılımını bozmuştur. Üçüncü olumsuz etki ise, uzun dönemde Türk ekonomisinde hayvancılığın ve hayvansal ürünlerin geliştirilmesi aleyhine bir ortam yaratmasıdır. Önemli bitkisel ürünlerin fiyatları çeşitli oranlarda sübvansiyonlarla desteklenmekte; ayrıca, bitkisel girdilerde sübvansiyon verilirken, hayvansal ürünler bu tür desteklerden yoksun bırakılmıştır. Buna karşılık belediyeler, tüketicinin korunması amacıyla uzun süre et fiyatlarını baskı altında tutmuşlardır. Bu ters politika 1976'ya kadar devam etmiş, Et Balık Kurumu'nun destekleme alımı yapmasıyla bu yanlıştan dönmüştür (Kazgan, 1977: 513).

TABLO XIII: Tarımsal Ürün Bileşimi

Ürün bileşimi	1950-1954	1955-1959	1960-1064
Tarla Bitkileri	52	55.1	52.7
Meyve-Sebze	10.7	11.7	15.2
Hayvan Ürünleri	34	30.6	28.7
Diğer	3.3	2.6	3.4
Toplam	100	100	100

(Kaynak: Kazgan, 1977: 48)

Gelişmiş ülkelerde ürün bileşimi Türkiye'nin tersidir. Türkiye'deki bu ters gelişmenin bir başka nedenini de tarımdaki makinalaşmaya bağlayabiliriz. Hızlı makinalaşma toprak talebini artırmış, çayır ve meralar ekime açılmış, ekilen alan miktarı çok fazla artmıştır. Dolayısıyla da çayır ve meralar aynı miktarda daralmıştır. Bitkisel üretimde teknoloji değiştiği halde, hayvansal üretim bunu izleyememiştir (Kazgan, 1977: 99).

Diğer taraftan, kredi genişlemesi yoluyla kamunun eline geçen fonların her yıl bir kısmının ürün fiyat politikasında kullanıldığı ve özellikle küçük üreticinin küçük sübvansiyon tutarlarının, doğrudan doğruya tüketimi arttırdığı yadsınmaz. Böylece, kamu fonlarıyla tüketim finanse edilmiş oluyordu. Nihayet büyük toprak sahipleri, özellikle pamuk ve buğdaydan, bu kamu fonlarıyla daha da zengin olmuşlardır.

4. GİRDİ FİYAT POLİTİKASI

Devlet, temel tarım ürünleri fiyatlarıyla birlikte yeni teknolojiyi temsil eden girdilerin fiyatlarının kontrolü, saptanması, ithalatın düzenlenmesi, sübvansiyon yapılması, dağıtımı gibi alanlara da müdahale etmiştir. Böylece kimyasal gübre, tarım ilacı, tarım makinaları gibi girdilerin üretici eline düşük fiyatla geçmesi sağlanmıştır. Bu girdiler ithal edildiklerinde, gümrük muafiyetlerinden de yararlanmışlardır. Bunlar bir süre tarımda verimliliği de getirmiştir. Ancak bu girdi sübvansiyonları ya da girdi fiyatlarını düşük tutma politikası sık sık başarısızlığa uğramıştır. Girdiler, üreticilerin eline saptanan düşük fiyatlarda geçmemiş, fakat aracı kurumları büyümüştür.

TABLO XIV: Tarımsal Girdiler

Yıl	Çift hayvanı (1000 çift)	Traktör (Adet)	Kimyasal gübre (1000 ton)	Ekilen alan (nadas dâhil) (hektar)
1948	2442	1756	-	13900
1950	2495	16585	42	14542
1955	2564	40282	83	20998
1960	2648	40236	107	23264
1965	2674	54668	813	23841

(Kaynak: Karluk, 1994, 98)

TABLO XV: Tarımsal Girdiler ve Tarımsal Krediler

Yıllar	İşlenen alan (000 H)	Artış Oranı %	Traktör Sayısı	Artış Oranı %	Tarımsal kredi (Milyon TL)	Artış Oranı %
1945	12 664	-	1156	-	1139	-
1946	13 093	3.4	1356	17.3	176	26.6
1947	15 575	3.7	1556	14.7	243	38.1
1948	13 900	2.4	1756	12.9	236	-2.9
1949	13 264	4.6	9170	422.2	227	42.8
1950	14 542	9.6	16585	80.9	412	22.3
1951	15 272	5.0	24000	44.7	646	56.8
1952	17 361	13.7	31425	30.9	1067	65.2
1953	18 812	8.4	35600	13.3	1213	13.7
1954	19 616	4.3	37743	6.0	1497	14.0
1955	20 998	7.0	40282	6.7	1558	4.1
1956	22 453	6.9	43727	8.6	1888	21.2
1957	22 161	1.3	44144	1.0	2108	11.7
1958	22 765	2.7	42525	-3.7	2161	2.5
1959	22 940	1.0	41896	-1.5	2313	7.0
1960	23 264	1.4	42136	0.6	2392	3.4
1961	23 076	-1.0	42505	0.9	1682	-29.7
1962	23 215	1.0	43747	2.9	1953	16.1

(Kaynak: Kepenek, 1990: 99)

Türk imalat sanayinin gelişmesinde tarımla arasındaki yapısal ilişki yeterince gözetilmemiş, girdi üreten sanayiler ihtiyacı karşılayamamıştır. Bu talep ithalatla karşılanmıştır; bu da döviz kurlarına bağlıdır. İthalat güçlüklerine rağmen girdi fiyatını düşük tutma politikası başarısızlığa uğramıştır. Girdi fiyatlarını düşük tutmanın yolunu iç üretim ve ithalatı artırarak, arzı bollaştırarak bulunmuştur.

Girdi fiyatlarını düşük tutmak amacıyla devlet, Türkiye’de kurmuş tarım kredilerinde (Başta Ziraat Bankası ve Tarım Kredi Kooperatifleri yoluyla) faiz haddini ticari kredilerin altında saptamıştır. Böylece, girdi satın almanın maliyetini bir ikinci yoldan düşürmeye çalışmıştır. Ancak küçük üreticilerin

kurumlaşmış kredilerden çok düşük tutarlarda yararlanabilmeleri, aldıkları kredilerden de önemli ölçüde tüketim amacıyla faydalanmaları, bu söz konusu olanağı sınırlayan bir etken olmuştur.

Tarım kredilerinin dağılımı, işlenen toprak yüzölçümünü yakından izlemektedir. Bundan ötürü, ürün fiyat politikasında olduğu gibi girdi fiyat politikasında da, düşük kredi faizleri, kamu kurumlarının zararı pahasına üreticiye yapılan sübvansiyon, toprak dağılımıyla doğru orantılı olarak üreticiye geçmektedir. Pek çok tarım girdisi ve tarım hizmeti üreticiye bedelsiz veya maliyetinin çok altında fiyatlarda kamu kurumlarınca sağlanmıştır. Burada da yararlanma girdi kullanımı, dolayısıyla bu hemen hemen toprak dağılımını izlemektedir (Kazgan, 1977: 516). Fiyatlar yoluyla sübvansiyon üretimi teşvik edilmek istenen mallara verilmeliydi. Ancak bu dönemin Türkiye'sinde siyasal fiyat kararlarının bunu yapması ya da koordinasyonu sağlaması olanaksız olmuştur. Hep bu tür kararları siyasal mekanizmalar verdiği için, bu dönemde bu koordinasyonu sağlayacak bir üst karar organı da yoktu.

Tarımsal girdileri ve ürünleri fiyatları yoluyla yapılan sübvansiyonların kullanılan girdi ve pazarlanan ürünlerin miktarıyla doğru orantılı olduğu, dolayısıyla da büyük işletmelerin bu sübvansiyonlardan daha fazla yararlandığı görölmüştür. Oysa topraksız köylü ve pazarlanan ürün fazlası olmayan köylünün bundan hiç yararlanma olanağı olmamıştır. Girdi sübvansiyonu birim maliyeti azaltır; ürün fiyatı sübvansiyonu fiyatı yükseltir, her ikisinin de toprak rantını artıran etkisi vardır; alt-yapı yatırımları ve hizmetleri de aynı etkiyi yaratır. Bu rant, ekim alanına ve verime göre artan oranlı bir "Arazi Emlak Vergisi"yle karşılanmalıdır. Oysa uygulamadaki vergi sabit oranlıydı. Gelir vergisi, 1950'de Türkiye'de uygulamaya girmiş, ancak tarımı kapsamına 1963'te almıştır (Kazgan, 1977: 527). 1950-1962 yıllarını kapsayan dönemde tarımın ödediği arazi vergisi, hayvan vergisi ve katlı kur uygulamasının (TL dış değerinin, tarım ürünleri için yüksek tutulması) alınan ihracat vergisi ve dolaylı tüketim vergileriyle inhisar etmiştir.

1954-1960 dönemindeki enflasyon, arazi vergisi (yaklaşık % 1) değerlerini tamamen gerçek dışı hale getirmiştir. Örneğin 1936-1960 döneminde toprak değerleri 50 kat artarken, arazi vergisi geliri 2.7 kat artabilmiştir. Daha ilginç bir nokta, arazi vergisinin hasılatı arazi vergisi gelirinin de altında kalmıştır. 1959 yılında, arazi vergisi hasılatı 23.8 milyon TL iken, hayvan geliri vergisi hasılatı 33 milyon TL olmuştur (Kazgan, 1977: 531). Diğer taraftan sigara, şeker, tuz, çay, kahve gibi tüketim mallarından alınan ve gümrüklerden alınan dolaylı vergiler, İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki dönemde olduğu gibi 1950'lerde de köylüler üzerindeki vergilerde çok ağır bir yük teşkil ediyordu. 1956'da topraksız köylü ve küçük üreticiler üzerindeki dolaylı vergi yükü, topraksız köylüde % 11, küçük üreticide % 25 olduğu halde, orta üreticiler üzerinde % 10, büyük üreticilerde % 3 idi. Buna hayvan vergisi, hayvan başına alındığı için gelir üzerinde oransal yükü olduğu eklenirse, topraksız köylü ve küçük üreticiler üzerindeki vergi yükünün çok ağır olduğu anlaşılmaktadır. Buna karşılık, gelirleri nasıl olsa asgari geçim düzeyinin altında bulunduğundan, gelir vergisi kapsamı dışında bulunmaları pek fayda sağlamamıştır. Bu uygulamadan en fazla yararı sağlayan büyük ve orta üreticiler olmuştur. 1950'lerde 50 dekar ve daha fazla araziye işleyen ve tarımsal ailelerin % 30'unu oluşturan bu toplumsal kesim, tarım topraklarının % 80'ini elinde tutmaktaydı.

Hayvan Vergisi'nin oransal ve dolaylı vergilerin geliri üzerindeki etkilerine, döviz kurunun etkileri de eklenince durum biraz daha kötüleşmiştir. 1948-1958 yılları arasında genel fiyat indeksi (1948 = 100) 202'ye çıktığı halde, döviz kuru 2.80 TL=1\$'da sabit tutulmuştur. İhraç mallarının % 80'ini tarım ürünlerinin oluşturduğu bir ülkede, iki katı artan iç fiyatlara rağmen döviz kurunun sabit tutulması, ihracat primlerine rağmen, üreticiden dolar başına vergi alınması anlamına gelmiştir. 1958 devalüasyonundan sonra da 9 TL=1\$ olduğu halde, afyon için 2.8 TL=1\$, tütün için 4.9 TL=1\$, kuru üzüm, fındık, incir için 5.6 TL=1\$ da tutulmuştur. Ancak 1960 devalüasyonundan sonraki dönemde bu ürünlerde kur 9 TL'ye yükseltilmiştir. Diğer bir deyişle, 1950-1960 yılları arasında tarım ürünleri, ihracatta dolar başına vergi ödemiş ve bu da gelir üzerinden oransal bir vergi yükünü ifade etmiştir (Kazgan, 1977: 532).

5. SONUÇ

Demokrat Parti'nin uyguladığı ekonomi politikasının genel özelliklerine bakıldığında gerek seçim öncesi dillendirilen sloganlarda gerekse parti programında devletçiliğin karşısında özel girişimin ve serbest piyasanın yanında olduğu tespiti yapılabilir. Özellikle 1950 yılında yürütölen seçim kampanyasında devlet iştiraklerinin özel sektöre satılacağı vurgulanmıştır. Fakat uygulamaya gelince

Demokrat Parti'nin tutarlı olmadığı, en fazla kamu yatırımının bu dönemde olduğu görölmektedir. Bu anlamda en fazla tutarsızlık ise tarım politikasında görölmüştür. Daha önceki dönemlerin aksine olağanüstü bir şekilde tarım kesiminin desteklendiği görölmektedir.

Tarım kesimini destekleme iki yönlü olmuştur. İlk olarak tarımsal girdilerin ucuz sağlanması amacıyla ucuz kredi ve devlet sübvansiyonları gündeme getirilmiş, ardından ürün temelinde yüksek oranlı destekleme alımları yapılmıştır. Buğday, pamuk, şeker pancarı, tütün ve yağlı tohumlar desteklenen ürünlerin başında gelmektedir. Tarım kesiminin yani köylünün alım gücü yükselince iç talep de artmış bu da ülke genelinde tüketimi artırmıştır. Talep daha çok sanayi ürünlerine yönelmiştir.

Tarım kesimine yönelik sübvansiyonlar ve destekleme alımları kamu finansmanında açığa sebep olmuş, buna karşılık Merkez Bankası hazine bonosu ile borçlanan hükümeti desteklemiştir. Bu durum piyasadaki para miktarını yükseltmiştir ve sonuçta enflasyonu körüklemiştir. Kısaca Demokrat Parti, köylüye dönük popülist politikaların sürüklediği genişleyici ve enflasyonist politikalarda ısrar etmeyi yeğlemiştir. Sırf oy potansiyelini muhafaza etmek için Başbakan Menderes köylüye yönelik popülist politikalarında ısrarcı olmuştur.

Son olarak tarım kesimine yönelik destekleme ve sübvansiyonlar daha çok köylünün değil de toprak ağalarının eline geçmiştir. Çünkü köylü bunlara ulaşacak bilgi birikimi ve tecrübeye sahip değildi. Toprak ağaları, siyasi çevreleri ve şehirde okuttukları çocukları aracılığı ile ucuz kredi başta olmak üzere her türlü destek ve sübvansiyona erişimi elde etmiş ve elde ettiği sermayeyi tarımsal üretimden çok fakir köylünün toprağını elde etmek için kullanmıştır. Bunun sonucunda toprağını satan köylü şehre akın etmiş ve böylece köyden kente büyük bir göç dalgası gelmiştir. Böylece kentlerin de sosyo-ekonomik yapısı bozularak varoşlaşma olgusu artmıştır. Başka bir ifadeyle çarpık bir kentleşme ile göçün ailelerde sosyo-ekonomik ve psikolojik etkileri, iskân ve istihdam sorunlarına neden olduğu görölmüştür. Köyden kente göçün sosyo-kültürel nedenleri bağlamında bakıldığında kentleşme yapısının bozulması, sosyo-kültürel yapının değişmesi, aile yapısının değişimi, sosyal değerler ve sosyalleşme bağlamında değişimler, kayıt dışı istihdam, yoksunluk ve yoksulluk, sosyal ve ekonomik dengesizlikler gibi sonuçlara ulaşılabilir.

KAYNAKÇA

- Aruoba, Ç. (1992). Tarım sektörü. In Ç. Aruoba & C. Alpar (Eds.), *Türkiye ekonomisinde sektörel gelişmeler* (pp. xx-xx). Türkiye Ekonomi Kurumu Yayınları.
- Birvural, A., & Coşar, N. (2020). Türkiye'de Demokrat Parti dönemi ve planlı dönemde faiz oranlarının gelişimi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(71), 876-889.
- Boratav, K. (1989). *Türkiye iktisat tarihi* (2nd ed.). Gerçek Yayınevi.
- Çamoğlu, S. M., & Akıncı, M. (2012). Türkiye'de sektörel banka kredilerinin gelişimi: Bir zaman serisi analizi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 19(1), 193-210.
- Çavdar, T. (2008). *Türkiye'nin demokrasi tarihi* (4th ed.). İmge Yayınevi.
- Demir, Ş. (2009). Türk siyasi tarihinde Adnan Menderes (1930-1960) [Doktora tezi, Marmara Üniversitesi]. Marmara Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü.
- Dönmezçelik, U. (1979). *Türkiye'de tarımsal destekleme fiyat politikasının etkenliği*. Maliye Bakanlığı Yayınları.
- Karlık, R. (1994). *Türkiye ekonomisi*. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kaya, M., & Kalaycı, İ. (2021). Türkiye'de tarihsel süreçte tarım politikası ve planlama deneyimi. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 23-34.
- Kazgan, G. (1977). *Tarım ve gelişme* (2nd ed.). İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayınları.
- Kepenek, Y. (1990). *Türkiye ekonomisi* (5th ed.). Verso Yayıncılık.
- Oktar, S., & Varlı, A. (2010). Türkiye'de 1950-54 döneminde Demokrat Parti'nin tarım politikası. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 28(1), 1-22.

- Olalı, H. (1987). *Tarımın Türk ekonomisinde yeri ve ekonomik gelişmeye katkısı*. İzmir Ticaret Borsası Yayınları.
- Sungur, Z. (2016). Demokrat Parti döneminde (1950-1960) tarım politikaları ve etkileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 1-24.
- Takım, A. (2012). Demokrat Parti döneminde uygulanan ekonomi politikaları ve sonuçları. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 67(2), 157-187.
- Tekelioğlu, Y. (1983). *Türkiye’de tarımsal makinalaşmanın temel sorunu: Traktör*. TZDK Yayınları.
- Tunç, V., & Pınar, M. (2020). Çok partili dönemde Van Gölü Havzası’nda tarım alanında yapılan kamu yatırımları ve harcamaları (1946-1960). *Türk Kültürü ve Medeniyeti Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 231-254.
- Turgut, S. (1991). *Demokrat Parti döneminde Türkiye ekonomisi*. Adalet Matbaası.
- Yavuz, F. (2005). *Türkiye’de tarım* (1st ed.). Tarım ve Köyişleri Bakanlığı Yayınları.