

SDÜ Sağlık Yönetimi

Dergisi

Cilt: 2 Sayı: 2 Yıl: 2020 ISSN: 2757-5888

**SDU Healthcare
Management**

Journal

ISSN: 2757-5888

Volume: 2 Issue: 2 Year: 2020

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2020

Cilt / Volume: 2

Sayı / Issue: 2

Derginin Sahibi / Owner of the Journal

Prof. Dr. Ramazan ERDEM
(Süleyman Demirel Üniversitesi Adına / On Behalf of Süleyman Demirel University)

Editör / Managing Editor

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Erdal EKE

Editör Yardımcıları / Editorial Assistants

Arş. Gör. / Res. Asst. Dilruba İZGÜDEN
Arş. Gör. / Res. Asst. Merve KİŞİ
Arş. Gör. / Res. Asst. Selin KALENDER

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Arş. Gör. / Res. Assist. Merve KİŞİ

Kapak Tasarımı / Cover Design

Durmuş Ali GÜRTOKLU
(SDÜ Kurumsal İletişim Merkezi Grafik Tasarım Bölümü)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Belma KEKLİK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Vahit YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Aygen OKSAY
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ
Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. Üyesi. Arzu YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aynur TOROMAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Sıdıka KAYA
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI
İstinye Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU
Beykent Üniversitesi

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Nilgün SARP
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Prof. Dr. Mahmud KHAN
University of South Carolina
Prof. Dr. Motasem HAMDAN
Al-Quds University
Assoc. Prof. Dr. Amir Hossein TAKIAN
Tehran University

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2020

Cilt / Volume: 2

Sayı / Issue: 2

Amaç / Aim

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nün yayın organıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık yönetimi alanındaki ulusal ve uluslararası gelişmelerin takip edilmesi, sağlık yönetimi odaklı akademik yayınları içermesi ve alanla ilgili nitelikli ve güncel bir kaynak oluşturması başta olmak üzere çeşitli amaçlarla yayın hayatına başlamıştır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, hakemli ve yılda iki kez yayınlanan süreli bir yayındır.

Kapsam / Scope

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, iktisadi ve idari bilimler ile ilgili tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri, derleme makaleler ve olgu sunumlarını kabul etmektedir. Dergi Haziran ve Aralık aylarında olmak üzere yılda iki sayı olarak yayımlanmaktadır. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık ekonomisi, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, hastane işletmeciliği, sağlık kurumlarında muhasebe-finance, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji başta olmak üzere sağlık yönetimi alanındaki konularda yazılmış araştırma, derleme, gözlem ve görüş, bildiri, rapor, çeviri ve duyuru türündeki Türkçe ve İngilizce bilimsel yazılar yayımlanmaktadır.

İletişim Adresi / Contact Info

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi
Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Doğu Kampüsü, 32260, Çünür, Isparta / TURKEY
<http://dergipark.gov.tr/sdusyd>
<http://saglikyonetimibolumudergisi@sdu.edu.tr>
+90 246 2110568

Hakem Kurulu / Referee Board

Prof. Dr. Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. İzzet ERDEM Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Prof. Dr. Belma KEKLİK Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Ahmet ALKAN Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Erdal EKE Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Aynur TORAMAN Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Tahsin AKÇAKANAT Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Rukiye ÇELİK Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ahmet Sait ÖZKUL Süleyman Demirel Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Aslı METİN Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Nurdan ORAL KARA Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Sevil ASLAN Kafkas Üniversitesi

Liste dergimizin bu sayısında yayınlanan makaleleri değerlendiren hakemlerden oluşmaktadır. Hakemlerimize dergimize yapmış oldukları katkıdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Derleme Makalesi / Review Article

Dr. Öğr. Üyesi Emine ŞENER
Sevim SİN

Bebek Dostu Hastane Girişimi: Örgütsel Düzeyde Bir Kavram Analizi
Baby-Friendly Hospital Initiative: A Concept Analysis at Organizational Level

65-79

Derleme Makalesi / Review Article

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SONGUR
Öğr. Gör. Duygu YAMAN

Sağlık Sektörü Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık ve İş Tatminlerine Yönelik Literatür İncelemesi
A Literature Review for Organizational Commitment and Job Satisfaction of Healthcare Sector Employees

80-100

Araştırma Makalesi / Research Article

Ayşe Nur ATA

Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul BAYER

Hastane Çalışanlarının Perspektifinden Öğrenilmiş Güçlülüğün Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi
The Effect of Learned Resourcefulness on State and Trait Anxiety Levels from the Perspective of Hospital Employees

101-127

Derleme Makalesi / Review Article

Dr. Öğr. Üyesi Betül AKALIN

Ülkü VERANYURT

Sağlıkta Dijitalleşme ve Yapay Zekâ
Digitalization in Health and Artificial Intelligence

128-137

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Sevil ASLAN

Şeyma GÜLİSTAN

Çalışanların Hasta Bina Sendromu Yaşama Durumlarının İncelenmesi: Hatay Devlet Hastanesi Örneği
Investigation of the Employees' Situation of the Sick Building Syndrome: Example of Hatay State Hospital

138-149

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA

Güler AKIN

Arş. Gör. Servet ALP

Üniversite Öğrencilerinin Gelecek Kaygısı ile Sınav Kaygısı arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir
A Study on the Relationship Between University Students' Hopelessness and Test Anxiety

150-169

YAYIN İLKELERİ

1. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, altı ayda bir ve gerektiğinde özel sayı olarak yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe olup gerektiğinde İngilizce yazılara da yer verilebilir.
2. Dergiye iktisadi ve idari programlar ile ilgili tüm konularda bilimsel ve özgün makaleler gönderilebilir.
3. Dergiye gönderilen makaleler başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
4. Makaleler Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış olmalıdır.
5. Makaleler yazım kurallarımıza uygun bir şekilde hazırlanarak sisteme yüklenmelidir. Yazarlar; unvanlarını, görev yaptıkları kurumları ve iletişim bilgilerini sisteme eksiksiz bir şekilde eklemelidir. Sistem üzerinden makale gönderemeyen yazarlar saglikyonetimidergisi@sdu.edu.tr adresine e-mail yoluyla da çalışmalarını gönderebilir.
6. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmaktadır.
7. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır.
8. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ilk olarak intihal programından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir.
9. Makaleler içerik ve biçim açısından incelenmek üzere en az iki hakeme gönderilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmemektedir. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör makaleyi üçüncü hakeme gönderilebilir veya hakem raporları çerçevesinde nihai kararı verebilir.
10. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin geri çevrilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç üç ay içinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir.
11. Yazım yanlışlarının çok fazla olması, bilimsellik şartlarına uyulmaması makalenin geri çevrilmesi için yeterli görülecektir.
12. Yayınlanmayan makaleler yazarına geri gönderilmeyecektir.
13. Dergide yayınlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir. Tüm sorumluluk yazarına aittir.
14. Dergide yayınlanan makalelerin her hakkı saklıdır. Derginin ismi olmadan hiçbir şekilde çoğaltılamaz.
15. Dergide yayınlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmez.
16. Yayın ilkelerine uygun olmayan makaleler hakem değerlendirme sürecine alınmayacaktır.

YAYIN ETİĞİ

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi yayın etiği konusunda COPE (Committee on Publication Ethics) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından belirlenen yayın etiği ilke, standart ve tavsiyelerini gözetmektedir. Buna göre kabul edilen etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayından çıkarılır. Yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler de buna dahildir. Yayın etiği kapsamında tüm paydaşların özetle aşağıdaki etik sorumlulukları taşıması beklenmekte olup, her türlü etik vakası COPE kuralları gereğince değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Yazarların Etik Sorumlulukları:

- Yazarlar dergiye gönderdikleri makaleleri başka bir yerde yayınlamamış ya da yayınlanmak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmekle yükümlüdür.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkanı sağlamalıdır.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

- Araştırmayı incelemek için yeterli nitelikte olmayan veya makaleyi hızlı bir şekilde değerlendirmesinin imkansız olacağını bilen seçilmiş herhangi bir hakem, editöre bu durumu bildirmeli ve inceleme sürecinden mazurunu istemelidir.
- Hakemler kendilerine ulaşan makaleleri gizli tutmak ve hakemlik sürecinden elde ettikleri bilgileri kişisel menfaatleri için kullanmamakla yükümlüdürler.
- Hakemler raporlarını veya makale hakkındaki bilgileri başkalarıyla paylaşmamalıdır ve editörün izni olmadan yazarlarla doğrudan iletişim kurmamalıdır.
- Hakemler makaledeki potansiyel etik meseleler konusunda özenli olmalı ve bunları editörün dikkatine sunmalıdır. Buna, değerlendirmedeki makale ile hakemin kişisel bilgi sahibi olduğu herhangi başka bir yayınlanmış çalışma arasındaki özlü benzerlik ve örtüşme dâhildir.
- Hakemlik nesnel bir şekilde yapılmalıdır. Yazarlara dair kişisel eleştirilerde bulunulmamalı, değerlendirmeler yapıcı, dürüst ve kibar olmalıdır.
- Hakemler yazarlarından herhangi biriyle rekabetçi, işbirlikçi veya başka türlü bir ilişki veya bağlantıdan kaynaklanabilecek potansiyel bir çıkar çatışmasına sahip olduğu bir makaleyi değerlendirmeyi kabul etmeden önce editöre danışmalıdır.

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

- Dergide hangi makalelerin yayınlanacağına karar vermek editör kurulunun sorumluluğundadır. Yazarların makalelerini değerlendiren editör kurulu; ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, dini inanç, etnik köken, vatandaşlık ya da politik felsefelerinden bağımsız olarak değerlendirme yapmalıdır. Alınacak karar, makalenin doğruluğu, geçerliliği ve önemi ile derginin kapsamının uygunluğuna dayanmalıdır. İftira, telif hakkı ihlali ve intihal ile ilgili mevcut yasal gereklilikler de dikkate alınmalıdır.
- Editör veya herhangi bir editör kurulu üyesi, ilgili yazar, hakemler, potansiyel hakemler, diğer editör danışmanları ve yayıncılardan başka kimseye bir makale hakkında bilgi ifşa etmemelidir.
- Sunulan bir makalede açıklanan yayınlanmamış malzemeler, yazarın açık yazılı izni olmaksızın editörün veya editör kurulunun kendi araştırmalarında kullanılmamalıdır.

YAZIM KURALLARI

1. Makaleler “Office Word” programında A4 boyutlarında hazırlanmalıdır.
2. Makalelerin uzunluğu dergi formatında 30 sayfayı geçmemelidir.
3. Sayfa düzeni; Üst: 3 cm, Alt: 3 cm, Sol: 4 cm ve Sağ: 2,5 cm olmalıdır.
4. Makaleler 11 punto ve “Times New Roman” karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak yazılmalıdır. Yazımda, virgül ve noktalardan sonra bir karakter ara verilmelidir.
5. Paragraflarda başlangıç girintisi kullanılmamalı, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında ilave boş satır bırakılmamalıdır.
6. Makalenin ilk sayfasında 11 punto olarak Türkçe ve İngilizce başlık, 9 punto olarak 150 kelimeyi geçmeyecek Türkçe ve İngilizce özet ile en az 3 en fazla 5 tane olmak üzere Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler bulunmalıdır.
7. Yazarın unvanı ile ad ve soyadı, 10 punto olarak makale başlığının sağ altında belirtilmelidir. Aynı sayfanın dipnotlar için ayrılan kesim çizgisinin altında ise 8 punto olarak yazarın görev yeri ve e-mail adresi gösterilmelidir.
8. Makalede ana başlıklar ve alt başlıklar kalın (bold) ve sola yaslı (girintisiz) olarak 1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1. gibi ondalıklı şekilde numaralandırılmalıdır. Ana başlıkların bütün harfleri büyük yazılmalı, alt başlıkların ise sadece baş harfleri büyük yazılmalıdır. Ana başlıklardan önce 1 satır boşluk bırakılmalı, başlık sonrasında ise boşluk bırakılmamalıdır. Alt başlıkların ise hem öncesinde hem de sonrasında herhangi bir satır boşluğu bırakılmamalıdır.
9. Makale içindeki tüm tablo, şekil ve grafikler metnin uygun yerlerinde ardışık olarak numaralandırılmış bir şekilde sayfaya ortali olarak gösterilmelidir. Her tablo, şekil veya grafiğe bir başlık verilmelidir. Başlık; tablo, şekil veya grafiğin üstünde, sayfaya ortali, yalnızca kelimelerin baş harfleri büyük olacak şekilde ve 10 punto olarak yer almalıdır. Tablo, şekil ve grafik içindeki metin 8-10 punto aralığında olmalıdır. Tablo, şekil veya grafikler yukarıda verilen sayfa yapısına (sayfa marjlarını aşmayacak şekilde) uygun olmalıdır.
10. Dergiye gönderilecek başvurularda aşağıdaki kurallar göz önüne alınacaktır.

KİTAP

Tek Yazarlı Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.
Dağ, R., (2007), Kırsal Kalkınma Siyaseti, 2. Baskı, Ankara: Dipnot Yayınları.

İki -Altı Yazarlı Kitap

Uyarı: İkidenden altıya kadar (altı yazar da dâhil) yazarı olan kitaplarda tüm yazarlar kaynakçada gösterilmelidir.

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i. ve Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Üçok, C., Mumcu, A. ve Bozkurt, G., (2008), Türk Hukuk Tarihi, 3. Baskı, Ankara: Turhan Kitabevi.

Not: İngilizce yayınlarda “ve” yerine “and” kullanılmalıdır.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Kitap

Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe kitaplarda “vd.” İngilizce kitaplarda “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Erdem, R., Alkan, A., Yılmaz, N., Çelik, R., Akkaş, E., Erdem, İ. vd., (2018), Sağlık Kurumlarına Sosyolojik Bakış, 1. Baskı, Isparta: Hayal Yayınları.

Not: İngilizce yayınlarda “vd.” yerine “et al.” kullanılmalıdır.

Editörlü Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), “İçerideki makalenin veya bölümün adı”, içinde Editörün İsmi Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kitabın Adı, (ss. Makale veya bölümün sayfa aralığı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Çarıkcı, İ. H. ve Arslan, E. T., (2010), “Türk Yönetim Geleneğinde Kayırmacılığın Tarihi Seyri”, içinde R. Erdem (Ed.), Yönetim ve Örgüt Açısından Kayırmacılık, (ss. 27-39), 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.

Not: Editör ikiden fazlaysa ikinci yazardan sonra “vd.” kısaltması yapılmalıdır.

Çeviri Kitap

Uyarı: Çeviri kitaplarında metin içerisinde ve kaynakçada kitabın orijinalinin hangi yılda yayımlandığı belirtilmelidir.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), Kitap Adı, (Çev. Kitabı Çeviren Yazarın İsmi Baş Harf(ler)i. Yazarın Soyadı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi

Neiman, S., (2006), Modern Düşüncede Kötülük, (Çev. A. Sargüney), 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal Baskı: 1999)

Not: Metin içi: (Neiman, 1999/2006: 155).

Bildiri Kitabı

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Bildirinin adı”, içinde Editörün İsmi Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kongrenin Adı, (ss. Bildirinin sayfa aralığı), Yayın Yeri: Yayınevi.

Atman, Ü., (2010), “Kalite, Hastane Yönetimi ve Liderlik”, içinde H. Kırılmaz (Ed.), II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, (ss. 80-88), Ankara: Bakanlık Yayınları

MAKALE

Tek Yazarlı Makale

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Pazarlıoğlu, M. V., (2007), “İzmir Örneğinde İç Göçün Ekonometrik Analizi”, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 14(1): 121-135.

Stouffer, S. A., (1940), “Intervening Opportunities: A Theory Relating Mobility and Distance”, American Sociological Review, 5(6): 845-867.

İki -Altı Yazarlı Makale

Uyarı: İki'den altıya kadar (altı yazar da dahil) yazarı olan makalelerde tüm yazarlar kaynakçada gösterilmeli, son yazarın soyadından önce Türkçe makalelerde “ve” yabancı makalelerde “and” konulmalıdır..

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i., Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Koçak, Y. ve Terzi, E., (2012), “Türkiye’de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri”, Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(3): 163-184

Pissarides, C. A. and Wadsworth, J., (1989), “Unemployment and the Inter-Regional Mobility of Labour”, The Economic Journal, 99(397): 739-755.

İslamoğlu, E., Yıldırım, S. ve Benli, A., (2013), “Türkiye’de Tersine Göç ve Tersine Göçü Teşvik eden Uygulamalar: İstanbul İli Örneği”, Sakarya İktisat Dergisi, 2(4): 46-66.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Makaleler

Uyarı: Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe makalelerde “vd.” İngilizce makalelerde “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, A. Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al., (2010), “Health Professionals For A New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems In An Interdependent World”, The Lancet, 376: 1923-1958.

Erdem, R., Gökkaya, D., Vergili, A., İzgüden, D., Eroymak, S., Uysal, M. vd., (2009), “Sağlık Hizmetlerinde Ters Bakım Yasasının Kent-Kır Ekseninde Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(4): 95-104.

TEZ

Sağır, M., (2006), Eğitim ve İnsan Kaynağı Yönünden Türk Beyin Göçü: Geri Dönen Türk Akademisyenler Üzerine Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul.

SÖZLÜK

Jackson, Y. (Ed.). (2006). Encyclopedia of Multi Cultural Psychology, London & New Delhi: Sage Publications.

İNTERNET KAYNAĞI

http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/discrimination_1?q=discrimination, Erişim Tarihi: 03.07.2013.

DİĞER KAYNAKLAR (Rapor, Yasa, Sözleşme, Bildiri vs.)

1961 Anayasası (Kabul tarihi: 09.07.1961, Karar sayısı: 10859, Resmi Gazete: 20.07.1961).

AİHS: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, (Kabul edildiği yer: Roma, Kabul tarihi: 04.11.1950, Değişiklik: 01.06.2010).

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirisi (Kabul: 05.04.1975, Resmi Gazete: 27.04.1977).

Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Personelin Kılık ve Kıyafetine Dair Yönetmelik (Karar sayısı: 5105, Kabul Tarihi: 16.07.1982, Resmi Gazete: 25.10.1982).

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

**BEBEK DOSTU HASTANE GİRİŞİMİ:
ÖRGÜTSEL DÜZEYDE BİR KAVRAM ANALİZİ***

**BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE:
A CONCEPT ANALYSIS AT ORGANIZATIONAL LEVEL**

Sevim SİN¹
Dr. Öğr. Üyesi Emine ŞENER²

ÖZET

Günümüzün yaygın bir sağlık sorunu olan yetersiz ve dengesiz beslenme; bir yandan bireylerin fiziksel, sosyal ve zihinsel gelişimini etkilerken diğer yandan da toplumun ekonomik ve kültürel gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz tablo en çok bebek ve çocukları etkilemektedir. Bu süreçte etkin rolü olan anne sütü, bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmelerine katkı sağlamanın yanı sıra aile ve ülkeye sosyal ve ekonomik getirileri olan ideal ve vazgeçilmez bir besin kaynağıdır. Anne sütü ile beslenmedeki sorunları en aza indirmek ve tüm yeni doğanların bu besinle beslenmesini sağlamak amacıyla, Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF 1991 yılında, *Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastane* uygulamasını başlatmıştır. Bu çalışmanın da amacı, 1991 yılından beri kullanılan *Bebek Dostu Hastane* kavramını, etkileşimsiz nitel araştırma yöntemlerinden biri olan kavram analizi ile açıklamaktır. Kavram analizi bir kavramın araştırılması, tanımlanması ve benzer kavramlarla ayrışması için bilgi sağlayan bir süreçtir. Walker ve Avant (1983) tarafından geliştirilen 8 aşamalı kavram analizi yönteminin kullanıldığı çalışmada, bebek dostu hastanenin hazırlayıcı ve tanımlayıcı özellikleri ile uygulama sonuçları örgütsel düzeyde açıklanmıştır. Yaklaşık 30 yıldır uygulamada olmasına rağmen başarı oranının istenilen düzeye çıkmadığı görülen Bebek Dostu Hastane girişiminin, çocuk sağlığının korunması, bebek ve çocuk ölümlerinin önlenmesi amacıyla örgütsel düzeyde ele alınıp incelenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bebek Dostu Hastane, Kavram Analizi, Hastane Yönetimi, Başarılı Emzirmenin On Adımı.

ABSTRACT

Today's prevalent health problem inadequate unbalanced diet affects negatively not only people's physical, social and mental development but also economic and cultural development of society. These negative effects are seen mostly in babies and children. In addition to contributing to the health growth development of babies, breast milk, which has an active role in this process, is an ideal and indispensable food source with social and economic returns to the family and the country. In order to minimize nourishment with human breast milk and in order to provide nourishment for new born babies with this nutriment, WHO and UNICEF in 1991 stated practice of *Incentive of Breast Milk and Baby Friendly Hospital*. Also the aim at this study is to explain the concept of *Baby Friendly Hospital* which has been used since 1991 with concept analysis which is a non interactive qualitative research method. Concept analysis is a process that provides information for the research, definition and separation of a concept with similar concepts. In the study which 8 steps concept analysis method developed by Walker and Avant (1983) was used, preparer and descriptive features of baby friendly hospital with implementation of results was explained in organizational level. Although it has been in practice for about 30 years, the success rate has not reached the desired level and the Baby-Friendly Hospital initiative should be handled and examined at an organizational level in order to protect child health and child deaths.

KeyWords: Baby-Friendly Hospital, Concept Analysis, Hospital Management, Ten Steps to Successful Breastfeeding.

*Bu çalışma, 20-23 Haziran 2019 tarihlerinde Üsküdar Üniversitesi'nde gerçekleştirilen, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresinde sunulan sözlü bildirinin yeniden düzenlenmiş halidir.

¹ Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü/Yüksek Lisan Öğrencisi.

² Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü/esener@ahievran.edu.tr.

1. GİRİŞ

Farklı disiplinlerde kullanılan kavram ve metaforların sağlık alanında kullanılması, kullanılan bu kavram ve metaforların taşıdıkları anlam yüküyle alana transfer edilip edilmediği tartışmaya açıktır. Ayrıca literatürde yer alan bazı kavramlar yeterince açıklanmadığından, kavramların anlaşılabilirliği için doğru bir şekilde analiz edilmesi önem taşımaktadır. Bir kavramın anlaşılabilirliğine katkı ve netlik kazandırma gayesinde olan bu çalışmada, “dost” metaforunun eşlik ettiği “bebek dostu hastane girişi” analiz edilecektir. DSÖ ve UNICEF tüm dünyada halk sağlığı açısından bebeklerin uygun büyüme ve gelişme göstermeleri için yaşamın ilk altı ayında tek başına anne sütü ile beslenmelerini, sonrasında tamamlayıcı beslenme ile birlikte anne sütüyle emzirmenin en az iki yaşın sonuna kadar sürdürülmesini önermektedir. Türkiye’de 1991 yılından bugüne kadar emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi amacıyla “Bebek Dostu Hastane” girişimini başlatmıştır. Kavram özellikle Türkçe literatürde, sağlık çalışanı ve anne bağlamında ele alınmış ve çalışılmış ancak kavramsal olarak analizi yapılmamıştır. Yapılan çalışmalarda³ bebek dostu hastane girişiminin yaklaşık 30 yıldır uygulanmasına rağmen başarı oranının istenilen düzeye çıkmadığı görülmektedir. Kavramın örgütsel ve yönetsel boyutlarının göz ardı edilmemesi adına yapılacak bu analiz önem taşımaktadır. Çünkü kavram analizi, bir disiplinin ilgi alanına giren kavramların özelliklerini ve niteliklerini açıklığa kavuşturacak yöntem ya da yaklaşımı içerir (Cronin vd., 2010). Walker ve Avant’ın 8 aşamadan oluşan kavram analizi yönteminin kullanılacağı bu çalışma ile bebek dostu hastane girişiminin, sadece sağlık göstergelerinde değil aynı zamanda sunulan sağlık hizmetlerinin kalite ve akreditasyonunda da önemli bir yeri olan değişken olarak, örgütsel değişim perspektifinden ele alınması gerekliliği ortaya konulmaya çalışmıştır. Bu yöntem işlevsel bir tanım elde edilmesine ve ‘Bebek Dostu Hastane’ kavramı için standart bir dil oluşturulmasına olanak sağlayacaktır. Bu çalışma ile çocuk sağlığının korunması, bebek morbidite oranının azalması, bebek ve çocuk mortalitelerinin önlenmesi ‘Bebek Dostu Hastane’ girişiminin daha etkin bir şekilde yürütülmesine dönük uygulamaya yol gösterilmesi amaçlanmıştır.

2. BEBEK DOSTU HASTANE GİRİŞİMİ KAVRAM ANALİZİ

Bu çalışmada, “*bebek dostu hastane girişi*” kavramını açıklamak amacıyla, etkileşimsiz nitel araştırma yöntemi olan kavram analizi kullanılmıştır.

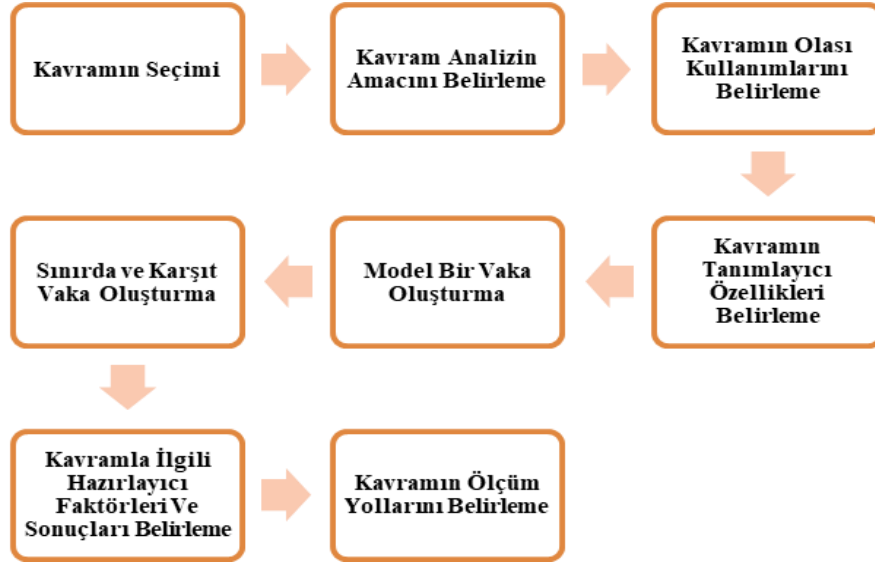
“*İnsan zihninde anlaşılan, farklı obje ve olguları değiştirebilen ortak özellikleri temsil eden bir bilgi yapısı*” (Ülgen, 2004) olarak tanımlanabilen kavram, zihinlerde farklı anlamlar ortaya çıkarabilme potansiyeline sahiptir. Zihinlerde oluşması muhtemel karmaşayı ortadan kaldırmak amacıyla önemli bir çaba olan kavram analizi, bir disiplinin ilgi alanına giren kavramların “*özelliklerini ya da niteliklerini*” açıklığa kavuşturma yaklaşımıdır (Cronin vd., 2010; Aydan, 2018).

Literatürde, çeşitli kavram analizi yöntemi yer almakla birlikte, Wilson’ın Kavram Analizi Yöntemi, Rodgers’in Gelişimsel Kavram Analizi, Walker ve Avant’ın Kavram Analizi Yöntemi literatürde yaygın olarak kullanılan kavram analizi yöntemleridir (Aydan, 2017). Wilson’ın Kavram Analizi yönteminden esinlenerek geliştirilen Walker ve Avant’ın

³İlgili çalışmalar “**Kavramın Seçimi**” başlığı altında verilmiştir.

yöntemi, Şekil 1’de “*Kavram Analizi Akış Diyagramı*” olarak verilmiştir (Baldwin, 2008: 53; Çıtak ve Uysal, 2012: 3-9; Şener, Çetinkaya, 2016: 128; Aydan, 2018).

Şekil 1: Kavram Analizi Akış Diyagramı



Şekil 1’de verilen Walker ve Avant’ın 8 aşamalı kavram analizinin aşamaları dikkate alınarak bebek dostu hastane girişimi şu başlıklar altında analiz edilecektir:

1. Bebek dostu hastane girişimi kavramının neden seçildiği,
2. Bebek dostu hastane girişimi kavramının analiz amacı,
3. Bebek dostu hastane girişimi kavramının olası kullanımlarının belirlenmesi,
4. Bebek dostu hastane girişimi kavramının tanımlayıcı özellikleri,
5. Bebek dostu hastane girişimi için model bir vaka oluşturma,
6. Bebek dostu hastane girişimi için sınırdaki ve karşıt vaka oluşturma,
7. Bebek dostu hastane girişiminin belirleyici faktörleri ve girişimin sonuçları,
8. Bebek dostu hastane girişimi ölçüm ve değerlendirme yolları.

2.1. Kavramın Seçimi

Bebek dostu hastane, emzirmenin uygulanmasını sağlamak ve hastanede erken süten kesmenin önlenmesi için 1991 yılında, Birleşmiş Milletlere üye ülkelerde başlatılan politik ve bilim temelli bir girişimdir. “Başarılı Emzirmenin 10 Adımı”(Tablo 1’de verilmiştir.) adlı belge, emzirmeyi sağlayan bir hastane politikası için temel kuralları belirlerken; süreç, gerekli becerilerin kazanılmasına odaklanan profesyonel ekiplerin seferber edilmesi ve eğitiminden oluşmaktadır. Girişim özünde, emzirmenin teşviki, korunması ve desteklenmesi için etkili klinik ve yönetim uygulamaları içermektedir. The Baby Friendly USA’nın (2020) 2017 verilerine göre şu anda dünya çapında, 150 ülkede 22.000’den fazla bebek dostu hastane bulunmaktadır. Türkiye ölçeğinde ise 1991-2018 yılları arasında, 1257 hastaneye “Bebek Dostu Hastane” unvanı verilmiştir (TÜSEB, 2018). Ulusal ve uluslararası çalışmalar, Bebek dostu hastanelerdeki doğumlar ile artan emzirme oranları arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (Lamounier vd., 2019).

Tablo 1: “Başarılı Emzirmenin On Adımı”

“Temel Yönetim Uygulamaları”
<ol style="list-style-type: none">1. “Kuruluşta anne sütü ve emzirme uygulamasının korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi amacıyla bir emzirme politikası oluşturulur.”<ol style="list-style-type: none">1.1. “Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanmasıyla ilgili Uluslararası Yasa” ve Dünya Sağlık Asamblesi’nin ilgili kararları eksiksiz şekilde uygulanır.”1.2. “Personel ve ebeveynlerle düzenli aralıklarla paylaşılan, yazılı bir “bebek beslenme politikası” oluşturulur.”1.3. “Sürekli izleme ve veri yönetim sistemleri kurulur.”2. “Personelin emzirme konusunda annelere destek olmak için gereken bilgi, yetkinlik ve becerilerle donatılması sağlanır.”
“Temel Klinik Uygulamalar”
<ol style="list-style-type: none">3. “Hamile kadınlar ve aileleri emzirmenin önemi ve yönetimi konusunda bilgilendirilir.4. Annelerin bebekleri ile doğar doğmaz en kısa sürede ten-tene temas kurması sağlanarak, en kısa sürede emzirmeye başlaması ve temasın kesintisiz şekilde sürmesi için annelere destek olunur.5. Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi ile sık karşılaşılan güçlüklerin yönetilmesi konusunda annelere destek sunulur.6. Tıbbi bir zorunluluk olmadığı sürece, yeni doğana anne sütünden başka herhangi bir yiyecek veya sıvı verilmez.7. Annelerin bebekleri ile bir arada tutulması ve günün 24 saati aynı odada kalmaları sağlanır.8. Annelerin bebekleri acıktığı zaman verdiği işaretleri tanıması ve bunlara yanıt vermesi konusunda annelere destek olunur.9. Biberon ve emzik kullanımı ve riskleri konusunda annelere danışmanlık hizmeti verilir.10. Ebeveynlerin ve bebeklerinin emzirme konusunda sürekli destek ve bakım hizmetlerine erişim sağlayacakları merkezlerle ilgili bilgilendirilmeleri taburculuk işlemleri öncesinde sağlanır.”
Kaynak: (TÜSEB, 2018)

Bebek dostu hastane girişimi, 1991 yılından bu yana uygulamada olmasına rağmen girişimin uygulama ve etkilerine ilişkin yeterince çalışma yapılmadığı söylenebilir. Öyle ki, Yılmazbaş vd. (2020) tarafından yapılan, “Sağlık Çalışanlarının Emzirme ve Bebek Dostu Hastane Pratikleri Açısından Farkındalık ve Tutumları” adlı çalışmada, sağlık çalışanlarının yarısının bebek dostu hastane kavramını bilmediklerini tespit etmişlerdir. Bununla birlikte aynı çalışmada, ABD’de pediatristlerin % 72’si bebek dostu hastane girişimini bilmezken, Kanada’da sağlık çalışanlarının yalnızca %16.9’unun girişim hakkında yeterli bilgiye sahip olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada, sağlık çalışanlarının “emzirme ve bebek dostu hastane girişimi konusunda düzenli eğitim almadığı” vurgulanmaktadır. Benzer sonuçlar, Durduran ve Bodur (2013) tarafından yapılan “İntörnlerin Anne Sütü ve Bebek Dostu Hastane İle İlgili Tutumu” adlı çalışmada da mevcuttur. İlgili çalışmada, “intörnlerin sadece yarısının doğru emzirme tekniğini bildiği ve bebek dostu hastane ilkelerini bilenlerin oranının ise % 31 olduğu” belirtilmektedir. Diğer taraftan benzeri çalışmalarda çoğunlukta sağlık çalışanlarının ya da annelerin tutumları (Ahi vd., 2019) araştırma konusu edilirken, bir örgüt olarak hastane perspektifinden ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu çalışmada analiz edilecek kavram olan “bebek dostu hastane girişimi”, literatürde anne, çocuk sağlığı ve sağlık çalışanı boyutlarıyla ele alınmış ancak gene de tam anlaşılmadığı ifade edilmiştir. Bu nedenle örgütsel bir girişim olarak ele alınması ve yönetsel düzeyde de değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle bebek dostu hastane girişimi, bu çalışmada farklı bir bakış açısıyla ele alınma gayesiyle seçilmiştir.

2.2. Analiz Amacını Belirleme

Çalışmada, kavram analizi yöntemleri arasında sağlık alanında en çok tercih edilmesi ve adımlarının daha anlaşılır olması nedeniyle, Walker ve Avant’ın “Kavram Analizi Yöntemi” kullanılmıştır. Walker ve Avant, “kavram analizinin birincil amacının, bir kavramın tanımlanmış özellikleri ile ilgisiz özellikler arasında ayırım yapmak olduğunu

savunmaktadırlar.” Bu yöntemde, belirsiz terimleri kesin ve işlevsel olarak tanımlamak ve açıklamak hedeflenmektedir. Dolayısıyla, çalışmada yapılan kavram analizinin amacı, bebek dostu hastane girişiminin çeşitli yönleriyle tanımlanması sağlamaktır.

2.3. Kavramın Olası Kullanımlarını Belirleme

Anne ve çocuk sağlığı, beslenme alanlarında çalışmalar yapan Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, çocuk sağlığının geliştirilmesi bilinciyle, 1991’de ‘Bebek Dostu Hastane’ programını gündeme getirmişlerdir. Bu program “**On Adımda Başarılı Emzirme**” ilkelerinin uygulanması ile bebeğin anne sütü ile beslenmesini sağlamayı, emzirmeyi özendirmeyi ve desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda, bebek dostu hastaneler, “emzirme konusundaki eğitim ve danışmanlık hizmetlerini daha sistemli ve etkili bir şekilde vermeyi taahhüt eden hastanelerdir” (T.C. Hükümeti-UNICEF İşbirliği Programı, 1996). Bu yönüyle bebek dostu hastane girişimi daha ziyade halk sağlığı ve sağlık eğitimi alanının konusu olarak gündeme gelmekte ve bu doğrultuda çalışmalar yapılmaktadır. Ancak çalışmada, bebek dostu hastane girişimi, örgüt geliştirme aracı olarak da ele alınmıştır.

2.4. Tanımlayıcı Özellikleri Belirleme

On Adımda Başarılı Emzirme stratejileri çerçevesinde değerlendirilen; “*gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirme konusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli yardımıyla annelere, bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler*” **bebek dostu** olarak nitelendirilmektedirler (Sağlık Bakanlığı, 2020). Bebek dostu hastane girişiminin hedef kitleleri; hastaneler, aile hekimlikleri, Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri’nde görevli sağlık personeli ile hizmet götürdükleri annelerdir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Ancak Dünya Sağlık Örgütü, 2018 yılında *Bebek Dostu Hastane Girişimi* için uygulama kılavuzunda, evrensel kapsamı genişletmek ve zaman içinde sürdürülebilirliği sağlamak için yeni stratejiler belirlemiştir (WHO, 2020). Belirlenen bu stratejilerin yer aldığı kılavuz, bir ülkedeki tüm hastanelerin On Adımı uygulamasını sağlamak için, programı sağlık hizmetleri sistemine tam entegre etmeye odaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, üye ülkelerden ulusal bir bebek dostu hastane girişimi programı aracılığıyla, dokuz temel sorumluluğu yerine getirmeleri istemektedir. Bu sorumluluklar, girişimin örgütsel ve yönetsel açıdan ele alınması ve takip edilmesi yönündedir ve aşağıda sıralandığı gibidir (WHO, 2020):

1. Ulusal bir emzirme koordinasyon organı kurun veya güçlendirin.
2. On Adımı ilgili ulusal politika belgelerine ve profesyonel bakım standartlarına entegre edin.
3. On Adımın uygulanmasında sağlık profesyonellerinin ve yöneticilerin yetkinliğini sağlayın.
4. On Adıma uyumu düzenli olarak değerlendirmek için harici değerlendirme sistemlerinden yararlanın.
5. On Adıma uyulmaması durumunda uyum için teşvikler ve yaptırımlar geliştirin ve uygulayın.
6. On Adımı benimsemek için değişiklik yapan tesislere teknik yardım sağlayın.
7. Girişimin uygulanmasını izleyin.
8. Bebek dostu hastane girişimini ilgili kitlelere savunun.
9. Girişimin devam eden finansmanını sağlamak için yeterli kaynakları belirleyin ve tahsis edin.

Sıralanan bu dokuz temel sorumluluk doğrultusunda, kavramı netleştirme ve bu çalışmanın amacı olan örgütsel açıdan ele alıp konumlandırma gayesiyle bebek dostu hastane girişiminin etrafındaki diğer kavramlar aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

2.4.1. Kavramın Etrafındaki Kavramlar

Literatürde bebek dostu hastane girişimine yeterince yer verilmemesi nedeniyle kavramı tek başına açıklamak yetersiz olacaktır. Yapılan çalışmalar ve bu çalışmanın amacı da dikkate alınarak, kavramın etrafında yer alan *anne sütü*, *emzirme*, *dost metaforu*, *akredite hastane*, *hasta dostu hastane*, *bakım dostu hastane* ve *anne dostu hastane* kavramları açıklanarak, bebek dostu hastane girişimine netlik kazandırılmaya çalışılmıştır (Şekil 2).

Şekil 2: Bebek Dostu Hastane Girişimi Etrafındaki Kavramlar



2.4.1.1. Anne Sütü ve Emzirme

Bebek dostu hastane girişiminin temel vurgusu olan anne sütü ve emzirme, bebek sağlığını güçlendirme ve korumak gayesiyle, yeni doğanın ilk altı ayında fizyolojik bir besin ve uygulama olarak tüm annelere önerilmektedir. Doğal bir süreç olmasına rağmen, zaman zaman kültürel birtakım nedenlerden dolayı emzirme gerçekleşmemekte ve anne sütü bebek tarafından alınmamaktadır. Dolayısıyla, annelerin emzirme sürecinde bilgi ve desteğe ihtiyaçları vardır. Bu bilgi ve desteği sağlamak, anne sütüne teşvikte bulunmak amacıyla bebek dostu hastane girişiminin önemi büyüktür.

2.4.1.2. Dost Metaforu

İşletmelerde güven algısı oluşturmak amacıyla, 1990’lardan itibaren yaygın olarak kullanılan “dost” metaforu, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yine aynı dönemde anne çocuk sağlığı geliştirmek için kullanılmaya başlanmıştır. 1990’lardan itibaren dost metaforunun özellikle sürdürülebilir bir çevre kaygısıyla “çevre dostu işletme” şeklinde kullanımına rastlanmaktadır. Bunun yanı sıra aynı dönemde sınırlı sayıda “aile dostu işletme” çalışmasına rastlanmaktadır (Hogg ve Harker, 1992; Aktaran: Şener, 2020). Özellikle teknoloji üreten işletmelerin sürece dâhil olması ile “kullanıcı dostu işletme” yaygın olarak kullanılırken, günümüze geldiğimizde, işletmeler tarafından yaygın biçimde dost metaforunun kullanıldığı görülmektedir (Şener, 2020). Hastane bağlamında ise karşımıza bebek dostu hastane, anne dostu hastane, bakım dostu hastane, çevre dostu hastane gibi kavramlar çıkmaktadır. Ancak Şener (2020), dost metaforunun işletmeler tarafından kullanımını sözde hakikatçilik olarak vurguladığı, “Dost Metaforu İşletmeler İçin Bir Erdem Arayışı mı?: Eleştirel Bir Değerlendirme” adlı çalışmasında; bakım, bebek, hasta dostu şeklinde karşımıza çıkan ve son zamanlarda sağlık sektöründe yaygınlaşan bu metafora ilişkin farklı bir tutum sergileyerek şöyle demektedir:

“...özellikle sağlığı bir hak olarak gören sağlık politikası benimseyen ülkelerde, böylesi metaforların kullanılması oldukça düşündürücüdür. Sağlık bir bütündür ve verilen hizmetler bu şekilde kategorize edilemez. Tüm hastanelerin hasta dostu olması beklenilendir. Ya da yeni doğan bebeğe ve annesine tüm hastanelerde aynı yaklaşımla hizmet sunulması temel insan hakkıdır... Kendini gerçekleştiren kehanet olma potansiyeli taşıyan dost metaforunu, sahte hakikatçilik olarak kullanmaktan vazgeçip, belki de elden bırakmamakta fayda vardır. Bu noktada, dost metaforu işletmelerin dönüşmesini sağlar mı? Yoksa sadece bir yara bandı mı? bekleyip görmek gerekecektir.”

2.4.1.3. Anne Dostu Hastane

Anne-çocuk merkezli bakımı hedefleyen anne dostu hastane, optimal anne ve çocuk koşullarının korunması ve anne-çocuk ikilisinin saygı ve desteği hak ettiğinin kabul edilmesi ilkesine dayanmaktadır. Türkiye’de anne dostu hastane programı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir. Program için 2010 yılında, bir danışma kurulu, “Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri”ni (*Tablo 2’de verilmiştir.*) hazırlamış ve uygulamaya koymak üzere 2015 yılında pilot uygulama başlatılmıştır. Anne dostu hastane unvanına sahip hastane aynı zamanda bebek dostu hastanedir (TÜSEB, 2020).

Sağlık Bakanlığı (2020) verilerine göre Türkiye’de, 77 devlet hastanesi “*anne dostu hastane*” unvanına sahiptir. Bununla birlikte 2020 yılı Mart ayı itibariyle yalnızca dört hastane bu unvanı almaya hak kazanmıştır. Son beş yılda aktif olarak uygulanan anne dostu hastane girişiminin de ancak örgütsel ve yönetsel çabalarla yaygınlık kazanacağı bir gerçektir.

Tablo 2: “Ulusal Anne Dostu Hastane Kriterleri”

Anne Dostu Hastane Kriterleri
<p><i>“Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır. Gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası süreçlerde gerekli danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmetleri Bakanlık mevzuatları ile belirlenmiş standartlara uygun olmalıdır.</i></p> <p><i>Mahremiyet gereksinimleri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır. Kanuta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.</i></p> <p><i>Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.</i></p> <p><i>Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.</i></p> <p><i>Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.</i></p> <p><i>Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır.</i></p> <p><i>Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklarla analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.”</i></p>
<p>Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2020)</p>

2.4.1.4. Bakım Dostu Hastane

Güven ve Oktay (2009) tarafından yapılan çalışmada, “Bakım Dostu Hastane” kavramı, “Bebek Dostu Hastane” kavramından esinlenerek, “*hemşirelik bakımına önem veren, hemşirelik bakımı gözetken, hemşirelik bakımının niteliğini koruyan ve yükseltmeye çalışan kurumları*” tanımlamak için kullanılmıştır. İlgili çalışmada, “*Magnet Hastane Özellikleri*” rehber alınarak bakım dostu hastane kriterleri belirlenmiştir. Sözü edilen bu çalışma dışında, literatürde benzer çabaların olduğu çalışmalar da yer almaktadır (Koç, 2015).

2.4.1.5. Hasta Dostu Hastane

Hasta dostu sağlık hizmetleri ve hastane kavramının akademik olarak ele alınıp çalışılması noktasında yeterli çalışmaya rastlanmamış olup, kavramın ilk kez akademik olarak ele alındığı bilimsel etkinlik, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi olduğu belirlenmiştir. İlgili kongrede, kavramın geliştirilmesi, ölçeğinin oluşturulması ve pilot saha araştırması hakkında bilgi verilmiş olup, Kılıç ve Bostan (2018) tarafından birlikte geliştirilmiş olan ölçek (Tablo 3'te verilmiştir.) doğrultusunda yapılan pilot saha araştırmasında, 2019 yılında "Hasta Dostu Hastane" ödülünü almaya Türkiye'de ilk kez, İnegöl Devlet Hastanesi hak kazanmıştır. Ancak *Hasta Dostu Sağlık Hizmetleri ve Hastane Ödülü*, Sağlık Bakanlığı bünyesinde değil, Uluslararası Stratejik Sağlık Araştırmaları Merkezi Derneği (USSAM) Yönetim Kurulu adına verilmektedir.

Tablo 3: Hasta Dostu Hastane Kriterleri

Tıbbi Hizmetler (İnsan-Teknoloji ve diğer uygulamalar)	Otelcilik ve Destek Hizmetleri	Fiziksel Konfor ve Ulaşım	Bürokratik haklar ve Süreçler (hasta hakları)	Çevre İle İlgili Kriterler (Green ve smart Hastane)	Tedavi Öncesi ve Sonrası Hizmetler (evde bakım-koruyucu hizmetler)	Ödeme ve Mali Koşullar	Dijital ve Yalın Uygulamalar	Geliştirici Uygulamalar	Marka-İletişim ve Halkla İlişkiler
Çalışanların Sayısı ve mesleki yeterliliği	Beslenme	Binanın tasarımı estetik mi ve afetlere hazır mı?	Hasta hakları uygulamaları	Enerji girdileri çevreci mi?	Randevu sistemi	Hasta Ödemeleri Makul mü?	Süreçler Yalın mı?	Sağlıkla İlgili ARGE altyapısı	Hasta ve yakınlarıyla profesyonel düzeyde iletişim kuruluyor mu?
Tıbbi cihaz ve malzeme altyapısı	Konaklama	Kapasitesi verdiği hizmetlerle orantılı mı?	Prosedürlerin uygunluğu	Hastane çıktıları ve geri dönüşüm	Sağlıklı bir toplum için koruyucu hizmet uygulamaları	Ödeme seçenekleri esnek mi?	Teletıp	Topluma Yararlı Hizmetler	Hasta ve çalışan deneyimleri değerlendiriliyor mu?
Sağlıkla ilgili birikim (Know-How)	Temizlik-Çamaşırhane	Odaların Bekleme salonlarının konforu	Yalın süreçler	Bisiklet vb. uygulamalar	Evde bakım	Gelir Gider dengesi sürdürülebilir mi?	Mobil sağlık	Sosyal Olanaklar (Kütüphane, Misafirhane vb.)	Halkla ilişkiler nasıl?
Diğer tıbbi koşullar (hijyen vb.)	Diğer hizmetler (Morg vb.)	Ulaşım kolaylığı		Peyzaj-Yağmur suları vb.	Tedavi sonrası	Finansal göstergeler	Dijital altyapı (e –arşiv vb.)	Çalışanlara ve hastalara yönelik Eğitim vb. imkânları	Markalaşma süreci nasıl?

Kaynak: (Kılıç, 2018) Versiyon-1/09.10.2018

2.4.1.6. Akredite Hastane

Türkiye’de sağlıkta akreditasyon çalışmaları ilk kez sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile 2005 yılında başlamış ve değerlendirmelere ait hizmet standartları bu süreçte belirlenmiştir. Bu standartlar, sürekli revize edilerek, 2013 yılında akreditasyona ilişkin dört temel ilke ve on hedef doğrultusunda standartlar yeniden yapılandırılmış “*Sağlıkta Akreditasyon Standartları*” adı ile son şekli verilmiştir. Akreditasyon sürecine ait temel bilgileri ve Akredite Hastane olma gerekliliklerini içeren *SAS-Hastane Seti*, sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesi için kullanılmaktadır (TÜSEB, 2016).

Sözü edilen *Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında*, “yönetim ve organizasyon, performans ölçümü ve kalite geliştirme, sağlıklı çalışma yaşamı, hasta deneyimi, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri, acil durum yönetimi” olmak üzere, 7 boyut bulunmaktadır (TÜSEB, 2016).

2.5. Model Vakanın Oluşturulması

Kavram analizinde model vaka, kavramın kullanımının gerçek yaşamdan örnekler verilerek oluşturulabilir ya da araştırmacı tarafından oluşturulabilir. Aşağıdaki örnek vaka, bebek dostu hastane girişimi kavramının bütün tanımlayıcı özelliklerini içermektedir.

Çalışmada, 2006 yılında “*Bebek Dostu İl*”, 2014 yılında da “*Altın Bebek Dostu İl*” olan Kırşehir örnek vaka olarak verilmiştir:

Tablo 4: Bebek Dostu Hastane Girişimi İçin Model Vaka

Gerçek Yaşamdan Model Vaka (Kırşehir Örneği)
<p>2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Bebek Dostu unvanı verilen Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi: “<i>Bebek Dostu Hastane olarak yazılı bir emzirme politikası bulundurmak ve tüm personeli bu doğrultuda eğitmek, hamilelere anne sütü ve emzirme konusunda eğitim vermek, anne ile bebeğin aynı odada 24 saat kalmasını sağlamak, bebek her istediğinde emzirmeye teşvik etmek, anne sütü dışında ek gıda, emzik, biberon vermemek ve bunların pazar oluşumunu engellemektir</i>”</p> <p>Bunun yanı sıra ilçe hastanesi ile özel hastanenin ve aile sağlığı merkezlerinin “Bebek Dostu” kriterlerini yerine getirmesiyle Kırşehir, “Altın Bebek Dostu İl” olmuştur. Kırşehir’in “Altın Bebek Dostu İl” olmasında yerine getirdiği kriterler ise şu şekildedir:</p> <p>“İl merkezindeki doğum yapılan ya da çocuk hastanesi formundaki tüm hastanelerin (devlet, üniversite, özel, asker gibi) değerlendirmenin yapıldığı yıl içinde açılanlar hariç bebek dostu olmalarının sağlanması.</p> <p>İlçelerde bulunan doğum yapılan ya da çocuk hastanelerinin % 75’inin bebek dostu olmasının sağlanması.</p> <p>İlde ‘Bebek Dostu’ unvanı alan hastanelerin her sene ‘Bebek Dostu Hastane Kendi Kendine Değerlendirme Formu’ kullanılarak ilin kendisi tarafından değerlendirilmesinin yapılması.</p> <p>İl genelindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarının % 50’sinin bebek dostu olmasının sağlanması ve yılda 2 kere eğitim düzenlenmesi.</p> <p>Emzirmenin ve anne sütünün desteklenmesine yönelik en az 10 sosyal aktivitenin gerçekleştirilmesi.</p> <p>İl Genel Meclisi’nde emzirmeyi destekleyen bir Bebek Dostu grubunun olmasının sağlanması.”</p>
<p>Kaynak: (https://www.kirsehircigdem.com, 2015)</p>

2.6. Sınırdaki ve Karşıt Vakanın Oluşturulması

2.6.1. Sınırdaki Vakanın Oluşturulması

Bebek Dostu Hastane kriterlerinin hepsini taşımayan hastanelerdir. Örnek vakada bir hastane anne ile bebeğin 24 saat aynı odada kalması şartını sağlayamaması ve anne taburcu olduktan sonra emzirme konusunda bilgilendirme ve danışmanlık yapmaması nedenleriyle bebek dostu unvanı alamamıştır.

2.6.2. Karşıt Vaka

Bebek Dostu Hastane olma kriterlerini taşımayan hastanelerdir. Örnek vakada hastanenin emzirmeye ilişkin yazılı bir politikası bulunmamakta, sağlık personeli bu hususta eğitilmemekte, annelere emzirme hakkında bilgi verilmemekte, anne ile bebeğin 24 saat aynı odada kalabilecekleri ortam sağlanamamakta, anneler ek gıda hakkında bilgilendirilmemektedir.

2.7. Hazırlayıcı Faktörler ve Sonuçları Belirleme

Kavram analizinde, hazırlayıcı faktörler, ilgili kavramın neden oluşturulduğunun ve ortaya çıkmasını sağlayan özelliklerin neler olduğunun açıklandığı basamaktır. Sonuçlar ise kavramın oluşumundan sonra ortaya çıkan özelliklerdir. Şekil 3'te bebek dostu hastanenin hazırlayıcı, tanımlayıcı özellikleri ve sonuçları başta Dünya Sağlık Örgütü'nün ve UNICEF olmak üzere, literatüre dayalı olarak verilmiştir. Bebek dostu hastane girişimi kavramının hazırlayıcı, tanımlayıcı özellikleri ve sonuçlar şu şekildedir:

2.7.1. Hazırlayıcı Özellikler

- Emzirmenin yararları
- Anne sütüne teşvik
- Anne ile bebeğin sağlığı
- Anne sütünün üstünlükleri
- Bebek ölüm oranları
- Hastane kalite standardizasyonu

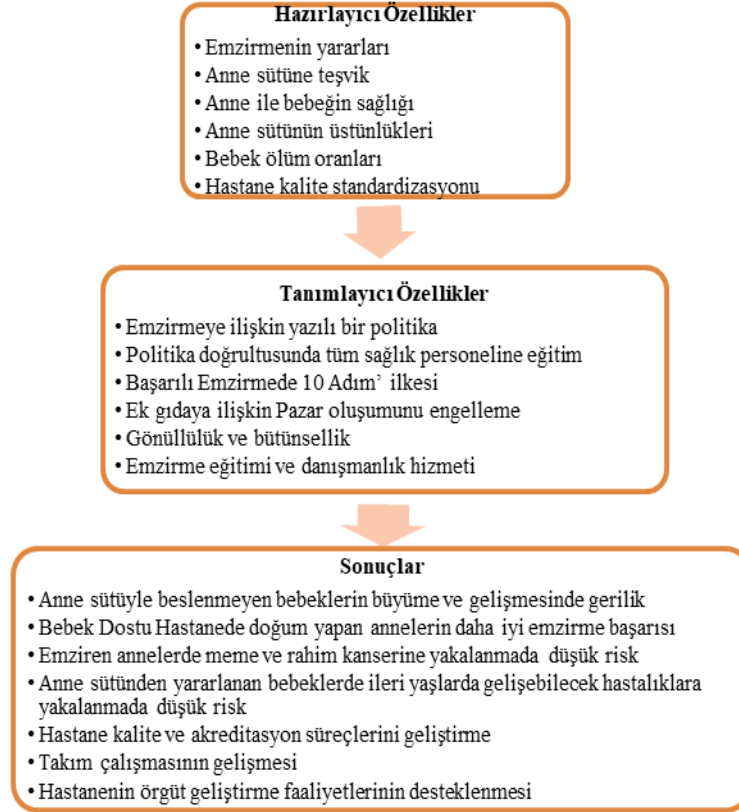
2.7.2. Tanımlayıcı Özellikler

- Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika
- Politika doğrultusunda tüm sağlık personeline eğitim
- “Başarılı Emzirmede 10 Adım” ilkesi
- Ek gıdaya ilişkin Pazar oluşumunu engelleme
- Gönüllülük ve bütünsellik
- Emzirme eğitimi ve danışmanlık hizmeti

2.7.3. Sonuçlar

- Anne sütüyle beslenmeyen bebeklerin büyüme ve gelişmesinde gerilik
- Emzirme başarısı
- Emziren annelerde meme ve rahim kanserine yakalanmada düşük risk
- Anne sütünden yararlanan bebeklerde ileri yaşlarda gelişebilecek hastalıklara yakalanmada düşük risk
- Hastane kalite ve akreditasyon süreçlerini geliştirme
- Takım çalışmasının gelişmesi
- Hastanenin örgüt geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi

Şekil 3. Bebek Dostu Hastanenin Hazırlayıcı, Tanımlayıcı Özellikleri ve Sonuçları



2.8. Kavramın Ölçüm Yollarını Belirleme

Bebek dostu hastane girişiminin başarısının ölçülmesi ve uygulamanın değerlendirilmesi Sağlık Bakanlığınca oluşturulan, ulusal değerlendirme ekiplerince yapılmaktadır. Yapılan değerlendirmede (Sağlık Bakanlığı, 2020):

“Değerlendirme formundan, 80 ve üzeri puan alanlar üst komiteye sunulmakta ve değerlendirme sonucunda Bebek Dostu Unvanı almaktadır. Sağlık Bakanlığınca, değerlendirmeler 5 yılda bir tekrar edilmektedir. 50-80 puan arası alanlara düzeltme için süre tanınmakta, 50 puan altında kalanlarda ise unvanı geri alınmaktadır. Altın Bebek Dostu İl” ve “Bebek Dostu İl” unvanı 5 yıl süre ile korunmaktadır. İlin 5 yılın sonunda yaptığı etkinlikler Ulusal Değerlendirme ekibi tarafından değerlendirilerek, değerlendirilen iller Anne Sütü Üst Komitesi tarafından incelenmekte, unvanlarının devamı veya geri alınması konusunda karar verilmektedir.”

3. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Türkiye’de 1991 yılından beri Sağlık Bakanlığınca, emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi olan “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” uygulanmaya devam etmektedir. Bu doğrultuda, bebek dostu hastane girişiminin sağlıklı bir şekilde uygulanması için hastane ve sağlık hizmetlerinin, girişimin kurallarına uymak için ilgili politikaları, yapıları ve uygulamaları değiştirmesi gerekmektedir. Gerçekleştirilecek olan bu değişikliğin, bileşenlerini anlamak, uygulama ve yeniden yönlendirme hem makro hem de mikro düzeylerde gereklidir ve bu değişim sürecini sistematik olarak sorgulayan kurumsal değişim modelleri gereklidir. Bu yönüyle bebek dostu hastane girişimi örgütsel

düzyeyle ele alınıp incelenmesi ve hedeflenen başarıya ulaşılmaması noktasında yönetsel düzyeyle bir çaba gerekliliği göz ardı edilememelidir. Örgütsel performans ve değişim modelleri doğrultusunda uygulanması gereken ve özde bir kalite/akreditasyon çabası olan bebek dostu hastane girişimi, uzun vadede tüm hastanelerin uygulaması gerekli olan standarttır. Bu nedenle, son otuz yılda neredeyse tüm dünyada yaygın olarak uygulanan, hastane kavramının geliştirilmesi ve dönüştürülmesi ile ortaya çıkan kavramlardan biri olan bebek dostu hastane girişimi, uzun vadede hastane kavramının içinde yer alacak bir unsur olarak düşünölmektedir. Bu noktada stratejik bir öngörü olarak, sağlık hizmetlerinin sunumunda, parçalı (*anne dostu, bebek dostu, bakım dostu, hasta dostu*) yaklaşımlardan sağlığın ve insan haklarının bütünselliği adına önümüzdeki yıllarda vazgeçileceği düşünölmektedir. Dost metaforunun hastanelerin güçlü yönlerine atıfta bulunan bir kavram olup olmadığı ise tartışılmaya açık olup, hastane akreditasyonu kapsamında ele alınması gerekmektedir.

Ölkemizde bebelere erken dönemde ek gıdaya başlanması yaygın bir durumdur. Araştırmalar bu durumun önemli nedenlerinden birinin, hastanelerde bebelere kabul edilebilir nedenlerin dışında ek gıda verilmesi, biberon kullanılması ve bunun sağlık personeli tarafından yapıldığını göstermektedir. Sağlık personelinin yeterli bilgi ve beceriye kavuşturulması, hem bebek dostu hastanelerde kural ihlallerini azaltmada hem de sağlıklı nesiller yetişmesinde en önemli faktördür. Ayrıca emzirme davranışlarının geliştirilmesinde hastane politikaları ve sağlık personelinin bu konudaki bilgi, tutum ve inançları da önemlidir. Sağlık çalışanları annelerin bebelarini sadece anne sütü ile beslemeleri ve emzirme süresi konusunda destekleyerek ve bilgilendirerek, ek gıda ile beslenmenin risklerini anlatarak, emzirme hızının artırılmasında kilit kişilerdir. Bu nedenle bebeların daha uzun süre anne sütü almasını sağlamak için, özellikle bebek dostu hastanelerindeki sağlık personelinin uygulamaları değerlendirilerek bilgileri güncellenmeli ve doğru becerileri desteklenmeli eksik becerileri tamamlanmalıdır.

Ayrıca bebek dostu hastane girişimlerine ilişkin yapılacak bundan sonraki çalışmalarda girişimin başarısını belirlerken, on adımın uygulayıcısı olan sağlık ekibinin motivasyonu, örgütlenmesi ve akreditasyona ilişkin tutumlarının da değişken olarak ele alınması ve yönetsel olarak gerçekleştirilen uygulamaların, üst yönetim tarafından benimsenme düzeyi de incelenmelidir. Bunun yanı sıra yukarıda da belirtildiği gibi girişim, bir örgütsel değişim olarak ele alınmalı ve bu süreci etkileyen makro (*liderlik, organizasyon kültürü ve misyon ve strateji*) ve mikro (*yönetim uygulamalarını, örgüt yapısı ve sistemleri, iş birimi iklimini, motivasyon, görev gereksinimleri ve bireysel beceriler /yetenekler ve bireysel ihtiyaçlar ve değerler*) düzeydeki değişkenlerin kültür bağlamında araştırılmasının ulusal sağlık göstergelerini de olumlu yönde etkileyeceği düşünölmektedir.

KAYNAKLAR

Ahi, S., Borlu, A., Balcı, E. ve Günay, O., (2019), “Bebek Dostu Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin Doğumdan Sonra İlk Bir Saatte Emzirmeye Başlama Durumları ve İlişkili Faktörler”, Ahi Evran Medical Journal, 3(2):41-47.

Aydan, S., (2017), Sağlık Sektöründe Etik İklim ve Örgütsel Güvenin İhbarcılık (Whistleblowing) Niyeti Üzerine Etkisi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Aydan, S., (2018), “Sağlık Hizmeti Araştırmalarında Kavram Analizi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(3):551-562.

The Baby-Friendly USA, (2020), New York: Baby-Friendly USA, Inc.

Baldwin, M. A., (2008), “Concept Analysis As A Method Of Inquiry”, Nurse Researcher, 15(2):49-58.

Bayram, F., (2009), Postpartum Dönemdeki Annelerin Anne Sütünün Önemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Cronin, P., Ryan, F. and Coughlan, M., (2010), “Concept Analysis in Healthcare Research”, International Journal of Therapy and Rehabilitation, 17(2): 62-68.

Çelebioğlu, A., Tezel, A. ve Özkan, H., (2006), “Bebek Dostu Olan ve Olmayan Hastanelerde Emzirme Durumunun Karşılaştırılması”. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9-3.

Çıtak, E. A. ve Uysal, G., (2012), “Kavram Analizi: Eleştirel Düşünme”, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(3): 3-9.

Coşkun, T., (2003), “Anne Sütü Beslenme”. Katkı Pediatri Dergisi, 2: 163-183.

Durduran, Y. ve Bodur, S., (2013), “İntörnlerin Anne Sütü ve Bebek Dostu Hastane İle İlgili Tutumu”, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 20(1): 23-26.

Er, P., (2001), Annelerin Bebek Beslenmesi Konusuna İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları, Uzmanlık Tezi, Ankara Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Aile Hekimliği, Ankara.

Güven, H. ve Oktay, S., (2009), “Bakım Dostu Hastaneler’in Standartlarının Belirlenmesi”, İÜFN Hemşirelik Dergisi, 17(2): 103-114.

Kılıç, T., (2018), “Hasta Dostu Hastane Kriterleri/Patient Friendly Hospital Criteria”.

Koç, S., (2015), “A Tool For Encouraging Nurses To Care: Care-Friendly Hospital Accreditation Project In Turkey”, International Journal of Development Research, 5(3): 3799-3804.

Irmak, N., (2016), “Anne Sütünün Önemi ve İlk 6 Ay Sadece Anne Sütü Vermeyi Etkileyen Unsurlar”, Journal Turk Family Phy., 7(2):27-31.

Lamouniera, J. A., Chavesb, R. G., Regoc, M. A. S. and Bouzadac, M. C. F., (2019), “Baby Friendly Hospital Initiative: 25 Years Of Experience In Brazil”, Review Paul Pediatrics, 37(4):486-493.

Orun, E., (2010), “Factors Associated With Breastfeeding Initiation Time in a Baby-Friendly Hospital”, Turk Journal Pediatrics, 52:10-6.

Postacı, G. Ve İnal, S., (2015), “Bebek Dostu Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin, Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Bebeklerin Emzirme Durumlarının Değerlendirilmesi”, HSP, 2(3): 260-270.

Samur, G., (2008), Anne Sütü, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yay.

Şener, E., (2020), “Dost Metaforu İşletmeler İçin Bir Erdem Arayışı Mı?: Eleştirel Bir Değerlendirme”, Business & Management Studies: An International, 8(2): 1289-1309.

Şener, E. ve Çetinkaya, F. F., (2016), “Güç Bağımlılığı: Bir Kavram Analizi”, AKÜ İİBF Dergisi, 18(2):125-137.

TÜSEB, (2016), Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti, Ankara: SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı.

TÜSEB, (2018), “Ulusal Anne ve Bebek Dostu Hastane Kriterleri ve Unvan Alan Hastaneler Listesi”.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020), “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı”.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020), “Anne Dostu Hastane Listesi”.

T.C. Hükümeti-UNICEF İşbirliği Programı, (1996), Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi, Ankara: Pelin Ofset.

Ülgen, G., (2004), Kavram Geliştirme. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

WHO, (2020), “Promoting Baby-Friendly Hospitals”.

Yılmazbaş, P., Keskindemirci, G. ve Özbörü, Ö., (2020), “Awareness and Attitudes of Health Workers About Breastfeeding and Baby Friendly Hospital Practices”, Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics, 29(3):153-8.

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

SAĞLIK SEKTÖRÜ ÇALIŞANLARININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE İŞ TATMİNLERİNE YÖNELİK LİTERATÜR İNCELEMESİ

A LITERATURE REVIEW FOR ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND JOB SATISFACTION OF HEALTHCARE SECTOR EMPLOYEES

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet SONGUR¹
Öğr. Gör. Duygu YAMAN²

ÖZET

Günümüz ilaç sektöründe var olan yoğun rekabet ortamı, bu sektörde faaliyette bulunan örgütlerin daha nitelikli iş görenlere olan ihtiyacını da arttırmaktadır. Bu çerçevede nitelikli işgücünün örgütte kalmasını sağlamaya çalışmak ve bu doğrultuda izlenecek politikalar, ilaç firmalarının, sağlık sektörünün öncelikleri haline gelmiştir. İş gören devir hızını düşük seviyede tutmak, çalışanları memnun ederek satışları arttırmak ve olumlu bir örgüt kültürü yaratmak amacı ile örgütsel bağlılık geliştirmek son derece önemlidir. Bu sayede yeni işçi alımları azalacak ve personel eğitimine harcanacak olan ücret minimum seviyede tutulmuş olacaktır. Bu çalışmada ilaç sektöründe faaliyet gösteren çalışanlara yönelik örgütsel bağlılık, iş tatmini, örgütsel adalet, iş doyumu ve etik iklim gibi konular üzerine yapılmış olan çalışmalara yer verilmiş ve bu kavramların birbirleri ile olan ilişkilerinin incelendiği çalışmalara yönelik literatür taraması yapılmıştır. Çalışmada sistematik derleme yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla 1997-2020 yılları arasında yayınlanmış 20 araştırma çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaların genelinde örgütsel iklimin çalışanların işe bağlılığında etkili olduğu ve etik iklimin çalışanların işe bağlılığını pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Ayrıca örgütsel etik ve pozitif bir örgüt iklimi örgüte olumlu katkı yapmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Adalet, Örgütsel Vatandaşlık, Etik İklim, Sağlık Sektörü.

ABSTRACT

The intense competition environment that exists in today's pharmaceutical industry increases the need of organizations operating in this sector for more qualified employees. In this framework, trying to keep qualified workforce in the organization and policies to be followed in this direction have become the priorities of pharmaceutical companies and the health sector. It is extremely important to develop organizational commitment to keep employee turnover at a low level, to increase sales by pleasing employees and to create a positive organizational culture. In this way, recruitment of new employees will be reduced and the wages for personnel training will be kept at a minimum level. In this study, studies on organizational commitment, job satisfaction, organizational justice, job satisfaction and ethical climate for employees working in the pharmaceutical industry were included, and a literature review was made for studies examining the relationship of these concepts with each other. Systematic review method was used in the study. For this purpose, 20 studies published between 1997-2020 were included in the study. Throughout the studies, it is seen that organizational climate is effective on employees 'work engagement and ethical climate positively affects employees' engagement. In addition, organizational ethics and a positive organizational climate contribute positively to the organization.

Keywords: Organizational Commitment, Organizational Justice, Organizational Citizenship, Ethical Climate, Health Sector.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü/ahmetsongur@sdu.edu.tr.

² Beykoz Üniversitesi Beykoz Lojistik Meslek Yüksekokulu/duyguyamanbeykoz.edu.tr.

1. GİRİŞ

Örgütsel bağlılık ile ilgili yapılan çalışmalar birçok değişkenle ilişkilendirilmiştir. İş tatmini, örgütsel vatandaşlık, örgütsel destek, örgütsel sadakat, örgütsel vatandaşlık, örgütsel adalet, etik iklim ve örgütsel çatışma bunlardan öne çıkanlardır. Allen ve arkadaşları (1990) örgütsel bağlılık ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Örgütsel bağlılık ve iş tatmini arasındaki ilişki birçok çalışma ile incelenmiştir. Bu çalışmaların sonuçları değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ile ilgili farklı sonuçlar koymaktadır. Bazı çalışmalar da örgütsel bağlılığın iş tatminini artırdığı ifade edilirken bazı çalışmalarda iş tatmininin örgütsel bağlılık sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlara bağlı olarak, örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık, örgütsel destek, örgütsel sadakat, örgütsel vatandaşlık, örgütsel adalet, etik iklim ve örgütsel çatışma kavramlarının sağlık sektörü çalışanları için nasıl sonuçlar ortaya koyduğunu incelemek yararlı olacaktır (Varol, 2017: 201-202).

Örgütüne bağlı kişilerin buna bağlı olarak performansları da yükselecektir. Bu durum işe geç kalma, devamsızlıkları ve işten ayrılma olaylarını azaltacaktır. Örgütsel bağlılığın yüksek olması çalışanların davranışlarına yansiyacak ve müşteri memnuniyet oranını artıracaktır. Yanısıra örgütsel vatandaşlık davranışının en önemli göstergesinin örgütsel bağlılık olduğu düşünülmürse, örgütsel vatandaşlık kavramının gelişmesi de sağlanacaktır.

Örgütlerin rekabetçiliğini belirleyen önemli unsurların başında sahip olduğu beşeri sermayesi gelmektedir. Bu bağlamda çalışanların örgütsel bağlılığının ve örgütte devamlılığının sağlanması rekabeti etkileyen önemli bir unsurdur. Çoğu zaman çalışanların örgütsel bağlılığının maddi unsurlardan çok maddi olmayan unsurlarla sağlandığı görülmektedir. Bu sebeple yöneticilerin örgütsel adalet, algılanan örgütsel destek ve etik iklim başta olmak üzere çalışanları etkin ve verimli hale getiren maddi olmayan motivasyon kaynaklarını incelemelidirler (Özdevecioğlu, 2003: 115). Araştırmalar iş tatmini ve örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişkiyi ortaya koymuşlardır (Mosadeghrad vd., 2008). İş tatmini çalışanların beklentilerinin karşılanma derecesidir. İş tatmini çalışanın, işinden duyduğu haz, çalışma deneyimine bağlı mutlu ruh hali ve işten beklentileri ile elde etkileri arasındaki uyumdur (Şencan vd., 2017).

Örgütsel adalet, adaletin iş yerindeki rolünü tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Greenberg, 1987). Örgütsel adalet, özellikle çalışanların işlerinde kendilerine adil davranılıp davranılmadığına ilişkin algı durumlarını nelerin oluşturduğuna ve bunun diğer örgütsel çıktıları etkileyip etkilemediğine odaklanır. Örgütsel adalet en kısa tanımıyla; örgütsel çıktı olarak adlandırılan, ortaya çıkan ödüllerin ve cezaların nasıl yönetileceğine, dağıtılacağına dair kurallar ve sosyal normlardır. Bir başka ifadeyle örgütsel adalet, kazanımların dağıtılmasıyla, dağıtım kararlarının alınmasında kullanılan işlemler ve kişiler arası uygulamalara ilişkin geliştirilen kurallar ve sosyal normlardır. Örgütsel adalet, çalışanların örgüt içerisinde adaletin var olduğu inancını taşımaları sonucunda ortaya koydukları işin, örgütün diğer çıktılarına etkisinin neler olabileceği konusuna odaklanmıştır (Polat vd., 2008: 309).

Bu çalışmada örgütsel bağlılık, algılanan örgütsel destek, örgütsel adalet, örgütsel vatandaşlık, etik iklim, örgüt iklimi ve örgütsel çatışma kavramları açıklanmıştır. Bu kavramlar çerçevesinde, sağlık sektörü çalışanlarına yönelik yapılan ampirik çalışmalar içerik analizi yöntemi ile derlenmiştir.

2. LİTERATÜR

2.1. Örgütsel Bağlılık

Son yıllarda örgütlerde etkinlik ve verimliliği artırmaya yönelik yapılan çalışmalarda örgütsel bağlılık kavramı ön plana çıkmaktadır. Örgütsel bağlılık, örgüte bağlı işgücü oluşması, örgüt içerisindeki oluşan değerli bilgilerin örgütün yararı için kullanılması ve entelektüel sermayenin etkili bir şekilde yönetilmesi ile doğrudan ilişkilidir. Örgüt içerisindeki başarılı bireyler, kendilerini örgütlerine bağlı hissedenlerdir. Örgütsel bağlılığı zayıf bireyler, örgüt için yeterince katkı sağlamadığı gibi, olası durumlarda örgütten ayrılmaları muhtemeldir. Yöneticiler tarafından bilinen bu duruma rağmen örgütsel bağlılığı sağlamak sanıldığı kadar kolay değildir. Öncelikle çalışanlarla güven ilişkisinin kurulması gerekir. Yaşanan kriz durumlarında ilk olarak çalışan maliyetlerinden tasarrufa gitme uygulamaları çalışanların örgüte olan güvenlerini sarsmaktadır (Özdevecioğlu, 2003 :114).

Mowday ve arkadaşları (1979) örgütsel bağlılığı; örgütün amaç ve değerlerine güçlü bağlılık, gönüllü ve istekli olarak çalışma azmi ve örgüt üyeliğinin devamı konusunda kararlılık göstermek olarak tanımlamıştır (Mowday vd., 1979: 227). Meyer ve Allen' e (1991) göre örgütsel bağlılık kavramının psikolojik bir boyutu vardır. Yazarlara göre örgütsel bağlılık; çalışan örgüt ilişkisi ile var olan, çalışanların örgütün sürekli bir mensubu olma kararı almalarını sağlayan olgudur (Meyer vd. 1991).

Örgütsel bağlılığı yüksek olan bireyler; uyumlu, üretken, doyumlu, yüksek sorumluluk duygusu içinde çalışmaktadır. Tüm bunlar örgüt içinde maliyetleri azaltmaktadır. Bu bağlamda örgütsel bağlılık, örgütlerin varlıklarını koruma uğraşlarının hem temel etkinliklerinden hem de nihai hedeflerinden birisidir.

Örgüt yaşamının devam etmesi için çalışanların örgütte kalması sağlanmalıdır. Çalışanların bu bağlılığı aynı zamanda örgütün gücünü de ifade eder. Kariyer olanakları, ücret politikaları ve diğer motivasyon unsurları çalışanların örgütte kalması için kullanılan araçlardır. Örgütsel bağlılık birçok sebepten dolayı örgütler için önemlidir. Bu sebeplerden bazıları şunlardır: İşten ayrılma, devamsızlık, iş tatmini, işi sahiplenme, performans, sorumluluk, özerklik, katılım, hizmet süresi, yaş, eğitim, cinsiyet vb.

Bireysel faktörler, iş ve role ilişkin faktörler, iş deneyimi ve çalışma ortamına ilişkin faktörler, örgüt yapısına ilişkin faktörler örgütsel bağlılık düzeyini etkileyen örgüt içi faktörlerdir (Schwepker, 2001:39).

Bireysel Faktörler: Demografik faktörler ile iş ve çalışma hayatına ilişkin faktörlerden oluşmaktadır. Demografik faktörler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kıdem, bireyin psiko-sosyal

özellikleri, başarı güdüsü, kontrol odağı, içsel motivasyon, çalışma değerleri, merkezi yaşam ilgisi olarak açıklanmaktadır. İş ve çalışma hayatına ilişkin faktörler ise, başarı arzusu, katılımcı değerler ve çıkarıcı değerler olarak ifade edilir.

İş ve Role İlişkin Faktörler: İşin içeriği, iş kapsamı, rol çatışması ve rol belirsizliği alt faktörlerinden oluşmaktadır. Ek olarak, katılımcı yönetim, parasal ödüllendirme sistemleri, aşırı iş yükü, iş stresi, grup bilinci, yetkilendirme ve otonomi sistemleri, öğrenme fırsatı da bu faktörlere ilave edilebilmektedir.

İş Deneyimi ve Çalışma Ortamına İlişkin Faktörler: Sosyalizasyon sürecinin örgütsel bağlılığı etkilediği Meyer ve Allen (1997) tarafından ortaya konmuştur. Ayrıca, personel-yönetici arasındaki ilişkiler, örgütsel iklim, müşteri odaklı bir örgüt atmosferi, örgütün güvenilirlik düzeyi de bu faktör grubunda ele alınmaktadır. Bu gruptaki son belirleyici faktör ise iş tatminidir. İş tatmini, örgütsel bağlılığın önemli belirleyicilerinden biridir.

Örgüt Yapısına İlişkin Faktörler: Örgüt büyüklüğü, formalleşme oranı, kontrol derecesi, sendikalaşma oranı, örgüt imajı, toplam kalite yönetimi uygulamaları, esnek çalışma saatleri, ücret sistemi ve kariyer imkanları örgütsel bağlılık üzerinde büyük etkiye sahiptir. Bu faktör grubuna, çalışanların örgütsel etik algılamaları da eklenebilmektedir.

2.1.1. Algılanan Örgütsel Destek

Algılama, daha çok bireyin çevresini anlamlandırması ile ilgilidir. Örgütteki yaşanan hadiseler her bir birey tarafından farklı algılanabilir. Örneğin bir çalışanın olumlu algıladığı bir olay diğeri tarafından olumsuz algılanabilir. Algılanan örgütsel destek, “örgütün çalışanın katılımına önem vermesi ve iyiliğini önemsemesine yönelik algılar ve çalışanları etkileyen faaliyetlerin örgütün gönüllü olarak gerçekleştirdiğine ilişkin duygular” olarak tanımlanmaktadır. Bazı çalışmalarda çalışanların örgütlerinin kendilerini destekleyip desteklemedikleri ile ilgili genel inanışlar geliştirdikleri ifade edilmiştir. Örgütün çalışanlarını önemsemesi, mutlulukları için çabalaması, çalışanların önemli görülmesi ve bu durumların çalışana hissettirilmesi çalışanların örgütle olan ilişkisini olumlu etkilemektedir (Eisenberger vd., 1990). Başka bir tanımla, örgüt çalışanlarının arkasında örgütün desteğini hissetmesidir. Arkalarında örgütün desteğini hisseden çalışanların örgütsel bağlılıkları artacaktır (Turunç vd., 2010:185). Bazı araştırmalarda çalışanların örgüt tarafından desteklenmesi ile duygusal bağlılık arasında olumlu ilişki tespit edilmiştir (Buchanan, 1974). Modern yönetim tekniklerinin tamamı bireyleri önceleyen ve destekleyen örgütsel destek kavramı ile başarılı olabilmektedir. Çalışanlara örgüt içi ve dışında destek olunması, görüşlerine değer verilmesi, istek ve önerilerinin dinlenmesi ve çalışanların kabul gördüklerini hissetmeleri örgütsel performansı artıracaktır. Aksi durum ise örgütsel bağlılığı ve performansı olumsuz yönde etkileyecektir (Özdevecioğlu, 2003:117).

2.1.2. Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Sadakat İlişki

Becker'in (1960) Side-bed kuramı bağlılıkla ilgili kapsamlı ve öncü çalışmalardandır. Side-bed kavramı ile bireyin örgütle yolları ayrılması halinde kaybedeceği çıkar ya da fayda ifade

edilmektedir. Kurama göre bireylerin örgüte bağlılık göstermeleri belirli, belirsiz veya tamamen gizli çıkarları ile ilişkilidir (Becker, 1960). Bu bağlamda, örgütsel bağlılık daha çok bireysel ve örgütsel amaçların birlikteliği ve bu amaçların gerçekleştirilmesi isteğine bağlı gelişmektedir. Fakat örgütsel bağlılık bireysel amaçların ve davranışların oluşmasını önemsemeyen daha çok örgütün amaç ve hedeflerinin önemsendiği bir durumu ifade eder.

Bağlılık ve sadakat kavramlarının her ikisi de örgüte veya bir olaya ilişkin aidiyet içerir. Sadakat bireyden örgüte tek yönlü ve güçlü bir ilişkiyi ifade eder. Sadakatte bireyin bu durumdan bir karşılık almaması muhtemeldir. Koşullardan bağımsız olarak bireyin örgütten ayrılmayı düşünmediği bir durumdur. Yanısıra örgütsel bağlılık, kişinin kendi bireysel amaç ve hedeflerini gerçekleştirdiği ve çıkarları karşılandığı sürece örgütte kalmasını sağlayan bir faktördür. Örgütsel sadakat daha çok süregelen örgütsel bağlılık duygusunun bir sonucu olarak, örgütsel bağlılık duygusundan daha güçlü bir duygu durumunu belirtir. Örgütsel bağlılık rasyonel duygularla şekillenirken sadakat duygusu rasyonel gerçeklere dayanmaz. Sadakat, bireyin örgütün amaçları ile kendi amaçlarını özdeşleştirme çabasıdır (Koç, 2009: 204-205). İşletmeler mümkün olduğunca çalışanlarının örgütsel bağlılığa hatta örgütsel sadaka sahip olmalarını arzu etmektedir. Örgütsel bağlılığın örgüte yansması, bireylerin bağlılık derecelerine göre, olumlu veya olumsuz olabilir. Bağlılık düzeylerinin birey ve örgüte yansmaları Pierce ve Dunham (1987) tarafından yapılan çalışmayla ortaya koyulmuştur. Bu çalışmaya göre örgütsel bağlılık düzeyleri; düşük, orta ve yüksek derece bağlılık olarak sınıflandırılmıştır (Koç, 2009: 205-207).

Düşük Dereceli Bağlılık: “Zorunlu bağlılık” veya “devamlılık bağlılığı” olarak ifade edilmektedir (Allen vd., 1990, 5). Bireyin örgütün amaç ve hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik tutum ve davranışlardan uzak olduğu örgüt ile arasındaki bağın oldukça zayıf olduğu bağlılık düzeyidir. Bireyin örgüte ilişkin psikolojik aidiyet duygusunun zayıf olmasıdır. Bireyin örgüte yaptığı yatırımlardan (kariyer, emeklilik hakkı, kıdem hakkı, ilişki ağı, kazanılan özel yetenekler vb.) kaynaklı kalma isteğidir. Düşük derece bağlılığa sahip çalışanlar örgütten ayrılmaya istekli oldukları gibi bireysel ve grup çalışmalarında da bağlılığın oluşması için çaba göstermezler. Bu tür çalışanlar “duygusuz çalışanlar” olarak ifade edilir ve örgüt için arzu edilmeyen çalışan türüdür. Çünkü, düşük derece örgütsel bağlılığa sahip çalışanlar, sürekli şikâyet ve itiraz etme eğiliminde olduklarından, dış paydaşların güveninin azalmasına sebep olmakta, olası yeni durumlara uyum sağlamamakta ve tüm bunların neticesinden maddi kayıplar oluşturabilmektedir.

Orta Dereceli Bağlılık: “Şekilsel bağlılık” veya “normatif bağlılığı” olarak ifade edilmektedir (Allen vd., 1990). Bireyin, örgütün amaç ve iş yapış biçimlerini kabul etmekle birlikte kendisini tam olarak örgüte ait hissetmeme durumudur. Örgütte kalmanın doğru olduğunu düşünmesi ve bunu bir görev olarak algılaması bireyin örgütte kalmasını sağlar. Bu düzeyde birey tutum ve davranışlarıyla örgütün beklentileri doğrultusunda davranışlarda bulunsa da bireysel beklenti ve örgüt beklentileri arasında uyumsuzluk olması durumunda sorunlar çıkabilir. Orta dereceli bağlılık düzeyinde birey örgütte kalmanın daha doğru

olduğunu düşünür. Çünkü örgütün kendisine ihtiyacı olduğunu düşünür veya örgüte yönelik bir çeşit minnettarlık duygusu besler.

Yüksek Dereceli Bağlılık: Bireyin çalıştığı örgütle bütünleştiği, değer yargılarını, amaç ve hedeflerini sahiplendiği ve kendisini örgüte adadığı bir bağlılık düzeyidir. Yüksek derece bağlılık, örgüt değerleri ile bireysel değerler arasındaki uyum sonucu oluşur. Birey çalıştığı örgütün mensubu olmaktan son derece hoşnut ve örgüte duygusal olarak bağlıdır (Allen vd., 1990). Birey örgütte kalmak için yoğun isteklidir. Yanısıra örgütün amaçlarına ulaşması için elinden gelen tüm gayreti gösterecektir. Örgütsel bağlılık düzeyinin yüksek olmasının örgüte olumlu katkıları olmaktadır. Örneğin bağlılık düzeyi yüksek çalışanların örgüte olası katkısı ve performansı daha yüksek olacaktır.

2.2. Örgütsel Vatandaşlık Davranışı

Örgütsel vatandaşlık davranışı kavramı, ilk defa Organ vd. (1983) tarafından kullanılmıştır (Podsakoff vd., 2000: 513). Örgütsel vatandaşlık davranışı, örgütün formal sisteminde tanımlanmayan, gönüllülük esasına dayalı ve örgütün etkin ve verimli çalışmasına katkı sağlayan çalışan davranışı olarak tanımlanmaktadır (Organ, 1988). Örgütün etkin ve verimli çalışması için arzu edilen bu davranış şeklinin yapılmaması bir yaptırım gerektirmez. Örgütsel vatandaşlık davranışının beş boyutu vardır. Bunlar; özgecilik, vicdanlılık, centilmenlik, nezaket ve sivil erdemdir (Organ, 1988). Farklı çalışmalarda yardım etme davranışı, örgütsel sadakat davranışı, örgütsel uyum davranışı, bireysel inisiyatif davranışı ve kişisel gelişim davranışı da örgütsel vatandaşlık davranışının boyutları olarak kullanılmıştır (Bolat vd., 2008: 78-79).

2.3. Örgütsel Adalet

Adalet kavramı doğruluk ve haklılığın ifadesi olarak davranışları ahlak perspektifinden inceleyen bir düşüncedir. Örgütlerde adalet kavramı daha çok kaynakların dağıtımını (ücret, ödüllendirme, teşvik vb.) bağlamında değerlendirilir. Örgütsel adalet, örgütün kazanımların çalışanlara eşit bir şekilde dağıtılması ve yöneticilerin adaletli davranma durumunu tanımlar. Örgütsel adalet tüm örgüt mensupları arasında ayırım yapmaksızın çalışanların haklarına riayet etmek, kişiliklerine saygılı davranmak ve örgüt politikalarının eşit uygulanması esasına dayanır. Diğer bir ifadeyle örgütsel adalet; örgüt içerisinde ödüllendirme, ücretlendirme, terfi ve ceza işlemlerine ilişkin kararların nasıl alındığı, nasıl uygulandığı ve nasıl ifade edildiğinin çalışanlar tarafından nasıl algılandığıdır (İçerli, 2010: 69).

Örgütlerde adalet algısının kavramsallaştırması 60'lı ve 70'li yıllarda ortaya çıkmaktadır (Homans, 1961; Adams, 1965; Walster vd. 1973; Greenberg, 1987: 9). Bu yıllarda örgütlerin ücretlendirme ve ödüllendirme politikalarının çalışanlar tarafından algılarına ilişkin uygulamalı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan en temeli Adams'ın (1965) Eşitlik Teorisidir. Bu kurama göre çalışanlar sürekli olarak örgüte verdikleri emek ile aldıkları faydayı, benzer işi yapanlar ile kıyaslar. Bu kıyaslama neticesinde çalışanlar, örgüt yönetimin adalet davranışına yönelik bir yargıya varmaktadırlar (Adams, 1965). Yanı sıra çalışanlar,

örgüt yöneticisinin karar verirken doğru, tutarlı, tarafsız mı karar verdiğini ve bu kararları verirken çalışanların kaygılarını ve düşüncelerini değerlendirmeye alıp almadığına da dikkat eder (Judge vd., 2004: 395). Çalışanların davranışları, örgüt içindeki durumları algılama biçimlerine göre değişmektedir. Bu durum örgütsel adalet kavramının önemini artırmaktadır. Örgütsel adalet çalışmalarının son dönemlerde değerli olmasının sebebi çalışanların adalet algılarının örgütün etkinlik ve verimliliğini etkilemesidir. Özellikle iş tatmini, örgüte olan güven, örgütsel bağlılık, örgütsel sadakat ve iş performansını artırmaktadır (İçerli, 2010: 69-70).

2.4. Etik İklim

Victor ve Cullen (1988) tarafından geliştirilen “etik iklim” kavramı; etik iş iklimi, etik atmosfer, ahlaki iklim ve ahlaki çevre olarak da isimlendirildiğini görmek mümkündür (Victor ve Cullen, 1988:106). Etik iklim, en basit ifadesiyle örgütsel iş iklimidir. Etik iklim, örgütlerdeki etik davranışlarının açıklayıcısı olarak iş etiği bağlamında da etkili kavramlardandır (Wimbush vd., 1997:67). Etik ifadesi ile doğru yanlış, iyi kötü, kabul edilebilir kabul edilemez ve yararlı zararlı olguları ayırt etmemizi sağlayan standartlar anlaşılmaktadır. Başka bir ifadeyle insan davranışlarının ahlaki bağlamda değerlendirilmesidir. Etik ahlaktan farklı olarak daha soyut kavramlar kullanır. Fakat etik kavramının bu soyut kavramları (iş etiği, tıp, etiği, medya etiği vb.), kabul edilen evrensel normlara göre, tanımlayan açık kuralları ortaya koyması gerekir.

Etik iklim, çalışanlardan beklenen, desteklenen ve teşvik edilen davranışlardır. Başka bir ifadeyle, ahlaki onaya sahip örgütsel iş yapış biçimlerinin örgütte geçerli algısıdır. Bir örgütteki etik iklim, o örgütün iş hayatı içerisinde açık ve anlaşılır bir şekilde o örgütün bir parçası iş yapış biçimi olmalıdır. Yanısıra bu etki, örgütün dış paydaşları ile ilişkilerinde, yönetiminde ve karar alma mekanizmalarında görülmelidir. Etik iklim, çalışanlara örgütçe uygun veya uygun bulunmayan davranışları belirlemesi noktasında yönlendirir (Büte, 2011, 104-105).

2.5. Örgüt İklimi

Çalışanlar örgütte oluşan bilgiler, içinde buldukları örgüt koşulları gibi birçok parametreden örgüte ilişkin bazı algılar edinirler. Çalışanların örgütün iş ortamına ilişkin tüm bu algıları örgüt iklimi olarak adlandırılır. Örgüt iklimi, örgüt faaliyetlerinin yapıldığı ortam koşullarını ifade eder. Diğer bir ifadeyle, örgütteki çalışan davranış biçimleri ve ilişkileri ile oluşan bir ortamdır. Örgüt iklimi; örgütü tanımlayan, diğer örgütlerden ayıran, kişiliğini oluşturan, örgüte hakim olan, örgüt mensuplarının davranışlarını etkileyen, somut olmamasına rağmen örgüt mensupları tarafından hissedilen ve anlaşılan psikolojik bir kavramdır (Karcıoğlu, 2001: 270). Çalışanlar örgüt iklimini iş odaklı, yenilik odaklı, eğlence odaklı vb. gibi çeşitli şekillerde algılayabilirler. Örgüte ait değişkenlere bağlı olarak çalışanların örgüt iklimine ilişkin algıları farklılaşacaktır (Schneider, 1975: 318). Örgüt iklimi, çalışanların algılarını etkileyen birçok uygulama ve normlardan oluşan çok değişkenli bir yapıya sahiptir. Sonuç olarak örgüt iklimi; çalışan ve üst yönetimin uygulamalarından oluşur, iş ortamına ilişkin

şartların algılanmasına bağlıdır, çalışma ortamının tanımlanmasına zemin oluşturur, iş yapış şekillerini yönlendiren bir baskı kaynağıdır.

2.6. Örgütsel Çatışma

Farklı inanç, değer, toplumsal sınıf ve isteklerinde sahip bireyler olduğu sürece çatışma da var olacaktır. Örgütsel yaşamın her noktasında çatışma yaşanması muhtemeldir. Önemli olan çatışmaların olması değil var olan çatışmaların iyi yönetilebilmesidir. İyi yönetilemeyen çatışmalar hem birey hem de örgüt için telafisi zor maliyetler oluşturabilir. Açık bir şekilde meydana gelen çatışmaların görülmesi kolaydır. Fakat bazı çatışmalar açık bir şekilde görülmez. Gizli çatışma durumunda çalışanların davranışları örgütü olumsuz etkileyecek noktaya gelebilir. Özellikle örgüt işleyişini yavaşlatma hatta sabote etme şeklinde olabilir (Üngüren vd., 2009: 882). Bu bağlamda çatışma, örgüt üyeleri veya gruplar arasında karşılıklı bağımlılığı olan işlerde çalışmaktan ya da sahip olunan farklı algı, değer, amaç ve statüler sonucu meydana gelen anlaşmazlıklardır. Birçok sebep örgütsel çatışmalara sebep olabilmektedir. Bireysel farklılıklar ve uyumsuzluklar, algılama farklılıkları, zıtlıklar, anlaşmazlıklar başlıca çatışma kaynaklarıdır. Çatışmaların kaçınılmaz olduğu çalışma ortamlarında yöneticilere düşen, çatışmanın olumsuz sonuçlarını azaltmak ve çatışma ortamından örgüt adına faydalanmaktır (Karcioğlu vd., 2011: 330).

3. METODOLOJİ

3.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı

Araştırmanın konusu, örgütsel adalet kavramı bağlamında örgütsel bağlılık ve örgütsel etik konularını ele almaktır. Araştırma, ilaç ve sağlık sektörü üzerinden bu konuları ele alan uygulamalı çalışmaların literatür taraması şeklinde yapılmıştır. İlaç ve sağlık sektöründe çalışan kişilerin örgütsel adalet ve bağlılıkları, etik kaygıları ve sorunları çeşitli araştırmacılar tarafından ele alınmıştır. Bu çalışmada yapılan çalışmalar toplu halde verilecek ve araştırmacıların ulaştıkları sonuçlar paylaşılacaktır. Bu bağlamda örgütsel iklim kavramı üzerinde etkili olan boyutlar incelenecek, etik iklim, çalışanlar arasındaki ilişkiler vb. konuların örgüt iklimine etkisini inceleyen çalışmalar yıllar bazında ele alınacaktır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi ve Örneklemi

Araştırma sistematik derleme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Sistematik derlemeler, bilimsel bulguların genelleştirilebilir olup olmadığını belirlemek için kullanılmaktadır. Bu doğrultuda sistematik derleme konuyla ilgili önceden ele alınmış ve konuya dahil olma kriterlerine uyum sağlayan tüm araştırmaları toplar, özetler ve araştırmanın temel sorusuna yanıt arar. Sistematik derleme, benzer yöntemler ile yapılmış çok sayıdaki araştırmanın kapsamlı bir sentezidir (Karaçam, 2013; 26). Sağlık sektörü çalışanları üzerine birçok araştırmacı tarafından çeşitli çalışmalar yapılarak literatüre katkı sağlanmıştır. Bu çalışmada 2007-2020 yılları arasında sağlık sektörü çalışanlarına yönelik olarak yapılan çeşitli araştırmaların sonuçları paylaşılacaktır. Çalışma da sektördeki farklılık ya da benzerliklerin

yıl bazında daha net görebilmesi için on yıl üzeri bir zaman aralığı kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan çalışmalar, Google Scholar ve Yök Tez veri tabanından elde edilmiştir. Sağlık sektörü çalışanları, hemşireler ve ilaç mümessilleri çalışmanın kısıtını oluşturmaktadır. Bu amaç doğrultusunda Türkiye özelinde yapılan 20 adet çalışma incelenmiş ve araştırma sonuçları paylaşılmıştır.

3.3. Literatür Taraması Sonuçları

Efeoğlu ve Özgen (2007) tarafından yapılan “İş-Aile Yaşam Çatışmasının İş Stresi, İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkileri: İlaç Sektöründe Bir Araştırma” isimli çalışmada çalışanların iş-aile yaşamlarında meydana gelen çatışma düzeylerinin iş stresi, iş tatmini ve örgütsel bağlılık düzeyleri üzerin yarattığı etkiler incelenmiştir. Adana ilinde bölge müdürlüğü bulunan ilaç firmalarının, tıbbi ilaç mümessillerine yönelik anket çalışması ile veriler toplanmıştır. Araştırma sonuçları iş-aile yaşam çatışmasının iş doyumunu üzerinde olumlu etkisinin olduğunu bunun yanında da aile-iş çatışmasının iş doyumunu üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermiştir. İş ve aile çatışması açısından ele alınan bu çalışma çalışanların aile içindeki yaşantılarının işle kurulan bağlılığı etkilediğini göstermektedir.

Çalışanların iş stresinin iş tatminine etkisini ölçmek amacı ile yapılan Yapraklı ve Yılmaz'ın (2007) Erzurum ilinde ilaç mümessillerine yönelik yaptıkları çalışmanın sonucuna göre ilaç mümessillerinin iş tatmininin yüksek olduğu ve iş tatmininin iş yerinde meydana gelen stresi negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. İlaç mümessillerine yapılan çalışma iş yerinde huzur ortamının stres üzerinde negatif/azaltıcı bir etki getirdiğini göstermektedir.

Ay ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan ve etik iklimin çalışanların iş tatmini üzerindeki etkisini araştırmaya yönelik 186 kişiye yapılan anket çalışmasının sonuçlarına göre iş yerinde etik düzenlemeler yapılmasının çalışanların işe bağlılık seviyelerini arttırdığını göstermektedir. Örgütlerde oluşturulan etik iklimin belirsizlikleri ortadan kaldırdığı dolayısıyla çalışanların iş tatmininin artırıldığı tespit edilmiştir. Çalışmaya göre çalışanların iş tatminleri firmaların örgüt iklimine göre şekillenmektedir.

Yılmaz ve Yenihan (2014) tarafından yapılan çalışmada ilaç sektörü çalışanlarının iş doyumunu ve kurumsal bağlılık düzeylerini incelemektedir. Çalışmaya göre çalışanların duygusal bağlılıklarının ölçüldüğü çalışmada tek başlarına yani gruptan ayrı bireysel olarak çalışan iş görenlerin işletmeye karşı bağlılıklarının zayıf olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar bunun sebebi olarak çalışanın kendini yalnız hissetmesi ve acil kararları tek başına almak zorunda kalmasına ve bunun iş görene sorumluluk yüklemesine, bu sorumluluk karşısında ise yalnızlık duygusu yaşamasına bağlamaktadır. Ayrıca iş görenlerin yaptıkları iş nedeni ile topluma faydalı olma hissi taşıdıkları, işi vicdani boyutta ele aldıklarını ve durumunda kuruma bağlılığı güçlendirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Varol'un çalışmasının aksine bu çalışmada maaş olarak daha fazla kazanan iş görenin kuruma duyduğu bağlılık olgusunun daha yüksek seviyede olduğu ortaya konmuştur.

Efeoğlu ve İplik (2011) tarafından 66 kişi ile örgütsel adalet kavramının sinizm üzerindeki etkilerini araştırmaya yönelik yapılan çalışmada örgütsel sinizm konusu örgüte bağlılık

boyutunda değerlendirilmiştir. Sinizm kavramı çalışmada kişilerin çalıştığı örgütün dürüst olmadığına dair inancı ve çalıştığı örgüte yönelik negatif tutumu olarak açıklanmakta ve samimiyet, adalet, dürüstlük gibi temel beklentilerin yerine getirilmemesi sonucu ortaya çıkan bir durum olarak ele alınmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre iş görenlerin örgütsel adalete yönelik inançları azaldıkça örgütsel sinizme karşı tutumlarının arttığı görülmektedir. Yani çalışanlar iş iklimindeki adaletsizlikler sonucu örgüte karşı negatif bir tutum sergilemektedir. Çalışmaya göre örgüt çalışanlarının hem benzer iş yapan çalışanlara göre hem de örgüte yaptıkları katkıya göre kazanımlarının uyumsuz oldukları sonucuna varılmıştır. Yanısıra yönetici kararlarının taraflı, yanlış ve tutarsız olarak değerlendirdikleri ve bu durumun işten ayrılma tutumlarını etkilediği sonucuna varılmıştır. Tüm bu olumsuz algıların artması, çalışanların iş memnuniyetlerinin, iş performanslarının, yönetime duydukları güvenlerinin ve örgütsel bağlılıklarının azalması sonucunu doğurmaktadır. Ayrıca örgütsel sinizm tutumlarının ve işten ayrılma isteklerinin artması gibi olumsuz sonuçları ortaya çıkarmaktadır.

Eren ve Hayatoğlu (2011) 206 kişi ile yapılan, etik iklimin çalışanların performansı üzerine etkilerini araştırmaya yönelik çalışmanın sonuçlarına göre etik iklim olgusunun yöneticiye güven duyma olgusunu ve iş performansını pozitif yönde etkilediği ve bu pozitif etkinin de iş performansında pozitif etkileri olduğu sonuca varılmıştır. İşyerinde oluşan sağlıklı ve güvene dayalı ilişkinin işverene yönelik pozitif duygular uyandırdığına bu pozitif duyguların etkisi ile de iş görenlerin iş performansında pozitif bir yönde artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Demirel ve Seçkin (2011) tarafından örgütsel adaletin bilgi paylaşımı üzerinde etkisini ölçmeye yönelik 138 kişiye yapılan anket çalışmasında örgütsel adalet duygusunun bilgi paylaşımını pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca çalışmada yöneticilerin iş görenlerle ilişkilerinde işlemsel ve etkileşimsel adalete önem vermelerinin iş görenlerin bağlılık ve bilgi yaratma isteklerini arttıracığı sonucuna ulaşılmıştır.

Işık ve arkadaşları (2012) tarafından örgütsel adaletin iş sadakatine etkisini ölçmek için yapılan çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılıkları örgütsel adalet tutumları ile yakından ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının yöneticilerinin kendilerine adil davranıldığı düşünmeleri, örgüte yönelik duygusal ve normatif tepkimelerini etkilemektedir. Çalışanlar iş ortamında kendilerine haksız davrandıklarını algıladıklarında, kurumlarına karşı olumsuz tepkiler geliştirebilmektedir.

İyigün ve Çetin (2012) tarafından ilaç sektöründe çalışan 510 satış temsilcisine yapılan psikolojik kontratın çalışanların örgütsel davranışları üzerinde etkisini ölçmeye yönelik yapılan çalışmada iş ortamında çalışanlara yönelik beklentilerin karşılanmaması ve pozitif bir örgüt ikliminin oluşmaması durumunda çalışanları işe devamsızlık, performans düşüklüğü ve örgütsel sapma gibi durumlara yönlereceği sonucuna ulaşılmıştır. Taner ve Elgün (2015) tarafından 197 satış temsilcisine yapılan çalışanların etik iklim algılarının örgütsel bağlılık üzerinde etkilerini incelemeye yönelik yapılan çalışmanın sonuçlarına göre ilaç sektöründe çalışan iş görenlerin başkalarının iyiliğini isteme ve yardım etme duygusunun işyerinde etik iklim olgusunu ve duygusal bağlılık ile işe devam durumunu pozitif yönde etkilemektedir. Yani çalışanların yaptıkları işi yardım duygusu ile yapmaları ve vatandaşlık görevi olarak

addetmeleri iş ortamında örgütsel bağlılık ve duygusal tatmin durumu yaşatmakta ve bu durum iş görenin işten ayrılma ihtimalini azaltmaktadır.

Şencan ve arkadaşları (2017) tarafından 98 yönetici ile yapılan ilaç sektöründe faaliyet gösteren yöneticilerin örgütsel bağlılık ve iş doyumlarını ölçmeye yönelik yapılan çalışmanın sonuçlarına göre örgütsel bağlılık ve iş doyumunu arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yani örgüte duyulan bağlılığın artması işe yönelik doyumunda artmasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda iş yerinde çalışma süresinin artmasının örgüte yönelik bağlılık duygusunu da arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında çalışmaya katılanlar medeni durum bazında da ele alınmış ve bekar yöneticilerin evli yöneticilere oranla örgüte daha bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Evli olmayan yöneticilerin yaşam ile ilgili beklentilerini işe aktardıkları ve evli yöneticilere oranda daha iş odaklı oldukları savunulmaktadır.

Varol (2017) tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre yüksek düzeyde iş tatminine sahip olan çalışanların örgüte bağlılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumunda işten ayrılma ihtimalini düşürdüğü ve çalışanın kendi isteği ile işe devam ettiği sonucunu vermiştir. Çalışma ilaç sektöründe çalışan iş görenlerin normatif bağlılık düzeylerini de ele alınmıştır. Araştırma sonucuna göre yüksek iş tatminine sahip bireylerin yüksek normatif bağlılığa sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Normatif bağlılık iş görenin işe girmeden önceki aidiyet ve bağlılık duygusu ile işe girdikten sonraki örgüte karşı sadakati düzeyinde ele alınmıştır. Sonuca göre pozitif bir örgüt çalışanın normatif ilişki düzeyini de pozitif olarak etkilemektedir. Aynı zamanda örgüt ile duygusal bağ kuran ve kendisine ihtiyaç varmış duygusu taşıyan iş görenlerinde örgütten ayrılma ihtimalleri daha düşük seviyede ölçülmüştür. Çalışma ayrıca çalışanları yaş ve maaş bazında da değerlendirmiştir. Buna göre diğer çalışanlardan yüksek maaş alan müessesilerin daha düşük maaş alanlara göre işten ayrılma yüzdeleri daha yüksektir. Araştırmacı bunu çalışanların kıdemleri ile aldıkları maaşa bağlamış ve yaş olarak yüksek seviyede olan çalışanların yetersiz kalmaya başladıklarını düşünerek başka iş alternatiflerine yönelmelerine bağlamıştır.

Erer ve Iraz (2018) tarafından 199 hemşire ile yapılan örgütsel adaletin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin örgütsel adalet algılarının artmasının örgütsel vatandaşlık sergileme davranışını pozitif yönde arttıracığı sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir deyişle örgütsel iklimin beklenen düzeyde ve pozitif olması sağlık sektörü çalışanlarını pozitif bir şekilde etkilemekte ve bağlılık düzeylerini arttırmaktadır. Çalıştığı örgütü adil olarak tanımlayan çalışanların örgüte olan bağlılıklarının artacağı, aidiyet duygusunun artacağı çalışanlarında nazik ve yardımsever olarak davranışlar sergilemeye başlayacağını bu durumda örgütün imajını olumlu yönde etkileyeceği sonucuna ulaşılmıştır. Ünver ve arkadaşları (2020) tarafından doğumhanede çalışan ebelerin işe bağlı gerginlik düzeyi ile tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel adalet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 156 ebe ile yapılan araştırmanın sonuçlarına göre ebelerde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın örgütsel adalet düzeyini azaltan önemli değişkenler olduğu görüldü. Buna karşın ebelerde işlemsel adalet düzeyi arttıkça duygusal ve devamlı bağlılık düzeyinin de arttığı belirlenmiştir. Bu

araştırmanın sonuçlarına göre işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin örgütsel adalet düzeyini etkileyen önemli unsurlar olduğu ve işlemsel adalet algısı arttıkça örgütsel bağlılığın da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Özdemir (2020) tarafından özel sağlık kuruluşlarında çalışan personelin örgütsel adalet düşüncelerinin örgütlerine yönelik bağlılıkları üzerindeki etkilerini araştırmaya yönelik yapılan çalışmanın sonuçlarına göre çalışanların örgütsel adalet algıları ile örgütsel bağlılıkları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca çalışanların kıdem durumları ile örgütsel bağlılıkları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çankaya (2020) tarafından özel hastanede görev yapan çalışanların örgütsel güven algılarının örgütsel özdeşleşme düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçlarına göre örgütsel güven boyutlarından yöneticiye güven ve örgüte güven boyutlarının örgütsel özdeşleşme üzerinde pozitif yönde anlamlı etkilerinin olduğu tespit edilmiştir.

Bektaşoğlu ve Şengün (2020) tarafından örgütsel iletişimin örgütsel bağlılık üzerinde etkisini ölçmek amacı ile yapılan çalışmanın sonuçlarına göre örgütsel iletişimin artması iş tatminini de arttırmaktadır.

Çalışkan ve Özkan (2020) tarafından örgütsel bağlılık ve iş tatminini ölçmeye yönelik yapılan araştırmanın sonuçlarına göre örgütsel bağlılık ve iş tatmini arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örgütsel bağlılık arttıkça iş tatmini de artmaktadır.

Macit ve Ekim (2020) tarafından psikolojik sözleşme olgusunun çalışanların örgütsel bağlılıklarına etkisini ölçmeye yönelik yapılan çalışmanın sonuçlarına göre psikolojik sözleşme örgütsel bağlılığı pozitif ve anlamlı olarak etkilemektedir. Diğer bir ifade ile psikolojik sözleşme konusundaki beklentilerin karşılanması örgütsel bağlılığı da arttırmaktadır.

Alnıaçık ve arkadaşları (2020) tarafından kurumsal imajın iş tatmini ve bağlılığa etkisini ölçmek amacı ile yapılan çalışmanın sonuçlarına göre kurumsal imajın duygusal bağlılık ve iş tatmini üzerinde pozitif, kurumsal imajın işten ayrılma niyeti üzerinde ise negatif yönlü etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 1: Literatür Özeti

Yazar/lar (Yıl)	N	Amaç	Örneklem	Yöntem	Bulgular
Efeoğlu ve Özgen (2007)	162	İş/aile yaşam çatışmasının örgütsel bağlılık, iş tatmini ve iş stresi üzerindeki etkileri	İlaç mümessilleri	Anket	-İş/aile yaşam çatışmasının iş tatmini üzerinde olumlu bir etkisi vardır. -İş ve aile çatışması açısından ele alınan bu çalışma çalışanların aile içindeki yaşantılarının işle kurulan bağlılığı etkilediğini göstermektedir.
Yapraklı ve Yılmaz (2007)	304	İlaç satış mümessillerinin iş stresi düzeylerinin iş tatminleri üzerindeki etkisini belirlemektir.	İlaç mümessilleri	Anket	-İlaç mümessillerinin iş tatminin yüksek olduğu ve iş tatmininin iş yerinde meydana gelen stresi negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. İlaç mümessillerine yapılan çalışma iş yerinde huzur ortamının stres üzerinde negatif/azaltıcı bir etki getirdiğini göstermektedir.
Ay, Kılıç ve Biçer (2009)	186	Etik iklimin çalışanların iş tatmini üzerindeki etkisi	İlaç (%60)/sigorta sektörü çalışanları	Anket	-İş yerinde etik düzenlemeler yapılmasının çalışanların işe bağlılık seviyelerini artırdığını göstermektedir. -Örgütlerde oluşturulan etik iklimin belirsizlikleri ortadan kaldırdığı dolayısıyla çalışanların iş tatmininin artırıldığı tespit edilmiştir. -Çalışmaya göre çalışanların iş tatminleri firmaların örgüt iklimine göre şekillenmektedir.
Efeoğlu ve İplik (2011)	66	-Örgütsel adalet kavramının sinizm üzerindeki etkilerini -Örgütsel sinizm konusu örgüte bağlılık boyutunda değerlendirilmiştir.	İlaç mümessilleri	Anket	-İş görenlerin örgütsel adalete yönelik inançları azaldıkça örgütsel sinizme karşı tutumlarının arttığı görülmektedir.
Eren ve Hayatoğlu (2011)	206	Etik iklimin çalışanların performansı üzerine etkilerini	İlaç mümessilleri	Anket	-Etik iklimin yöneticiye güven duyma olgusunu ve iş performansını pozitif yönde etkilediği ve bu pozitif etkinin de iş performansında pozitif etkileri olduğu sonuca varılmıştır.
Demirel ve Seçkin (2011)	138	Örgütsel adaletin bilgi paylaşımı üzerinde etkisini ölçmeye yönelik	İlaç sektörü çalışanları	Anket	-Örgütsel adalet duygusunun bilgi paylaşımını pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. -Yöneticilerin iş görenlerle ilişkilerinde işlemsel ve etkileşimsel adalet önem vermeye devam etmesi iş görenlerin bağlılık ve bilgi yaratma isteklerini arttıracaktır sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık Yönetimi

Dergisi

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Yıl: 2020, Cilt: 2, Sayı: 2, ss.80-100.

İyigün ve Çetin (2012)	510	Psikolojik kontratın çalışanların örgütsel davranışları üzerinde etkisi	İlaç sektörü çalışanı	Anket	-İş ortamında çalışanlara yönelik beklentilerin karşılanmaması ve pozitif bir örgüt ikliminin oluşmaması durumunda çalışanları işe devamsızlık, performans düşüklüğü ve örgütsel sapma gibi durumlara yönleneceği sonucuna ulaşılmıştır.
Işık, Uğurluoğlu ve Akbolat (2012)	423	Sağlık kuruluşlarında örgütsel adalet algılarının örgütsel bağlılığa etkisi	Sağlık personeli	Anket	- Çalışanlarının örgütsel bağlılıkları örgütsel adalet tutumları ile ilişkilidir. -Çalışanlarının örgütsel adalet algıları örgüte yönelik duygusal ve normatif tepkimelerini etkileyebilmektedir. -Çalışanların örgütsel adalet konusundaki olumsuz algıları, kurumlarına karşı olumsuz tepkiler geliştirmelerine yol açabilmektedir.
Yılmaz ve Yenihan (2014)	330	İş doyumu ve kurumsal bağlılık düzeylerini incelemektedir.	İlaç sektörü çalışanları	Anket	-Gruptan ayrı bireysel olarak çalışan iş görenlerin işletmeye karşı bağlılıklarının zayıf olduğunu göstermektedir. -İş görenlerin yaptıkları iş nedeni ile topluma faydalı olma hissi taşıdıkları, işi vicdani boyutta ele aldıklarını ve bu durumum kuruma bağlılığı güçlendirdiği sonucuna ulaşılmıştır.
Taner ve Elgün (2015)	197	Etik iklim algılarının örgütsel bağlılık üzerinde etkileri	İlaç sektörü çalışanları	Anket	-İlaç sektöründe çalışan iş görenlerin başkalarının iyiliğini isteme ve yardım etme duygusunun işyerinde etik iklim olgusunu ve duygusal bağlılık ile işe devam durumunu pozitif yönde etkilemektedir.
Şencan, Aydınhan ve Yeğenoğlu (2017)	98	İlaç sektöründe faaliyet gösteren yöneticilerin örgütsel bağlılık ve iş doyumları	Yönetici	Anket	-Örgütsel bağlılık ile iş tatmini arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Varol (2017)	196	Örgütsel bağlılık, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki	İlaç sektörü çalışanları	Anket	-Yüksek düzeyde iş tatminine sahip olan çalışanların örgüte bağlılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Erer ve İraz (2018)	199	Örgütsel adaletin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine etkisi	Hemşire	Anket	-Hemşirelerin örgütsel adalet algılarının artmasının örgütsel vatandaşlık sergileme davranışını pozitif yönde arttıracığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık Yönetimi

Dergisi

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Yıl: 2020, Cilt: 2, Sayı: 2, ss.80-100.

Ünver, Derya ve Uçar (2020)	156	Doğumhanede çalışan ebelerde işe bağlı gerginlik düzeyi ile tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel adalet düzeyleri arasındaki ilişki	Hemşire	Anket	-İşe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin örgütsel adalet düzeyini etkileyen önemli unsurlar olduğu ve işlemsel adalet algısı arttıkça örgütsel bağlılığın da arttığı sonucuna ulaşılmıştır
Özdemir (2020)	340	Sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık algılarının örgütsel adalet algıları ile ilişkisi	Sağlık personeli	Anket	-Çalışanların örgütsel adalet algıları ile örgütsel bağlılıkları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. -Çalışanların kıdemleri ile örgütsel bağlılıkları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
Çankaya (2020)	434	Örgütsel güvenin örgütsel özdeşleşme üzerindeki etkisi: sağlık sektöründe bir uygulama	Sağlık personeli	Anket	-Örgütsel güven boyutlarından yöneticiye güven ve örgüte güven boyutlarının örgütsel özdeşleşme üzerinde pozitif yönde anlamlı etkilerinin olduğu tespit edilmiştir
Bektaşoğlu ve Şengün (2020)	118	Sağlık sektörü çalışanlarının örgütsel iletişim düşüncelerinin örgütsel bağlılıkları üzerine etkileri	Sağlık personeli	Anket	-Örgütsel iletişimin örgütsel bağlılık seviyesini arttığı sonucuna ulaşılmıştır.
Çalışkan ve Özkan (2020)	400	Örgütsel bağlılık durumunun tükenmişlik durumuna etkisi	Sağlık personeli	Anket	-Örgütsel bağlılık ve iş tatmini arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. -Buna bağlı olarak örgütsel bağlılık arttıkça iş tatmini de artmaktadır
Macit ve Ekim (2020)	145	Psikolojik sözleşme algısının örgütsel bağlılık üzerine etkisi	Sağlık personeli	Anket	-Psikolojik sözleşme örgütsel bağlılığı pozitif ve anlamlı olarak etkilemektedir. Diğer bir ifade ile psikolojik sözleşme konusundaki beklentilerin karşılanması örgütsel bağlılığı da artırmaktadır.
Almaçık, Pamuk ve Almaçık (2020)	447	Kurumsal imajın bağlılık, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkileri	Sağlık personeli	Anket	-Kurumsal imajın duygusal bağlılık ve iş tatmini üzerinde pozitif etkisi bulunmuştur. -Kurumsal imajın işten ayrılma niyeti üzerinde negatif yönlü etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Örgütsel davranış literatüründe, örgütlerde etkinlik ve verimliliğin artırılmasına yönelik uygulamalar detaylı bir şekilde ele alınmaktadır. Başta örgütsel bağlılık konusu, entelektüel sermayenin yönetimi bağlamında büyük önem arz etmektedir. Nitelikli işgücünün örgütüne bağlı olarak çalışması, yetenek ve bilgi birikimini örgütü için kullanması örgütsel bağlılıkla ilişkilidir.

Örgütsel iklim konusu ve örgütsel iklimin iş yaşamına etkileri birçok araştırmacı tarafından ele alınan bir konudur. İnsanlar doğası gereği çoğu zaman ait olma, ihtiyaç hissedilme ve varlıklarını kanıtlama ihtiyacı hissetmektedir. Bir iş yerinde çalışan insanların o işyerinde sıcak ilişkiler kurması ve aidiyet duygusu taşıması iş gören devir hızını yavaşlatacak ve işyerine personel tedarik masrafı, işe uyum süresi, çeşitli eğitimler verme gibi birçok maliyetten avantajı sağlayacaktır. Çalışanlarında bir işyerinde güvenli hissederek çalışması ve liyakat sistemine tabi oldukları düşüncesi iş yerindeki verimi arttıracak ve hem iş vereni hem de iş göreni memnun edecektir. Çalışma ortamında çatışmanın olmaması da müşteriye memnun edecek ve herkes tarafından paylaşılan pozitif bir ortam yaratacaktır.

İşyerinde etik iklimin varlığı, çalışanlara yönelik etik ihlallerin olmaması çalışanların örgüte bağlılıklarını doğrudan etkileyebilecektir. Literatür taraması kapsamında ele alınan çalışmalara göre iş görenlerin etik iklim ve pozitif örgüt ikliminde işyerine duygusal olarak bağlandığı, aidiyet duygusu hissettiği ve işten ayrılma niyetinin daha az olduğunu göstermektedir. İş yerinde stresin az olmasının ve huzur ortamının sağlanmasının da çalışanların işletmeye olan bağlılıklarını arttırdığı, etik iklimin sağlanmasının çalışanlarda iş tatminini arttırdığını ve çalışanların işletmeye karşı tutumlarının örgüt yapısına göre şekillendiği sonucuna ulaşılmıştır. Yüksek iş tatminine sahip bireylerin işten ayrılma durumlarının negatif yönlü olduğu, aidiyet hissinin var olduğu durumlarda örgüte bağlılığın arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Aksi durumlarda, yani örgütsel adaletin zayıf olduğu durumlarda işletmeye karşı örgütsel sinizm durumunun devreye girdiği bir diğer deyişle örgüt ortamında adaletsizliklerin var olması durumunda çalışanların işletmeye karşı bağlılıklarının zayıfladığı ve iş görenlerin aidiyet duygularını kaybederek örgüte karşı negatif bir durumun ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu da işten ayrılmalara sebep olmakta ve örgüte zarar vermektedir. Bu güvensizlik ve hoşnutsuzluk durumu işe devamsızlık, performans düşüklüğü ve örgütsel sapma gibi olaylara sebebiyet vermekte ve bu durum örgüt yapısını olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda yöneticiye karşı beslenen olumlu duyguların örgüte de olumlu yansıdığı, yöneticilerin liyakat sistemini gözetmeleri ve çalışanlara karşı adil olmaları işe bağlılığı arttırmaktadır. İşe bağlılığın artması durumu da örgüt içerisinde bilgi yaymaya istekli iş gören sayısını arttırmaktadır.

Çalışmalarda ortaya çıkan bir diğer bulgu ise çalışanların yardım etme ve örgütsel vatandaşlık durumu yaşamalarının da örgüte pozitif bir etkisinin olduğudur. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren iş görenlerin yaptıkları işi kutsal görmeleri örgüte bağlılığı arttırmakta ve bu durum iş görenlerin işten ayrılma ihtimallerini düşürmektedir. Şencan ve arkadaşlarının çalışmasında

medeni durumun iş görenler arasında bir farklılığa sebep olduğu sonucuna değinilmiştir. Çalışmaya göre sağlık sektöründe faaliyet gösteren bekar yöneticilerin evlilere oranla örgüte daha bağlı oldukları ve yaşamsal beklentilerini işe aktardıklarına değinilmiştir. Bu çalışmaya göre bekar yöneticiler evlilere oranla daha iş odaklıdır. Ele alınan çalışmalarda tezat durumlarda ortaya çıkmaktadır. Örneğin Varol tarafından 2017 yılında yapılan çalışmaya göre ilerleyen yaşlarda olan ve tecrübe gereği diğer çalışanlardan daha yüksek maaş alan iş görenlerin işten ayrılma ihtimallerinin daha yüksek olduğuna değinilmiştir. Araştırmacı bu durumu sağlık sektöründe 35 yaşın işin emeklilik yaşı olarak algılanmasına ve ilerleyen yaşlarda olan çalışanların emeklilik zamanlarının geldiğini düşünerek başka iş alanlarına yönelmek istemelerine bağlamıştır. Ancak yine 2014 yılında Yılmaz ve Yenihan'ın yaptığı çalışmaya göre ise diğer çalışanlara oranla daha yüksek maaş alan iş görenlerin örgüte daha bağlı oldukları ve işten ayrılma ihtimallerinin daha düşük olduğuna değinilmektedir. Bu çalışmalarda ortaya çıkan tezatlığın çalışmaların örneklemeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir çalışmada sağlık sektöründe belirli bir yaşın emeklilik olarak algılanması, diğer çalışmada ise yaş konusuna odaklanılmamasının bu farklılığa sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmalar genelinde örgütsel iklimin çalışanların işe bağlılığında etkili olduğu ve etik iklimin iş görenin işe bağlılığını pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Bu çalışmada yıllar bazında yapılan çeşitli çalışmalar ele alınmıştır. Sonraki çalışmalarda örneklem genişletilerek daha fazla çalışmaya literatür çalışması yapılması daha sağlıklı sonuçlar verebilecektir. Çalışanların işe bağlılıklarının işletmeye sağladığı faydalar göz önüne alınırsa örgütsel etik ve pozitif bir örgüt ikliminin işletmeye sağladığı yararlar net olarak görülebilecektir.

5. KAYNAKÇA

Adams, J. S., (1965), "Inequity in Social Exchange", *Advances in Experimental Social Psychology*, 2: 267-299

Allen, N. J. and Meyer J. P., (1990), "The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization", *Journal of Occupational Psychology*, 63:1-18.

Alnıaçık, E., Pamuk M. ve Alnıaçık Ü., (2020), "Kurumsal İmajın Bağlılık, İş Tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkileri: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma", *Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences*, 6(4): 43-52.

Ay, Ü., Kılıç K. C. ve Biçer M., (2009), "İlaç ve Sigorta Sektörlerinde Çalışan Satış Elemanlarının İş Davranışlarının Örgütsel Etik İklim ile İlişkisi Üzerine Bir Çalışma", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2): 57-71.

Becker, H. S., (1960), "Notes on the Concept of Commitment", *American Journal of Sociology*, 66(1): 32-40.

Bektaşoğlu, A. ve Şengün H., (2020), “Sağlık Sektöründe Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkilerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”, Aydın Sağlık Dergisi, 6(2): 155-182.

Bolat, O. ve Bolat T., (2008), “Otel İşletmelerinde Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi”, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(19): 75-94.

Buchanan, B., (1974), “Building Organizational Commitment: The Socialization of Managers in Work Organizations”, Administrative Science Quarterly, 19(4): 533-546.

Büte, M., (2011), “Algılanan Örgüt İkliminin Etik Olmayan Davranışlar Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 25(2): 103-122.

Çalışkan, A. ve Özkan H., (2020), “Örgütsel Bağlılığın Tükenmişliğe Etkisi İş Tatmininin Aracılık Rolü Mersin İli Kamu Hastaneleri Hemşirelerine Yönelik Bir Uygulama”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 22(1):1 80-194.

Çankaya, M., (2020), “Örgütsel Güvenin Örgütsel Özdeşleşme Üzerindeki Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(107): 185-204.

Demirel, Y. ve Seçkin Z., (2011), “Örgütsel Adaletin Bilgi Paylaşımı Üzerine Etkisi: İlaç Sektörü Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma”, Bilig, 56(1): 99-119.

Demirel, Y., (2008), “Örgütsel Güvenin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Tekstil Sektörü Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma”, Yönetim ve Ekonomi, 15(2): 179-194.

Efeoğlu, E. İ. ve İplik E., (2011), “Algılanan Örgütsel Adaletin Örgütsel Sinizm Üzerindeki Etkilerini Belirlemeye Yönelik İlaç Sektöründe Bir Uygulama”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20(3): 343-360.

Efeoğlu, E. İ. ve Özgen H., (2007), “İş-Aile Yaşam Çatışmasının İş Stresi, İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkileri: İlaç Sektöründe Bir Araştırma”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(2): 237-254.

Eisenberger, R., Fasolo, P. and Davis-Lamastro V., (1990), “Perceived Organizational Support and Employee Diligence, Commitment and Innovation”, Journal of Applied Psychology, 75:51-59

Eren, S. S. ve Hayatoğlu Ö., (2011), “Etik İklimin Satış Elemanlarının İş Tutumlarına ve İş Performanslarına Etkisi: İlaç Sektöründe Bir Uygulama”, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 7(14): 109-128.

Erer, B. ve İraz R., (2018), “Algılanan Örgütsel Adaletin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerine Etkisi: Hemşirelere Yönelik Bir Araştırma”, Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6(ICEESS’ 18): 47-51.

Greenberg, J., (1987), “A Taxonomy of Organizational Justice Theories”, The Academy of Management Review, 12(1): 9-22.

Homans, G. C., (1961), *Social Behavior and its Elementary Forms*, New York: Harcourt, Brace and World.

Işık, O., Uğurluoğlu Ö. ve Akbolat M., (2012), “Sağlık Kuruluşlarında Örgütsel Adalet Algılarının Örgütsel Bağlılığa Etkisi”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 13(2): 254-265.

İçerli, L., (2010), “Örgütsel Adalet: Kuramsal Bir Yaklaşım”, *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1): 67-92.

İyigün, Ö. N. ve Çetin C., (2012), “Psikolojik Kontratın Örgütsel Sapma Üzerindeki Etkisi ve İlaç Sektöründe Bir Araştırma”, *Öneri Dergisi*, 10(37): 15-29.

İyigün, Ö. N., (2012), “Örgütsel Adalet: Kuramsal Bir Yaklaşım”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(21): 49-64.

Judge, T. A. and Colquitt, J. A., (2004), “Organizational Justice and Stress: The Mediating Role of Work–Family Conflict”, *Journal of Applied Psychology*, 89(3): 395-404.

Karaçam, Z., (2013), “Sistematik Derleme Metodolojisi: Sistematik Derleme Hazırlamak için bir Rehber”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6(1): 26-33.

Karçioğlu, F. (2001), “Örgüt Kültürü ve Örgüt İklimi İlişkisi”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 15(1-2): 265-283.

Karçioğlu, F., Gövez E. ve Kâhya C., (2011), “Yöneticilerin İletişim Tarzı ve Kullandıkları Çatışma Yönetim Stili Arasındaki İlişki”, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(1): 327-340.

Koç, H., (2009), “Örgütsel Bağlılık ve Sadakat İlişkisi”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(28): 200-211.

Korkmaz H. G. ve Bozkurt S., (2018), “Örgütsel Adalet ile Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin Demografik Değişkenler Bağlamında İncelenmesi ve Hastane Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma”, *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (20): 233-252.

Lamsa, A. M. and Savolainen, T., (2000). “The Nature of Managerial Commitment to Strategic Change”, *Leadership & Organization Development Journal*, 21(6): 297-306.

Macit, M. ve Ekim, H., (2020), “Psikolojik Sözleşme Algısının Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma” *Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 15(1): 323-333.

Meyer, J. P. and Allen N. J., (1991), “A Three-component Conceptualization of Organizational Commitment”, *Human Resource Management Review*, 1(1): 61-89.

Meyer, J. P. and Allen N. J., (1997), *Commitment in the Workplace: Theory, Research, and*

Mosadeghrad A. M., Ferlie E., and Rosenberg D., (2008), “A Study on the Relationship Between Job Satisfaction, Organisational Commitment and Turnover Intention Among Hospital Employees”, *Health Services Management Research*, 21(1): 211-227.

Mowday, R. T., Steers R. M. and Porter, L. W., (1979), “The Measurement of Organizational Commitment”, *Journal of Vocational Behavior*, 14(2): 224-247.

Naus, A. J. A. M., (2007), *Organizational Cynicism: On the Nature, Antecedents, and Consequences of Employee Cynicism Toward the Employing Organization*. Maastricht University Press.

Organ, W. D., (1988), *Organizational Citizenship Behavior: The Good Soldier Syndrome*, Lexington: Lexington Books.

Özdemir H. Ö., (2020), “Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Algılarının Örgütsel Adalet Algıları ile Diğer Faktörlerden Yordanması”, *İşletme Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 3(2): 172-181.

Özdevecioğlu M., (2003), “Algılanan Örgütsel Destek ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2): 113-130.

Özutku H., (2008), “Örgüte Duygusal, Devamlılık ve Normatif Bağlılık ile İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 37(2): 79-97.

Pierce J. L. and Dunham, R. B., (1987), “Organizational Commitment: Pre-Employment propensity and Initial Work Experiences”, *Journal of Management*, 13(1): 163-178.

Podsakoff, P. M., Mackenzie, S. B., Paine J. B. and Bachrach D. G., (2000), “Organizational Citizenship Behaviors: A Critical Review of the Theoretical and Empirical Literature and Suggestions for Future Research”, *Journal of Management*, 26(3): 513-563.

Polat S. ve Celep C., (2008), “Ortaöğretim Öğretmenlerinin Örgütsel Adalet, Örgütsel Güven, Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına İlişkin Algıları”, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, (54)54: 307-331.

Schneider, B. ve Snyder, R.A., (1975), “Some Relationship Between Job Satisfaction and Organizational Climate”, *Journal of Applied Psychology*, 60, 318-328.

Schwepker, C. H., (2001), “Ethical Climate’s Relationship to Job Satisfaction Organizational Commitment and Turnover Intention in the Salesforce”, *Journal of Business Research*, 54(1): 39-52.

Şencan, N. S., Aydınhan B. ve Yeğenoğlu S., (2017), “Türk İlaç Sanayinde Çalışan Yöneticilerin Örgütsel Bağlılık ve İş Doyumlarına Yönelik Bir Araştırma”, *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 3(2): 117-148.

Taner, B. ve Elgün R. F., (2015), “Çalışanların Etik İklim Algılarının Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkileri: İlaç Sektöründe Bir Uygulama”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24(1): 99-114.

Turunç, Ö. ve Çelik M., (2010), “Çalışanların Algıladıkları Örgütsel Destek ve İş Stresinin Örgütsel Özdeşleşme ve İş Performansına Etkisi”, Yönetim ve Ekonomi, 17(2): 183-206.

Üngüren, E., Cengiz, F. ve Algür S., (2009), “İş Tatmini ve Örgütsel Çatışma Yönetimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: Konaklama İşletmeleri Üzerinde Bir Araştırma”, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 8(27): 36-56

Ünver, H., Derya Aksoy Y. ve Uçar T., (2020), “Doğumhanede Çalışan Ebelerde İşe Bağlı Gerginlik Düzeyi ile Tükenmişlik, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Düzeyleri Arasındaki İlişki”, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3): 893-905.

Varol, F., (2017), “Çalışanların Örgütsel Bağlılık ve İş Tatminlerinin İşten Ayrılma Niyetlerine Olan Etkisi: İlaç Sektörü Örneği”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; (38): 200-208.

Victor, B. and Cullen J. B., (1988), “The Organizational Bases of Ethical Work Climates” Administrative Science Quarterly, 33(1): 101-125.

Walster, E., Berscheid, E., and Walster, G. W., (1973), “New Directions in Equity Research”, Journal of Personality and Social Psychology, 25(2): 151-176.

Wimbush, C. James, Shepard M. J. ve Markham E. S., (1997), “An Empirical Examination of The Multidimensionality of Ethical Climate in Organizations”, Journal of Business Ethics, 16: 67-97.

Yapraklı, Ş. ve Yılmaz M. K., (2007), “Çalışanların İş Stresi Algılarının İş Tatminleri Üzerindeki Etkisi: Erzurum’da İlaç Mümessilleri Üzerinde Bir Saha Araştırması”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 21(1): 155-183

Yılmaz, T. ve Yenihan B., (2014), “İş Doyumu ve Kurumsal Bağlılık, Türk İlaç Sektöründe Bir Alan Araştırması”, HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, (3)6, 200-218.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

HASTANE ÇALIŞANLARININ PERSPEKTİFİNDEN ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜĞÜN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ*

THE EFFECT OF LEARNED RESOURCEFULNESS ON STATE AND TRAIT ANXIETY LEVELS FROM THE PERSPECTIVE OF HOSPITAL EMPLOYEES*

Ayşe Nur ATA¹
Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul BAYER²

ÖZET

Öğrenilmiş güçlülük becerisi kişilerin hayatı boyunca karşılaşılabileceği olumsuzluklarla ve hayatın stresiyle başa çıkabilme hususunda oldukça önemli bir etkidir. Bundan dolayı bireylerin kişisel gelişiminde oldukça etkili olan öğrenilmiş güçlülük becerisinin, kişilerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerinde etkisi vardır. Öğrenilmiş güçlülük becerisi, zor ve stresli durumlara başa çıkmada ortaya çıkan kontrol mekanizmasıdır. Durumluk kaygı, bireylerin belirli koşullarda kendilerini nasıl hissettiğiyle ilişkili iken, sürekli kaygı da bireylerin belirli bir duruma bağlı kalmadan genel olarak kendini nasıl hissettiğiyle ilgilidir. Bu çalışma hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük becerisi ile durumluk ve sürekli kaygıları arasındaki ilişkiyi ölçmek ve değerlendirmek amacıyla 1426 çalışana sahip Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapan 302 hastane çalışanı ile anket uygulaması gerçekleştirilerek yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, öğrenilmiş güçlülük boyutları ile durumluk ve sürekli kaygı durumları arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sosyo-demografik değişkenlerden yaş, cinsiyet, eğitim, hastanedeki görev, meslekteki toplam hizmet süresi ve hastanedeki hizmet süresinin, birçok öğrenilmiş güçlülük boyutu ile durumluk ve sürekli kaygı durumları üzerinde belirleyici olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Öğrenilmiş Güçlülük, Durumluk Kaygı Düzeyi, Sürekli Kaygı Düzeyi.

ABSTRACT

Learned resourcefulness is an important factor in coping with the stress and negativity that people may experience throughout their lives. Therefore, learned resourcefulness skill, which is effective in individuals' personal development, has a great effect on their state and trait anxiety levels. . Learned resourcefulness is the control mechanism for dealing with difficult and stressful situations. While state anxiety is related to how individuals feel themselves under certain conditions, trait anxiety is related to how individuals feel in general without being bound to a particular situation. This study was carried out by conducting a questionnaire application with 302 hospital employees working in Isparta Suleyman Demirel University Research and Application Hospital, which has 1426 employees, in order to measure and evaluate the relationship between the learned strength of the hospital staff and the state and trait anxiety. According to the findings of the research, it was found that there was a negative relationship between the dimensions of learned resourcefulness and state and trait anxiety, the state and trait anxiety levels of individuals with high learned resourcefulness were lower. In addition, socio-demographic variables such as age, gender, education, duty in the hospital, total length of service in the occupation and length of service in the hospital were found to be influential on many learned resourcefulness and state and trait anxiety states.

Key Words: Learned Resourcefulness, State Anxiety Level, Trait Anxiety Level.

* Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında hazırladığı "Hastane Çalışanlarının Öğrenilmiş Güçlülüğünün Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi" başlıklı 2019 yılında yayımlanan yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, kuyrukcuaysenur@gmail.com.

² Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Eğirdir MYO, Yönetim Organizasyon Bölümü, ertugrubayer@isparta.edu.tr.

1. GİRİŞ

Günümüz şartlarında küresel rekabet, değişen ve gelişen teknoloji, ağır çalışma koşulları, ekonomik kısıtlılık, sosyal ilişkiler, yetersiz eğitim ve daha birçok etken toplumun genel anlamda yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu durum doğal sonucu olarak bireyler stres kaynakları ile doğrudan karşı karşıya kalmaktadırlar. Stres içeren durum ve koşullar içerisinde bulunan bireylerde kaygı unsurunun görülmesi kaçınılmazdır. Kaygı, toplumsal yaşantımızda sık sık karşımıza çıkan ve bireylerin yaşamlarında yer edinen önemli bir etkidir. Her birey hayatının belli dönemlerinde veya hayatının hemen hemen her döneminde kendisini kaygılı hissedebilmektedir.

Toplumsal yaşamın bir parçası olan, yedi/yirmi dört hizmet veren, insan sağlığını ele alan, hasta memnuniyeti ve hizmet odaklı bir yapıya sahip olan sağlık kurumları da yoğun ve stresli çalışma koşulları nedeniyle, hastane çalışanları açısından oldukça zorlayıcı bir hal almaktadır. Bu durum hastane çalışanlarının kaygı düzeylerini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve hastane çalışanlarının kaygı düzeyinin yüksek olması durumu da kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Hastane çalışanlarının bu kaygı durumuyla mücadele edebilme düzeyi, aile yapısı, okulda kazanılan beceriler ve eğitim düzeyi, kişilik özellikleri ve psikolojik yapılarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Bazı bireyler karşılaştığı olumsuz bir durum karşısında güçlü kalabilirken ve durumun nasıl çözebileceğinin farkında iken, bazı bireyler ise olumsuz durumlar karşısında yenik düşmekte, durumu nasıl çözeceğini bilememekte ve kaygılanmaktadırlar. Bireyler arasındaki bu farklılık kişilerin zor durum ve koşullar ile başa çıkabilme becerisiyle ilişkilidir. Bu beceri öğrenilmiş güçlülük becerisi olarak ifade edilmektedir.

Öğrenilmiş güçlülük; “bireyin, bugüne dek öğrenmiş olduğu, hedefe yönelik davranışlarını engelleyen düşünce, duygu, acı gibi etkenleri denetim altına almasını mümkün kılan beceriler” olarak tanımlanmaktadır (Rosenbaum, 1983, 1990; Akt: Güloğlu- Aydın, 2007: 157). Rosenbaum (1980a; 110) tarafından öğrenilmiş güçlülük ile başa çıkma stratejileri şu şekilde ifade edilmiştir:

- Duygusal ve fizyolojik durumlarla başa çıkabilmek için öz-yönergenin kullanılması,
- Problem çözme stratejilerinin uygulanması,
- Anlık doyumun ertelenmesi,
- İçsel olayları kişinin kendisinin düzenleyebileceğine dair genel bir inanca sahip olmak.

Ayrıca öğrenilmiş güçlülük kavramını, öğrenilmiş çaresizlik, yılmazlık, kontrol odağı, öz yeterlilik ve stres gibi kavramlarla ilişkilendirmek mümkündür.

Öğrenilmiş güçlülüğün fonksiyonlarının tanım, amaç ve gerekli özellikleri Tablo 1'de ifade edilmiştir.

Tablo 1. Öğrenilmiş Güçlülüğün Fonksiyonları

Fonksiyonları	Düzeltilici Öz Kontrol	Yenilikçi Öz Kontrol	Deneyimsel Öz Kontrol
Tanım ve Amaçları	Hedefe giden yolda benimsenen tutum ve davranışların korunmasını ve davranışlara yönelik duygu ve acı inanç gibi içsel yaşam olaylarını içine alan her türlü müdahalenin en aza indirgenmesini ifade etmektedir.	Bireyleri, hedef doğrultusunda olumsuz olarak etkileyecek alışkanlıkların bırakılıp, hedefe yönelik yeni davranışların benimsenmesidir.	Herhangi bir değişim çabasına girmeden veya değişimi reddetmeden her türlü yaşantıya açık olmayı ifade etmektedir. Aynı zamanda bireylerin kişilik repertuarını geliş-

Gerekli Özellikleri	-Duygu ve düşünceleri düzenleme özelliği (Duyguları bastırma, yeniden anlama)	-Anlık tatmini erteleme özelliği, -Problem çözme odaklı olması, -Duygu ve düşünceleri düzenleme özelliği	-Algı ve hislere odaklanma özelliği -Anlık deneyimlerden yararlanma -Tatmin etme özelliği
---------------------	---	--	---

Kaynak: (Rosenbaum, 1998: 65).

Tablo 1’de görüleceği üzere Rosenbaum (1998), öğrenilmiş güçlülüğün üç ayrı fonksiyonu olduğunu belirtmiş ve her bir fonksiyonun tanımını, amaçlarını ve gerekli özelliklerini açıklamıştır.

Rosenbaum, öğrenilmiş güçlülük kavramını şekillendirmiş ve bunun yanı sıra öğrenilmiş güçlülük kavramının ölçülebilirliği ve kıyaslanabilirliği açısından “Kendini Değerlendirme Ölçeği”ni geliştirip, sonrasında bu ölçeğe “Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği” adını vermiştir (Rosenbaum, 1980a: 109; Coşkun, 2007: 31).

Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği, otuzaltı maddeden oluşan, zorlu durum ve koşullarla başa çıkmada kişilerin sahip olduğu kontrol mekanizmasını ne derece ortaya çıkardıklarını ölçen Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Bunun yanı sıra Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin, Türkçe formatında güvenilirlik ve geçerlik düzeyinin ölçülmesi amacıyla Dağ (1991: 270-273) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastane çalışanlarının olumsuz durumlara karşı daha dayanıklı olabilmesi ve kaygıyla başa çıkabilmesi her bireyde olduğu gibi öğrenilmiş güçlülük seviyesi ile yakından ilişkilidir. Bu çalışmada da kaygı düzeyleri durumluk ve sürekli kaygı olarak ele alınarak, hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülüğü ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Durumluk kaygı (state anxiety), kişilerin tehlikeli veya tehdit edici olası durumları algılaması ile birlikte ortaya çıkan kaygı düzeyi olarak tanımlanırken, sürekli kaygı (trait anxiety) ise kaygı düzeyinin farklı kişilik özelliklerine göre şekillenmesini ifade eden bir kaygı düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Spielberger, 1966: 12-13).

Stresli bir olay ile birlikte ortaya çıkan, etkisi hafif olan kaygılı durumlar, ilerlediği ve tedavi edilmediği takdirde “anksiyete bozuklukları”na neden olmaktadır. En az 6 ay süren bu bozukluk, zihinsel ve fiziksel hastalıklarla birlikte görülmektedir (Shiri vd., 2012: 87).

Bu bağlamda kaygı olgusunun belirtilerini psikolojik-bilişsel ve fizyolojik-davranışsal olarak iki grupta sınıflandırmak mümkündür (Karaman, 2009: 10; Balcıoğlu, 2006: 60). Kaygı olgusunun psikolojik ve bilişsel belirtileri; kontrolünü yitirme korkusu, unutkanlık, yetersiz hissetme, huzursuzluk ve başa çıkamama korkusu vb. olarak sınıflandırılmıştır (Atkinson vd., 1953/2008: 495 ; Çeçen, 2017: 23; Dağlar, 2016: 12). Bununla birlikte kaygı olgusunun fizyolojik-davranışsal belirtileri; kan basıncı ve kalp atışının artması, kasların gerilmesi, uykusuzluk, bitkinlik, baş ağrısı, mide rahatsızlıkları vb. olarak sınıflandırılmaktadır (Güngör, 2008: 55-56; Kocabaşoğlu: 2008: 175).

Hastane çalışanları kapsamında kaygı olgusu değerlendirildiğinde ise stresli bir çalışma ortamında bulunan hastane çalışanlarının desteğe ihtiyaç duymaları kaçınılmazdır (Shapiro vd., 2005: 65). Hastane çalışanlarının hastalara nitelikli bakım hizmeti sağlamaları için hastane çalışanlarında kaygıyı azaltmaya daha fazla özen gösterilmelidir (Ding vd., 2014: 2). Hastane çalışanlarının, fiziksel, duygusal ve zihinsel sağlıklarını korumak, etkin ve verimli bir birey

olmak, refah içerisinde yaşamak için stres yönetimi uygulamaları bir başka deyişle öğrenilmiş güçlülük düzeylerini geliştirmeleri gerekmektedir (Boyacı vd., 2014: 471).

Çünkü bireylerin öğrenilmiş güçlülük düzeyinin yüksek olması, stres kaynaklarından daha az etkilenmesini sağlamak ve dolayısıyla kaygının ortaya çıkmasının engellenmesini veya kaygının azaltılmasını sağlamaktadır (Akbalık, 2005: 38)

Öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek olan hastane çalışanlarının daha az kaygılı olduklarını, daha nitelikli sağlık hizmeti sağladıklarını, sakin kalabildiklerini; öğrenilmiş güçlülük düzeyi düşük olan hastane çalışanlarının ise genellikle kaygılı olduklarını ve sağlık hizmeti sunumu sırasında daha kolay hata yapabileceklerini ifade etmek mümkündür. Aynı zamanda öğrenilmiş güçlülüğü düşük olan hastane çalışanları daha zayıf ve güçsüz karaktere sahip olduklarından tehdit edici veya olumsuz bir durum karşısında tepkisiz kalabilir. Bu nedenle öğrenilmiş güçlülük düzeyi düşük olan çalışanların sağlık kurumlarında ciddi problemlere sebebiyet vermeleri muhtemeldir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amaç ve Önemi

İnsan hayatı gibi önemli bir unsurla ilişki içerisinde olan hastane çalışanlarının bulunduğu durum ve koşullar, oldukça zor ve streslidir. Hastane çalışanlarının, zor ve stresli durumlarla başa çıkarken ne kadar güçlü ve başarılı oldukları, bir başka deyişle öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi, hem kendileri hem de görev yaptıkları kurumlar açısından bu çalışmayı önemli kılmaktadır.

Bu durumdan hareketle bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapmakta olan hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin belirlenebilmesi ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin kaygı durumları ile başa çıkma durumlarına etkisi olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

2.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi "Hastane çalışanlarında öğrenilmiş güçlülük boyutları ile kaygı düzeyi boyutları üzerinde sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık var mıdır?" ve "Öğrenilmiş güçlülük becerisinin, kaygı düzeyleri üzerinde bir etkisi var mıdır?" şeklinde belirlenmiştir.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma 2018-2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evreni, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ndeki tüm çalışanlardan oluşmaktadır. Bu çalışmada Kolayda Örneklem Yöntemi kullanılarak araştırmaya yönelik verilerin toplanabilmesi için anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Anketler hekim, hemşire, idari personel, diğer sağlık personeli (laboratuar teknisyeni, röntgen teknisyeni, ATT) ve diğer personele (teknik personel, hasta bakıcı vb.) uygulanmıştır. Çalışanların gönüllüğü ve onayı esas alınarak dağıtılan 425 anketten 309'u geri dönmüş olup kayıp verilerden dolayı 7 anket iptal edilmiştir. Toplam 302 anket istatistiksel değerlendirme kapsamına alınmıştır.

2.4. Veri Toplama Aracı ve Analiz Yöntemi

Yapılan bu araştırmada veri toplamak amacıyla üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Bu formlardan ilki Rosenbaum (1980)'un kişilerin öğrenilmiş güçlülük düzeyini ortaya koymak amacıyla geliştirdiği “Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği”, ikincisi Spielberger vd. (1970) tarafından geliştirilen “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri” ve son olarak ise araştırmacılar tarafından hazırlanan, katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla kullanılan “Kişisel Bilgi Formu” dur.

Anket formları aracılığı ile elde edilmiş olan veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) programı ile analiz edilmiştir. Öğrenilmiş güçlülük ölçeğinde 5’li likert yöntemi, kaygı düzeyi ölçeğinde 4’lü likert yöntemi kullanılarak puanlar toplanmış ve elde edilen puanların standart sapma, aritmetik ortalama, yüzde ve frekans hesaplamaları yapılarak analiz edilmiştir. Her bir madde ya da boyuttan alınan puanlar 5’e/4’e yaklaştıkça o ifadeye katılımın yüksek olduğunu, 1’e yaklaştıkça ise katılmama eğiliminin yüksek olduğunu göstermektedir.

Boyutlar ve karşılaştırılan maddeler normal dağılım gösterdiğinden sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırmalar incelenirken parametrik testler kullanılmıştır. Üç ve üzeri grubun karşılaştırılması yapılırken “varyans analizi (ANOVA) (f testi)” ve ikili grupların karşılaştırılması yapılırken ise “t testi” kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplarda fark bulunduğu zaman farkın kaynağını tespit etmek için “Tukey”-s-b testi” uygulanmıştır. Öğrenilmiş güçlülük düzeyinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini ölçmek için de regresyon analizi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, örneklem grubuna ait demografik verilerin açıklanması ve elde edilen verilerin yukarıda belirtilen istatistiksel yöntem ile analizi sonucunda elde edilen bulgulara ve bu bulgulara yönelik değerlendirmelere yer verilerek, sonuç ve öneriler geliştirilmiştir.

3.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 2’de katılımcıların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Tablo 2’de görüleceği üzere; katılımcıların %29.8’i 25 yaş ve altında, %63.9’u kadın, %53.03’ü evli, %30.8’i hemşire, %41.1’i lisans mezunu, %44.7’sinin meslekteki hizmet süresi 5 yıl ve altı son olarak %62.9’unun hastanedeki toplam hizmet süresi de 5 yıl ve altıdır.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde %
Yaş (Yıl)		
-25	90	29.8
26-30	59	19.5
31-35	47	15.6
36-40	48	15.9
41+	58	19.2
Cinsiyet		
Erkek	109	36.1
Kadın	193	63.9
Medeni Durum		

Evli	161	53.3
Evli Değil	141	46.7
Hastanedeki Görevi		
Hekim	66	21.9
Hemşire	93	30.8
İdari Personel	31	10.3
Diğer Sağlık Personeli	47	15.6
Diğer	65	21.5
Eğitim Durumu		
-Lise	49	16.2
Ön Lisans	68	22.5
Lisans	124	41.1
Lisansüstü+	61	20.2
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi		
-5 Yıl	135	44.7
6-10 Yıl	61	20.2
11-15 Yıl	27	8.9
16-20 Yıl	37	12.3
+21 Yıl	42	13.9
Hastanedeki Toplam Hizmet Süresi		
-5 Yıl	190	62.9
6-10 Yıl	51	16.9
+11 Yıl	61	20.2
Toplam	302	100.0

3.2. Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin Alt Boyutlarının Oluşturulmasına İlişkin Faktör Analizi

Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği üzerinde faktör analizi kapsamında Kaiser-Meyer-Olkin testi ve Bartlett's testi uygulanmıştır. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) Testi, basit korelasyon katsayılarının kısmi korelasyon katsayıları ile karşılaştırılmasıyla hesaplanmaktadır. Testin değerinin 0 ile 1 arasında değişmesi gerekmektedir (Çelik, 2012: 71). Ölçeğin maddeleri arasında uyum olup olmadığının tespitini sağlayan Baartlett's testinin değerinin $p < 0.05$ olması ise ölçeğin alt boyutlarının geçerliliğini ölçmede etkin bir yeterliliğe sahip olduğunu göstermektedir (Aksu vd., 2017: 148).

Tablo 3.'te Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin KMO ve Bartlett's testi sonucu verilmiştir.

Tablo 3. Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği KMO ve Bartlett's Test Sonucu

KMO ve Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0.700	
Bartlett's Test of Sphericity	Df.	276
	Sig.	0.000

Öğrenilmiş güçlülük ölçeğinde yer alan ifadelere uygulanan KMO testi sonucu değer 0.700 olduğu tespit edilmiştir. KMO testi ölçütüne göre tespit edilen değer faktör analizi için geçerlilik düzeyinin yeterli olduğu ifade edilebilir.

Tablo 4'te Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği faktör analizi sonuçları verilmiştir. Ölçeğe uygulanan faktör analizinde, Varimax Döndürme Yöntemi kullanılmış ve öğrenilmiş güçlülük ölçeği ifadelerine uygulanan analiz neticesinde toplam 5 boyut elde edilmiştir. Bu boyutlar; yardım

arama ve erteleme, dürtü denetimi ve rasyonel davranma, planlı davranma, istenmeyen düşüncelerin denetimi ile iyiye yorma ve dikkati yönlendirme olarak sınıflandırılmıştır. Araştırma kapsamında uygulanan bütün istatistiksel analizler bu beş boyut dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4. Öğrenilmiş Güçlülük Becerisi Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Faktör 1: Yardım Arama ve Erteleme			
8. Birisi beni zorlarsa işimi daha çabuk yaparım.	0,653	15.679	0.633
14. Günde iki paket sigara içiyor olsam, sigarayı bırakmak için muhtemelen başkasının yardımına ihtiyac duyarım.	0.742		
18. Hemen yapabilecek durumda bile olsam hoşlanmadığım işleri geciktiririm.	0.463		
19. Bazı kötü huylarımdan vazgeçebilmem için başkasının yardımına ihtiyac duyarım.	0.747		
Faktör 2: Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma			
26. Kendimi patlayacakmış gibi hissettiğimde, “dur bir şey yapmadan önce düşün” derim.	0.749	10.692	0.633
27. Birine çok öfkelenirsem bile davranışlarımı kontrol ederim.	0.833		
28. Genellikle bir karar vereceğim zaman, ani kararlar yerine bütün ihtimalleri göz önüne alarak sonuca varmaya çalışırım.	0.602		
Faktör 3: Planlı Davranma			
32.Yapılacak çok şey olduğunda genellikle bir plan yaparım.	0.529	7.123	0.633
33. Kısıtlı param olduğunda, kendime bir bütçe yaparım.	0.677		
34. Bir iş yaparken dikkatim dağılırsa, işi küçük bölümlere ayırırım.	0.777		
Faktör 4: İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi			
6. Geçmişte yaptığım hataları düşünmekten kendimi alamam.	0.698	6.296	0.598
21. Beni kötümser yapsa da gelecekte olabilecek bütün felaketleri düşünmekten kendimi alamam.	0.587		
35. Sık sık beni rahatsız eden nahoş düşünceleri yemediğim olur.	0.798		
Faktör 5: İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme			
1. Sıkıcı bir iş yaparken, işin en az sıkıcı olan yanını ve bitirdiğimde elde edeceğim kazancı düşünürüm.	0.615	5.242	0.602
2. Beni bunaltan bir iş yapmak zorunda olduğumda, bunaltımı nasıl yenebileceğimi hayal eder, düşünürüm.	0.755		
10. Okuduğum şeye kendimi veremediğimi fark ettiğim zaman, dikkatimi toplamak için yollar ararım.	0.739		

Faktör analizi sonucunda; birinci faktör olan “Yardım Arama ve Erteleme” boyutunun açıkladığı varyans %15.658; “Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma” boyutunun (ikinci faktör)

açıkladığı varyans %10.692; üçüncü faktör olan “Planlı Davranma” boyutunun açıkladığı varyans %7.123; “İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi” boyutunun (dördüncü faktör) açıkladığı varyans %6.296 ve son olarak “İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme” faktörünün açıkladığı varyans %5.242 olarak tespit edilmiştir.

3.3. Öğrenilmiş Güçlülük Becerisi ve Kaygı Düzeyleri Alt Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Öğrenilmiş güçlülük becerisinin beş alt boyut ve kaygı düzeylerinin iki alt boyut altında toplandığı ve her bir boyutun aldığı değerler ile ölçeklerin alt boyutlarına yönelik Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) test sonuçları da Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Öğrenilmiş Güçlülük Becerisi ve Kaygı Düzeyleri Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri

	Boyutlar	İfade Sayısı	Min/Max	Cronbach Alfa	\bar{X}	SS	Normallik Testi	
							Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Öğrenilmiş Güçlülük	Yardım Arama ve Erteleme	4	1-5	0,633	3,716	0,883	-0,439	-0,463
	Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma	3	1-5	0,663	3,493	0,893	-0,278	-0,289
	Planlı Davranma	3	1-5	0,633	3,690	0,827	-0,402	-0,402
	İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi	3	1-5	0,598	3,070	0,960	-0,577	-0,004
	İyiye yorma ve Dikkati Yönlendirme	3	1-5	0,602	3,490	0,856	-0,421	-0,238
Kaygı Düzeyleri	Durumluk Kaygı	20	1-4	0,881	2,399	0,503	-0,896	-0,136
	Sürekli Kaygı	20	1-4	0,859	2,559	0,487	-0,512	-0,123

Analizde öncelikle ölçekleme normallik testi yapılmış, yapılan test sonucunda her bir boyutun basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri tespit edilmiştir. Sonuç olarak öğrenilmiş güçlülük ve kaygı düzeyi alt boyutlarının test istatistiği değerlerinin -1.96 ile +1.96 aralığında kaldığı görülmüştür. Bu değerler doğrultusunda boyutların normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Can,2014: 85).

Araştırmada kullanılan ölçeklerin alt boyutlarının güvenilirlik analizi sonuçları; Yardım Arama ve Erteleme boyutunun güvenilirlik derecesi (0.633), Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma boyutunun güvenilirlik derecesi (0.663), Planlı Davranma boyutunun güvenilirlik derecesi (0.663) ve İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme boyutunun güvenilirlik derecesi (0.602) olarak yeterli düzeyde bulunmuştur. İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi boyutunun güvenilirlik derecesi (0.598) olduğu tespit edilmiştir. Bu değerlerin tam sınırdaki bir değer ve ($\alpha=0.6$)’ya yakın bir değer olmasından dolayı istatistiksel analiz sürecine dahil edilmiştir.

Cronbach Alfa değerinin güvenilirlik aralıkları; $0 < \alpha < 0.40$ ise “güvenilir değil”, $0.40 < \alpha < 0.60$ ise “düşük güvenilirlik”, $0.60 < \alpha < 0.80$ ise “oldukça güvenilir” ve $0.80 < \alpha < 1.00$ ise “yüksek güvenilirlik” olarak kabul edilir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018: 19).

Bununla birlikte, Durumluk Kaygı alt boyutunun güvenilirlik düzeyi ($\alpha= 0.881$) ve Sürekli Kaygı alt boyutun güvenilirlik düzeyi ise ($\alpha= 0.859$) olarak tespit edilmiş olup; bu veriler yüksek düzeyde güvenilir olarak kabul edilebilir.

3.4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Alt Boyutlarına Yönelik Görüşlerin Analizi

Katılımcıların öğrenilmiş güçlülük becerilerinin sosyo-demografik özellikleri açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile; bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi uygulanmıştır. Gruplar arasında farklılık tespit edildiğinde, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit edebilmek için Tukey's-b testinden faydalanılmıştır. Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular sırası ile Tablo 6, Tablo 7, Tablo 8, Tablo 9 ve Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Yardım Arama ve Erteleme Alt Boyutunun Katılımcıların Sosyo Demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Değişkenler	Frekans	X	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	90	3.797	0.900	F=1.585 p=0.178
26-30	59	3.487	0.895	
31-35	47	3.750	0.867	
36-40	48	3.864	0.862	
41+	58	3.672	0.852	
Cinsiyet				
Erkek	109	3.598	0.914	t=-1.743 p=0.82
Kadın	193	3.782	0.860	
Medeni Durum				
Evli	161	3.696	0.906	t=-486 p=0.627
Evli Değil	141	3.746	0.855	
Hastanedeki Görevi				
Hekim	66	3.594	0.798	F=1.253 p=2.88
Hemşire	93	3.650	0.945	
İdari Personel	31	3.766	0.685	
Diğer Sağlık Personeli	47	3.941	0.847	
Diğer	65	3.746	0.967	
Eğitim Durumu				
-Lise	49	3.468	0.980	F=2.082 p=0.103
Ön Lisans	68	3.768	0.900	
Lisans	124	3.817	0.878	
Lisansüstü+	61	3.627	0.778	
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	135	3.718	0.912	F=0.274 p=0.895
6-10 Yıl	61	3.627	0.883	
11-15 Yıl	27	3.824	0.911	
16-20 Yıl	37	3.736	0.794	
+21 Yıl	42	3.750	0.871	
Hastanedeki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	190	3.760	0.893	F=3.727 P=0.025 2 < 1,3
6-10 Yıl	51	3.416	0.920	
+11 Yıl	61	3.827	0.827	

Tablo 6’da gösterildiği üzere, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Yardım Arama ve Erteleme alt boyutuna ilişkin görüşleri arasında; yaş ($F=1.585$; $p=0.178>0.05$), cinsiyet ($t=-1.743$; $p=0.82>0.05$), medeni durum ($t=-486$; $p=0.627>0.05$), görev ($F=1.253$; $p=2.88>0.05$), eğitim durumu ($F=2.082$; $0.103>0.05$), ve meslekteki toplam hizmet süresi ($F=0.274$; $p=0.895>0.05$) değişkenleri açısından farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte; katılımcıların hastanedeki toplam hizmet süresi değişkeni ile Yardım Arama ve Erteleme alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=3.727$; $p=0.025<0.05$) tespit edilmiştir.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; hastanedeki toplam hizmet süresi 6-10 yıl olan grubun puan ortalamasının, hastanedeki toplam hizmet süresi 5 yıl ve altı olan grubun puan ortalamasına göre düşük olmasından ve aynı zamanda hastanedeki toplam hizmet süresi 5 yıl ve altı olan grubun puan ortalamasının hastanedeki toplam hizmet süresi 11-15 yıl olan grubun puan ortalamasından düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu durum hastanedeki toplam hizmet süresi 11 yıl ve üzeri olan hastane çalışanlarının Yardım Arama ve Erteleme becerilerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu şeklinde değerlendirilebilir.

Tablo 7. Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma Alt Boyutunun Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Değişkenler	Frekans	X	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	90	3.244	0.911	F=4.386 p=0.002 <u>1 < 4</u> <u>1 < 5</u>
26-30	59	3.372	0.826	
31-35	47	3.553	0.846	
36-40	48	3.715	0.935	
41+	58	3.770	0.831	
Cinsiyet				
Erkek	109	3.419	0.873	t=-1.088 p=0.278
Kadın	193	3.535	0.904	
Medeni Durum				
Evli	161	3.585	0.863	t=1.875 p=0.062
Evli Değil	141	3.392	0.920	
Hastanedeki Görevi				
Hekim	66	3.454	0.824	F=0.106 p=0.980
Hemşire	93	3.534	0.936	
İdari Personel	31	3.440	0.716	
Diğer Sağlık Personeli	47	3.503	0.870	
Diğer	65	3.492	1.007	
Eğitim Durumu				
-Lise	49	3.687	0.584	F=1.825 p=0.143
Ön Lisans	68	3.348	0.976	
Lisans	124	3.436	0.874	
Lisansüstü+	61	3.601	0.840	
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	135	3.355	0.862	F=4.142 p=0.003 <u>1 < 5</u> <u>2 < 5</u>
6-10 Yıl	61	3.398	0.889	
11-15 Yıl	27	3.777	0.842	
16-20 Yıl	37	3.468	1.055	
+21 Yıl	42	3.912	0.732	

Hastanedeki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	190	3.424	0.881	F=1.747 P=0.176
6-10 Yıl	51	3.549	0.861	
+11 Yıl	61	3.661	0.945	

Tablo 7’ de gösterildiği üzere, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma alt boyutuna ilişkin görüşleri arasında; cinsiyet ($t=-1.088$; $p=0.278>0.05$), medeni durum ($t=1.875$; $p=0.062>0.05$), görev ($F=0.106$; $p=0.980>0.05$), eğitim durumu ($F=1.825$; $p=0.143>0.05$), ve hastanedeki toplam hizmet süresi ($F=1.747$; $p=0.176>0.05$) değişkenleri açısından farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş değişkeni ile Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=4.386$; $p=0.002<0.05$) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; 25 yaş ve altı yaş grubunun puanının, 36-40 yaş ve 41 üstü yaş gruplarının puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu bulguya göre katılımcıların yaşları ilerledikçe dürtü denetimi ve rasyonel davranma düzeylerinin de arttığı ifade edilebilir.

Bununla birlikte; katılımcıların Meslekteki Toplam Hizmet süresi değişkeni ile Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=4.142$; $p=0.003<0.05$) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; meslekteki toplam hizmet süresi 5 yıl ve altı ile hizmet süresi 6-10 yıl arasında olan katılımcıların puanının hizmet süresi 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda katılımcıların meslekteki toplam hizmet süresinin artmasıyla, dürtü denetimi ve rasyonel davranma düzeylerinin de arttığı ifade edilmiştir.

Tablo 8. Planlı Davranma Alt Boyutunun Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Değişkenler	Frekans	X	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	90	3.581	0.784	F=3.202 p=0.014 2 < 3
26-30	59	3.514	0.849	
31-35	47	3.957	0.782	
36-40	48	3.625	0.898	
41+	58	3.879	0.784	
Cinsiyet				
Erkek	109	3.584	0.898	t=-1.691 p=0.092
Kadın	193	3.751	0.781	
Medeni Durum				
Evli	161	3.750	0.831	t=1.367 p=0.173
Evli Değil	141	3.619	0.821	
Hastanedeki Görevi				
Hekim	66	3.555	0.885	F=1.087 p=0.363
Hemşire	93	3.641	0.884	
İdari Personel	31	3.860	0.676	
Diğer Sağlık Personeli	47	3.787	0.885	
Diğer	65	3.748	0.689	
Eğitim Durumu				
-Lise	49	3.645	0.870	

Ön Lisans	68	3.621	0.769	F=0.474 p=0.700
Lisans	124	3.699	0.789	
Lisansüstü+	61	3.786	0.946	
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	135	3.570	0.819	F=2.424 p=0.048 <u>1 < 2</u> <u>1 < 5</u>
6-10 Yıl	61	3.863	0.773	
11-15 Yıl	27	3.580	0.945	
16-20 Yıl	37	3.657	0.890	
+21 Yıl	42	3.928	0.734	
Hastanedeki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	190	3.640	0.815	F=1.547 P=0.215
6-10 Yıl	51	3.869	0.800	
+11 Yıl	61	3.699	0.879	

Tablo 8’de gösterildiği üzere, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Planlı Davranma alt boyutuna ilişkin görüşleri arasında; cinsiyet ($t=-1.691$; $p=0.092>0.05$), medeni durum ($t=1.367$; $p=0.173>0.05$), görev ($F=1.087$; $p=0.363>0.05$), eğitim durumu ($F=0.474$; $p=0.700>0.05$), ve hastanedeki toplam hizmet süresi ($F=1.547$; $p=0.215>0.05$) değişkenleri açısından farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş değişkeni ile Planlı Davranma alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=3.202$; $p=0.014<0.05$) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; 6-30 yaş grubunun puanının, 31-35 yaş grubunun puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu bulgu katılımcıların yaşları ilerledikçe planlı davranma düzeyleri de artmaktadır şeklinde değerlendirilebilir.

Bununla birlikte; katılımcıların meslekteki toplam hizmet süresi değişkeni ile Planlı Davranma alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=2.424$; $p=0.048<0.05$) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; meslekteki toplam hizmet süresi 5 yıl ve altı olan katılımcıların puanının, hizmet süresi 6-10 yıl olan katılımcıların puanı ile hizmet süresi 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu bulguya göre katılımcıların meslekteki toplam hizmet süresinin artmasıyla, planlı davranma düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir.

Tablo 9. İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi Alt Boyutunun Katılımcıların Sosyo- Demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Değişkenler	Frekans	X	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	90	3.096	0.983	F=2.028 p=0.090
26-30	59	2.796	0.796	
31-35	47	3.141	0.850	
36-40	48	3.305	0.914	
41+	58	3.057	1.010	
Cinsiyet				
Erkek	109	3.076	0.976	t=-0.079 p=0.0937
Kadın	193	3.067	0.954	
Medeni Durum				
Evli	161	3.125	0.963	t=0.958 p=0.339
Evli Değil	141	3.018	0.954	

Hastanedeki Görevi				
Hekim	66	3.156	0.966	F=0.256 p=0.906
Hemşire	93	3.043	0.931	
İdari Personel	31	2.989	0.967	
Diğer Sağlık Personeli	47	3.113	1.095	
Diğer	65	3.030	0.910	
Eğitim Durumu				
-Lise	49	2.979	1.018	F=0.205 p=0.893
Ön Lisans	68	3.029	0.896	
Lisans	124	3.094	0.993	
Lisansüstü+	61	3.087	0.920	
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	135	2.972	0.958	F=0.658 p=0.603
6-10 Yıl	61	3.109	0.982	
11-15 Yıl	27	3.160	0.854	
16-20 Yıl	37	3.153	0.897	
+21 Yıl	42	3.070	1.061	
Hastanedeki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	190	3.094	0.981	F=0.318 P=0.728
6-10 Yıl	51	2.973	0.974	
+11 Yıl	61	3.070	0.891	

Tablo 9’da gösterildiği üzere, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi alt boyutuna ilişkin görüşleri arasında; yaş ($F=2.028$; $p=0.090>0.05$), cinsiyet ($t=-0.079$; $p=0.092>0.05$), medeni durum ($t=0.958$; $p=0.173>0.05$), görev ($F=0.256$; $p=0.363>0.05$), eğitim durumu ($F=0.205$; $p=0.700>0.05$), meslekteki toplam hizmet süresi ($F=0.658$; $p=0.685>0.05$) ve hastanedeki toplam hizmet süresi ($F=0.318$; $p=0.215>0.05$) değişkenleri açısından farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi becerileri ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri açısından bir farklılık göstermediği, sosyo-demografik özelliklerin bu beceriyi etkilemediği belirlenmiştir.

Tablo 10. İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme Alt Boyutunun Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Değişkenler	Frekans	X	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	90	3.507	0.894	F=0.703 p=0.591
26-30	59	3.344	0.740	
31-35	47	3.517	0.833	
36-40	48	3.472	0.885	
41+	58	3.603	0.910	
Cinsiyet				
Erkek	109	3.403	0.878	t=-1.318 p=0.188
Kadın	193	3.538	0.842	
Medeni Durum				
Evli	161	3.468	0.899	t=-0.375 p=0.708
Evli Değil	141	3.505	0.805	
Hastanedeki Görevi				
Hekim	66	3.535	0.805	F=0.256
Hemşire	93	3.430	0.843	

İdari Personel	31	3.569	0.886	p=0.906
Diğer Sağlık Personeli	47	3.524	0.856	
Diğer	65	3.466	0.929	
Eğitim Durumu				
-Lise	49	3.472	0.932	F=0.523 p=0.667
Ön Lisans	68	3.537	0.778	
Lisans	124	3.433	0.908	
Lisansüstü+	61	3.590	0.785	
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	135	3.506	0.788	F=2.723 p=0.030 3<5
6-10 Yıl	61	3.377	0.935	
11-15 Yıl	27	3.172	1.005	
16-20 Yıl	37	3.486	0.859	
+21 Yıl	42	3.809	0.772	
Hastanedeki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	190	3.526	0.815	F=3.589 p=0.029 2<1,3
6-10 Yıl	51	3.209	0.975	
+11 Yıl	61	3.612	0.859	

Tablo 10' da gösterildiği üzere, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme alt boyutuna ilişkin görüşleri arasında; yaş (F=0.703; p=0.591>0.05), cinsiyet (t=-1.318; p=0.188>0.05), medeni durum (t=-0.375; p=0.708>0.05), görev (F=0.256; p=0.906>0.05) ve eğitim durumu (F=0.523; p=0.667>0.05) değişkenleri açısından farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların meslekteki hizmet süresi değişkeni ile İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (F=2.723; p=0.030<0.05) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; meslekteki toplam hizmet süresi 11-15 yıl olan grubun puanının, 21 yıl ve üzeri olan grubun puanından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu katılımcıların meslekteki toplam hizmet sürelerinin artmasıyla, iyiye yorma ve dikkati yönlendirme düzeyleri de artmaktadır şeklinde ifade edilebilir.

Bununla birlikte; katılımcıların hastanedeki toplam hizmet süresi değişkeni ile İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (F=3.589; p=0.029<0.05) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; hastanedeki toplam hizmet süresi 6-10 yıl olan katılımcıların puanının, hizmet süresi 5 yıl ve altında olan ile 11-15 yıl arasında olan katılımcıların puanından daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

3.5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Kaygı Düzeyleri Ölçeği Alt Boyutlarına Yönelik Görüşlerinin Analizi

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri bakımından kaygı düzeyleri puanlarını karşılaştırmak amacı ile bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır. Varyans analizlerinde farklılık tespit edildiğinde, ilişkinin/farklılığın kaynağını bulmak için Tukey's-b testinden faydalanılmıştır. Bu karşılaştırmaya ilişkin bulgular sırası ile Tablo 11 ve Tablo 12'de gösterilmektedir.

Tablo 11. Durumluk Kaygı Alt Boyutunun Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Değişkenler	Frekans	X	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	90	2.439	0.480	F=0.511 p=0.728
26-30	59	2.425	0.481	
31-35	47	2.411	0.549	
36-40	48	2.354	0.505	
41+	58	2.336	0.528	
Cinsiyet				
Erkek	109	2.320	0.494	t=-2.044 p=0.042
Kadın	193	2.443	0.504	
Medeni Durum				
Evli	161	2.380	0.520	t=-0.614 p=0.540
Evli Değil	141	2.416	0.484	
Hastanedeki Görevi				
Hekim	66	2.405	0.535	F=1.942 p=0.103
Hemşire	93	2.351	0.521	
İdari Personel	31	2.304	0.472	
Diğer Sağlık Personeli	47	2.349	0.496	
Diğer	65	2.542	0.444	
Eğitim Durumu				
-Lise	49	2.490	0.474	F=1.285 p=0.280
Ön Lisans	68	2.432	0.476	
Lisans	124	2.337	0.492	
Lisansüstü+	61	2.422	0.576	
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	135	2.450	0.477	F=2.402 p=0.050 1 > 5
6-10 Yıl	61	2.391	0.526	
11-15 Yıl	27	2.364	0.545	
16-20 Yıl	37	2.481	0.496	
+21 Yıl	42	2.195	0.496	
Hastanedeki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	190	2.409	0.493	F=0.116 p=0.890
6-10 Yıl	51	2.379	0.544	
+11 Yıl	61	2.382	0.506	

Tablo 11’de gösterildiği üzere, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Durumluk Kaygı alt boyutuna ilişkin görüşleri arasında; yaş (F=0.511; p=0.728>0.05), medeni durum (t=-0.614; p=0.540>0.05), görev (F=1.942; p=0.103>0.05), eğitim durumu (F=1.285; p=0.280>0.05) ve hastanedeki toplam hizmet süresi (F=0.116; p=0.890>0.05) değişkenleri açısından farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların cinsiyet değişkeni ile Durumluk Kaygı alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (t=-2.044; p=0.042<0.05) tespit edilmiştir.

Katılımcıların meslekteki toplam hizmet süresi değişkeni ile Durumluk Kaygı alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (F=2.402; p=0.050<0.05) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; meslekteki toplam hizmet süresi 5 yıl ve altı olan katılımcıların puanının,

hizmet süresi 21 yıl ve üzeri olan katılımcıların puanından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda katılımcıların meslekteki toplam hizmet süresinin artmasıyla, durumluk kaygı düzeylerinin azaldığı ifade edilebilir.

Tablo 12. Sürekli Kaygı Alt Boyutunun Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Değişkenler	Frekans	X	SS	Test Değerleri
Yaş (Yıl)				
-25	90	2.572	0.473	F=0.968 p=0.425
26-30	59	2.616	0.488	
31-35	47	2.450	0.494	
36-40	48	2.522	0.430	
41+	58	2.599	0.540	
Cinsiyet				
Erkek	109	2.453	0.491	t=-2.861
Kadın	193	2.618	0.475	p=0.005
Medeni Durum				
Evli	161	2.534	0.503	t=-0.835
Evli Değil	141	2.581	0.466	p=0.405
Hastanedeki Görevi				
Hekim	66	2.456	0.487	F=3.225 p=0.013 1 < 3
Hemşire	93	2.492	0.512	
İdari Personel	31	2.717	0.515	
Diğer Sağlık Personeli	47	2.552	0.473	
Diğer	65	2.688	0.404	
Eğitim Durumu				
-Lise	49	2.713	0.426	F=3.247 p=0.022 3,4<1
Ön Lisans	68	2.629	0.429	
Lisans	124	2.503	0.499	
Lisansüstü+	61	2.475	0.545	
Meslekteki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	135	2.581	0.467	F=2.535 p=0.040 3 < 4
6-10 Yıl	61	2.570	0.511	
11-15 Yıl	27	2.371	0.442	
16-20 Yıl	37	2.713	0.412	
+21 Yıl	42	2.456	0.561	
Hastanedeki Toplam Hizmet Süresi				
-5 Yıl	190	2.538	0.484	F=0.456 p=0.634
6-10 Yıl	51	2.591	0.481	
+11 Yıl	61	2.596	0.503	

Tablo 12’de gösterildiği üzere, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Sürekli Kaygı alt boyutuna ilişkin görüşleri arasında; yaş (F=0.968; p=0.425>0.05), medeni durum (t=-0.835; p=0.405>0.05) ve hastanedeki toplam hizmet süresi (F=0.456; p=0.890>0.05) değişkenleri açısından farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların cinsiyet değişkeni ile Sürekli Kaygı alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (t=-2.861; p=0.005<0.05) tespit edilmiştir.

Katılımcıların görev değişkeni ile Sürekli Kaygı alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (F=3.225; p=0.013<0.05) tespit edilmiştir. Bu doğrultuda

idari personelin sürekli kaygı düzeyinin hekimlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumu değişkeni ile Sürekli Kaygı alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=3.247$; $p=0.022<0.05$) tespit edilmiştir. Lise ve altındaki eğitim durumuna sahip olan katılımcıların puanının, lisans ve lisansüstü eğitim durumuna sahip olan katılımcıların puanına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum idari personelin iş kaybetme korkusunun hekimlere göre daha yüksek olması şeklinde açıklanabilir.

Bununla birlikte; katılımcıların meslekteki toplam hizmet süresi değişkeni ile Sürekli Kaygı alt boyutuna yönelik görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($F=2.535$; $p=0.040<0.05$) tespit edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan ileri analizler sonucunda; meslekteki toplam hizmet süresi 11-15 yıl arasında olan katılımcıların puanının, hizmet süresi 16-20 yıl arasında olan katılımcıların puanından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların meslekteki toplam hizmet süresinin artmasıyla, sürekli kaygı düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir. Bu durum meslekteki toplam hizmet süresinin artmasının, tükenmişlik sendromuna neden olması ile açıklanabilir. Meslekteki toplam hizmet süresi etkeninin, kişilerin sürekli kaygı düzeylerini artırması açısından, kaygı düzeyleri üzerinde etkili bir değişken olduğu sonucu elde edilmiştir.

3.6. Öğrenilmiş Güçlülük Becerilerinin Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Regresyon Analizi

Araştırmanın bu bölümünde; katılımcıların öğrenilmiş güçlülük becerilerinin kaygı düzeyleri alt boyutları üzerinde etkisi olup olmadığı, etkisi var ise hangi düzeyde olduğunun tespit edilmesine yönelik gerçekleştirilen regresyon analizleri ve değerlendirmelerine yer verilmiştir.

3.6.1. Öğrenilmiş Güçlülük Becerileri Ölçeği Alt Boyutlarının Durumluk Kaygı Boyutu Üzeri Etkisine Yönelik Regresyon Analizi

Öğrenilmiş güçlülük boyutlarının kaygı düzeyleri alt boyutlarından Durumluk Kaygı üzerinde etkisi olup olmadığının tespiti amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizine yönelik bulgular Tablo 13'te görülebilir.

Tablo 13. Öğrenilmiş Güçlülük Becerileri Alt Boyutlarının Durumluk Kaygı Alt Boyutu Üzerine Etkisinin Tespit Edilmesine Yönelik Regresyon Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Yardım Arama ve Erteleme	Durumluk Kaygı	0.524	0.274	22.379	0.000	-0.113	-2.107	0.036
Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma						-0.142	-2.677	0.008
Planlı Davranma						-0.150	-2.706	0.007
İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi						-0.401	-7.456	0.000
İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme						-0.98	-1.866	0.063

Öğrenilmiş güçlülük becerileri ölçeği alt boyutlarının durumluk kaygı alt boyutu üzerine etkilerinin tespit edilmesine yönelik gerçekleştirilen regresyon analizi bulgularına göre (Tablo 13),

Durumluk Kaygı boyutundaki değişimin %27.4'sinin ($R^2=0.274$) bağımsız değişkenler (yardım arama ve erteleme, dürtü denetimi ve rasyonel davranma, planlı davranma, istenmeyen düşüncelerin denetimi, iyiye yorma ve dikkati yönlendirme) tarafından açıklandığı, aynı zamanda modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından da bir anlamsızlık olmadığı da ifade edilebilir ($F=22.379$, $p=0.000$).

Regresyon analizi sonucunda; bağımsız değişkenlerden İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme ($\beta=-0.098$, $t=-1.866$, $p=0.063$) alt boyutunun Durumluk Kaygı üzerinde negatif bir etkisinin olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($0.063>0.05$).

Bağımsız değişkenlerden Yardım Arama ve Erteleme ($\beta=-0.113$, $t=-2.107$, $p=0.036$); Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma ($\beta=-0.142$, $t=-2.677$, $p=0.008$); Planlı Davranma ($\beta=-0.150$, $t=-2.706$, $p=0.07$) ve “İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi” ($\beta=-0.401$, $t=-7.456$, $p=0.000$) alt boyutlarının “Durumluk Kaygı” düzeyi üzerinde anlamlı düzeyde bir negatif etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Yardım Arama ve Erteleme, Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma, Planlı Davranma ve “İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi” becerilerine sahip bireylerin Durumluk Kaygı düzeyi düşüktür.

3.6.2. Öğrenilmiş Güçlülük Becerileri Ölçeği Alt Boyutlarının Sürekli Kaygı Alt Boyutu Üzerine Etkisinin Tespit Edilmesine Yönelik Regresyon Analizi

Öğrenilmiş güçlülük boyutlarının kaygı düzeyleri boyutlarından “Sürekli Kaygı” üzerinde etkisi olup olmadığının tespiti amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizine yönelik bulgular Tablo. 14’te görülebilir.

Tablo 14. Öğrenilmiş Güçlülük Becerileri Alt Boyutlarının Sürekli Kaygı Alt Boyutu Üzerine Etkisinin Tespit Edilmesine Yönelik Regresyon Analizi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	R	R ²	F	p	β	t	p
Yardım Arama ve Erteleme	Sürekli Kaygı	0.578	0.334	29.738	0.000	-0.104	-2.014	0.045
Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma						-0.152	-2.987	0.003
Planlı Davranma						-0.020	-0,378	0.706
İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi						-0.509	-9.870	0.000
İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme						-0.68	-1.353	0.177

Öğrenilmiş güçlülük becerileri alt boyutlarının, sürekli kaygı alt boyutu üzerine etkilerinin tespit edilmesine yönelik gerçekleştirilen regresyon analizi bulgularına göre (Tablo 14); “Sürekli Kaygı” boyutundaki değişimin %33.4’ünün ($R^2=0.334$) bağımsız değişkenler (Yardım Arama ve Erteleme, Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma, Planlı Davranma, İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi, İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme) tarafından açıklandığı, aynı zamanda modelin açıklayıcı gücünün anlamlılığı bakımından da bir anlamsızlık olmadığı ifade edilebilir ($F=29.738$, $p=0.000$).

Regresyon analizi sonucunda; bağımsız değişkenlerden Planlı Davranma ($\beta=-0.020$, $t=-0.378$, $p=0.706$) ve İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme ($\beta=-0.068$, $t=-1.353$, $p=0.177$) alt boyutlarının Sürekli Kaygı üzerinde negatif etkisinin olduğu ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Bağımsız değişkenlerden Yardım Arama ve Erteleme ($\beta=-0.104$, $t=-2.014$, $p=0.045$); Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma ($\beta=-0.152$, $t=-2.987$, $p=0.003$) ve İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi ($\beta=-0.509$, $t=-9.870$, $p=0.000$) alt boyutlarının Sürekli Kaygı üzerinde anlamlı düzeyde bir negatif etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Yardım Arama ve Erteleme, Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma ve İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi becerilerine sahip bireylerin Sürekli Kaygı düzeyleri düşüktür.

Öğrenilmiş güçlülük ölçeği alt boyutlarının katılımcıların kaygı düzeyleri alt boyutları üzerine etkilerinin tespitine yönelik regresyon analizi bulguları toplu halde Tablo 15’de görülebilir.

Tablo 15. Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Alt Boyutlarının Kaygı Düzeyleri Boyutları Üzerindeki Etkileri

Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği Alt Boyutları	Kaygı Düzeyleri Boyutları	
	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
Yardım Arama ve Erteleme	-	-
Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma	-	-
Planlı Davranma	-	x
İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi	-	-
İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme	x	x

(+) Doğrusal pozitif etki, (-) Doğrusal negatif etki, (x) Etki yok

Tablo 15’e göre; Yardım Arama ve Erteleme, Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma ve İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi alt boyutlarının, kaygı düzeyleri boyutlarından Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı alt boyutları üzerinde doğrusal negatif bir etkisi olduğu; Planlı Davranma alt boyutunun Sürekli Kaygı alt boyutu üzerinde bir etkisi olmadığı; Planlı Davranma alt boyutunun Durumluk Kaygı alt boyutu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu; İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme alt boyutunun Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı ifade edilebilir.

4. TARTIŞMA

Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapmakta olan hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük becerileri doğrultusunda, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığının ve öğrenilmiş güçlülük becerileri ile kaygı düzeyleri arasında demografik değişkenler açısından farklılık olup olmadığının tespit edilmesine yönelik yapılan araştırma sonucunda elde edilen bulguların alan yazın açısından değerlendirilmesine aşağıda yer verilmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda katılımcıların, öğrenilmiş güçlülük becerileri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiş ve öğrenilmiş güçlülük becerilerinin, hastane çalışanlarının kaygı düzeylerini azaltmada anlamlı düzeyde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Öğrenilmiş güçlülük ölçeği ifadelerinden katılımcıların kendilerine olan güvenlerini yansıtan, “*Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar*” ifadesi katılımcıların en yüksek düzeyde destekledikleri ifade olmuştur. Öğrenilmiş güçlülük ölçeği ifadelerinden “*Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım*” ifadesi katılımcıların en düşük düzeyde destekledikleri ifade olduğu tespit edilmiştir. Alan yazın incelendiğinde; Kartal (2018: 37-38)’ın hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük becerileri ile iç dış kontrol odağı arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada da, “*Kötü bir huyumu yendiğimde kendime olan güvenim artar.*” ifadesi hastane çalışanlarının en yüksek katılım sağladıkları ifade; “*Kendimi sinirli ve gergin hissettiğimde sakinleştirici ilacım varsa bir tane alırım*” ifadesi ise hastane çalışanlarının en düşük katılım sağladıkları ifade olmuştur. Bu araştırmanın sonuçları ile yapmış olduğumuz çalışmada elde edilen sonuçlar benzer niteliktedir.

Kaygı düzeylerine ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında hastane çalışanlarının en yüksek; “*Kendimi dinlenmiş hissediyorum*”, en düşük ise “*Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum*”, ifadesine katılım sağladıkları görülmüştür. Bu doğrultuda katılımcılar genel anlamda kendilerini dinlenmiş hissetmekte ve katılımcılarda şaşkınlık hali bulunmamaktadır. Karabacak (2013, 116); Hastane Çalışanlarının Öğrenilmiş Güçlülüğünün Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi adlı tezinde; “*Kendimi dinlenmiş hissediyorum.*” ifadesini en yüksek, “*Genellikle kendime güvenim yoktur*” ifadesini en düşük katılım düzeyi olan ifadeler olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuç araştırmanın bulguları ile benzer niteliktedir.

Katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, hastanedeki görevleri, eğitim durumları ve meslekteki toplam hizmet sürelerinin “yardım arama ve erteleme” düzeylerini farklılaştırmadığı ifade edilebilir. Bu durumun, katılımcıların olaylar karşısında başka kişilerden yardım alması ve içerisinde bulunduğu durumları erteleyebilmesi üzerinde, katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, hastanedeki görevleri, eğitim durumları ve meslekteki toplam hizmet sürelerinin etkilememesinden kaynaklandığı ifade edilebilir.

Katılımcıların cinsiyetleri, medeni durumları, hastanedeki görevleri, eğitim düzeyleri ve hastanedeki toplam hizmet süreleri hastane çalışanlarının Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma becerilerini farklılaştırmadığı belirlenmiştir. Dolayısıyla katılımcıların dürtülerini kontrol edebilmesi ve akılcı davranabilmesi üzerinde; cinsiyetlerinin, medeni durumlarının, hastanedeki görevlerinin, eğitim düzeylerinin ve hastanedeki toplam hizmet sürelerinin belirli bir etkisinin olmadığı ifade edilebilir.

Katılımcıların İyiyi Yorma ve Dikkati Yönlendirme alt boyutundan aldıkları öğrenilmiş güçlülük puanları meslekteki toplam hizmet sürelerine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın, meslekteki toplam hizmet süresi 11-15 yıl olan grubun öğrenilmiş güçlülüğünün, 21 yıl ve üzeri olan grubun öğrenilmiş güçlülüğünden daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kartal (2018: 45) tarafından yapılan “Hastane Çalışanlarının Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri ve İç Dış kontrol Odağı Arasındaki İlişkinin Yönetimsel Açısından İncelenmesi: Bir Hastane Uygulaması” isimli çalışmada da; çalışmada elde etmiş olduğumuz sonuçlara benzer nitelikte, hastane çalışanlarının meslekteki hizmet süreleri ile tek boyut halinde değerlendirilen öğrenilmiş güçlülük becerileri arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Buradan yola çıkılarak, meslekteki hizmet süresi daha uzun olan hastane çalışanlarının düşüncelerinin daha iyimser olduğu ve yaptıkları işe kendilerini daha çok verdikleri tespit edilmiştir. Daha uzun süreli hizmet veren hastane çalışanlarının, olumsuz bir durum ile başa çıkabilme

yeteneğinin farkında olmalarından ve yaptıkları işte daha tecrübeli olmalarından kaynaklandığı da ifade edilebilir.

Katılımcıların; İyiyi Yorma ve Dikkati Yönlendirme alt boyutundan aldıkları öğrenilmiş güçlülük becerisi puanları, hastanedeki toplam hizmet süreleri ile karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hastanedeki toplam hizmet süresi 6-10 yıl olan katılımcıların puanının, hizmet süresi 5 yıl ve altında olan katılımcılar ile 11-15 yıl arasında olan katılımcıların puanından daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Ergenç (2015: 80) tarafından yapılan “Hemşirelerde Öğrenilmiş Güçlülük İş Doyumu ve Stresle Baş Etme Tarzları İlişkisi” isimli çalışmada da öğrenilmiş güçlülük becerisi tek bir boyut şeklinde değerlendirilmiş ve meslekte 1-5 yıl arasında hizmet veren hemşirelerin öğrenilmiş güçlülüklerinin 6-10 yıl arasında hizmet veren hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İş hayatındaki sorumluluklar ile eş ve annelik rolü, kadınlar üzerinde toplumsal anlamda hâkimiyet oluşturmuş önemli etkenlerdir. Bu doğrultuda kadınlar hem çalışma ortamında ortaya çıkan olumsuz durumlarla başa çıkmaya çalışmakta, hem de aile yaşamında üstelendiği sorumlulukların stresine maruz kalmaktadır. Aile- iş yaşamında denge kurmaya çalışan kadınlar bir takım sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar kadınların kaygı düzeylerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Gökkaya, 2015: 242).

(Özcan vd., 2014: 130) da çalışmamızın sonucunu destekler nitelikte idari personelin sürekli kaygı düzeyinin hekimlere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Elde edilen sonucun idari personelin hekimlere nazaran gelirlerinin daha kısıtlı olması, iş yerindeki görev ve sorumluluklarını kendilerinin belirlemeleri, iş birliği içerisinde mevzuata bağlı kalarak hareket etmeleri ve hiyerarşiye bağlı olmalarından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Öğrenilmiş güçlülük alt boyutlarından Yardım Arama ve Erteleme, Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma ve İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi alt boyutlarının Sürekli Kaygı durumu üzerinde negatif bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. Bu açıdan katılımcıların zor ve stresli durumlarla başa çıkabilme becerilerinin Sürekli Kaygı düzeylerini azalttığı ifade edilebilir.

Evli (2014: 28) nin, “Atrial Fibrilasyonu Olan Hastalarda Öğrenilmiş Güçlülük, Anksiyete ve Depresyon İlişkisi” isimli çalışmasında elde ettiği; öğrenilmiş güçlülük becerisi ile katılımcıların anksiyete ve depresyon değerleri arasında negatif yönde ve orta düzeyde ($p<0.01$) bir ilişki olduğu sonucu çalışmamızın sonuçlarıyla benzerdir.

Akbalık (2005: 38) tarafından “Üniversite Öğrencilerinde Kaygı Belirtileri ve İç-Dış Kontrol Odağı İnancı İle Öğrenilmiş Güçlülükleri Arasındaki İlişkiler” isimli olarak gerçekleştirilen ve öğrenilmiş güçlülük becerilerinin alt boyutlar halinde ele alınmayıp tek boyutlu olarak incelendiği çalışmada öğrenilmiş güçlülük ile sürekli kaygı arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu çalışmada hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülüğü arttıkça, sürekli kaygı düzeyinin azaldığı tespit edilmiş ve bunun yanı sıra öğrenilmiş güçlülüğü yüksek olan hastane çalışanlarının stres kaynaklarından daha uzak kaldığı, daha az psikolojik sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Bunun aksine kaygı düzeyi yüksek hastane çalışanlarının ise olumsuz bir durum karşısında başa çıkma becerilerini kullanamadığı ya da sağlıksız başa çıkma yolları denediği ifade edilmiştir.

Yıldırım ve diğerleri (2012: 142) tarafından gerçekleştirilen “İş Yaşamında Öğrenilmiş Güçlülük ile İş Stresi Arasındaki İlişkileri Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma” isimli çalışmada

da, öğrenilmiş güçlülük 11 alt boyutta incelenmiş ve bu doğrultuda planlı davranma alt boyutu ile iş stresinin aşırı yüklenme alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Öğrenilmiş güçlülüğün erteleme alt boyutu ile iş stresinin baskı ve aşırı yüklenme alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, istenmeyen düşüncelerin denetimi alt boyutu ile iş stresinin baskı ve aşırı yüklenme alt boyutu arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, yeterli olma alt boyutu ile iş stresinin aşırı yüklenme alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki, esnek davranma alt boyutu ile iş stresinin baskı alt boyutu arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenirken Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeğinin diğer alt boyutları ile iş stresi ölçeğinin baskı ve aşırı yüklenme alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Araştırma kapsamında ve bulguların değerlendirilmesinde; sağlık yönetimi alan yazını detaylı bir şekilde incelenmiş ve öğrenilmiş güçlülük ile algılanan kaygı, stres ve anksiyete gibi yakın ilişkili davranışlar arasında ilişki ve etkilerin olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulguların sağlık yönetimi literatürü ve alan yazını ile örtüştüğü daha önceki araştırmalarda elde edilen sonuçlar ile birçok bulgu açısından benzer doğrultuda olduğu belirlenmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Elde edilen bulgular doğrultusunda; hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük becerilerinin; Yardım Arama ve Erteleme, Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma, Planlı Davranma ve İyiye Yorma ve Dikkati Yönlendirme alt boyutlarında yüksek; İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi alt boyutunda ise daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Aynı zamanda hastane çalışanlarının “kaygı düzeyleri” incelendiğinde; sürekli kaygı düzeylerinin durumluk kaygı düzeylerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların; öğrenilmiş güçlülük alt boyutları yaş grupları değişkenine göre incelendiğinde; genç yaşlardaki katılımcıların dürtülerini kontrol edebilme, rasyonel ve planlı davranışlarda bulunma becerilerinin; diğer yaş gruplarına göre daha düşük olduğu, katılımcıların yaşları ilerledikçe çalışma hayatındaki durum ve şartlarla başa çıkabilme becerilerinin geliştiği ve güçlendiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların; öğrenilmiş güçlülük alt boyutlarına yönelik ifadeleri, meslekteki toplam hizmet sürelerine göre karşılaştırıldığında meslekte daha kısa süreli hizmet veren katılımcıların; dürtülerini denetleyebilme, rasyonel ve planlı davranabilme, olaylara karşı pozitif yaklaşabilme ve yaptıkları işe dikkatini verme becerileri açısından daha uzun süreli hizmet veren çalışanlara göre kaygı duydukları ve sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Katılımcıların meslekteki çalışma süresi arttıkça, stres kaynaklı durumlarla başa çıkma becerilerinin de arttığı ve genel olarak kaygı düzeylerinin düştüğü sonucuna varılmıştır.

Katılımcıların, öğrenilmiş güçlülük becerilerine yönelik ifadeleri, hastanedeki toplam hizmet sürelerine göre karşılaştırıldığında; meslekte daha kısa süreli hizmet veren katılımcıların, başkalarının yardımına daha çok ihtiyaç duydukları ve hoşlanmadığı işleri daha çok ertelemeye eğilimli oldukları belirlenmiştir. Ayrıca hastanedeki toplam hizmet süresi en kısa ve en uzun olan katılımcıların karşılaştığı olayları iyiye yorma ve dikkatlerini toplamada diğer hastane çalışanlarına göre öğrenilmiş güçlülük becerilerinin daha güçlü ve kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda hastane çalışanlarının pozitif düşünebilme

ve yaptıkları işe odaklanma becerilerinin ortaya çıkmasında taşıdıkları özelliklerinin daha baskın olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların öğrenilmiş güçlülük becerileri ile cinsiyet, medeni durum, hastanedeki görevleri ve eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra katılımcıların demografik özelliklerinin “İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi” alt becerisini farklılaştırmadığı tespit edilmiştir.

Kaygı düzeyleri alt boyutları açısından, cinsiyet değişkenine göre, kadın katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Kadın katılımcıların sergilemek zorunda oldukları rollerin, erkek katılımcıların sergilediği rollere göre daha fazla olması bu durumun kaçınılmaz nedenidir.

Meslekteki toplam hizmet süresi değişkenine göre daha kısa süreli görev yapmakta olan katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinin, daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguya göre; meslekteki hizmet süresi düşük olan katılımcıların diğerlerine göre daha az tecrübeye sahip olmalarından dolayı; iş görme sürecinde ortaya çıkan olumsuz bir durumdan etkilenme olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Meslekteki toplam hizmet süresi değişkenine göre daha uzun süredir görev yapmakta olan katılımcıların ise sürekli kaygı düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Meslekte uzun süreli hizmet veren hastane çalışanlarının sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olması, bu çalışanlarda mesleki tükenmişliğin de olabileceği şeklinde belirlenmiştir.

Katılımcıların hastanedeki görev alanına göre yapılan incelemede idari personelin sürekli kaygı düzeylerinin hekimlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında; düşük eğitim düzeyindeki katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulguya göre; düşük eğitim seviyesine sahip hastane çalışanlarının mesleki ve kişisel gelişimlerini tam anlamıyla gerçekleştirmekte zorlandıkları için stresle baş edebilme konusunda diğer hastane çalışanlarına göre daha yetersiz olmalarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş grupları, medeni durumları, hastanedeki görevleri, eğitim düzeyleri ve hastanedeki toplam hizmet sürelerinin “sürekli kaygı” düzeylerini etkilemediği ve herhangi bir farklılığı neden olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre katılımcıların yaşları, medeni durumları, hastanedeki görevleri, eğitim düzeyleri ve hastanedeki toplam hizmet sürelerinin Durumluk Kaygı algılarını farklılaştırmadığı tespit edilmiştir.

Öğrenilmiş güçlülük becerilerinin kaygı düzeyi alt boyutları üzerindeki etkilerinin incelenmesi sonucunda; Yardım Arama ve Erteleme, Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma, Planlı Davranma ve İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi becerilerinin katılımcıların durumluk kaygıları üzerinde negatif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların; stresli ve olumsuz durumlar karşısında ortaya çıkan davranış ve tutumlarını kontrol etme becerilerinin, mantıklı davranışlarda bulunmaları ve belirli bir plan çerçevesinde hareket etmeleri Durumluk Kaygı düzeylerini azalttığı tespit edilmiştir.

Aynı zamanda; Yardım Arama ve Erteleme, Dürtü Denetimi ve Rasyonel Davranma ve İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi becerilerinin de katılımcıların sürekli kaygı üzerinde negatif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Sürekli Kaygı düzeyini azaltmada en etkili öğrenilmiş güçlülük becerisi olarak tespit edilen İstenmeyen Düşüncelerin Denetimi alt boyutu, katılımcıların olaylara pozitif yaklaşma ve kötü düşüncelerden uzak kalabilme becerisine sahip oldukları şeklinde belirlenmiştir.

Elde edilen bu sonuçlara göre öğrenilmiş güçlülüğü yüksek olan hastane çalışanlarının kaygı düzeylerinin düşük olduğu/olacağı genel sonuç olarak ifade edilebilir.

Araştırmanın birinci problem cümlesini oluşturan; “Öğrenilmiş güçlülük becerileri ile kaygı düzeyi boyutları üzerinde sosyo-demografi değişkenler açısından farklılık var mıdır?” sorusu “evet vardır” şeklinde (yukarıda açıklandığı üzere) yanıt bulmuştur. Araştırmanın ikinci problem cümlesi olan “Öğrenilmiş güçlülük becerisinin, kaygı düzeyleri üzerinde bir etkisi var mıdır?” sorusu ise; öğrenilmiş güçlülüğün “yardım arama ve erteleme”, “dürtü denetimi ve erteleme”, “planlı davranma” ve “istenmeyen düşüncelerin denetimi” becerilerinin durumluk kaygı üzerinde negatif bir etkisi olduğu, bunun yanı sıra “yardım arama ve erteleme”, “dürtü denetimi ve erteleme”, ve “istenmeyen düşüncelerin denetimi” becerilerinin de sürekli kaygı üzerinde negatif yönde etkisi vardır şeklinde yanıt bulmuştur.

Bu sonuçlardan aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Stresli durumlarla başa çıkmada önemli bir kontrol mekanizması sayılan öğrenilmiş güçlülük becerisinin ortaya çıkmasında etkili olan değişkenlerin, hastane çalışanlarında olduğu gibi bütün meslek gruplarında öğrenilmiş güçlülük becerisinin güçlendirilmesi hedeflenmektedir.
2. Aile eğitimi ile de kazanılan öğrenilmiş güçlülük becerisi, hastane çalışanlarının kişisel gelişimini sürekli yükseltmeleri, hayattaki amaçlarına ulaşmaları ve zor durumlarla başa çıkmaları konusunda önemli bir faktör olduğundan, ileride öğrenilmiş güçlülüğü yüksek bireyler yetiştirmek için ebeveynler bu konuda çocuklarına karşı daha destekleyici davranmalıdır.
3. Hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük becerisinin kazanılmasında etkili olan değişkenleri göz önüne alması, hastalara daha iyi hizmet sunabilmeleri adına önemlidir.
4. Çalışmayı daha genellenebilir hale getirmek için farklı hastanelerde görev yapan daha fazla hastane çalışanına ulaşılabilir. Hastane çalışanlarının kişisel ve mesleki anlamda kendilerini geliştirmelerine, stresle başa çıkma konusunda hastane çalışanlarını bilinçlendirmeye ve problemler karşısında çözüm bulma yeteneklerini geliştirmeye fayda sağlayacak eğitimler program dahiline alınmalıdır.
5. İlgili hastane yönetiminin kendileri ile paylaşılacak bu bulgu ve sonuçlar doğrultusunda; çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerini güçlendirici ve kaygı düzeylerini düşürmeye yönelik uygulamaların gerçekleştirilmesi planlanmalıdır.
6. Hastane içi sosyal ilişkilerin geliştirilmesine yönelik programların düzenlenmesi gerekmektedir.
7. Hastane çalışanlarının kişisel bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, özellikle öz güvenlerinin yükseltilmesi yönünde çalışanlar desteklenmelidir.
8. Hastane yönetimi koordinatörlüğünde Kalite ve Verimlilik Birimi tarafından bölüm ve meslek grubu bazında araştırma yapılmalı ve her bölüm ve meslek grubu için öğrenilmiş güçlülük becerilerini geliştirme eğitimi eylem planı hazırlanmalı ve uygulamaya konulmalıdır.
9. Özellikle hastaneye yeni katılan/yeni işe başlayan hastane çalışanının (meslek grubu fark etmeksizin) oryantasyon ve sosyalizasyon sürecinde kaygı ve stres ile baş

edebilme konusunda uygulamalı olarak yetiştirme ve geliştirme programlarının eylem planına dahil edilmesi sağlanmalıdır.

10. Araştırma sonucunda elde edilen bulguların ve ulaşılan sonuçların; Sağlık Yönetimi Paydaşlarına ve alan yazınına katkı sağlayacağı bununla birlikte bu konu ve kapsamında araştırma yapacak olan sağlık yönetimi araştırmacılarına bilimsel anlamda destek olacağı düşünülmektedir.

6. KAYNAKÇA

Akbalık, Ö., (2005), Üniversite Öğrencilerinde Kaygı Belirtileri, İç-Dış Kontrol Odağı İnancı İle Öğrenilmiş Güçlülük Arasındaki İlişkiler, Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır.

Aksu, G., Eser, M. T. ve Güzeller, C. O., (2017), Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları, 1. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.

Atkinson, L. R., Atkinson, C. R., Smith, E. E., Bem, J. D. and Hoeksema, N. S., (2008), Psikolojiye Giriş, (Çev. Y. Alogan), 4. Baskı, Ankara: Arkadaş Yayınları. (Orijinal Baskı: 1953).

Balcıoğlu, İ., (2006), “Yaygın Anksiyete Bozukluğu Prognoz ve Başa Çıkma”, içinde N. Dilbaz (Ed.), Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler, (ss. 59-66), 1. Baskı, Ankara: Pozitif Matbaacılık.

Boyacı, K., Şensoy, F., Beydağ, D. K. ve Kıyak, M., (2014), “Stress and Stress Management in Health Institutions”, Social and Behavioral Sciences, 152 (1): 470 – 475.

Can, A., (2014), SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi, 3. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.

Coşkun, Y., (2007), Ortaöğretim Öğrencilerinin Öğrenilmiş Güçlülükleri Ve Aile İçi İlişkileri, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İstanbul.

Çeçen, D., (2017), Yetişkinlerde Bağlanma Stilleri İle Benlik Saygısı Ve Sürekli Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Çelik, Ş., (2012), “Türkiye’de İllerin Bitkisel Üretiminin Faktör Analizi İle İncelenmesi”, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tarım Bilimleri Dergisi, 22(2): 69-76.

Dağ, İ., (1991), “Rosenbaum’un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği’nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenilirliği ve Geçerliliği”, Türk Psikiyatri Dergisi, 2(4): 269- 274.

Dağlar, K., (2016), Okul Öncesi Çocuklarda Anksiyete Belirtileri İle Annelerinin Bağlanma Biçimleri Ve Ayrılık Anksiyeteleri Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Ding, Y., Qu, J., Yu, X. and Wang, S., (2014), “The Mediating Effects of Burnout on the Relationship between Anxiety Symptoms and Occupational Stress Among Community Healthcare Workers in China: A Cross-Sectional Study”, PLoS One, 9(9): 1-7.

Ergenç, G. F., (2015), Hemşirelerde Öğrenilmiş Güçlülük İş Doyumu Ve Stresle Baş Etme Tarzları İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

Gökkaya, B. V., (2015), “Ahtapot Kadınlar: Aile Ve İş Yaşamı Kıskaçındaki Kadınlar Ve Karşılaştıkları Sorunlar”, International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 10(10): 233-248.

Güloğlu, B. ve Aydın, G., (2007), “İlköğretim 5. Sınıf Öğrencilerinin Öğrenilmiş Güçlülük ve Otomatik Düşünce Biçimi Arasındaki İlişki”, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33(1): 157-168.

Güngör, E., (2008), Özel Eğitime Muhtaç Çocukların Anne Ve Babalarının Psikolojik İlişki İhtiyaçları İle Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiler, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Konya.

Karabacak, M., (2013), Teknolojik Değişimin İşgörenler Üzerinde Yarattığı Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kütahya.

Karaman, S., (2009), Sağlık İle İlgili Programlarda Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Durumluk Ve Sürekli Kaygı Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

Kartal, H., (2018), Hastane Çalışanlarının Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri Ve İç Dış Kontrol Odağı Arasındaki İlişkinin Yönetimsel Açından İncelenmesi: Bir Hastane Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul.

Kocabaşoğlu, N., (2008), “Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış”, içinde M. Uğur (Ed.), Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, (ss. 175-184), İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.

Özcan, M. E., Ünal, A. ve Çakıcı, B. A., (2014), “Sağlık Çalışanlarında İşe Bağlı Stres: Konya Numune Hastanesi Saha Çalışması”, Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(1): 125-131.

Rosenbaum, M., (1980), “A Schedule for Assessing Self-Control Behaviors: Preliminary Findings”, Behavior Therapy, 11(1): 109-121.

Rosenbaum, M., (1998), “Opening Versus Closing Strategies in Controlling One’s Responses to Experiences”, in M. Kofka, G. Weary, et al. (Eds), Personal Control in Action: Cognitive and Motivational Mechanisms, (pp. 61-84), 1st Edition, New York: Plenum.

Shapiro, L. S., Astin, A. J., Bishop, R. S. and Cordava, M., (2005), “Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial”, *International Journal of Stress Management*, 12(2): 164–176.

Shiri, M., Akhavan, S. and Geramian, N., (2012), “Anxiety Disorders and its Types”, in V. Olisah (Ed), *Essential Notes in Psychiatry*, (pp. 87-116), 1st Edition, Croatia: InTech.

Spielberger, C. D., (1966), “Theory and Research in Anxiety”, in C. D. Spielberger (Ed), *Anxiety and Behavior*, (pp. 3-19), 1st Edition, New York: Academic Press.

Yıldırım, H. M., Gülşınar, Ş. ve Uğuz, Ş., (2012), “İş Yaşamında Öğrenilmiş Güçlülük İle İş Stresi Arasındaki İlişkileri Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”, *Organizasyon Ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4 (2): 133-144.

SAĞLIKTA DİJİTALLEŞME VE YAPAY ZEKÂ

DIGITALIZATION IN HEALTH AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE

Dr. Öğr. Üyesi Betül AKALIN¹
Ülkü VERANYURT²

ÖZET

Sağlık hizmetleri küresel bakış açısı olarak ekonominin temel taşlarından birisidir. Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler üretim, sanayi ve hizmet sektörleri gibi sağlık sektöründe de değişime sebep olmuştur. Bilgi teknolojilerindeki ilerleme buna bağlı dijital dönüşüm sağlık alanında kısa sürede uzun bir yol kat etmiştir. Sağlık alanında yönetim ve klinik süreçlerde dijital dönüşüme geçilmiştir. Bunların alt kollarında otomasyon anlamında her gün yeni adımlar atılmaktadır. Dijital dönüşüm ile birlikte gelen yapay zekâ uygulamaları sağlık sektörüne çok hızlı adapte olmuştur. Hem yönetimsel hem de klinik süreçlerde farklı uygulamalar mevcuttur. Yapay zekâ sağlıkta hizmet süreçlerini yeniden yapılandırarak hem yönetsel hem de klinik maliyetleri düşürmektedir. Klinik süreçlerde teşhis, tanı, tedavi gibi süreçleri hızlandırmakta, oluşabilecek insani hataları azaltarak, hizmet kalitesinin artırılmasını amaçlamaktadır. Bu çalışma sağlık hizmetleri ve yönetim süreçlerinde dijital dönüşüm ve yapay zekânın bu alanda ki uygulamalarının ve geleceğinin anlatıldığı ve örneklendirildiği bir inceleme çalışmasıdır. Yakın gelecekte, pandeminin etkisi ile hızlanan yapay zeka araştırmalarının da sonucu olarak; sağlık hizmetlerinin idari ve klinik açıdan sanallaşması, yapay zekâ tabanlı sistemlerin kullanımının yaygınlaşması öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dijital Dönüşüm, Sağlıkta Dijitalleşme, Sağlıkta Yapay Zekâ.

ABSTRACT

Health services are one of cornerstones of the economy. Developments in science and technology have led to changes in health as in the production, industry and service sectors. Digital transformation based on the progress in information technologies progressed fast. Digital transformation has been adopted in management and clinical processes in health area. New steps are taken every day in terms of automation. Artificial intelligence applications have adapted very quickly to the health sector. There are different applications in both managerial and clinical processes. Artificial intelligence reduces both administrative and clinical costs by restructuring healthcare service processes. It accelerates the processes such as diagnosis and treatment in clinical processes and aims to increase the quality of service by reducing human interaction. This study is a review in which digital transformation, artificial intelligence and their future in health services and management processes are explained and exemplified. As scientific researches accelerate in the near future, it is anticipated that health services will be completely virtualized and health services will be increased with artificial intelligence-based systems.

Key Words: Digital Transformation, Digitalization in Health, Artificial Intelligence in Health.

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesini, Sağlık Yönetimi Bölümü/betul.akalin@sbu.edu.tr.

² Sağlık Bilimleri Üniversitesini/Doktora Öğrencisi.

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri her birey için temel ihtiyaçlardan biridir. Maslow'un ihtiyaçlar piramidinde sağlık, fiziksel varlığın gerçekleştirilebilmesi için temel basamaktır. Sosyo-kültürel ve ekonomik bakımdan çeşitlendirilebilir entegre bir hizmet türüdür. Bu sektörde hedef kitleye (hasta, hasta adayı) sunulan hizmetin kalitesi, maliyeti, erişebilirliği günümüzde en önemli gelişme gösteren konulardandır. Sağlık hizmetleri küresel bir pazar olup, artık ülkelerin içsel bir tutumla yaklaşabileceği boyutu aşmıştır. Özellikle pandemi gibi tüm dünyayı etkileyen süreçlerde açık iletişim, sağlıkta şeffaflık ve dijitalleşmenin önemi görülmektedir.

Teknoloji ve beraberinde getirdiği iyileşmeler yaşam kalitesini her zaman olumlu etkilemektedir. Sağlık açısından bakıldığında bulunan yeni teknoloji ve yöntemler tedavi süreçlerinin, hastalarla iletişimin, sağlığın korunması ile ilgili süreçlerin ve sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetsel süreçlerinin iyileşmesini sağlamaktadır. Hızla gelişen geniş bant internet, mobil bağlantı çözümleri sağlık hizmetlerinde randevu, takip, raporlama gibi işlemleri sanallaştırmış, bulut bilişim sayesinde bu ve buna benzer verilerin tutulması için fiziksel ihtiyaçlar aşılmıştır.

Dijital teknolojiler taşınabilme, giyinebilme, makineler arası iletişim, bulut bilişim, nesnelerin interneti (IoT) ve yapay zekâ gibi çeşitli alanlarda varlık gösterebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde bu teknolojilerden faydalanılması ya da kullanılması süreçlerin dijitalleşmesini sağlamaktadır (Altundaş, 2019). Bu dönüşümler geçmişte geleneksel yönetilen sağlık süreçlerinin otomatize olmasını sağlamıştır. Kullanılan alt yapı ve sistemlerin dijitalleşmesi, istihdam edilen kişilerinde yeni beceriler kazanmasını ve sağlık kurumlarının buna uygun personel ile çalışmasına zemin hazırlamıştır. Bu sağlık süreçlerinde yeni iş rolleri ve imkânlar yaratmıştır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinde yukarıda bahsettiğimiz dijital çözümlerden yapay zekânın kullanımı önem kazanmaktadır. Yapay zekânın alt kolları olan makine öğrenmesi, derin öğrenme gibi yöntemler kullanarak sağlık uzmanları hastalıkların tanı, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve sağlığın korunması gibi süreçlerde yeni yöntemlere geçmektedir. Bu yöntemler hem maliyet hem de sağlık profesyoneli yeterliliği açısından sağlık kuruluşlarına kolaylık sağlamaktadır. Yapay zekâ ve sağlık ile ilgili son bir yılda 30.000'in üzerinde çalışma yapılmış olup, üniversite hastane işbirlikleri, kamu özel ortaklıkları ve ARGE laboratuvarlarında bu konu ile ilgili çalışmalar yoğun bir şekilde devam etmektedir.

Bu çalışma sağlık hizmetleri ve yönetim süreçlerinde dijital dönüşüm ve yapay zekânın bu alanda uygulamalarının anlatıldığı ve örneklendirildiği bir inceleme çalışmasıdır. Günümüzde sağlıkta dijital dönüşüm son derece popüler bir konu olup yapay zekânın farklı süreçlerde uygulaması, sağlık kurumlarının dijitalleşme süreçlerinde büyük bir ivme kazandırmaktadır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Dijital Dönüşüm

Dijital dönüşüme tarihsel açıdan bakacak olursak; temeli 18. yüzyılda gerçekleşen sanayi devrimine dayanmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan su ve buhar teknolojileri sanayinin gelişimini sağlayarak teknoloji ivme kazanmıştır (Endüstri 1.0). Endüstri 2.0 elektronik, çip gibi cihazların seri üretimini getirmiş ve bilgi teknolojileri ortaya çıkmıştır. Endüstri 3.0 ile birlikte bilgisayar ve otomasyonlar her sektöre girmiş ve hayatımızın vazgeçilmez bir parçası

olmuştur. Dijital dönüşüm geleneksel yöntemlerin sanallaştırılması, 4. Sanayi devrimi olarak nitelendirilmekte ve Endüstri 4.0'ın temelini oluşturmaktadır (Kosif, 2019). Günümüzde Endüstri 4.0 düşünüldüğünde dijital dönüşüm, kendi kendini yöneten (otonom) sistemler, insansız iş akışları gibi kavramları içermektedir.

Sağlık sektörü endüstriyel dönüşümler göz önüne alındığında diğer sektörlerle nazaran gelişmeleri daha geriden takip etmekteydi. Fakat nüfusun artması, sağlık ihtiyaçlarının çoğalması, sağlık okuryazarlığının artması gibi sebepler sağlık hizmetlerinde köklü değişiklik yapılması ihtiyacını doğurdu. Sağlık sektörü farklı sektörlerle karşılaştırıldığında geriden gelmesine rağmen dönüşüme hızlı bir şekilde adapte olmuştur. Sağlık hizmetlerinin geç adapte olmasının en temel sebeplerinden bazıları; sağlık okuryazarlığının bireylerin eğitimi ile paralel gelişmesi, internet okuryazarlığı gibi kavramların endüstri devrimlerinden sonra ortaya çıkması, artan nüfus ve çalışma koşullarının yeni sağlık sorunları doğurmasıdır (Tezcan, 2018).

Sağlıkta dijital teknolojiler düşünüldüğünde kişinin kendi sağlık durumunu takip edebilmesi, taşınabilir sağlık teknolojileri, tanı, teşhis, tedavi gibi alanlarda akıllı bağımsız sistemlerin kullanılabilmesi, sanal hastane gibi kavramlar gelmektedir. Sağlıkta dijitalleştiği bir ortamda, sağlık hizmeti kompleks cihazların olduğu fiziksel hastane ortamından farklıdır (Herselman vd. 2016). Bu yapıda hasta randevu, muayene, tedavi, raporlama, evde bakım gibi süreçlerde internet ortamında sanal sağlık hizmetlerinden faydalanır. Ancak uzman sağlık profesyonelleri ile fiziksel olarak bir araya gelmez (Hudes, 2017). Giyilebilir teknolojiler ile hastaya ait veriler internet üzerinden bulut veri merkezine aktarılır, uzman sağlık profesyoneli uzaktan erişerek bu verilere ulaşabilir.

EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model): Hastanelerde dijital olgunluk seviyesinin belirlenmesinde kullanılan ölçüt modelidir. Hastaneleri 0-7 arasında bir skalada değerlendirir. Tablo 1'de görüldüğü gibi; Türkiye'de 3 adet EMRAM seviye 7, 175 adet EMRAM seviye 6 hastane mevcuttur.

Tablo 1. 2020 yılı Türkiye Dijital Olgunluk Seviyesine göre Hastane Sayıları

DİJİTAL OLGUNLUK SEVİYESİ	HASTANE SAYISI
EMRAM seviye 7	3
O-EMRAM seviye 7	2
EMRAM seviye 6	175
O-EMRAM seviye 6	10

Kaynak: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi:15.12.2020).

Sağlıkta dijitalleşme hastanelerin dışında süreçlerin otomatize edilmesi, internete taşınması, daha önceden geleneksel yöntemlerle toplanan verilerin sanallaştırılması gibi uygulamaları da içermektedir. Ülkemizde kullanılan bu uygulamaların bazılarına şöyledir;

e-Nabız (Kişisel Sağlık Sistemi): Bu uygulama sağlık uzmanı ve bireylerin yurtiçinde farklı veri merkezlerinde tutulan tahlil raporları, muayene bilgileri, daha önce yazılmış olan reçeteler vb. gibi sağlık verilerine ulaşabilecekleri bir uygulamadır. Bireyler bu uygulamaya bilgisayar ya da mobil telefon üzerinden ulaşabilir. Uygulama üzerinden doktorlarda hastaların (hastanın izni ile) farklı yerlerde yaptırdığı tedavi ve tetkiklerin verilerine ulaşabilir. Bu durum sağlık

kurumlarında geçirilen süreyi minimize eder, gereksiz tahlil isteminin önüne geçer, maliyetleri düşürür ve aynı zamanda doktor-hasta ilişkisini güçlendirir (e-Nabız, 2020).

Aile Hekimi Bilgi Sistemi (AHBS): Bu uygulama ile aile hekimine bağlı bireye uygulanan birinci basamak sağlık hizmetleri, merkezi bir ortamda kayıt altına alınır ve takibini kolaylaştırır. Uygulamanın aile hekimleri tarafından kullanımı zorunludur. Hasta ile ilgili verilen ikinci basamak ve sonraki basamaktaki kararlarda yardımcı rol oynar. Bu özelliği ile bir karar destek sistemi özelliği teşkil eder (Bal vd. 2012).

Karar Destek Sistemi (KDS): Tanım olarak çeşitli ve modelleri bir arada inceleyerek en doğru kararın verilebilmesi için yardımcı olan uygulamalardır. Günümüzde KDS'leri Sağlık Bakanlığı'na (SB) bağlı veri üreten sistemlere entegre bir şekilde yönetsel kararlarda kullanılmaktadır. SB'nın kullanmış olduğu KDS "e-Sağlık" uygulaması ile bütünleşik çalışmakta ve farklı seviyelerde raporlar sunabilmektedir (E-Sağlık, 2020).

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Bu uygulama bireylerin ülke genelindeki tüm hastanelere randevu amaçlı ulaşmasını sağlamak, aynı zamanda Ağız Diş Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinin kapasitesinin etkin bir şekilde kullanılabilmesi için oluşturulmuştur. Uygulamaya internet üzerinden, mobil uygulama ya da Alo 182'yi arayarak ulaşılabilir. Uygulamanın ana amacı hastanelerde meydana gelen kalabalığı azaltmak, dağınık bir yapıda olan randevu sistemlerini tek bir çatı altında toplamaktır. Uygulama e-Nabız, e-Devlet uygulamaları ile entegre edilmiştir (MHRS, 2020).

MEDULA: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından gerçekleştirilmiş bir projedir. Bu sistem özel sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin SGK üzerinden devletten tahsis edilmesi amacıyla kurulmuştur. 5510 sayılı kanun gereğince tüm sağlık kuruluşlarında kullanılması zorunludur (Kördeve, 2017). Tüm hastanelerde faturalama, sevk ve rapor gibi işlemlerde kullanılmaktadır.

Yukarıda listelenen uygulamalar Türkiye'de sağlıkta dijital değişime örnek verilmiş bazı uygulamalardır. Uygulamaların geliştirilmesi SB teşviki ile yapılmakta olup, dijital dönüşüm yolculuğunda devlet destekli çalışmalar devam etmektedir.

2.2. Dijital Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zekâ Uygulamaları

Yapay zekâ insana ait düşünme ve bilinç yapısının makineye uyarlanması ile elde edilen kompleks işlemleri bilgisayar üzerinde insan beyin yapısına benzer şekilde çözmek için kurgulanmış sistemlerdir. Yapay zekâ ve bunun alt dalları merkezi ve yerel sağlık kurumlarında gerek yönetim gerekse klinik süreçlerde kullanılmaktadır.

2.2.1. Dijital Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zekânın Yönetsel Uygulamaları

Merkezi olarak yapay zekânın sağlık alanında kullanımı düşünüldüğünde SB büyük teknoloji firmaları (Microsoft, Turkcell, Oracle) ile ortak çözümler geliştirerek demografik raporlar oluşturulması, MHRS üzerinden kullanım oranlarının gösterilmesi, acil servis polikliniklerine başvuran hasta sayısından kapasite tahmin edilmesi, ilaç kullanım tahmini raporlarının oluşturulması gibi amaçlarla kullanılmaktadır.

Doküman Yönetimi: Sağlıkta yönetim süreçlerinde yapay zekâ dokümantasyon yönetiminde de kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) hasta dosyalarının oluşturulması, reçeteleme vb. gibi işlemler yapay zekâ destekli sistemler kullanılarak 18 milyar dolarlık bir

tasarruf elde edileceği öngörülmektedir (Kalis vd, 2017). Bu alanda kullanıma başka bir örnek Doğal Dil İşleme (Natural Language Processing-NLP) doktor ve hemşirelerin seslerinin tanınması, seslerinin bu yapı ile texte (yazıya) dökülmesi sağlanmaktadır. Bu yapılar Apple'nin Siri'sine sistem olarak benzerlik göstermektedir. Ses tabanlı dokümantasyon konusunda ABD'de bir teknoloji şirket NLP tabanlı bir sesten dokümantasyon sistemi geliştirmiştir (Bresnick, 2018).

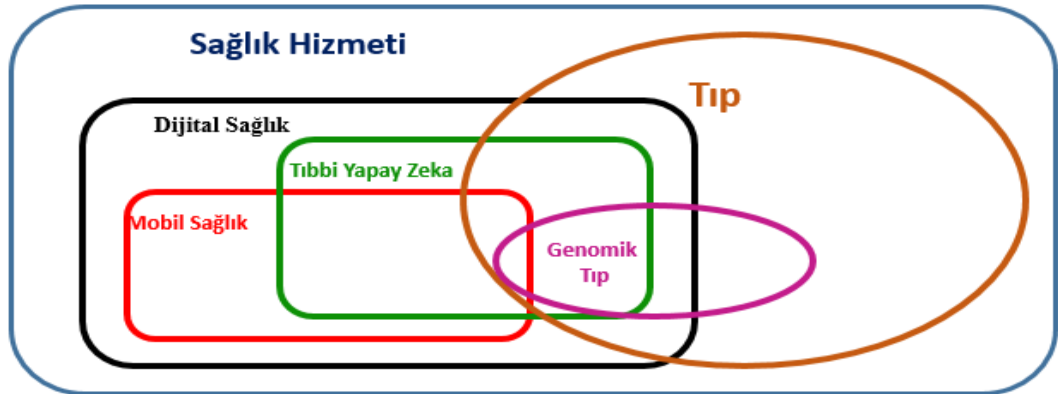
TeleSağlık: Sağlıkta iş yükünün düzenli olarak artmasından dolayı yapay zekâ tabanlı uzaktan sağlık çözümleri cazip hale gelmeye başlamıştır. Günümüzde yaşanan pandemi nedeniyle bireylerin evden çıkamadığı vb. durumlarda sanal hemşirelik, sanal tedavi gibi süreçler önem kazanmıştır. Türkiye'de Allianz gibi özel sigorta şirketleri yapay zekâ tabanlı "Assistance" adında sağlık hizmetleri başlatmıştır. NLP kullanılarak hastanın sorunu dinlenerek, sesli yanıt sistemi ile ilgili tıbbi birime yönlendirilmektedir. TeleSağlık'a bir başka örnek ABD'de geliştirilen "Care Angels" uygulamasıdır. Bu uygulama yapay zekâ tabanlı ses sistemi ile hastaya sağlık ile ilgili öneriler sunabilmektedir (Marr, 2018).

Maliyet ve Kalite Yönetimi: Hastanelerde kapasite, ilaç yönetimi oldukça maliyetli ve iyileşmeye açık bir alandır. Burada makine öğrenmesi yöntemleri kullanılarak kapasite ön görümü, ilaç dozlarının belirlenmesi, yatak kapasitesinin optimizasyonu gibi işlemler yapılarak ciddi maliyet tasarrufu sağlanabilir. Bu tip çalışmalara bir örnek ABD'de Lumiata firmasının geliştirdiği yapay zekâ tabanlı maliyet ve kalite yönetim sistemidir (Lumiata, 2020).

2.2.2. Dijital Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zekânın Klinik Uygulamaları

Dijital sağlık hizmetlerinde yapay zekânın konumu Şekil 1'de gösterilmiştir. Sağlık hizmetleri ana başlığı altında tıbbi sağlık hizmetleri, dijital sağlık, mobil sağlık gibi tüm modern sağlık ile ilgili alanlar yapay zekâ ile kesişmektedir. Yapay zekâ temelli çözümler mobil sağlıkta sesli yanıt sistemi gibi çözümlerle, medikal alanda tanı, teşhis gibi uygulamalarla karşımıza çıkmaktadır. Dijital sağlıkta sağlanan hizmetlerin hemen hemen hepsinde yapay zekâ uygulamaları temel teşkil etmektedir (Shin, 2019).

Şekil 1. Dijital Sağlık Hizmetlerinde Yapay Zekânın Konumlandırılması (Shin, 2019).



Yapay zekâ klinik anlamda sağlıklı kalma, teşhis, tanı, tedavi, araştırma, erken teşhis, evde bakım vb. gibi alanlarda kullanılmaktadır. Aşağıda bu kullanımların bazılarına örnekler verilmiştir.

Sağlıklı Kalmak: Bu alanda yapay zekâ ve tıbbi cihazların interneti (IoMT) kullanılarak insanlara yardım edilmektedir. Bu cihazlardaki sensörler ile bireyler üzerindeki nabız, tansiyon, yakılan kalori, atılan adımlar takip edilmekte ve bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürebilmesi kullanılmaktadır (Büyükgöze & Dereli, 2019). Daha gelişmiş uygulamalarda günlük egzersizler ve kişiye özel programlar sunulabilmektedir.

Fiziksel sağlığın yanında zihinsel sağlığın korunması ve bu konuda psikolojik danışmanlık verilmesi konusunda doğal dil işleme tabanlı yapay zekâ uygulamalarına bir örnek terapi botu olarak geliştirilen Wysa'dır. Mobil uygulama olarak da kullanılabilen bu servis, stres, depresyon ve anksiyete gibi farklı psikolojik rahatsızlıklar konusunda hastalara destek sunmakta ve tavsiyeler vermektedir. Uygulamanın dünya çapında yaklaşık 1.3 milyon kullanıcısı vardır (Inkster, Sarda & Subramanian, 2019).

Teşhis: Hastalıkların teşhisinde kullanılan farklı yapay zekâ uygulamaları mevcuttur. En bilinen örneklerinden birisi "Watson for Health" uygulamasıdır. Çok modelli bir yapıya sahip olup, teşhisi güç hastalıklarda doktorlara destek sağlamaktadır. Başka örnek olarak "Deep Mind" uygulaması verilebilir. Bu uygulama dünyanın çeşitli yerlerinden sağlık profesyonellerinin çevrimiçi olarak destekleyip, güçlendirebildiği, öğrenme algoritmalarının geliştirebildiği bir derin öğrenme sistemidir (Büyükgöze & Dereli, 2019).

Teşhis alanında yapay zekânın bir alt kolu olan uzman sistemlerin kullanımına çeşitli örneklerde rastlanmaktadır. Özellikle teşhisi güç olan hastalıklarda elektronik hasta kayıtları ve bulut sistemlerde tutulan hasta verileri üzerinde tahminleme yapabilen uygulamalar ABD'de kullanılmaktadır (Ziuziański, Furmankiewicz & Softysik-Piorunkiewicz, 2014).

Bilgisayar destekli görüntü teknolojileri radyoloji alanında tanı süreçlerinde büyük öneme sahiptir. Aidoc adı verilen radyoloji görüntü analizi için oluşturulmuş yapay zekâ, dünya çapında 100'den fazla hastanede kurulmuştur ve radyologların bir milyondan fazla hastayı tedavi etmesine yardımcı olmaktadır. Aidoc çözümünde derin öğrenme modülleri ve veriler tamamen bulut bilişim sunucuları üzerinde tutulmakta olup hastaneler içinde görüntüleme cihazı dışında fiziksel bir cihaza gerek duymamaktadır (Gómez Pinilla, 2013).

Sağlıkta dijital dönüşüm konusunda lider ülkelerden biri olan Kore'de hastalara ait veriler ve görüntü tabanlı gözlem sonuçlarının tamamı bulut alt yapısında tutulmaktadır. Bu yapıda tutulan veriler doktor kontrolü öncesinde CardioLogs gibi FDA onaylı yapay zekâ tabanlı hastalık teşhisinde kullanılan karar destek sistemlerinden geçirilerek doktorlara sunulmakta ve hastanın teşhis sürecinde hız kazanılmaktadır (Shin, 2019).

Erken Teşhis: Yapay zekâ Parkinson, kanser gibi hastalıkların erken evrelerinde anlaşılabilmesi ve tanı konulabilmesi için kullanılmaktadır. Bu tip hastalıkların erken teşhisi geleneksel yöntemlerle zor olup, örneğin meme kanserinde kullanılan derin öğrenmenin bir alt dalı olan ve genellikle görsel bilginin analiz edilmesinde resim ve video tanıma, resim sınıflandırma, tıbbi görüntü analizini içeren evrimsel sinir ağı modelleri mamogramları çok daha hızlı inceleyip sonuç üretebilmektedir (Büyükgöze & Dereli, 2019).

Kronik hastalıklarda erken tanı ve sürecin yakından izlenebilmesi ciddi önem taşımaktadır. Yapay zekâ destekli IoT tabanlı uzaktan takip sistemleri bu konuda çözümler sunmaktadır. IoT tabanlı sistemler hasta ile ilgili ham veri sağlamakta ve bu veriler makine öğrenmesi algoritmaları ile işlenerek kişinin durumu ve risk var ise bu konuda erken uyarı görevi görmektedir. Günümüzde özellikle yaşlı ve kronik hastalık riski taşıyan hastalar için uygulamaları farklı ülkelerde mevcuttur (Darshan & Anandakumar, 2015).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme ve Yapay Zekânın Geleceği

Dijital dönüşüm ile birlikte elektronik hasta kayıtları ve gözlem sonuçlarının elektronik ortamda kaydedilmesi süreçlerine geçilmiştir. Burada en önemli konulardan biri hastalenelerin hasta kayıtlarını kendi elektronik ortamlarında tutmasıdır. Bu konuda ileri süreçte hasta verilerinden kolay bir biçimde işlenebilmesi ve üzerinde büyük data analizi ve makine öğrenmesi gibi yöntemlerin çalıştırılabilmesi için ülkeler ve hatta global bazda tüm elektronik hasta kayıtlarının bulut bilişim alt yapılarında tutulması ve hastanelerin yerel bilişim alt yapılarından bulut çözüme geçişi hedeflenmektedir (Atasoy, Greenwood & McCullough, 2019).

Yapay zekânın dijital sağlıkta kullanımı ile ilgili olarak onaylı ve uygulanan çalışmalar henüz az sayıda olsa da bu konuda yapılan akademik araştırmalar yakın gelecekte kullanım alanlarının çok daha fazla olacağını göstermektedir. 2019 yılında yapılan bir incelemede yapay zekânın dijital sağlık hizmetlerinde kullanımı ile ilgili 27451 akademik çalışma olduğu, bu çalışmaların son bir kaç yılda eksponansiyel bir ivme kazandığı vurgulanmıştır. Özellikle tanı ve teşhis alanında yoğunlaşan makine öğrenmesi ve yapay zekâ temelli çalışmalar kanser, kalp hastalıkları, Alzheimer ve böbrek hastalıkları gibi kronik hastalıklara yoğunlaşmakta ve yakın gelecekte bu hastalıkların tanı ve teşhis süreçlerinde yapay zekâ tabanlı uygulamalara daha sık rastlayacağımızı göstermektedir (Tran at al, 2019).

Kronik hastalıklarda nesnelerin interneti tabanlı takip çözümleri popülerlik kazanmaktadır. Yakın gelecekte bu cihazlara ait sensörler kullanılarak hastalardan toplanan verilerin bulut bilişim ortamında saklanması ve analizlerde kullanılması hedeflenmektedir. Özellikle kalp hastalarında nabız, tansiyon gibi göstergelerin düzeninin takip edilmesi kalp krizi gibi vakaların önceden tespit edilmesine imkan sağlayabilecektir (Johnson at al, (2018).

Yapay zekânın eğitimi ve sağlıklı sonuçlar üretebilmesi kullanılan verinin çokluğu ve kalitesi ile doğru orantılıdır. Bu doğrultuda yukarıda bahsettiğimiz nesnelerin interneti gibi çözümlerle toplanan veriler, kişilerin sağlık risklerinin önceden tespitinde kullanılabilirliği gibi, yaşanan bölgelerde sağlık risk haritalarının oluşturulması, sağlık bazlı farklı gruplamaların yapılması akıllı şehirleşme gibi oluşumların da temelini oluşturmaktadır. Akıllı şehir konseptinde sağlık hizmetinin tamamen dijitalleştiği ve hastanın fiziksel bir hastane ile etkileşiminin neredeyse hiç olmadığı bir süreç düşünülmektedir. Şu anda bulut ortamında yaklaşık 35 trilyon gigabyte veri tutulduğu düşünüldüğünde böyle bir yapıya geçildiğinde bulut ortamında katrilyonlarca gigabyte veri tutulması ve bunun üzerinde yapay zekâ uygulamalarının kullanılması düşünülmektedir (Allam & Dhunny, 2019).

3. SONUÇ

Sağlık hizmetleri küresel bakış açısı olarak ekonominin temel taşlarından birisidir. Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler üretim, sanayi ve hizmet sektörleri gibi sağlık sektöründe de değişime sebep olmuştur. Bilgi teknolojilerindeki ilerleme buna bağlı dijital dönüşüm sağlık alanında kısa sürede uzun bir yol kat etmiştir. Sağlık alanında yönetim ve klinik süreçlerde dijital dönüşüme geçilmiştir. Bunların alt kollarında otomasyon anlamında her gün yeni adımlar atılmaktadır. Dijital dönüşüm ile birlikte gelen yapay zekâ uygulamaları sağlık sektörüne çok hızlı adapte olmuştur. Hem yönetsel hem de klinik süreçlerde farklı uygulamalar mevcuttur.

Yapay zekâ sağlıkta hizmet süreçlerini yeniden yapılandırarak hem yönetsel hem de klinik maliyetleri düşürmektedir. Klinik süreçlerde teşhis, tanı, tedavi gibi süreçleri hızlandırmakta, insan etkileşimini azaltarak, hizmet kalitesinin artırılmasını amaçlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan raporlarda HIV, ebola gibi salgınlara sebebiyet verecek tehlikeli hastalıkların devam edeceğini öngörmektedir. Örneğin 2019 yılında 300 milyon üzerinde insan “Dengue” hastalığına yakalanmış, dünya nüfusunun %40’ın bu hastalığa yakalanabileceği ön görülmüştür (WHO, 2019). Yakın gelecekte sağlık, pandeminin etkisi ile hızlanan bilimsel araştırmaların sonuçları olarak sağlık hizmetlerinin tamamen sanallaşması, yapay zekâ tabanlı sistemlerle sağlık hizmetlerinin artırılması öngörülmektedir.

Giyilebilir teknolojilerin kullanılması IoMT cihazların kullanımının yaygınlaşması ile bireylerin kendi sağlık durumlarını kendileri yönetebilmesi ve kişiye özel sağlık uygulaması gibi kavramlar yaygınlaşmıştır. Bu tip giyilebilir cihazlar bireylerin doktoruna da veriyi gönderebildiği için sağlık durumunun takip edebilmektedir. İlerleyen süreçte bu cihazların takibi ile elde edilen veriler arttıkça yapay zekâ destekli sistemlerle yapılması yaygınlaşacaktır.

Sağlıkta sanallaşma süreçlerinde diğer bir önemli alan TeleSağlık uygulamalarıdır. Hastanelerle fiziksel iletişimin olmaması gereken bir dönemde sanal hemşirelik, uzaktan tedavi, NLP tabanlı tanı ve yönlendirme sistemleri kullanılmakta ve geliştirilmektedir. Bahsettiğimiz tekrarlanabilir bu tip uygulamalar yapay zeka ile yapılabilir hale geldikçe sağlık çalışanları ve hastalar arasında insan ilişkileri, empati kurulması, iletişimin önemi gibi kavramlar öne çıkacak ve gelecekte sağlık hizmetlerinde kalite yeni bir boyut kazanacaktır.

4. KAYNAKÇA

Allam, Z., & Dhunny, Z. A. (2019). On big data, artificial intelligence and smart cities. *Cities*, 89, 80-91.

Altuntaş, E. Y., (2019), Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Dijital Dönüşüm. Eğitim Yayınevi.

Atasoy, H., Greenwood, B. N., & McCullough, J. S. (2019). The digitization of patient care: a review of the effects of electronic health records on health care quality and utilization. *Annual review of public health*, 40, 487-500.

Bal, C.G., Ada, S. & Çelik, A., (2012), Bilişim Sistemleri Başarı Modeli ve Aile Hekimliği Bilişim Sistemleri. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 19(1), 35-46.

Bresnick, J., (2018), Top 12 ways artificial intelligence will impact healthcare. 2018.

Büyüköze, S. & Dereli, E., (2019), Dijital Sağlık Uygulamalarında Yapay Zeka. VI. Uluslararası Bilimsel ve Mesleki Çalışmalar Kongresi-Fen ve Sağlık, 07-10.

Darshan, K. R., & Anandakumar, K. R. (2015, December). A comprehensive review on usage of Internet of Things (IoT) in healthcare system. In 2015 International Conference on Emerging Research in Electronics, Computer Science and Technology (ICERECT) (pp. 132-136). IEEE.

E-Nabız, (2020), E-Nabız Hakkında. <https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index> (Erişim Tarihi: 13.10.2020).

E-Sağlık, (2020), KSD (Karar Destek Sistemi). <https://e-saglik.gov.tr/TR,7079/kds.html> (Erişim Tarihi: 13.10.2020).

Gómez Pinilla, E. F. (2013). Diseño de estrategia competitiva como eje de crecimiento de AIDOC SOLUTION SAS.

Herselman, M., Botha, A., Toivanen, H., Myllyoja, J., Fogwill, T., Alberts, R., (2016), A digital health innovation ecosystem for South Africa. Paper presented at the IST-Africa Week Conference, 2016.

Hudes, M. K., (2017), Fostering innovation in Digital Health a new ecosystem. Paper presented at the Microelectronics Symposium (Pan Pacific), 2017 Pan Pacific.

Inkster, B., Sarda, S., & Subramanian, V. (2018). An empathy-driven, conversational artificial intelligence agent (Wysa) for digital mental well-being: real-world data evaluation mixed-methods study. JMIR mHealth and uHealth, 6(11), e12106.

Johnson, K. W., Torres Soto, J., Glicksberg, B. S., Shameer, K., Miotto, R., Ali, M., ... & Dudley, J. T. (2018). Artificial intelligence in cardiology. Journal of the American College of Cardiology, 71(23), 2668-2679.

Kalis, B., Collier, M., Fu, R., (2018), 10 promising AI applications in health care. Harvard Business Review.

Kosif, F. K., (2019), Kurumların Dijital Dönüşüm Süreçlerinin İncelenmesi: Bir Sağlık Kurumu İçin Öneri. İstanbul Üniversitesi, fen Bilimleri enstitüsü, Enformatik Anabilim Dalı, Enformatik programı, Yüksek lisans Tezi, İstanbul.

Kördeve, M., (2017), Sağlık Ödemelerinde Yeni Bir Kavram. Medikal Muhasebe. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1-13.

Lumiata., (2020), What is Lumiata's approach to AI and machine learning? <https://www.lumiata.com/> (Erişim Tarihi: 13.10.2020).

Marr, B., (2018), How Is AI Used in Healthcare: 5 Powerful Real-World Examples That Show the Latest Advances. Forbes, July, 27.

MHRS, (2020), Merkezi Hekim Randevu Sistemi. (Erişim Tarihi:13.10.2020). <https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml>.

Shin, S. Y., (2019), Current status and future direction of digital health in Korea. The Korean Journal of Physiology & Pharmacology, 23(5), 311-315.

Tran, B. X., Vu, G. T., Ha, G. H., Vuong, Q. H., Ho, M. T., Vuong, T. T., ... & Ho, R. (2019). Global evolution of research in artificial intelligence in health and medicine: a bibliometric study. Journal of clinical medicine, 8(3), 360.

Tezcan, C., (2018), Sağlıkın Dijital Dönüşümü, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi, 82-85.

WHO (World Health Organization), (2019), Ten Threats to Global Health in 2019. (Erişim Tarihi:13.10.2020), <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/ten-threats-to-global-health-in-2019>.

Ziuziański, P., Furmankiewicz, M., & Sołtysik-Piorunkiewicz, A. (2014). E-health artificial intelligence system implementation: case study of knowledge management dashboard of epidemiological data in Poland. International Journal of Biology and Biomedical Engineering, 8, 164-171.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

ÇALIŞANLARIN HASTA BİNA SENDROMU YAŞAMA DURUMLARININ İNCELENMESİ: HATAY DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

INVESTIGATION OF THE EMPLOYEES' SITUATION OF THE SICK BUILDING SYNDROME: EXAMPLE OF HATAY STATE HOSPITAL

Dr. Öğr. Üyesi Sevil ASLAN¹
Şeyma GÜLİSTAN²

ÖZET

Modern yaşamda insanların hayatlarını kapalı mekânlarda geçirmeleri bina kaynaklı sağlık problemlerine açık olmalarına neden olmaktadır. "Hasta Bina Sendromu (HBS)" olarak nitelendirilen bu durum yüksek risk düzeyine sahip hastanelerde de yaşanabilmektedir. Buna istinaden bu çalışmada, Hatay Devlet Hastanesi çalışanlarının HBS yaşama durumları, görülen semptomlar ve nedenleri araştırılmıştır. 230 hastane çalışanının katıldığı çalışma, 58 soruluk anket ile gerçekleştirilmiştir. Anket verileri SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiş, ortanca değeri, en küçük ve en büyük değer aralıkları, sayı ve yüzde üzerinden değerlendirilmiştir. Katılımcıların %53'ü 18-30 yaş aralığında, %53'ü kadın, %52,6'sı evli, %74,8'i üniversite mezunu ve %35,7'si destek personelidir. Aynı zamanda %55,2'si 1-10 yıldır aynı kurumda çalışmakta olup çalışma süresi boyunca aynı bina ve odada görev yapmaktadır. Dahası, %87'si günde 8 saat, %86,4'ü günlük çalışma süresinin çoğunu kapalı ortamda geçirmektedir. Katılımcıların %26,5'i çalışma ortamını az stresli olarak değerlendirirken %25'i fazla stresli olarak değerlendirmiştir. Çalışanların %48,7'si çalışma odası konforunun yeterli olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %57,4'nün solunum yolu hastalıklarından birine sahip olduğu görülmüştür. En çok görülen HBS semptomları değerlendirildiğinde sırasıyla yorgunluk, genel adale-eklem ağrısı, uyku hali ve baş ağrısı şeklinde tespit edilmiştir. Katılımcıların 92,2'sinin HBS nedeniyle kendi kendine ilaç kullanmadığı ve %96,1'inin doktora başvurmadığı tespit edilmiştir. Hastanelerde HBS'nin yaşanmasının önüne geçilmesi fiziksel özelliklerin (havalandırma ve ısıtma sistemlerinin iyileştirilmesi, çalışma alanının genişletilmesi, araç-gereçlerin ergonomik seçimi vb.) düzenlenmesiyle mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Hasta Bina Sendromu, Binanın Fiziki Özellikleri, İç Ortam Kirleticileri, Semptomlar.

ABSTRACT

In modern life, people's spending their lives indoors causes them to be vulnerable to building-related health problems. This situation, which is described as "Sick Building Syndrome (SBS)", can also be experienced in hospitals which has high risk levels. Accordingly, in this study, the experience of SBS, symptoms and causes of Hatay State Hospital employees were investigated. The study, in which 230 hospital employees participated, was carried out with a 58-question questionnaire. The survey data were analyzed by using SPSS 21 package program, and the median value, smallest and largest value ranges, numbers and percentages were evaluated. 53% of the participants are between the ages of 18-30, 53% are female, 52.6% are married, 74.8% are university graduates and 35.7% are support healthcare personnel. At the same time, 55.2% of them have been working in the same institution for 1-10 years and they work in the same built and room throughout their working period. Moreover, 87% of them spend 8 hours a day, 86.4% of them spend most of their daily working time indoors. While 26.5% of the participants evaluated the working environment as less stressful, 25% rated it as too stressful. 48.7% of the employees stated that comfort of the working room is sufficient. It was observed that 57.4% of the participants had one of the respiratory tract diseases. When SBS symptoms were evaluated, the most commons were determined as fatigue, general muscle-joint pain, drowsiness and headache, respectively. It was found that 92.2 of the participants did not self-medicate due to SBS and 96.1% did not consult a doctor. Prevention of SBS in hospitals is possible by

¹ Kafkas Üniversitesi Kağızman Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü/sevilaslan716@gmail.com.

² Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Lisans Mezunu.

arranging physical properties (improvement of ventilation and heating systems, widening of the working area, ergonomic selection of equipment, etc.).

Key Words: Patient Building Syndrome, Physical Properties of Building, Indoor Pollutants, Symptoms.

1. GİRİŞ

Kentleşmenin oldukça hızlı artmasına bağlı olarak günümüzde insanların büyük çoğunluğu zamanlarının büyük bölümünü ev, işyeri ya da alışveriş merkezleri gibi kapalı mekânlarda geçirmektedir. Bu da kapalı ortamların fiziksel özelliklerinin insan sağlığı üzerinde oldukça etkili olmasına neden olmaktadır. Kapalı ortamların ısıtma ve soğutma sistemleri, temizlik durumları, havalandırma koşulları ve bina içinde kullanılan araç gereçlerin ergonomikliği bu anlamda büyük önem taşımaktadır. Binaların sahip olduğu bu özelliklerden kaynaklı olarak sağlık sorunları yaşanabilmektedir. Özellikle birçok risk faktörünün bulunduğu kapalı mekânlardan biri olan hastanelerde, sağlık çalışanlarının fiziki şartlardan fazlasıyla etkilenmeleri kaçınılmazdır. Bu etkilerin kapalı alandan kaynaklandığı ve bireylerin ortamdan uzaklaştığı zamanlarda ortadan kalkması son zamanlarda Hasta Bina Sendromu (HBS) olarak değerlendirilmiştir. Binaların ‘hasta’ olarak nitelendirilmesi için, binanın genelinde ya da belli bir yerinde rahatsızlık verici durumların olması, yaşanan rahatsızlıkların bina kaynaklı olması (Özyaral ve Keskin, 2009; Uçar ve Taşdemir, 2016), sağlığa zarar veren hava kirleticilerinin (Demiraslan ve Başak, 2018: 191) ve biyolojik kirleticilerin olması, iç ortam ısısının uygunsuzluğu (Çobanoğlu ve Kiper, 2006: 72) ve iş kaynaklı stres dikkate alınmaktadır (Özyaral ve Keskin, 2009; Yabana Kiremit, 2018: 713).

Hasta Bina Sendromu (HBS), 1970’li yıllardan itibaren kapalı alanlardan kaynaklı rahatsızlıklardan şikâyetlerin artmasıyla fark edilerek zaman içerisinde bina kaynaklı hastalık olarak kabul edilmiştir (Kubo et al., 2006: 107; Uçar ve Taşdemir, 2016). O dönemden itibaren HBS, binalarda yaşayan veya çalışan bütün bireylerin risk altında olması sebebiyle önemli bir problem olarak ele alınmıştır. Bina kaynaklı semptomlar, bireyin ortamdan ayrılmasıyla azalarak yok olurken tekrar aynı ortama geri dönmesiyle tekrarlamaktadır (Ooi, Goh, Phoon, Foo and Yap, 1998: 3-55). Semptomlar bireysel farklılıklara göre değişiklik gösterebilmektedir (Eriksson, Berndt and Stenberg, 2006: 34). Ancak hastalığın tanımlanması için Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1982’de semptomları 5 kategoriye ayırmıştır (Aytaç ve Tüfekçi, 2018: 139);

1. Göz, burun ve boğazda tahriş.
2. Hafıza kaybı, baş ağrısı, konsantrasyon eksikliği, bulantı, baş dönmesi, kusma, fiziksel ve zihinsel yorgunluk gibi nörolojik semptomlar.
3. Deride kızarıklık, kaşıntı, ağrı ve kuruluk gibi dermatolojik semptomlar.
4. Nedensiz aşırı duyarlılık reaksiyonlar (astım olmayan kişilerde astım benzeri semptomlar, göz-burun akıntısı)
5. Koku ve tat bulguları: koku ve tat duyusunda değişikliklerdir.

Hasta bina sendromunu tanımlamak için belirlenmiş bir test olmasa da bina içiyle ilişkili tıbbi sendromların sınıflandırması mevcut olup Tablo 1’de verilmiştir (Otlu, 2008: 26).

Tablo 1. Bina İçiyle İlişkili Tıbbi Sendromlar

Sendrom Türü	Semptomlar
Hasta Bina Sendromu (Tip 1)	-Baş ağrısı -Burunda kuruma -Boğazda kuruma -Bitkinlik ve yorgunluk -Gözlerde kuruma ve acı hissi -Deride kuruma, kızarıklık hali
Hasta Bina Sendromu (Tip 2)	-Gözlerde sulanma veya kaşıntı -Burun akıntısı
Nemlendirici ateş, grip benzeri sendromlar	-Baş ağrısı -Bitkinlik/yorgunluk hali -Kaşıntı ve ağrılar -Öksürük -Vücutta kırıklık hali
Hassas kişilerde ortaya çıkan alerjik reaksiyonlar	-Ateş -Baş ağrısı -Göğüste sıkışma -Solunum güçlüğü
Mesleki astım	-Göğüste sıkışma -Hırıltılı solunum -Solunum güçlüğü

Kaynak: Yaprak, 2016: 7.

Yukarıdaki semptomların görülmesine neden olan etmenler genellikle hava kirleticileri (amonyak, asbest, benzen, biyositler, boya, cam elyafı, çözücüler, deterjan tozları, etil alkol, fotokimyasal duman, formaldehit, hidrokarbonlar, karbondioksit, karbonmonoksit, metil alkol, mikroorganizmalar, nitrojen oksit, pestisitler, radon, sülfür oksit, sterilizasyon yapıcı gazlar, tütün dumanı vb.), havalandırma-iklimlendirme sistemleri (dışarıdan hava giriş kanalları, egzoz havası, filtreler, kontrol sistemleri, karışım odaları, soğutma ve biyolojik kontaminasyon vb.) (Demiraslan ve Başak, 2018: 191; Erdoğan Zeydan vd. 2009: 588; Menteşe vd. 2013: 1866), iş tatmini, iş stresi, sosyal yapı, cinsiyet, atopi, hiperreaktif havayolu ve bireylerde mevcut bazı hastalıklar şeklinde ifade edilebilir (Redlich, Sparer and Cullen, 1997: 1013-1016).

Yüksek riskli binalar olarak hastanelerde HBS'nin görülmesinde özellikle damlacık yoluyla bulaş riski olan mikroorganizmalar ve virüsler, ultraviyole ışınlar, gürültü, tıbbi atıklar, kesici delici aletler, elektrikli araç gereçler ve medikal ürünler önemli yer tutmaktadır. Sağlık çalışanları başta olmak üzere bütün hastane çalışanlarının sürekli olarak maruz kaldıkları bu etmenlerden korunabilmeleri hem bina yöneticilerinin hem de çalışanların alacağı önlemlerle mümkün olacaktır. Kapalı yaşam alanlarının sağlığı açısından büyük öneme sahip olan HBS'nin tespit edilmesi ve engellenmesi son zamanlarda birçok farklı alanda araştırmalara neden olmuştur.

2. YÖNTEM

Çalışmanın gerçekleştirildiği Hatay Devlet Hastanesi, 7 kat ve 13 bloktan oluşmakta ve şehir merkezine uzaklığı 12 kilometredir. Toplam arsa alanı 139.798 metrekare olan hastanede 128.000 m² bahçe alanı, 94.000 m² kullanım alanı ve bina içerisinde oturma alanı toplamı ise 20.783 m² alana sahiptir. Bina 2016 yılının Eylül ayında faaliyete başlamıştır. Toplam 750

yatak (15 adet diyaliz yatağı, 28 adet ameliyathane masası, 8 adet kuvöz, 58 adet acil yatağı ve 97 adet yoğun bakım yatağı) kapasitesine sahip olan hastanede ihtiyaç halinde yatak sayısı 950'ye kadar çıkarılabilmektedir. 96 tane polikliniğe sahip olan hastane günde yaklaşık 7500 hastaya hizmet verebilmektedir. Öte yandan hastaneye ait 2 helikopter pisti, 56'sı engelliler için olmak üzere 1125 araçlık otopark yer almaktadır. Binanın geneli cam ile kaplıdır ve dışarı açılan pencereleri de bulunmaktadır. Tüm kapalı alanlarda ısıtma, soğutma ve havalandırma klima santralleri, soğutma grupları ve aspiratörlerden oluşan bir iklimlendirme ile sağlanmaktadır. Ayrıca ameliyathanelerde hijyenik klimatizasyon mevcuttur. Ameliyathane, yoğun bakımlar, enfeksiyon servisi ve radyoloji bölümü %100 taze hava (dışarı havası), diğerleri karışımli hava (%50 içeri, %50 dışarı havası) almaktadır. Günlük 3.500 kg çamaşır yıkama kapasitesine sahiptir. Yer zemininin PVC materyali, ıslak zeminlerin seramik ile kaplı olduğu hiçbir alanda halı kullanılmamaktadır. Bina genel temizliğinde su, 1/10 oranında sulandırılmış çamaşır suyu ve deterjan, yer temizliğinde paspaslama sistemi kullanılmaktadır. Toplam 234 kameralı CCTV odası ile 24 saat güvenliği sağlanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Hatay Devlet Hastanesi çalışanlarının HBS yaşama durumları, görülen semptomlar ve nedenlerinin araştırılmasıdır. Hastanenin tüm birimlerinde farklı vardiyalarda 2000 civarında kişi çalışmakta olup gönüllü olarak ankete katılmayı kabul eden 230 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma verileri 2018 yılı Şubat ayında, katılımcılara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gönüllü olanlardan sözlü onam alınarak toplanmıştır. Araştırmada demografik faktörler, hasta bina sendromu ile ilgili semptomlar ve çalışanların bazı özelliklerini saptamaya yönelik 58 sorudan oluşan anket kullanılmıştır. Anket yanıtları açık uçlu, çoktan seçmeli, evet-hayır, dördü (yok, nadiren, sık sık ve sürekli) ve beşli (yok, az, orta, fazla ve çok fazla veya çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü) likert tipi olarak hazırlanarak değerlendirilmeye alınmıştır. Anket, Yücel (2008) tarafından hazırlanan doktora tezinden temin edilmiştir. Anket kullanım izni, yazardan mail yoluyla talep edilmiş ancak yanıt alınamamıştır.

Araştırma verileri araştırmacı tarafından hastanenin her birimi ziyaret edilerek toplanmış ve eş zamanlı olarak, çalışma ortamları için hazırlanmış olan çalışma ortamı değerlendirme formu doldurulmuştur. Çalışma ortamlarının çalışmaya dahil edilmesi için çalışanların en az 3/4'ünün birimde bulunma şartı aranmıştır. Ölçeğin güvenilirliği Cronbach's Alpha yöntemiyle test edilmiş olup %79 (,787) oranında güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Veri analizleri SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin tanımlanması için ortanca değeri, en küçük ve en büyük değer aralıkları; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Hatay Devlet Hastanesi binası çalışanlarında, Hasta Bina Sendromu (HBS) yaşama durumları, görülen semptomlar ve etki eden faktörleri değerlendirmek için yapılan çalışmada; katılımcıların demografik özelliklerinin yanı sıra, çalışma ortamlarına ait çeşitli psiko-sosyal ve çevresel faktörlerle ilgili görüşlerini içeren sorulardan oluşan bir anket uygulanmıştır. Anket verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

3.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların bireysel özelliklerinin yanında mevcut işteki çalışma süreleri, aynı bina, oda ve ortamdaki çalışma sürelerine yönelik bulgulara yer verilmektedir.

Tablo 2’de katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumu bilgileri yer almıştır.

Tablo 2. Çalışanların Demografik Özellikleri

		Sayı	Yüzde
Yaş Grupları	18-30 yaş	122	53
	31-40 yaş	55	23,9
	41-50 yaş	41	17,8
	50 ve üzeri yaş	12	5,2
Cinsiyet	Erkek	108	47
	Kadın	122	53
Medeni Durum	Evli	121	52,6
	Bekar	109	47,4
Öğrenim Durumu	İlkokul	0	0
	Ortaokul	1	0,4
	Lise	57	24,8
	Üniversite	172	74,8
Görev	Memur	78	33,9
	Müdür ve Yardımcıları	12	5,2
	Hemşire	58	25,2
	Destek Personeli	82	35,7
	Toplam	230	100

Çalışmaya katılan kişiler yaş değişkenine göre değerlendirildiğinde; katılımcıların %53’ü (122 kişi) 20-30 yaş arasında, %23,9’u (55 kişi) 31-40 yaş arasında, %17,8’i (41 kişi) 41-50 yaş arasında, %5,2’si (12 kişi) 50 ve üzeri yaş aralığındadır. Katılımcıların %47’si (108 kişi) erkek, %53’ü (122 kişi) kadındır. Çalışmaya katılanların %52,6’sı (121 kişi) evli, %47,4’ü (109 kişi) bekâr olduğunu belirtmiştir. Kişilerin %0,4’ü (1 kişi) ortaokul mezunu, %24,8’i (57 kişi) lise mezunu ve %74,8’i (172 kişi) üniversite mezunudur. Çalışmaya katılanların %33,9’u (78 kişi) memur olarak görev yapmaktadır, %1,3’ü (3 kişi) müdür, %3,9’u (9 kişi) müdür yardımcısı düzeyinde, %25,2’si (58 kişi) hemşire ve %35,7’si destek personeli olarak görev yapmaktadırlar.

Tablo 3. Çalışanların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

		Sayı	Yüzde
Toplam Çalışma Süresi	1-10 yıl	127	55,2
	11-20 yıl	51	22,2
	21-30 yıl	46	20
	31-40 yıl	6	2,6
Binada Çalışma Yılı	1-5 Yıl	230	100

Buldukları Odada Çalışma Yılı	1-3 Yıl	230	100
Buldukları Odada Çalışma Süresi (saat/gün)	1-8 saat	200	87
	9-16 saat	30	13
Kapalı Ortamda Çalışma Süresi (saat/gün)	1-8 saat	199	86,5
	9-16 saat	31	13,5
	Toplam	230	100

Çalışanların toplam çalışma süreleri, mevcut binada, buldukları odada ve kapalı ortamda çalışma saatlerine göre dağılımları Tablo 3'te görülmektedir. Çalışmaya katılanların toplam çalışma yılı değerlendirildiğinde %55,2'si (127 kişi) 1-10 yıl arasında, %22,2'si (51 kişi) 11-20 yıl arasında, %20'si (46 kişi) 21-30 yıl arasında, %4,6'sı (6 kişi) 31-40 yıl arasında çalışmakta olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların halen çalıştıkları binada ve buldukları odada çalışma yıllarına göre dağılımı incelendiğinde çalışanların tamamının 1-3 yıl arasında binada çalışmakta olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %87'si (200 kişi) günde ortalama 1-8 saat buldukları odada çalıştıklarını belirtirken, %13'ü (30 kişi) günde 9 ve 16 saat buldukları odada görev yaptığını belirtmişlerdir. Katılımcıların %86,5'i (199 kişi) günde ortalama 1-8 saat, %13,5'i (31 kişi) 9-16 saat kapalı ortamlarda çalıştıklarını belirtmiştir. Çalışanların, çalışma ortamındaki bazı çevresel faktörler ve psikososyal durumları ile ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Çalışma Ortamından Kaynaklanan Psikososyal ve Çevresel Faktörlerin Değerlendirilmesi

Faktör		Sayı	Yüzde
Stres	Yok	29	12,6
	Az	61	26,5
	Orta	76	33
	Fazla	58	25,2
	Çok Fazla	6	2,6
Çalışanlarla Sosyal İlişkiler	Çok İyi	75	32,6
	İyi	11	48,3
	Orta	40	17,4
	Kötü	4	1,7
Ortam Gürültüsü	Gürültüsüz	24	10,4
	Az Gürültülü	91	39,6
	Orta Düzeyde Gürültülü	58	25,2
	Gürültülü	51	22,2
	Çok Gürültülü	6	2,6
Çalışma Odası Konforu	Çok İyi	56	24,3
	Yeterli	112	48,7

	Orta Düzeyde Yeterli	49	21,3
	Yetersiz	13	5,7
Çalışma Masası Temizliği	Çok İyi	80	34,8
	Yeterli	102	44,3
	Orta Düzeyde Yeterli	42	18,3
	Yetersiz	6	2,6
Bilgisayar Kullanma Süresi	Hayır	100	43,5
	Evet	130	56,5
	Toplam	230	100

Tablo 4’te yer alan çalışma ortamından kaynaklanan stres düzeyleri değerlendirildiğinde; katılımcıların kendilerini %12,6 (29 kişi) stressiz, %26,5 (61 kişi) az stresli, %33 (76 kişi) orta derecede stresli, %25,2 (58 kişi) fazla stresli ve %2,6 (6 kişi) çok fazla stresli olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Kişilerin %48,3’ü (111 kişi) diğer çalışanlarla iyi sosyal ilişkisi olduğunu belirtirken, %17,4’ü (40 kişi) diğer çalışanlarla sosyal ilişkilerinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %39,6’sı (91 kişi) çalışma ortamının gürültü düzeyine az, %25,2’si (58 kişi) orta, %22,2’si (51 kişi) ise fazla cevabını vermiştir. Çalışmaya katılanların %5,7’si (13 kişi) çalışma odasının konforunu yetersiz, %48,7’si (112 kişi) ise yeterli bulmaktadır. Çalışmaya katılanların %2,6’sı (6 kişi) çalışma masasının temizliğini yetersiz, %44,3’ü (102 kişi) ise yeterli bulmaktadır. Katılımcıların %43,5’i (100 kişi) gün içinde hiç bilgisayar kullanmadığını belirtirken, %56,5’i (130 kişi) ise gün içerisinde 5 saatten fazla süre bilgisayar kullandığını belirtmiştir.

3.2.2. Çalışmaya Katılan Kişilerin Hasta Bina Sendromu Yaşama Durumları

Çalışanların herhangi bir hastalığı olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla sorulan sorularda katılımcıların %57,7’sinde (132 kişi) kronik rinit, kronik farenjit, kronik sinüzit ve bronşial astım hastalıklarından bir veya birkaçının mevcut olduğu saptanmıştır. Bu verilere dayanarak Tablo 5’te, katılımcıların sahip oldukları hastalıkların görülme sıklığı, sigara içme durumu ve günlük içilen sigara sayısı gösterilmiştir.

Tablo 5. Çalışanlarda Mevcut Olan Kronik Solunum Yolu Hastalıkları ve Sigara Kullanım Durumları

Hastalık	Sayı	Yüzde
Kronik Rinit	44	19,1
Kronik Farenjit	22	9,6
Kronik Sinüzit	35	15,2
Bronşial Astım	31	13,5
Toplam	132	57,4
Sigara İçme Durumu	Sayı	Yüzde
İçiyor	70	30,4
İçmiyor	160	69,6

Toplam	230	100
Günlük İçilen Sigara Sayısı	Sayı	Yüzde
1-10 Adet	53	23
11-20 Adet	16	7
20 ve Üzeri Adet	1	0,4
Toplam	70	100

Çalışmaya katılan kişilerin %15,2'si (35 kişi) kronik sinüziti, %9,6'sı (22 kişi) kronik farenjiti, %19,1'i (44 kişi) kronik riniti ve %13,5'i (31 kişi) bronşial astımı olduğunu belirtmiştir. Çalışanların % 42,6'sı (98 kişi) herhangi bir kronik solunum yolu hastalığının bulunmadığını belirtmiştir. Hasta bina sendromu semptomlarının bulunma durumunun doğru tespit edilmesini zorlaştıracığından kronik hastalığa sahip katılımcılar değerlendirme dışı bırakılmıştır. Katılımcıların %30,4'ü (70 kişi) sigara içtiğini, %69,6'sı (160 kişi) sigara içmediğini belirtmiştir. Sigara içenlerden günlük içilen sigara sayısını belirten kişi sayısı 70'tir. Sigara sayısını belirtenlerin %23'ü (53 kişi) 1-10 adet, %7'si (16 kişi) günde ortalama 11-20 adet, %0,4'ü (1 kişi) ise 21 ve daha fazla sayıda sigara içtiğini belirtmiştir.

Hasta bina sendromu (çalıştıkları ortamdan dolayı) sonucunda çalışanlarda görülen semptomlar, semptomların görülme sıklığı ve bunlara bağlı olarak ilaç kullanımının ya da doktora başvuru durumunun varlığı değerlendirilmiştir. Söz konusu bilgiler Tablo 6, 7 ve 8'de yer almaktadır.

Tablo 6. Çalışanlarda Hasta Bina Sendromu Semptomlarının Görülme Sıklığı

Semptom	Görülme Sıklığı							
	Nadiren		Sık Sık		Sürekli		Toplam	
	Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde**	Sayı	Yüzde*
Gözlerde yanma batma	93	40,4	31	13,5	2	0,9	126	54,8
Gözlerde sulanma	85	37	20	8,7	3	1,3	108	47
Gözlerde kızarıklık	71	30,9	23	10	2	0,9	96	41,8
Boğaz kuruluğu	99	43	45	19,6	9	3,9	153	66,5
Kuru öksürük	41	17,8	5	2,2	2	0,9	48	20,9
Hırıltılı solunum	9	3,9	3	1,3	1	0,4	13	5,6
Boğaz ağrısı hassasiyet	44	19,1	3	1,3	1	0,4	48	20,8
Dudaklarda çatlama	44	19,1	14	6,1	9	3,9	67	29,1
Burun akıntısı	50	21,7	24	10,4	1	0,4	75	32,5
Burun kanaması	8	3,5	0	0	0	0	8	3,5
Burun tıkanıklığı	46	20	17	7,4	0	0	63	27,4
Hoş olmayan koku hissi	140	60,9	26	11,3	2	0,9	168	73,1
Ağızda hoş olmayan tat	22	9,6	2	0,9	0	0	24	10,5

Görmede zayıflama	75	32,6	7	3,4	0	0	82	36
Nefes darlığı	38	16,5	13	5,7	2	0,9	53	23,1
Göğüste sıkışma hissi	36	15,7	4	1,7	0	0	40	17,4
Ateş basması	116	50,4	11	4,8	0	0	127	55,2
Uyuklama	124	53,9	51	22,2	6	2,6	181	78,7
Yorgunluk	30	13	113	49,1	82	35,7	225	97,8
Karın ağrısı	13	5,7	1	0,4	0	0	14	6,1
Mide bulantısı	19	8,3	2	0,9	0	0	21	9,2
Kusma	4	1,7	1	0,4	0	0	5	2,1
Huzursuzluk	66	28,7	9	3,9	2	0,9	77	33,5
Baş ağrısı	134	58,3	36	15,7	2	0,9	172	74,9
Baş dönmesi	35	15,2	3	1,3	0	0	38	16,5
Genel adale eklem ağrısı	19	8,3	142	61,7	62	27,0	223	97
Cilt kuruması	43	18,7	10	4,3	1	0,4	54	23,4
Ciltte kızarıklık	38	16,5	6	2,6	0	0	44	19,1
Ciltte kaşıntı	38	16,5	5	2,2	0	0	43	18,7

*Toplam kişi sayısı üzerinden alınmış yüzdendir (N: 230).

**Semptomları olan kişiler üzerinden alınmış yüzdendir.

Çalışmaya katılan kişiler, hasta bina sendromu semptomlarından en sık olarak %97,8 (82 kişi) oranında yorgunluktan yakınmaktadır. İkinci sırada %97 (223 kişi) oranında genel adale ağrısından, üçüncü sırada %78,7 (181 kişi) oranında uyuklamadan, dördüncü sırada %74,9 (172 kişi) oranında baş ağrısından ve beşinci sırada ise %73,1 (168 kişi) oranında hoş olmayan koku hissinden yakındıklarını belirtmişlerdir. Çalışanlardan kendilerinde semptomlardan herhangi birinin bulunduğunu belirten 230 kişinin kendi kendilerine ilaç kullanma durumlarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Çalışanların Semptomlar Nedeni ile Kendi Kendilerine İlaç Kullanma Durumları

Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumu	Sayı	Yüzde
Kullanıyor	18	7,8
Kullanmıyor	212	92,2
Toplam	230	100

Tablo 7’de yer alan bilgilere göre katılımcıların %92,2’si (212 kişi) semptom göstermelerine rağmen kendi kendilerine herhangi bir ilacı kullanmadıklarını belirtmiştir. Şikayetleri nedeniyle kendi kendine ilaç kullanan kişi sayısı 18’dir.

Tablo 8. Çalışanların Semptomlar Nedeni ile Son 3 Ayda Doktora Başvurma Durumları

Doktora Başvurma Durumu	Sayı	Yüzde
Başvurmuş	9	3,9
Başvurmamış	221	96,1
Toplam	230	100

Tablo 8’de yer alan bilgilere göre; semptom gösteren katılımcıların %3,9’u (9 kişi) mevcut şikayetleri nedeni ile doktora başvurduğunu, %96,1’i ise (221 kişi) başvurmadığını belirtmiştir. Doktora başvurmuş olan 9 kişinin 8’i doktor tarafından kendilerine ilaç verildiğini belirtmiştir. Doktor tarafından kendisine ilaç verildiğini belirten 8 kişinin de 7’si verilen ilaçlardan fayda gördüğünü belirtmiştir.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmada hasta bina sendromu semptomlarının görülme durumu, görülen semptomlar ve nedenleri incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada, HBS semptomlarından en sık görülenler sırası ile yorgunluk (%97,8), genel adale eklem ağrısı (%97), uyuklama (%78,7), baş ağrısı (%74,9) ve hoş olmayan koku hissi (%73,1) olarak tespit edilmiştir. Bourbeau, Brisson and Allaire’nin (1996) yaptığı çalışmada en çok görülen semptomlar sırasıyla; boğaz kuruluğu %23, gözlerde yanma %17,7, yorgunluk ve bitkinlik %15 ve baş ağrısı %7,3 olarak belirtilmiştir. Slovenya’da yapılan bir araştırmada da nörotoksik semptomlar olarak sınıflandırılan semptomlardan olan baş ağrısı ve bitkinlik %75,0 ile en sık belirtilen semptomlar olarak belirtilmiştir (Muhic and Butala, 2004). Nordström, Norback and Akselsson’nun (1995) sekiz ayrı hastanede 225 hastane çalışanıyla yapılan çalışma sonucunda halsizlik ve yorgunluk %30 oranında, göz irritasyonu %23 oranında, kuru cilt yakınması ise %34 oranında bildirilmiştir. Ankara’da yapılan çalışmada ilk 3 sırada görülen HBS semptomları, yorgunluk (%69), baş ağrısı (%65,7) ve gözlerde yanmadır (%55,2) (Yücel, 2011). Runeson, Klinteberg, Norback and Edling’in (2004) çalışmasında solunum, deri, baş ağrısı, yorgunluk ve bitkinliğin en çok görülen semptomlar arasında olduğu belirtilmiştir. Yukarıdaki çalışmaların bulguları bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılanların stres düzeyine göre; stres yok diyenlerin %12,6’sında HBS tespit edilmişken, stresi az olarak değerlendirenlerin %26,5’inde, stresi orta; fazla; çok fazla olarak değerlendirenlerin sırasıyla %33,0; %25,2; %2,6’sında HBS tespit edilmiştir. Sürekli bir ilaç kullanmayanların %92,2’sinde; sürekli bir ilaç kullananların %7,8’inde HBS tespit edilmiştir.

Hastanelerin sahip oldukları fiziksel özellikler, iş yapma süreçlerinde kullanılan araç-gereçler ve hizmet sunulan kişilerin sahip oldukları hastalıklar düşünüldüğünde çalışanlarda HBS yaşanma ihtimali oldukça yüksektir. Hizmet alanı insan sağlığı olan hastanelerde, sağlıklı hizmet sunumu için çalışan sağlığı ve memnuniyeti kritik öneme sahiptir. Bu nedenle her hastane özelinde çalışanların HBS bulguları incelenerek gerekli değişiklikler yapılacağı gibi bütün hastanelerde yapılabilecek düzenlemelerle bu sendromun engellenmesi mümkün olacaktır. Özellikle hastanelerin genelinde yapılması gereken düzenlemeler için aşağıda önerilere yer verilmiştir;

- Havalandırma sistemlerinin sağlığı olumsuz etkilemeyen ve uzun çalışma sürelerine uygun hale getirilmeli,
- Kapalı alanlarda çalışanların dinlenme sürelerinin uzatılarak bu sürelerin mümkün mertebe açık havada geçirilmeli,
- Yorgunluk ve adale-kas ağrısı gibi semptomların giderilmesi için çalışma masa ve sandalyelerinin ergonomik hale getirilmeli,
- Çalışanlarının görev tanımlarının ve sorumluluk alanlarının net hale getirilmeli,
- Temizlik için kullanılan ürünlerin kokusuz (ya da koku yoğunluğu azaltılmış) tercih edilmeli,
- İnsan yoğunluğundan kaynaklanan kokuların giderilmesinde açık havadan faydalanılmalı (klima sistemleri ya da havalandırma kanallarında dışarı havasının kullanılması)
- Kalabalık birimlerde metrekarenin uygun oranda arttırılmalı,
- Kapalı mekanlarda bitkilerden faydalanılmalı.

5. KAYNAKÇA

Aytaç, S. ve Tüfekçi, U., (2018), Hasta Bina Sendromu'nun Azaltılmasında Ergonomik Önlemlerin Önemi, Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 6: 137-142.

Bourbeau, J. Brisson, C. and Allaire, S., (1996), Prevalance Of The Sick Buildings Syndrome Symptoms In Office Workers Before And After Being Exposed To A Building With An Improved Ventilation System, Occupational and Environmental Medicine, 53: 204-10.

Çobanoğlu, N. ve Kiper, N., (2006), Bina İçi Solunan Havada Tehlikeler, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49: 71-75.

Demirarslan, K.O. ve Başak, S., (2018), Hasta Bina Sendromu Kavramı Literatür Araştırması ve Çeşitli Mekânların İç Hava Kalitelerinin Karşılaştırılması, Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi, 6(2): 190-201.

Erdoğan Zeydan, Z., Zeydan, Ö. ve Yıldırım, Y., (2009), Hasta Bina Sendromu, IX. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi, Tepekule, İzmir, 6-9 Mayıs 2009, 587-595.

Eriksson, N.M., and Stenberg, B.G.T., (2006), Baseline Prevalance Of Symptoms Related To Indoor Environment, Scandinavian Journal of Public Health, 34: 387-396.

Kubo, T., Mizoue, T., Ide, R., Tokui, N., Fujino, Y., Minh, P.T., et al., (2006), Visual Display Terminal Work And Sick Building Syndrome- The Role Of Psychosocial Distress In The Relationship, Journal of Occupational Health, 48: 107-112.

Menteşe, S., Böce T., Mutlu, M.B., Özdemirpençe, S.S., Nişancı, S.Y., Palaz, E. vd., (2013), Havadan Kaynaklı Bakteri Seviyesinin Çanakkale'deki Ev, Yurt ve Okullarda Mekansal Değişimi 1865-1892, 11. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi, İzmir, 17-20 Nisan 2013, 1873.

Muhic, S. and Butala, V., (2004), The Influence Of Indoor Environment In Office Buildings On Their Occupants: Expected–Unexpected, Building and Environment, 39: 289-96.

Nordström, K. Norback, D. and Akselsson, R., (1995), Influence Of Indoor Air Quality And Personal Factors On The Sick Building Syndrome In Swedish Geriatric Hospitals, Occupational and Environmental Medicine, 52:170-6.

Ooi, P.L., Goh, K.T., Phoon, M.H., Foo, S.C., and Yap, H.M., (1998), Epidemiology Of Sick Building Syndrome And Its Associated Risk Factors In Singapore. *Occupational and Environmental Medicine*, 55: 188-193.

Otlu, M., (2008), Turgut Özal Tıp Merkezi çalışanlarında Hasta Bina Sendromu Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya.

Özyaral, O. ve Keskin, Y., (2009), Sağlık Çalışanları ve Sıkıcı Hastane Sendromu, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu (SDP) *Aralık-Ocak-Şubat 2008-2009 tarihli SD Dergi* 9. sayıdan alıntılanmıştır, <http://sdplatform.com/Dergi/932/Hasta-bina-sendromu.aspx>. Erişim Tarihi: 26.12.2020.

Redlich, C.A., Sparer, J. and Cullen, M.R., (1997), Sick-Building Syndrome, *The Lancet*, 349(5): 1013-1016.

Runeson, R., Norback D., Klinteberg B. and Edling, C., (2004), The Influence Of Personality, Measured By The Karolinska Scales of Personality (KSP), On Symptoms Among Subjects In Suspected Sick Buildings, *Indoor Air*, 14: 394-404.

Uçar, A. ve Taşdemir, M., (2016), Hasta Bina Sendromu, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2016 tarihli 38. sayıda, sayfa 28-31 arasında yayınlanmıştır, <https://www.sdplatform.com/Dergi/215/Saglik-calisanlari-ve-sikici-hastane-sendromu.aspx>. Erişim Tarihi: 26.12.2020.

Yabana Kiremit, B., (2018), Hasta Bina Sendromunun Sağlık Çalışanları Üzerine Etkileri, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(1): 665-682.

Yaprak, G., (2016), Sağlık Kurumlarında İş Sağlığı ve İş Güvenliği Hasta Bina Sendromunun Sağlık Çalışanları Üzerinde Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Yücel, A., Aycan, S., Özkan, S. ve Vaizoğlu, S., (2011), Bir Kamu Hastanesi Çalışanlarında Hasta Bina Sendromu, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 21(3): 19-27. <https://silo.tips/download/bir-kamu-binas-alanlarinda-hasta-bina-sendromu>. Erişim Tarihi: 26.12.2020.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN GELECEK KAYGISI İLE SINAV KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA*

A STUDY ON THE RELATIONSHIP BETWEEN UNIVERSITY STUDENTS' HOPELESSNESS AND TEST ANXIETY

Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA¹
Güler AKIN²
Arş. Gör. Servet ALP³

ÖZET

Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin gelecek kaygısı (umutsuzluk) ile sınav kaygısı arasındaki ilişki çeşitli değişkenler yönünden incelenmiştir. Kaygı, bireyin hayatının belirli dönemlerinde yaşadığı bir duygu ve deneyimdir. Sınav kaygısı ve gelecek kaygısı da kaygının özel bir durumudur. Araştırma Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi 2019- 2020 akademik yılı içerisinde Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan 319 öğrenci ile üzerinde uygulanmıştır. Katılımcıların %71,2'si kadın, %71,6'sı 21 yaş altındadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak düzenlenen ankette, kişisel bilgi formu, 'Beck Umutsuzluk Ölçeği' (Beck, 1974) ve 'Sınav Kaygısı Ölçeği' (Bahçeci, 2006) kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikleri, t-testi ve tek yönlü korelasyon analizleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda, öğrencilerin gelecek kaygı (umutsuzluk) düzeylerinin orta düzeyde yüksek ($x=7,52$), sınav kaygı düzeylerinin orta düzeyde yüksek ($x=109,29$) olduğu görülmüştür. Gelecek kaygısı kız öğrencilerde kısmen yüksek olsa da cinsiyete göre anlamlı bir fark görülemedi ancak sınav kaygı düzeyinin cinsiyete göre ($p<0,05$) farklılık gösterdiği görülmüştür. Gelecek kaygısı (umutsuzluk) ve sınav kaygısı arasında orta düzeyde bir ilişki vardır ($p<0,01$, $r=0,371$).

Anahtar Kelimeler: Sınav Kaygısı, Gelecek kaygısı, Umutsuzluk, Üniversite Öğrencileri, Sağlık Yönetimi.

ABSTRACT

In this study, the relationship between university students' future anxiety (hopelessness) and test anxiety was examined in terms of some variables. Anxiety is a feeling and experience that individual experiences in certain periods of his life. Test anxiety and future anxiety are also a special case of anxiety. The research was carried out at Burdur Mehmet Akif Ersoy University with 319 students studying at the Department of Health Management in 2019-2020 academic year. 71.2% of the participants are women and 71.6% are under 21 years old. Personal information form, "Beck Hopelessness Scale" (Beck, 1974) and "Exam Anxiety Scale" (Bahçeci, 2006) were used as data collection tools in the study. Descriptive statistics, t-test, and one-way correlation analysis were used in analyzing the data. As a result of the analysis, it was observed that the future anxiety (hopelessness) levels of the students were moderately high ($x = 7.52$), and their exam anxiety levels were moderately high ($x = 109.29$). Although hopelessness was partially high in female students, no significant difference was observed according to gender, but it was observed that the level of test anxiety differed by gender ($p < 0.05$). There is a moderate relationship between future anxiety (hopelessness) and test anxiety ($p < 0.01$, $r = 0.371$).

Keywords: Test Anxiety, Future Anxiety, Hopelessness, University Students, Health Management.

* Bu çalışma 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı 2019/2 başvuru döneminde TÜBİTAK tarafından desteklenmiştir.

¹ Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü/nokara@mehmetakif.edu.tr.

² Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi/gülerakin.akademik@gmail.com.

³ Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü/salp@mehmetakif.edu.tr.

1. GİRİŞ

Günümüzde gençler, gelecekte yaşamlarını rahat, güvenilir, konforlu ve yüksek standartlarda geçirebilmek arzusu ile bu arzularını yerine getirebilecek imkânları sağlayabilecek meslek sahibi olmak isterler. Bu isteklerini gerçekleştirebilmek adına üniversiteler meslek seçimi konusunda tercih edilen yüksek öğretim kurumları olarak faaliyet gösterirler. Pek çok eğitim sisteminde, öğrencilerin yükseköğretime yerleştirilmesi için değerlendirme kriterleri olarak okul notları ve başarı testleri kullanılmaktadır. Bu anlamda akademik başarı, gelecekteki mesleki durum, gelir ve refah düzeylerinin en önemli belirleyicisi gibi görünmektedir (Spinath, 2012). Üniversiteye giriş aşamasından, mezun olma sürecine kadar bireyler akademik başarılarının test edilmesi amacıyla farklı seviye ve sayıda sınavlara girmek zorundadır. Bunun yanı sıra, üniversite eğitiminin başlangıç yılları, öğrenciler için gerek ergenlik dönemlerinde olmaları gerekse bazı spesifik sıkıntılar ile iç içe oldukları yıllardır (Hisli, 1989). Üniversite dönemi, öğrencilerin aileden uzak kalma, maddi sıkıntı, sınav kaygısı, gelecek kaygısı gibi çeşitli durumlar ile baş etmek zorunda kaldıkları bir dönemdir. Bu dönemlerde maruz kalınan bazı olumsuz durumlar neticesinde öğrencilerin yaşamış oldukları kaygı ve stres düzeyi oldukça yüksektir (Hisli, 1989: 3).

Liebert ve Morris'e (1967:975) göre kaygı, bireyin sahip olduğu beceri ve yeteneklerini kullanarak başarılı olmak istediği bir konuda performansına yönelik hissetmiş olduğu olumsuz duygu durumudur. Kaygı, bireyin yaşamı boyunca yaşadığı zorluklar ve sıkıntıları gelecek hayatında da karşılaştığını düşünerek endişe, tutarsızlık, güvenememe, yersiz korku durumu gibi bir dizi olumsuz duygulara kapılması olarak tanımlanabilir (Akyıldız, 1987, Aktaran; Kaya ve Karaca, 2018: 1495). Kaygı, birey için önem atfeden bir konu veya durumda düşük başarı sağlama veya başarısız olma beklentisi sonucunda oluşan duygu durumudur (Margalit ve Zak, 1984: 537). Yani kaygı durumunun oluşabilmesi için kaygı duyulan durumun birey için değerli ve önemli olması gerekir. Örneğin suyun olmadığı veya çok az olduğu bir bölgede su değerlidir. Bu durum beraberinde kaygı durumuna neden olabilir. Öğrenciler için de sınavdan geçerli puan almak önemli olabilir ve sınavdan geçerli puan almanın kendisi için önemli olduğunu düşünen bir öğrenci için sınavdan geçerli puan almaya yönelik düşük beklentinin var olması kaygı durumunu da beraberinde getirecektir. Ayrıca kaygılı bireyler, kaygı duydukları durumun olumsuz yönlerine odaklanmaktadır. Bu durum sonucunda da olumsuz duygular ortaya çıkabilir (Custodero, 2013: 10). Kaygı, genellikle gerginlik, terleme ve artan nabız hızı gibi fiziksel belirtiler ile birlikte, riskin gerçekleşme olasılığı ve doğası sonucu şüphe ve bireyin bu durumla başa çıkma kapasitesinden endişe etmesi ile kendini gösteren anormal ve karşı konulamaz endişe ve korkuyu barındıran bir duygudur (Merriam-Webster Dictionary online, 2012; Kızılaslan ve Kızılaslan, 2018: 152). Kaygı durumunun bireylerde ilk görüldüğü yıllar, çocukluk dönemlerine dayanmaktadır. Sınav kaygısının bireyde yer edinmesi çocukluk dönemlerinde başlar ve ilerleyen yıllarda artarak devam eder (Erözkan,2004: 15). Bu dönemde bireylerin deneyimledikleri kötü anılar, isteklerinin reddedilmesi, ergenlik döneminde aşağılanma, alaycı davranışlar, arkadaşları tarafından önemsenmeme, aile fertlerinin baskısı, yetersiz görülme, beceri ve fikirlerin dikkate alınmaması, yersiz ve gereğinden fazla korumacı aile tepkisi, aile içerisinde yaşanan çatışmalar ve huzursuzluk gibi olumsuz durumları olarak devam etmekte ve sonuç olarak kaygı durumunun oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Alisinaoğlu ve Ulutaş, 2000: 145).

Kültürel ve dilsel olarak farklı geçmişlere sahip öğrenciler de yüksek düzeyde sınav kaygısına sahip olma eğilimindedir. Engelli olan öğrencilerin sahip olduğu kaygı düzeyi herhangi bir engeli olmayan akranlarına göre daha yüksek düzeydedir (Salend, 2016: 59). Kaygı

durumunun artması bireylerde, huzursuzluk ve karamsarlık duygularının oluşmasına neden olmaktadır. Bireylerin bir şeyleri başarabilmeleri noktasında kendilerini yeterli görmemelerine, sürekli kötü bir şeyin olacağını hissetmelerine ve gereksiz endişelere kapılmalarına neden olabilmektedir (Çakmak ve Hevedanlı, 2005: 116). Kaygı ve duygusallık durumu öğrencileri sosyal destek arayışına sevk etmektedir (Stöber, 2004: 220). Kaygı aynı zamanda, stres durumunun bir sonucu olan depresyon ile de ilişkilidir yani kaygı arttıkça stres durumu da artmakta bu da depresyona neden olmaktadır (Bozkurt,2004: 57).

Sınav kaygısı, öğrencilerin sınav ortamında yaşamış oldukları endişeleri ifade etmek için kullanılan bir kavramdır (Putwain, 2008:144). Sınav kaygısı, duruma özgü bir kaygıdır, yani özellikle testler ve performansla ilgili durumlar karşısında artan kaygı ile tepki verme eğilimi olarak ifade edilen (Hodapp ve ark., 1995, Aktaran; Stöber, 2004: 214) öğrencilerin, eğitim hayatı boyunca deneyimlemiş oldukları negatif duygulardır. Bu duygular başarı düzeylerinin düşmesine yol açıyor olsa da sosyalleşme düzeyinin ve kişilik uyumunun yüksek olması durumunda yaşanan kaygı bireyden bireye değişebilmektedir (Dündar, ve ark., 2008:183). Üniversite yaşamında kurulan ilişkiler kaygının oluşmasında etkili olmaktadır. İçerisinde bulunduğu çevre ile iletişim halinde olan ve arkadaşlık ilişkileri gelişmiş olan öğrenciler, arkadaşlık ilişkileri daha az gelişmiş öğrencilere göre daha az kaygı durumu yaşamaktadır. Sınav kaygısının oluşmasında sınav sorularının zorluğu, öz yeterlilik durumu, sınava atfedilen değer, başarı beklentisi gibi faktörler etkili olmaktadır (Hong,1999: 443-444). Öğrencilerin ailelerinin kendilerinden yüksek beklenti algıları, eleştirilme korkusu ve aile üyelerinin mükemmeliyetçi tavırları başarısızlığa karşı hassasiyet gibi nedenler de sınav kaygısını arttıran faktörlerdir (Kula ve Saraç,2016: 239-240). Cinsiyet faktörü de sınav kaygısının bir belirleyicisidir. Kız öğrencilerin yaşamış olduğu sınav kaygısı erkek öğrencilere göre daha yüksektir (Hong ve Karstensson, 2002: 361; Besharat, 2003: 1053; Stöber, 2004: 221; Bozkurt,2004: 57; Bodas ve Ollendick, 2005: 84; Dündar, ve ark., 2008:183; Çakmak ve Hevedanlı, 2005: 123-124; Güler ve Çakır, 2013: 90; Aygün, 2014: 91; Softa ve ark., 2015:1488; Kula ve Saraç,2016: 239; Eser ve Burdur, 2017: 50). Gerek kadın öğrencilerin duygusal olmaları gerekse kültürel ve aile yapısındaki süre gelen inançlardan dolayı kadına verilen düşük değer dolayısıyla kadın öğrenciler erkek öğrencilere göre daha yüksek kaygı yaşamaktadır (Softa ve ark., 2015:1487). Sosyoekonomik durumda bu durumu etkileyen bir başka faktördür (Çakmak ve Hevedanlı, 2005: 124). Ussal olmayan inanç durumu da kaygının oluşmasında etkilidir (Güler ve Çakır, 2013: 90). Mükemmeliyetçiliğin olumsuz boyutu ile sınav kaygısı arasında güçlü ilişki vardır (Arana ve Furlan, 2016: 169). Sınav kaygısı, yapılacak olan sınav öncesinde öğrencilerde tehlikeli ve zararlı duygulara yol açmaktadır. (Ringeisen ve Buchwald, 2010: 442). Sınav kaygısı, öğrenme üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir ve düşük başarının başlıca nedenidir. Ve bazı öğrencilerin akademik potansiyellerine ulaşmasını engeller (Rana ve Mahmood, 2010:63; Bodas ve Ollendick, 2005:84).

Gelecek kaygısı, daha uzak bir gelecekte bir endişe, belirsizlik, korku ve olumsuz değişikliklerin kaygısı olarak düşünülmektedir. Aşırı bir durumda bu bir tehdit olur ve durum bireyin başına gerçekten felaket getiren bir şey olabilir. Gelecek kaygısı duyuşsal bir durum olmaktan çok bilişsel bir durumdur. Potansiyel tehlikelere karşı ilk sağlıklı tepkiyi verir ve bir nevi uyarıcı veya alarm işlevi bulunmaktadır (Zaleski, 1996: 165-166). Canlı varlıklar arasında düşünebilme yetisine sahip olan insan aynı zamanda bu yetisinin getirisi olan gelecek endişesini de yaşar. İnsan dışındaki diğer canlılar ise, çoğunlukla içgüdüleriyle hareket eder ve içinde buldukları zamana göre yaşarlar. Ancak insan, biyolojisinde bulunan bazı genler yoluyla içerisinde bulunmuş olduğu zaman diliminin yanı sıra gelecekte ve geçmişteki zamanında farkına varır. Gelecekte bir yaşam olduğunu bu yaşam içerisinde iradesi dışında

gerçekleşen müdahale edemediği durumları (sevilen birisini kaybetme, yaşlılık, ölüm gibi) fark eder. Böylelikle geleceğe yönelik kaygı durumları ortaya çıkar (Tarhan, 2012, Aktaran; Aygün, 2014: 40). Bireyler, gelecekteki yaşamlarını düşündüklerinde birçok şeyden korkup kaygı duyabilmektedirler. Yaşanılan korku ve kaygıya çok sayıda etmen neden olmaktadır. Bunlardan bazıları; depremler, savaşlar, salgınlar, yangınlar, seller gibi doğal afetler, nükleer patlamalar, iş bulamama, yaşamını idame ettirememesi, hastalık, sakatlık, ölüm gerçekleşmesi muhtemel acı verici bir durum olan bir yakını veya sevilen birisini kaybetmek gibi özetlenebilir (Zaleski, 1996: 165). Gelecek kaygısı, gelecekle ilgili olumsuz fikirlerinin yanı sıra düşük öz yeterlilik ve gelecekte olumsuz olaylara neden olan eylemlerle başa çıkma konusundaki güven nedeniyle de ortaya çıkar. Öğrencilerin geleceğe yönelik gelecek kaygısı, eğitime yönelik motivasyonları ve tutumları üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (Hammad, 2016: 62). Gelecek kaygısı, ekonomik ve sosyal değişimlerin bir sonucu olarak temel özelliklerden biri olarak kabul edilir ve üniversite öğrencileri arasında sadece başarısızlık korkusu nedeniyle değil, aynı zamanda iş imkanlarından veya uzmanlaştıkları alanlarındaki iş imkanlarından yoksun kalma korkusu nedeniyle de giderek daha fazla ortaya çıkan bir duygu durumudur. İş ve aile sahibi olunmaya başlanılan yirmili yaşlarda açıkça ortaya çıkar. Bu nedenle son yıllarda yetişkinliğe geçiş aşamasında olan üniversite öğrencilerinin diğer bireylerden daha endişeli olduğunu görülmektedir (Hammad, 2016: 54). Gelecek kaygısı, bir endişe, belirsizlik, korku ve olumsuz değişikliklere karşı umutsuzluk ve gelecekteki sonuçların kontrol edilemezliği de dahil olmak üzere algılanan geleceğin olumsuz, endişe verici görüşüdür (Price, 2009: 1; Karrie vd., 2000).

Geleceğe yönelik negatif duygulara sahip olan bireyler, olayları, durumları ve insanı anlama ve değerlendirme noktasında zorluk yaşarlar. Kendisini ele geçiren umutsuzluk, yeis, karamsarlık ve kötümserlik, pesimistlik duygu durumları gibi durumlar kendisinin yaşama tutunma ve geleceğe olan inancını kaybetmesine ve depresyona girmesine neden olur. Öğrenciler, içsel amaçlara yönelerek yaşamış oldukları kaygı durumunu azaltabilirler (Bilici, 2019: 58; Aygün, 2014: 90). Geleceğe yönelik farkındalık ve etkinlik düzeyinin artması ile öğrencilerin yaşamış oldukları kaygı düzeyini azaltmaktadır (Price, 2009: 129).

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin gelecek kaygısı ve sınav kaygısı düzeyleri tespit edilerek, gelecek kaygısı ile sınav kaygısı arasında bir ilişki olup olmadığını tespit etmektir. Ayrıca öğrencilerin başarıları ile gelecek kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki de çeşitli sosyo demografik özelliklere göre gelecek kaygısı ve sınav kaygısı düzeyleri de incelenmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Amaç ve Önem

Araştırmanın amacı öğrencilerin gelecek kaygısı ve sınav kaygısı düzeylerinin tespit edilerek, gelecek kaygısı ile sınav kaygısı arasında bir ilişki olup olmadığını tespit etmektir. Ayrıca öğrencilerin başarıları ile gelecek kaygısı düzeyleri arasındaki ilişki de çeşitli sosyo demografik özelliklere göre araştırılacaktır.

Bu kapsamda “Öğrencilerin sınav kaygısı düzeyleri nedir?”, “Öğrenciler gelecek kaygısı/umutsuzluk düzeyleri nedir?”, “Öğrencilerin başarı düzeyi, cinsiyet ve öğrenim türüne göre gelecek kaygısı ve sınav kaygısı arasında fark var mıdır?”, “Öğrencilerin sınavda yaşadıkları kaygı başarılarını etkiler mi?” sorularına cevap aranmıştır.

Üniversite yılları kişilerin hem bireyselleştiği, kendini tanıma ve geliştirme fırsatı bulduğu, hem de geleceğine yön vermeye, planlamaya ve şekillendirmeye çalıştığı önemli bir dönemdir.

Üniversite hayatının sınava dönük olan tarafı mezuniyetin alınabilmesi, ileriye dönük lisans üstü eğitim planları yapılabilmesi veya iş başvurularında değerlendirilmesi açısından öğrenciler üzerinde stres kaynağı olabilmektedir. Ancak bunun yanında bölümün iş olanaklarının açık olup olmaması durumu öğrencilerin sınavlara bakış açısını değiştirebilmektedir. Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerin büyük bir kısmının isteyerek tercih ettikleri ancak süreç içerisinde iş imkanlarının kişilerin beklentileri ile uyumlu olmaması gibi nedenlerle isteksizlik ve umutsuzluk şeklinde kendini gösterebilmektedir. Öğrencilerin sınav kaygısı ve gelecek kaygısı (umutsuzluk) düzeylerinin tespit edilmesi ile öğrencilerin farkındalığının artacağı ayrıca kurumlar için geleceğe dönük rehberlik hizmetleri veya kariyer planlaması gibi faaliyetlerin planlanması için olanak sağlayabilecek bulgular sunacağı düşünülmektedir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni 2019-2020 akademik yılında Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmanın evreni yaklaşık 450 kişidir. Araştırma örnekleme %95 güven aralığında ± 5 hata payında 326 kişiye ulaşılmış ancak 7 katılımcının bazı ölçek maddelerini yanıtlamaması ve geçersiz sayılabilecek sıralı cevaplar vermesi nedeniyle 319 katılımcının verileri ile işlem yapılmıştır.

2.3. Araştırma Yöntemi ve Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup, yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde cinsiyet, yaş, sınıf, öğretim türü, genel not ortalaması, herhangi bir işte çalışma durumu, ailelerin geliri, sınav öncesindeki hisler, sınav dönemindeki kaygı durumu şeklinde kişileri tanımlayıcı bilgilerin yer aldığı bilgi formu, ikinci bölümde gelecek kaygısını ölçmek amacıyla geliştirilen “Beck Umutsuzluk Ölçeği” ve “Sınav Kaygısı Ölçeği” bulunmaktadır.

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmek amacıyla Beck, Weissman, Lester ve Trexler Tarafından 1974 yılında geliştirilmiş Seber ve arkadaşları (1993) ile Durak (1994) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), 20 maddeden oluşan kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Maddeler “Doğru-Yanlış” şeklinde yanıtlanan, 11 doğru, 9 yanlış anahtar yanıtı olan 20 doğru-yanlış önermeden oluşmuştur (Seber vd.,1993:140). Ölçek maddelerinden 1., 3., 5., 6., 8., 10., 13., 15., 19, maddelere “yanlış” yanıtı için; 2., 4., 7., 9., 11., 12., 14., 16., 17., 18., 20., maddelere ise “doğru” yanıtı için 1 puan verilmektedir. Ölçek her madde için 1 puan olmak üzere 0-20 arasında puanlama yapma imkânı sağlamaktadır (Beck vd., 1974:862). Alınan puanlar yükseldikçe bireyin umutsuzluk düzeyinin de yüksek olduğu kabul edilmektedir. Toplam puanlara bakıldığında 0-3 arası umutsuz değil, 4-8 arası hafif umutsuz, 9-14 arası orta umutsuz, 15-20 arası ileri derecede umutsuz olarak değerlendirilmektedir.

Beck ve diğerleri (1974), ölçeğin “gelecek ilgili duygular” “motivasyon kaybı” ve “gelecek ile ilgili beklentiler” “olmak üzere üç faktörden oluştuğunu belirtmektedir. Durak (1993) bu faktörleri “gelecek ilgili duygular ve beklentiler” (1., 3., 7., 11., 18.maddeler),”motivasyon kaybı” (2., 4., 9., 12., 14., 16., 17., 20. Maddeler) ve “umut” (5., 6., 8., 10., 13., 15., 19.maddeler) şeklinde belirtmektedir. Araştırmada Durak’ın (1993) boyutlandırması kullanılmıştır.

Bu araştırmada BUÖ'nin 20 maddesi için Cronbach'ın Alfa değeri **0,818** bulunmuştur.

Sınav Kaygısı Ölçeği

Sınav Kaygısı Ölçeği Baltaş (1999) tarafından geliştirilmiş, Bahçeci (2006) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik testleri ile faktör analizleri yeniden yapılarak likert tipi derecelendirme ölçeğine (1:hiçbir zaman, 5:her zaman) dönüştürülmüştür. Ölçek, 34 maddeden ve "başkalarının görüşü (7., 8., 11., 12., 13., 17., 18., 21., 26., 27., 29., 30., 31., 34. Maddeler), kendini görüşünüz (9., 10., 16., 20., 25., 28., 32., 33. Maddeler), gelecek ile ilgili endişeler (1., 5., 6., 14., 15., 19. Maddeler), hazırlanmakla ilgili endişeler ve genel sınav kaygısı (2., 3., 24. Maddeler), zihinsel ve bedensel tepkiler (4., 22., 23. Maddeler) olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır (Bahçeci, 2006). Ölçeğin iç tutarlık katsayısı (α)=0,87 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan puanlar, 34-78 puan, düşük düzeyde kaygı; 79-125 puan, orta düzeyde kaygı, 126-170 puan, yüksek düzeyde kaygı olarak değerlendirilmelidir. Yüksek puan, yüksek kaygı düzeyi ile ilişkilidir.

Bu araştırmada sınav kaygısı ölçeğinin 34 maddesi için Cronbach'ın Alfa değeri **0,925** bulunmuştur.

2.4. Analiz Yöntemi

Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS 16 programı kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır. Kolmogorov Smirnov testinde değişkenlerin normal dağıldığı tespit edildiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Bu doğrultuda araştırmanın amacı doğrultusunda araştırma sorularına yönelik tanımlayıcı istatistikler, fark analizleri ve ilişki analizleri yapılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulgularına yer verilecektir.

3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Katılımcıları tanımlayıcı sorulara yönelik yanıtların değişkenlere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo.1 Katılımcıları Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

	Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	227	%71,2
	Erkek	92	%28,8
Yaş (Yıl)	21 yaş ve altı	227	%71,6
	22 yaş ve üstü	90	%28,4
Sınıf	1.Sınıf	100	%31,3

Sağlık Yönetimi

Dergisi

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Yıl: 2020, Cilt: 2, Sayı: 2, ss.150-169.

	2.Sınıf	79	%24,8
	3.Sınıf	71	%22,3
	4.Sınıf	69	%21,6
Öğretim Durumu	I. Öğretim	166	%52,0
	II.Öğretim	153	%48,0
Genel Not Ortalaması	2,50'nin altı	73	%23,8
	2,50 ve üstü	234	%76,2
Herhangi bir işte çalışma durumu	Evet	38	% 11,9
	Hayır	281	% 88,1
Ailenin geliri	1999 tl ve altı	99	% 35,6
	2000 tl-3500 tl arası	137	% 49,3
	3501 tl ve 5000 tl arası	35	% 12,6
	5001 tl ve üzeri	7	% 2,5
Sınav dönemlerinde kendinizi kaygılı olarak tanımlar mısınız?	Evet	240	% 75,0
	Hayır	77	% 24,1
Sınav Dönemlerindeki kaygı ile baş etme yöntemi	Daha fazla ders çalışmak	51	% 15,9
	Olumlu düşünmeye çalışmak	183	% 57,2
	Hiçbir şey yapmıyorum	81	% 25,3
	TOPLAM*	319	100.0

*Toplam katılımcı sayısı 319 kişi olup, bazı sorularda kayıp veri bulunmaktadır. Tablodaki değişkenlere ait frekanslarda madde içi toplamına göre yüzdeler hesaplanmıştır. Kayıp veriler yüzde hesaplarına dâhil edilmemiştir.

Tablo 1'e göre katılımcıların %71,2'si kadınlardan oluşmaktadır. Ankete katılan 319 öğrenciden %71,6'si 21 yaş ve altı, %28,4'ü ise 21 yaş ve üstüdür. Ankete birinci sınıflardan %31,3, ikinci sınıflardan %24,8, üçüncü sınıflardan %22,3, dördüncü sınıflardan ise %21,6 oranında katılım sağlanmıştır. Araştırma kapsamında olan öğrencilerin %52'si örgün öğretim iken %48'i ikinci öğretimdir. Genel not ortalaması 2,50'nin altında olanlar %23,8'i oluştururken 2,50'nin üstünde olanlar %76,2'sini oluşturmaktadır. Katılımcıların %11,9'u bir

işte çalışmaktadır. Aile geliri 1999 tl ve altı (%35,6) ile 2000 tl-3500 tl arası (%49,3) olan öğrencilerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Katılımcıların %75'i kendini sınav öncesinde kaygılı olarak tanımlarken, %24,1'i kaygılı olmadıklarını ve kaygı ile daha fazla ders çalışma (%15,9) ve olumlu düşünme (%57,2) ile baş ettiklerini belirtmiştir.

3.2. Katılımcıların Gelecek Kaygısına Yönelik Bulgular

Bu bölümde gelecek kaygısına yönelik ifadeler anlatım bütünlüğünün sağlanabilmesi açısından “umutsuzluk” olarak ifade edilecektir.

Tablo 2’de Beck Umutsuzluk Ölçeğine (BUÖ) verilen yanıtların dağılımı incelenmiştir.

Tablo 2. Beck Umutsuzluk Ölçeği’ne Verilen Yanıtların Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Maddeler/Boyutlar	N	X	Ss
1. Geleceğe kaygı ve endişe ile bakıyorum	319	,7868	,41019
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur	319	,2006	,40110
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor	319	,1755	,38103
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum	319	,6082	,48893
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var	319	,3730	,48437
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum	319	,1755	,38103
7. Geleceğimi karanlık görüyorum	319	,3197	,46711
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum	319	,4828	,50049
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de bir neden yok	319	,3480	,47707
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı	319	,3041	,46074
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor	319	,3730	,48437
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum	319	,5925	,49215
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum	319	,2633	,44113
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor	319	,5298	,49990
15. Geleceğe büyük inancım var	319	,3197	,46711

16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur	319	,3009	,45939
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi	319	,3793	,48598
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor	319	,5016	,50078
19. Kötü günlerden çok iyi günler bekliyorum	319	,2414	,42859
20. İsteddiğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim	319	,2414	,42859
Boyut 1: Gelecekle İlgili Duygular Beklentiler (7 Madde)	319	2,1599	,26146
Boyut 2: Motivasyon Kaybı (8 Madde)	319	3,2006	,25116
Boyut 3: Umut (5 Madde)	319	2,1567	,28038
Toplam Umutsuzluk Ölçeği Puanı	319	7,5172	4,3472

Tablo 2’de görüldüğü üzere, katılımcıların umutsuzluk ölçeği toplam puanların aritmetik ortalaması 7,5172’dir (ss=4,34722). Gelecekle ilgili duygular beklentiler alt boyutu puanların aritmetik ortalaması 2,1599 (ss=0,26146); Motivasyon Kaybı alt boyutu puanların aritmetik ortalaması 3,2006 (ss=0,25116); umut alt boyutu puanların aritmetik ortalaması 2,1567 (ss=0,28038) olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların geleceğe yönelik kaygılarının orta düzeyde umutsuz olduğu görülmüştür. BUÖ madde ortalamalarına bakıldığında “Geleceğe kaygı ve endişe ile bakıyorum” maddesinin en yüksek ortalamaya ($X=0,7868$, $Ss=0,41019$) sahip olduğu görülmektedir. Daha sonra “Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum” ($x=0,6082$, $Ss=0,48893$), “Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum” ($x=0,5925$, $Ss=0,49215$) ve “İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor” ($x=0,5298$, $Ss=0,49990$) maddeleri en yüksek ortalamaya sahiptir.

Tablo 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği Boyutlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Boyut	Cinsiyet	n	x	ss	t Testi		
					t	sd	p
Gelecekle İlgili Duygular Beklentiler	Kadın	227	2,1727	1,39378	,460	306	,646
	Erkek	92	2,0909	1,45141			
Motivasyon Kaybı	Kadın	227	3,1455	2,09298	-1,044	306	,297
	Erkek	92	3,4091	1,75274			
Umut	Kadın	227	2,2455	1,88571	1,310	306	,191

	Erkek	92	1,9432	1,67715			
Toplam Umutsuzluk Ölçeği	Kadın	227	7,5636	4,48443	,218	306	,827
	Erkek	92	7,4432	4,07927			

Tablo 3'te görüldüğü üzere örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin umutsuzluk ölçeği puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4. Beck Umutsuzluk Ölçeği Boyutlarının Sınav Dönemindeki Kaygı Durumu Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Boyut	Kaygılı	n	x	ss	t Testi		
					t	sd	p
Gelecekle İlgili Duygular Beklentiler	Evet	234	2,3034	1,37335	3,595	304	,000
	Hayır	72	1,6389	1,36666			
Motivasyon Kaybı	Evet	234	3,3462	2,08712	2,220	147,500	,028
	Hayır	72	2,8194	1,64725			
Umut	Evet	234	2,3291	1,84561	3,014	304	,003
	Hayır	72	1,5972	1,65009			
Toplam Umutsuzluk Ölçeği	Evet	234	7,9786	4,35392	3,339	304	,001
	Hayır	72	6,0556	3,99609			

Sınav dönemlerinde kendini kaygılı olarak tanımlama durumuna göre umutsuzluk ortalamalarında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Tablo 4.'de göre sınav döneminde kaygılı olanlar ile kaygılı olmadığını belirten katılımcılar arasında gelecek ile ilgili duygular beklentiler boyutunda ($t=3,595$, $p<0,01$), motivasyon kaybı boyutunda ($t=2,220$, $p<0,05$) ve umut boyutunda ($t=3,014$, $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Toplam umutsuzluk ölçeği ortalamalarına bakıldığında sınav öncesi kaygılı katılımcıların ($x=7,9786$) kaygılı olmayan ($x=6,0556$) katılımcılardan daha yüksek umutsuzluk düzeyine sahip olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Beck Umutsuzluk Ölçeği Boyutlarının Genel Not Ortalaması Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Boyut	GNO	n	x	ss	t Testi
-------	-----	---	---	----	---------

					t	sd	p
Gelecekle İlgili Duygular Beklentiler	< 2,50	73	2,3429	1,31750	1,379	294	,169
	≥ 2,50	234	2,0752	1,44794			
Motivasyon Kaybı	< 2,50	73	3,8857	1,92273	3,170	294	,002
	≥ 2,50	234	3,0221	2,01206			
Umut	< 2,50	73	2,4571	1,87806	1,738	294	,083
	≥ 2,50	234	2,0221	1,81462			
Toplam Umutsuzluk Ölçeği	< 2,50	73	8,6857	3,98018	2,625	294	,009
	≥ 2,50	234	7,1195	4,47302			

Genel Not Ortalamasına (GNO) göre umutsuzluk puanlarında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Tablo 5'e göre gelecekle ilgili duygular beklentiler ve umut boyutundaki puanların katılımcıların GNO'suna göre anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Motivasyon kaybı boyutunda istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3,170$, $p<0,01$). Toplam umutsuzluk ölçeği ortalamalarına bakıldığında GNO'su 2,50'nin altında olan katılımcıların ($x=8,6857$) 2,50 ve üzeri olan ($x=7,1195$) katılımcılardan daha yüksek umutsuzluk düzeyine sahip olduğu aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaş, sınıf düzeyi, öğrenim türü, ailenin gelir düzeyi değişkenleri için fark analizleri yapılmış ancak anlamlı bir sonuç bulunmadığı için tablo olarak verilmemiştir.

3.3. Katılımcıların Sınav Kaygısına Yönelik Bulgular

Tablo 6'da Sınav Kaygısı Ölçeğine verilen yanıtların dağılımı alt boyutlar toplamında incelenmiştir.

Tablo 6. Sınav Kaygısı Ölçeği'ne Verilen Yanıtların Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Sınav Kaygısı Ölçeği Boyutları	Madde Sayısı	N	X	Ss
1.Alt Boyut Başkalarının görüşü	14	319	44,5952	11,94147
2.Alt Boyut Kendi görüşü	8	319	21,9723	7,71852
3.Alt Boyut Gelecek ile ilgili endişeler	6	319	21,0451	4,63132
4.Alt Boyut Hazırlanmak ile ilgili endişeler ve genel sınav kaygısı	3	319	10,8704	2,10254
5.Alt Boyut Zihinsel ve bedensel tepkiler	3	319	10,8026	2,46917
Toplam Sınav Kaygısı		319	109,2857	23,31349

Tablo 6’de görüldüğü üzere, katılımcıların sınav kaygısı ölçeği toplam puanların aritmetik ortalaması 109,2857’dir (ss=23,31349). Başkalarının görüşü ile ilgili endişeler alt boyutu toplam puanlarının aritmetik ortalaması 44,5952 (ss=11,9414); Kendi görüşü ile ilgili endişeler alt boyutu toplam puanlarının aritmetik ortalaması 21,9723 (ss=7,7185); Gelecek ile ilgili endişeler alt boyutu toplam puanlarının aritmetik ortalaması 21,0451 (ss=4,6313); sınava hazırlanmak ile ilgili endişeler ve genel sınav kaygısı alt boyutu toplam puanlarının aritmetik ortalaması 10,8704 (ss=2,1025) ve zihinsel ve bedensel tepkiler alt boyutu toplam puanlarının aritmetik ortalaması 10,8026 (ss=2,4691) olarak bulunmuştur.

Tablo 7. Sınav Kaygısı Ölçeği Boyutlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Boyut	Cinsiyet	n	x	ss	t Testi		
					t	sd	p
1 Alt Boyut: Başkalarının Görüşü	Kadın	227	46,04	11,949	3,454	317	,001
	Erkek	92	41,03	11,209			
Toplam Sınav Kaygısı	Kadın	227	110,86	24,231	2,039	197,836	,043
	Erkek	92	105,41	20,487			

Tablo 7’de görüldüğü üzere örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin sınav kaygısı ölçeği puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t testi sonucunda ‘başkalarının görüşü’ alt boyutu ile toplam sınav kaygısında grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,01). Kadınların ortalamaları erkeklerden yüksektir. Ayrıca toplam sınav kaygısı düzeyi kadın ve erkek katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlıdır (t=2,039, p<0,05). Sınav kaygısı ölçeğinin diğer boyutlarında anlamlı bir fark bulunmadığı için tabloya aktarılmamıştır.

Tablo 8. Sınav Kaygısı Ölçeği Boyutlarının Genel Not Ortalaması Değişkenine Göre Bağımsız Örneklem t-Testi Sonuçları

Boyut	GNO	n	x	ss	t Testi		
					t	sd	p
3. Alt Boyut: Gelecekle İlgili Endişeler	< 2,50	73	21,99	4,615	2,211	305	,028
	≥ 2,50	234	20,62	4,597			

Sınav kaygısı ölçeğinin alt boyutlarının genel not ortalaması değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında gelecek ile ilgili endişeler alt boyutunda anlamlı bir farka rastlanmıştır (p<0,05, t=2,211). Genel not ortalaması 2,50’nin altında olan katılımcıların gelecek ile ilgili endişeleri (x=21,99) GNO’su 2,50 ve üzeri olan katılımcılardan (x=20,62) daha yüksektir. Sınav kaygısı ölçeğinin diğer boyutları ile toplam sınav kaygısında anlamlı bir fark bulunmadığı için tabloya aktarılmamıştır.

3.4. Gelecek Kaygısı ile Sınav Kaygısı Arasındaki İlişki

Araştırmanın temel sorusu olan gelecek kaygısı ile sınav kaygısı arasındaki ilişkinin tespiti için korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz bulguları Tablo 9.'da verilmiştir.

Tablo 9. Gelecek Kaygısı/Boyutları ve Sınav Kaygısı/Boyutları Korelasyon Analizi Sonuçları

	K1	K2	K3	K4	K5	K+	U1	U2	U3	U+
K1	1									
K2	,662**	1								
K3	,505**	,257**	1							
K4	,497**	,379**	,477**	1						
K5	,446**	,250**	,405**	,396**	1					
K+	,938**	,778**	,635**	,611**	,528**	1				
U1	,260**	,243**	,212**	,150**		,259**	1			
U2	,303**	,379**	,163**	,174**		,334**	,581**	1		
U3	,274**	,229**	,222**	,185**		,294**	,576**	,459**	1	
U+	,351**	,354**	,243**	,213**		,371**	,830**	,848**	,797**	1

*p<0,05 , **p<0,01 , K1:başkalarının görüşü, K2:Kendi Görüşü, K3:Gelecek ile ilgili Endişe, K4:Hazırlanmak ile ilgili endişeler ve genel sınav kaygısı, K5:Zihinsel ve Bedensel Tepkiler, K+: Toplam Sınav Kaygısı, U1:Gelecekle ilgili duygular beklentiler, U2:Motivasyon Kaybı, U3:Umut, U+:Toplam umutsuzluk

Tablo 9.'da gelecek kaygısını ölçmek amacıyla kullanılan "Beck Umutsuzluk Ölçeği" toplam puanı (U+) ile boyutları (U1:Gelecekle ilgili duygular beklentiler, U2:Motivasyon Kaybı, U3:Umut) ve sınav kaygısını ölçmek amacıyla kullanılan "sınav kaygısı ölçeği" toplam puanı (K+) ile boyutları (K1:başkalarının görüşü, K2:Kendi Görüşü, K3:Gelecek ile ilgili Endişe, K4:Hazırlanmak ile ilgili endişeler ve genel sınav kaygısı, K5:Zihinsel ve Bedensel Tepkiler) arasındaki ilişkiyi ve ilişki yönünü tespit etmek amacıyla Spearman Korelasyon katsayısından yararlanılmıştır.

Tablo 9.'daki analiz sonuçlarına bakıldığında toplam umutsuzluk puanı (U+) ile toplam sınav kaygısı (K+) arasında orta düzeye yakın pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,371$, $p<0,01$). Toplam umutsuzluk puanı (U+) ile başkalarının görüşü (K1, $r=0,351$), kendi görüşü (K2, $r=0,354$), gelecek ile ilgili endişe (K3, $r=0,243$) ve hazırlanmak ile ilgili endişeler ve genel sınav kaygısı (K4, $r=0,213$) arasında pozitif yönde düşük ilişki bulunmuştur.

Toplam sınav kaygısı (K+) ile umutsuzluk ölçeğinin alt boyutları olan gelecekle ilgili duygular beklentiler (U1, $r=0,259$), motivasyon kaybı (U2, $r=0,334$) ve umut (U3, $r=0,294$) arasında pozitif yönde düşük ilişki bulunmaktadır.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Gelecek kaygısı, günümüz gençlerinin sıklıkla dile getirdikleri ve hayatlarını çeşitli şekillerde etkileyen önemli bir kavramdır. Üniversite insan hayatında çocukluktan yetişkinliğe adım atarken, gençlerin geleceğine yön verecek meslekleri edinmeleri için fırsat sağlayan kurumlardır. Meslek seçimi, kişinin gelecekteki yaşam tarzını, sosyal statüsünü, ilişkilerini, mutluluğunu ve sağlığını etkileyebilecektir (Yanikkerem vd., 2004). Sağlık yönetimi bölümü öğrenci tercihlerinde popülerliğini koruyan, ‘geleceğin mesleği’ olarak ifade edilen ancak buna karşın mezunlarının istihdam problemleri yaşadığı bir bölümdür (Yorulmaz ve Gençtürk, 2018). Nazlı ve Aktaş’ın (2018) sağlık yönetimi öğrencilerinin geleceğe ilişkin meslek kaygılarının tespiti üzerine yapmış oldukları çalışmada, öğrencilerin bölümü isteyerek seçtiği ancak işsiz kalmak, mezun olduğunda ne yapacağını bilememek ve mesleğinden elde edeceği gelir ile ilgili kaygı düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Turaç ve Bayın Donar’ın (2017) sağlık yönetimi bölümü öğrencileri üzerinde yürüttükleri çalışmada, öğrencilerin çoğunluğunun bölümü isteyerek tercih ettiği ancak yüksek işsizlik kaygısı yaşadıkları tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda öğrencilerin mesleki ve iş kaygılarına yönelik bulgulara yer verilmiş olsa da sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin geleceğe yönelik kaygı düzeyleri yani umutsuzluk durumları ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Üniversite öğrencilerinin gelecek kaygısı ile sınav kaygısı arasındaki ilişkiyi tespit etmek üzere Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümü öğrencileri ile gerçekleştirilen araştırma bulgularına göre, öğrencilerin gelecek kaygısı (umutsuzluk) toplam puan ortalaması $7,52 \pm 4,35$ bulunmuştur. Bu ortalamanın orta düzeye yakın olduğu söylenebilir. Beck umutsuzluk ölçeği maddelerine verilen yanıtların ortalamalarına ait bulgulara bakıldığında ‘geleceğe kaygı ve endişe ile bakıyorum’ maddesinin $0,79 \pm 0,41$ ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. ‘Gelecek 10 yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal edemiyorum’ ($0,61 \pm 0,49$) ve ‘gerçekten istediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum’ ($0,53 \pm 0,49$) ifadeleri de yüksek ortalamaya sahip diğer maddelerdir. Bu maddelerin, boyutlara göre dağılımları incelendiğinde motivasyon kaybı boyutunun genel puanının daha yüksek ortalamaya ($3,20 \pm 0,25$) sahip olduğu görülmektedir. Öğrencilerin, geleceğe yönelik kaygılarının ve umutsuzluklarının kaynağının motivasyon kaybı ile kendini gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Bu sonucun Nazlı ve Aktaş (2018) ile Turaç ve Bayın Donar’ın (2017) çalışmalarında da benzer şekilde belirlendiği görülmektedir.

Gelecek kaygısını etkileyen bir diğer faktör de cinsiyettir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre umutsuzluk düzeyleri incelendiğinde kadınların gelecekle ilgili duygular beklentiler ($x=2,17, ss=1,39$; erkek: $x=2,09, ss=1,45$), umut ($x=2,24, ss=1,89$; erkek: $x=1,94, ss=1,68$) ve toplam umutsuzluk ($x=7,56, ss=4,48$; erkek: $x=7,44, ss=4,08$) erkek katılımcılardan daha yüksek ortalamaya sahip oldukları ancak ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Motivasyon kaybı boyutunda erkek katılımcıların ortalaması kadın katılımcılardan yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Erkek: $x=3,40, ss=1,75$; Kadın: $x=3,15, ss=2,09$). Genel literatüre göre kadınlar erkeklere kıyasla daha yüksek umutsuzluk düzeyine sahip olsa da (Kaya ve Varol, 2004; ; Çakmak ve Hevedanlı, 2005; Akgün, Gönen ve Aydın, 2007; Dursun ve Ayaç, 2009; Yılmaz, Dursun, Güzeller ve Pektaş, 2014) tersi sonuçlara da ulaşan (Çakmak ve Hevedanlı, 2004; Erözkan, 2004; Tümkaya vd., 2007) araştırmalar mevcuttur. Kadın ve erkeklerin hayattan beklentileri, toplumsal cinsiyet, kadının toplumdaki yeri gibi durumlar gelecek kaygısının oluşmasında cinsiyet faktörünün de etkili olmasına neden olmaktadır. Erkek öğrencilerin geleceğe yönelik beklentileri karşı cinsleri olan kadınlara göre daha çok iken kadın öğrenciler ise erkek

öğrencilere göre daha çok gelecek kaygısı yaşamaktadır (Aygün, 2014: 91; Öcal, 2019: 33; Bilici, 2019: 58; Zengin ve Şengel, 2020:447; Hammad, 2016: 59; Kula ve Saraç, 2016: 239; Eser ve Burdur, 2017: 51; Kaya ve Karaca, 2018: 1505). Türkiye’de yapılan bir araştırmada bu bulgunun tam tersi sonuçlara ulaşılmış ve bu durum erkeklerin toplumsal cinsiyet kimliklerinden dolayı toplumun onlara iş bulma ve gelecek kurma noktasında daha fazla sorumluluk yüklediği için umutsuzluk düzeylerinin yüksek olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Erözkan, 2004: 31, Tümkaya vd., 2007).

Sınav döneminde kendisini kaygılı olarak tanımlayan katılımcılar (kaygılı) ile kaygılı olmadığını belirten katılımcıların umutsuzluk ölçeğine verdikleri yanıtların ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, gelecekle ilgili duygular beklentiler ($t=3,595$, $p<0,01$), motivasyon kaybı ($t=2,220$, $p<0,05$), umut ($t=3,014$, $p<0,01$) alt boyutlarında ve toplam umutsuzluk ölçeği ($t=3,34$, $p<0,01$) ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Tüm alt boyutlar ve toplam umutsuzluk ölçeği ortalamalarına göre kaygılı öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin kaygılı olmadığını belirten öğrencilerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Yani sınav döneminde kaygılı olmak ile kaygılı olmamak arasında umutsuzluk düzeyi açısından fark bulunmaktadır. Sınav döneminde kaygılı olduğunu belirten öğrencilerin umutsuzluk düzeyleri hem toplam umutsuzluk düzeyi hem de boyutlar açısından incelendiğinde daha yüksektir.

Akademik başarı düzeyi de gelecek kaygısını etkilemektedir. Öğrencilerin genel not ortalamasına (GNO) göre motivasyon kaybı ($t=3,17$, $p<0,01$) ve toplam umutsuzluk ($t=2,62$, $p<0,01$) ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. GNO’su 2,50’den düşük olan öğrencilerin ($x=3,88$, $ss=1,92$) motivasyon kaybı GNO’su 2,50 ve üzeri olan ($x=3,02$, $ss=2,01$) öğrencilerden anlamlı olarak yüksektir. Aynı şekilde toplam umutsuzluk ortalamalarında da GNO’su düşük olan öğrenciler ($x=8,68$, $ss=3,98$), yüksek olan ($x=7,12$, $ss=4,47$) öğrencilerden anlamlı olarak yüksektir. Yani başarı düzeyi düşük olan öğrenciler, daha yüksek olan öğrencilere göre daha fazla umutsuzluk yaşamaktadırlar. Aygün’ün (2014:90) çalışmasında da başarı düzeyi orta ve yüksek olan öğrenciler, başarı düzeyi düşük olan öğrencilere göre daha az kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir. Öğrencilerin başarı durumlarının umutsuzluk düzeyleri ile ilişkisini söyleyebilmek için farklı analizlere ihtiyaç olsa da not ortalamalarına göre umutsuzluk düzeylerinin değişmesi bu ilişkinin varlığını düşünmek için önemli bir bulgudur.

Kaygı Türk Dil Kurumu sözlüğünde üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa anlamlarına karşılık gelmektedir (TDK, 2014). Sınav kaygısı da kaygının özel bir durumudur (Totan, 2018). Kişiler, belirsiz durumlar karşısında olası bir tehlike veya felaket ile karşılaşacağını düşünüp kendini tedirgin ve sıkıntılı bir bekleyiş içine sokar. Bu beklentinin herhangi bir nedenle engellenmesi sonucu ortaya çıkan duygusal bir yanıtıdır (Bozkurt 2012;19). Genel olarak geleceğe dair belirsizlik hissi ile birlikte kötü olayların olabileceğine dair inanç karşısında kişinin kendisini güvensiz, endişeli, kararsız, korkmuş, kötümser ve umutsuz hissettiği, dolayısı ile başarısız olmasına yol açabilen tepkidir (Erözkan, 2004;4). Kaygı, bireyi normal yaşamda fazlasıyla etkileyebilen ve çoğu kez tedirgin edebilen bir duygu olup bireyin davranışlarını büyük ölçüde etkileyerek belirli bir uyumsuzluğa neden olarak okul ortamlarında sık sık kendini göstermektedir. Öğrencilerin pek çoğunun başarısız olma gibi nedenlerle sınavlarda belli bir düzeyde kaygı duyarlar (Aydın ve Bulgan, 2017). Sınav kaygısının, cinsiyet, gelecek ile ilgili endişeler, başarı, bilişsel ve çevresel faktörler, güven, yeterlilik, ebeveyn tutumu, kaygı bozukluğu gibi kavramlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Totan, 2018; Ulusoy vd., 2016; Özbaş vd., 2012; Bahçeci, 2009; Baltaş, 1999).

Araştırma bulgularında göre tüm katılımcıların toplam sınav kaygısı puan ortalaması 109,29 ($\pm 23,31$) olarak bulunmuştur. Bu ortalamaların orta düzeyde kaygı sınırında, yüksek kaygıya yakın olduğu söylenebilir. Sınav kaygısı ölçeği maddelerine verilen yanıtların ortalamalarına ait bulgular alt boyutlar toplamında Tablo 6.'da verilmiştir.

Üniversite öğrencilerinin sınav kaygısı ile ilgili araştırmalarda sınav kaygısının bireyin sınav performansını düşürdüğü görülmüştür (Yavuz ve Totan, 2009; Sezgin ve Duran, 2011). Tüm bu araştırmalar dışında, birçok çalışmada, üniversite öğrencilerinde sınav kaygısının kızlarda daha yüksek, erkeklerde daha düşük olduğu saptanmıştır (Doğan, 2020; Erözkan, 2012; Dündar vd., 2008, Kapıkıran, 2002;). Bu durum orta okul düzeyinde de benzer sonuçlar vermektedir (Palti, 2012; Yalçınkaya, 2011; Güler, 2012; Şenöz, 2015).

Cinsiyet değişkenine göre sınav kaygısı düzeyinin incelendiği araştırma bulgularına bakıldığında, toplam sınav kaygısının ($t=2,039$, $p<0,05$) kadınlarda ($x=110,86$, $ss=24,23$) erkeklerden ($x=105,41$, $ss=20,49$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Ortalamalar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sınav kaygısı ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında yalnızca başkalarının görüşü alt boyutunda kadın ($x=46,04$, $ss=11,95$) ve erkek ($x=41,03$, $ss=11,21$) katılımcıların ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($t=3,45$, $p<0,01$). Bu bulgular literatürde kadınların daha yüksek kaygı düzeyi olduğuna dair saptanan çalışmalar ile uyumludur.

Genel not ortalaması öğrencinin başarı düzeyini tespit etmek için kullanılan somut verilerden biridir. Öğrencilerin sınav kaygısı ortalamalarının GNO'ya göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek için yapılan analizde toplam sınav kaygısı düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Sınav kaygısı alt boyutlarından sadece, gelecek ile ilgili endişeler alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($t=2,21$, $p<0,05$). Puan ortalamalarına göre GNO'su 2,50'den düşük öğrencilerin ($x=21,99$, $ss=4,62$), GNO'su 2,50 ve üzeri olan öğrencilerden ($x=20,62$, $ss=4,60$) daha yüksek sınav kaygısı yaşadığı gözlenmektedir. Başarı düzeyi daha düşük olan öğrencilerin daha yüksek umutsuzluk düzeyine sahip oldukları da göz önünde bulundurulduğunda gelecek ile ilgili endişelerinin akademik başarıları ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Akademik başarının, gelecekteki mesleki durum, gelir ve refah düzeylerinin en önemli belirleyicisi olduğu (Spinath, 2012) inancı, öğrencilerin yaşamış oldukları kaygı ve stres düzeyini artırıcı nitelikte olabilmektedir (Hisli, 1989: 3).

Sınav kaygısı, hem olumsuz duygular (öfke, utanç ve umutsuzluk) hem de olumlu duygular (neşe, umut, gurur ve rahatlama) olmak üzere farklı duygular içermektedir (Pekrun vd., 2004). Geleceğe dair umutsuz duyguları da içinde barındıran bir kavramdır. Pekrun ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu araştırmada umut ve sınav kaygısı arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Türkçe literatüre bakıldığında sınav kaygısı ile gelecek kaygısı arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Karakaş'ın (2013), dini baş etme yöntemleri ile paylaşma tutumları ile sınav kaygısı ve gelecek kaygısının ilişkisinin incelendiği çalışmada gelecek kaygısı ile sınav kaygısı arasında anlamlı olmayan düşük bir ilişki bulunmuştur.

Bu araştırmada, gelecek kaygısı yani umutsuzluk ile sınav kaygısı arasında pozitif yönde ($r=0,371$, $p<0,01$) anlamlı bir fark bulunmuştur. Umutsuzluk düzeyi arttıkça sınav kaygısında da aynı yönde artış olmaktadır. Korelasyon analizi sonucunda sınav kaygısı yüksek olan öğrencilerin umutsuzluk düzeylerinin de yükseldiği bulgusunun, aracı bir değişken ile açıklanabileceği düşünülmektedir. İş seçimi, gerçek hayata yönelik planlar, yaşadığı

arkadaşlıklar, iş bulamama korkusu ve çeşitli sorumluluklar kişide kaygı yaratıcı etmenlerden bazıları olarak sıralanabilir.

Geçmiş zamanlarda üniversite mezunu olmak bir iş sahibi olmak, atanabilmek için bir garanti olarak düşünülmekteydi. Yüksek öğretim artık daha ulaşılabilir olsa da tüm dünyada ve ülkemizde büyük bir değişim ile birlikte daha önce sağlanan bu imkanların kısıtlandığı ve iş bulma konusunda öğrencilere bir garantinin sunulmadığı yeni bir döneme girmiştir. Gerek üniversite sayısının artması gerekse açılan bölümlerin mesleki karşılığının (atama vb.) piyasada yer bulamaması gibi nedenlerle öğrenciler, üniversiteyi kazanmış olsalar dahi gelecek konusundaki endişeleri devam etmektedir. Elbette, günümüzde üniversite ve bölüm tercihi, iş imkanları açısından her ne kadar kısıtlı gibi görünse de hedef belirleyen öğrenciler için farklı alternatifleri de sunmaktadır. Ancak bu durum öğrencilerin daha fazla bireysel çabada bulunmaları gerekliliğini arttırmıştır. Gelecek kaygısı ile sınav kaygısı arasındaki ilişkinin daha detaylı açıklanabilmesi için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, çalışmaya katılanların orta düzeyde gelecek kaygısı (umutsuzluk) yaşadıkları, kadınların erkeklerden daha yüksek umutsuzluk düzeyine sahip olduğu ve sınav kaygısı ile gelecek kaygısı (umutsuzluk) düzeyi arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ülkemizde, üniversite öğrencilerinin gelecek kaygısının arttığı düşünülmektedir. Bu nedenle öğrencilerin gelecek kaygısı üzerine yapılacak çalışmaların artırılması önemli olduğu düşünülmektedir.

5. KAYNAKÇA

Akyıldız, H., (1987), Normal ve Kaygılı Ortamlarda Kişilerarası Çekicilik, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Alisinaoğlu, F., U., (2000), “Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler”, Milli Eğitim Dergisi, 145:15-19.

Arana, F. G. ve Furlan, L., (2016), “Groups Of Perfectionists, Test Anxiety, and Pre-Exam Coping in Argentine Students”, Personality and Individual Differences, (90): 169–173.

Aygün, M., (2014), Öğrencilerin Yaşam Amaçlarıyla Gelecek Kaygısı Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.

Bahçeci, D. (2009), “Portfolyo Değerlendirmenin Sınav Kaygısı, Çalışma Davranışı Ve Tutum Üzerine Etkisi”, Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 10: 169-182.

Baltaş, A. (1999), Stres Altında Ezilmeden Öğrenmede Ve Sınavlarda Üstün Başarı, 17.Baskı, İstanbul: Remzi Kitapevi.

Besharat, M. A., (2003), “Parental Perfectionism and Children’s Test Anxiety”, Psychological Reports, 93(3): 1049–1055.

Bilici A., (2019), Elit Güreşçilerin Yaşam Amaçları ve Gelecek Kaygısı Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Muğla.

Bodas, J. ve Ollendick, T. H., (2005), "Test Anxiety: A Cross-Cultural Perspective", *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(1): 65–88.

Bozkurt, N., (2004), "Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon Ve Kaygı Düzeyleri İle Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler", *Education and Science*, 29(133): 52-59.

Custodero, J. L., (2013), *Anxiety and Test Anxiety: General and Test Anxiety Among College Students with Learning Disabilities*, ProQuest Dissertations and Theses. For the degree Doctor of Philosophy. University of California Santa Barbara.

Çakmak Ö ve Hevedanlı M., (2005), "Eğitim ve Fen-Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (14): 115-127.

Doğan, U . (2020), "Lise ve Üniversite Öğrencilerinde Sınav Kaygısının Karşılaştırılması", *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7 (1):35-42.

Dündar, S., Yapıcı Ş ve Topçu, B., (2008), "Üniversite Öğrencilerinin Bazı Kişilik Özelliklerine Göre Sınav Kaygısının İncelenmesi", *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(1): 171–186.

Erözkan, A. (2011). "Üniversite Öğrencilerinin Sınav Kaygısı Ve Başa Çıkma Davranışları" *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1(12).

Erözkan, A., (2004), "Üniversite Öğrencilerinin Sınav Kaygısı ve Başa Çıkma Davranışları. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi", (12): 13–38.

Eser, M. ve Burdur, Z., (2017), "Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sınav Kaygısı İle İlgili Bir Araştırma: Nazilli Meslek Yüksek Okulu Örneği", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(21): 40–52.

Güler, D. (2012), "Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Akılcı Olmayan İnançları ve Anne-Baba Tutumları ile Sınav Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.*

Güler, D. ve Çakır, G., (2013), "Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygısını Yordayan Değişkenlerin İncelenmesi", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39): 82–94.

Hammad, M. A., (2016), "Future Anxiety and Its Relationship to Students' Attitude Toward Academic Specialization", *Journal of Education and Practice* 7(15): 54–65.

Hisli, N., (1989), "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerlilik ve Güvenilirliği", *Türk Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13.

Hong, E. ve Karstenson, L., (2002), "Antecedents of State Test Anxiety", *Contemporary Educational Psychology*, 27(2): 348–367.

Hong, E., (1999), "Test Anxiety, Perceived Test Difficulty, and Test Performance: Temporal Patterns of Their Effects", *Learning and Individual Differences*, 11(4): 431-447.

Kapıkıran, Ş. (2002), "Üniversite Öğrencilerinin Sınav Kaygısının Bazı Psiko-Sosyal Değişkenlerle İlişkisi Üzerine Bir İnceleme", *Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(1): 34-43.

Karrie , J., Craig, K., Brown, J. ve Andrew, B., (2008), “Environmental Factors in the Etiology of Anxiety. Neurop Psychopharmacology: The Fifth Generation of Progress”, Erişim Adresi; [Environmental Factors in the Etiology of Anxiety \(acnp.org\)](http://Environmental Factors in the Etiology of Anxiety (acnp.org) Erişim Tarihi: 01.12.2020) Erişim Tarihi: 01.12.2020.

Kızılaslan, A. ve Kızılaslan, M. M., (2018), “Anxiety in Visually Impaired Students about the Future”, International Journal of Evaluation and Research in Education, 7(2): 152-158.

Kula, K. Ş., (2016), “Üniversite Öğrencilerinin Gelecek Kaygısı”, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13(33): 227–242.

Liebert, R. M. ve Morris, L. W., (1967), “Cognitive and Emotional Components of Test Anxiety: A Distinction and Some Initial Data”, Psychological Reports. 20(3): 975–978.

Margalit, M. ve Zak, I., (1984), “Anxiety and Self-Concept of Learning Disabled Children”, Journal of Learning Disabilities, 17(9): 537–539.

Merriam-Webster Dictionary online. Erişim Adresi; <https://www.merriam-webster.com/dictionary/anxiety> Erişim Tarihi; 03.12.2020.

Öcal, R., (2019), Korunma İhtiyacı Olan Çocuklarda Gelecek Kaygısının İncelenmesi: Adana İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin.

Özbaş, A.A., Sayın, A. ve Coşar, B. (2012), “Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerde Sınav Öncesi Anksiyete Düzeyi İle Erken Dönem Uyumsuz Şema İlişkilerinin İncelenmesi”, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 1(2): 81-89.

Palti, C. (2012), Üniversiteye Hazırlanan Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Yükseköğretime Geçiş Sınavı Öncesi ve Sonrasında Benlik Saygısı, Sınav Kaygısı Ve Durumluk-Sürekli Kaygı Kaygı Düzeyleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Pekrun R., Goetz T., Perry R., Kramer K., Hochstadt M. and Molfenter S., (2004), Beyond Test Anxiety: Development And Validation Of The Test Emotions Questionnaire (TEQ), Anxiety, Stress & Coping, 17(3): 287-316.

Price B.J., (2009), Differentiating Future Time Perspective And Future Anxiety As Distinct Predictors Of Intimate Partner Violence, For The Degree Doctor of Philosophy Northern Illinois University De Kalb, Illinois.

Rana, R. A. ve Mahmood, N., (2017), “The Relationship Between Learning Style, Test Anxiety and Academic Achievement”, Universal Journal of Educational Research, 5(1): 61–71.

Ringeisen, T. ve Buchwald, P., (2010), “Test Anxiety and Positive and Negative Emotional States During An Examination”, Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal, 14(4):431–447.

Salend, S. J., (2011) , “Addressing Test Anxiety”, Teaching Exceptional Children, 44(2): 58–68.

Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1993), “Umutsuzluk ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği”, Kriz Dergisi, 1(3): 139-142.

Softa, H. K., Karaahmetoğlu, G. U. ve Çabuk, F., (2016), “Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Sınav

Kaygısı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Kastamonu Eğitim Dergisi, 23(4): 1481–1494.

Spinath, B. (2012). Academic achievement. In V. Ramachandran (Ed.), Encyclopedia of human behaviour (2nd ed., pp. 1–8). San Diego, CS: Academic Press.

Stöber, J., (2004), “Dimensions of Test Anxiety: Relations to Ways of Coping With Pre-Exam Anxiety and Uncertainty”, Anxiety, Stress and Coping, 17(3): 213–226.

Şenöz, G. (2015), 8. Sınıf Öğrencisi Olup Obsesif Kompulsif Bozukluk Teşhisi Almış Olan Çocuklarda Sınav Kaygısı Bozukluğu Oranının Sıklığının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Tarhan N., (2012), Genç Arkadaşım, İstanbul. Timaş Yayınları.

Totan, T. (2018), “Ortoakul Ve Lise Öğrencilerinde Sınav Kaygısının Değerlendirilmesi: Westside Sınav Kaygısı Ölçeği”, Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi, 9(2):143-155.

Turaç, İ.S., Bayın Donar, G. (2018), “Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin İşsizlik Kaygılarını ve Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, Ekim, 1(5): 119-127.

Tümkaya, S., Aybek B., Çelik M. (2007), “A Prediction of Hopelessness and State-Trait Anxiety Levels among Teacher Candidates before the KPSS Exam”, Educational Sciences: Theory & Practice, 7(2): 967-974.

Ulusoy, S., Yavuz, K. F., Esen, F. B., Umut, G., Karatepe, H.T. (2016), “Sınav Kaygısına Yönelik Bilişsel Grup Terapisi”, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 3: 28-37.

Yalçınkaya, N. (2011), İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Türkçe Dersine Yönelik Tutumları İle Sınav Kaygısı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.

Yanikkerem, E., Altınparmak, S. ve Karadeniz, G. (2004), “Gençlerin Meslek Seçimini Etkileyen Faktörler Ve Benlik Saygıları”, Nursing Forum Dergisi. 7(2): 61- 62.

Yorulmaz M. , Gençtürk M.(2018), “Türkiye’de Sağlık Yönetimi Mesleğinin Karşılaştığı Temel Sorunlar: Nitel Bir Çalışma”, BMIJ, 6(4): 1310-132.

Zaleski, Z., (1996), “Future Anxiety: Concept, Measurement, And Preliminary Research”, Personality and Individual Differences, 21(2): 165–174.