



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 25

Sayı/Number 3

Yıl/Year 2022

Corporate Governance Perception and Job Satisfaction Levels of Health Workers

Bilal İNCEDAĞ, Semra AKSOYLU

The Effect of Communication Skills and Mobbing Living Levels of Healthcare Professionals on Employee Silence

Atikullah GHIASEE

Investigation of the Relationship between Emotional Labor Behavior and Job Satisfaction of Nurses

Sevda ARSLAN ŞEKER, Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE, Şenay GÜL

Hekimlerin Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi

Merve BANAZ, Pınar YALÇIN BALÇIK

Hükümet-Kamu İletişiminin Halkın Sağlık İnançlarına Etkisi: Covid-19 Pandemisinde Sosyal Medyanın Rolü

Hikmet TOSYALI, Elif AKÇAY

Toplumsal e-Sağlığa Hazırbulunuşluğu Ölçme Aracı: Bir Keşfedici Sıralı Karma Yöntemler Araştırması

Cem AYDEN, Gülşen GÜNDOĞDU

Dünya Bankası Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Teknik Etkinlik Düzeylerinin Ölçümü: Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama

Biröl YETİM, Gülnur İLGÜN, Murat KONCA

Pygmalion Algısının Sağlık Çalışanlarının Özyeterlilik ve Bireysel Yaratıcılıkları Üzerine Etkileri: Bir Kamu Kurumu Örneği

Gül MERSİNLİOĞLU SERİN, Zekai ÖZTÜRK

Değişim Yorgunluğu, Psikolojik Dayanıklılık ve İş Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama

Seval SELVİ SARIGÜL, Özgür UĞURLUOĞLU

Covid-19 Yönetim Sürecine Yönelik Bireylerin Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri

Merve TAVUKCU, Erdal EKE

Hasta Hizmetleri Müdürlüğüne Bağlı Çalışanların Kariyer Planlaması Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Eyüp KALAFAT, Yıldırım Beyazıt GÜLHAN

İnternet Üzerinden Hekim Randevusu Alma Davranışının Bireysel Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Şenol DEMİRCİ, Özgür UĞURLUOĞLU

Hastane Çalışanlarının Can Sıkıntısı Eğilimleri ile İş Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Tuğçe DERE, Ahmet ALKAN

Uzun Dönemli Bakımda Tercihler ve Belirleyiciler: Formal Bakıma Karşı İnfomal Bakım Özden GÜDÜK

Covid-19 Pandemisi Döneminde e-Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi

Seda AYDAN



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 25

Sayı/Number: 3

2022

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 25 Sayı: 3 Yıl: 2022

Derginin Sahibi/Publisher

Mustafa Umur TOSUN, Dekan/Dean
H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi adına
on behalf of H.U. Faculty of Economics and Administrative Sciences

Yayın Kurulu Başkanı/Editor

Gülsün ERİGÜÇ

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager

Gamze BAYIN DONAR

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

Seda AYDAN

İngilizce Dil Editörü / English Language Editor

Songül ÇINAROĞLU

Yayın Kurulu/Editorial Board

Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Fikriye YILMAZ	Başkent Üniversitesi
Gamze BAYIN DONAR	Hacettepe Üniversitesi
Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Özlem ÖZER	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Seda AYDAN	Hacettepe Üniversitesi
Serap DURUKAN KÖSE	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Songül ÇINAROĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi

Dergi Tasarım

Birol YETİM
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI
Furkan ŞAHİNBAŞ
Gülsüm Şeyma KOCA
Nazan KARTAL
Şenol DEMİRCİ

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi yılda dört defa yayımlanır ve hakemli bir dergidir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazılar ve diğer konularla ilgili yazışmalar aşağıdaki adrese yapılmalıdır:

Gamze BAYIN DONAR

H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye
E-mail: saglikidaresidergisi@gmail.com

Dergiye gönderilen yazılar, yazı yayımlansın veya yayımlanmasın geri gönderilmez. Dergiye yayımlanmak üzere gönderilecek yazılar Dergi'nin son sayfasında yer alan "Yazarların Dikkate Alması Gereken Kurallar"a uygun olmalıdır.

H.U. Journal of Health Administration is a refereed journal, published four times a year. Manuscripts must conform to the requirements indicated on the last page of the Journal. Manuscripts submitted will not be returned whether they are accepted or not for publication. All correspondence should be directed to the address above.

Yayın Türü:	Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
Yayının Yönetim Yeri:	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
Yayın Tarihi	27.09.2022

Dergimiz, **TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Türk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Türk Eğitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) ve Türkiye Atıf Dizini** veri tabanlarında taranmaktadır.

The Journal is indexed in the **TUBITAK ULAKBIM Social and Human Sciences Database, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Turk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Turk Egitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Turkiye Atıf Dizini** databases.

Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Elif DİKMETAŞ YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdika KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	İstinye Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Türkan YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Beykent Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Araştırma

Corporate Governance Perception and Job Satisfaction Levels of Health Workers Sağlık Çalışanlarının Kurumsal Yönetim Algısı ve İş Tatmin Düzeylerinin Belirlenmesi <i>Bilal İNCEDAĞ, Semra AKSOYLU</i>	445-464
The Effect of Communication Skills and Mobbing Living Levels of Healthcare Professionals on Employee Silence Sağlık Çalışanlarının İletişim Becerileri ve Mobbing Yaşama Düzeylerinin Çalışan Sessizliğine Etkisi <i>Atikullah GHIASEE</i>	465-484
Investigation of the Relationship between Emotional Labor Behavior and Job Satisfaction of Nurses Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışları ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... <i>Sevda ARSLAN ŞEKER, Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE, Şenay GÜL</i>	485-500
Hekimlerin Defansif Tıp Tutumlarının İncelenmesi Investigation of Physician's Defensive Medicine Attitudes..... <i>Merve BANAZ, Pınar YALÇIN BALÇIK</i>	501-516
Hükümet-Kamu İletişiminin Halkın Sağlık İnançlarına Etkisi: Covid-19 Pandemisinde Sosyal Medyanın Rolü The Impact of Government-Public Communication on Public Health Beliefs: The Role of Social Media in the Covid-19 Pandemic <i>Hikmet TOSYALI, Elif AKÇAY</i>	517-532
Toplumsal e-Sağlığa Hazırbulunuşluğu Ölçme Aracı: Bir Keşfedici Sıralı Karma Yöntemler Araştırması Social e-Health Readiness Measurement Tool: An Exploratory Sequential Mixed Methods Study..... <i>Cem AYDEN, Gülşen GÜNDOĞDU</i>	533-548
Dünya Bankası Üyesi Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Teknik Etkinlik Düzeylerinin Ölçümü: Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama Measuring the Level of the Technical Efficiency of the World Bank Member Countries' Health System: An Application on Data Envelopment Analysis..... <i>Biröl YETİM, Gülnur İLGÜN, Murat KONCA</i>	549-564
Pygmalion Algısının Sağlık Çalışanlarının Özyeterlilik ve Bireysel Yaratıcılıkları Üzerine Etkileri: Bir Kamu Kurumu Örneği The Effects of Pygmalion Perception on The Self-Efficacy and Individual Creativity of Health Workers: A Public Institution Case <i>Gül MERSİNLİOĞLU SERİN, Zekai ÖZTÜRK</i>	565-590

Değişim Yorgunluğu, Psikolojik Dayanıklılık ve İş Doyumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama Examination of the Relationships between Change Fatigue, Psychological Resilience and Job Satisfaction: An Application in Family Health	591-608
<i>Seval SELVİ SARIGÜL, Özgür UĞURLUOĞLU</i>	
Covid-19 Yönetim Sürecine Yönelik Bireylerin Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Information and Satisfaction Levels of Individuals for the Covid-19 Management Process	609-628
<i>Merve TAVUKCU, Erdal EKE</i>	
Hasta Hizmetleri Müdürlüğüne Bağlı Çalışanların Kariyer Planlaması Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi Determining the Knowledge Levels of the Employees of the Patient Services Directorate on Career Planning	629-642
<i>Eyüp KALAFAT, Yıldırım Beyazıt GÜLHAN</i>	
İnternet Üzerinden Hekim Randevusu Alma Davranışının Bireysel Özellikler Açısından Değerlendirilmesi Evaluation of the Behavior of Making a Physician Appointment on the Internet in Terms of Individual Characteristics	643-654
<i>Şenol DEMİRCİ, Özgür UĞURLUOĞLU</i>	
Hastane Çalışanlarının Can Sıkıntısı Eğilimleri ile İş Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki The Relationship between Hospital Employees Boredom Tendencies and Quality of Work Life	655-680
<i>Tuğçe DERE, Ahmet ALKAN</i>	
Derleme	
Uzun Dönemli Bakımda Tercihler ve Belirleyiciler: Formal Bakıma Karşı İnfomal Bakım Preferences and Determinants in Long Term Care: Formal Care vs. Informal Care	681-694
<i>Özden GÜDÜK</i>	
Covid-19 Pandemisi Döneminde e-Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi Accelerated Importance of e-Health Literacy in the Period of Covid-19 Pandemic	695-706
<i>Seda AYDAN</i>	

RESEARCH ARTICLE

CORPORATE GOVERNANCE PERCEPTION AND JOB SATISFACTION LEVELS OF HEALTH WORKERS

Bilal İNCEDAĞ*
Semra AKSOYLU**

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the corporate governance perception and job satisfaction levels of healthcare professionals. 568 health workers working in System, Erciyes, Kızılay, Medikal Palace and Tekden private hospitals that operates in Kayseri province were included. The data was collected between January and March 2020. Questionnaire forms in which a 7- item Personal Information Form for socio-demographic information, a 25-question Corporate Governance Scale and a 20 item Minnesota Job Satisfaction Scale included. SPSS 25.0 program was used for data analysis. Approval was obtained for this research by the Ethics Committee of Kayseri University (2019-31). A statistically significant difference was found between the health workers within the scope of the study according to their institutional management perception levels in terms of the institution, gender, educational status, duty and working time in the institution, the institution they work for, their age, educational status and their job satisfaction levels in terms of their duties in the institution ($p < 0.05$). In addition, a positive relationship was found between corporate governance perception and job satisfaction. Made literature on corporate governance in Turkey HCWs perceptions of job satisfaction and there are no studies addressing together. In this context, it can be said that the field is open to the contribution of future studies. It is assessed that, with the adoption of corporate governance and increasing the level of job satisfaction, healthcare enterprises can access financing with lower costs and increase their profitability. It is considered that comparative statistical data to be obtained through studies to be carried out in public health institutions and in different regions will guide the sector.

Keywords: Job satisfaction, Corporate governance, Health employee, Healthcare sector, Productivity.

ARTICLE INFO

* Paramedic, Kayseri Provincial Directorate of Health, Primary Care Clinic Talas Number 2, bincedag@gmail.com.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2873-6020>

** Prof. Dr., Kayseri University Faculty of Applied Sciences, Department of Accounting and Finance Management, aksoylu@kayseri.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5837-1600>

Received: 09.03.2021

Accepted: 29.08.2022

Cite This Paper:

İncedağ, B. & Aksoylu, S. (2022). Corporate governance perception and job satisfaction levels of health workers. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 445-464

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KURUMSAL YÖNETİM ALGISI VE İŞ TATMİN DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Bilal İNCEDAĞ[†]
Semra AKSOYLU^{**}

ÖZ

Bu araştırma sağlık çalışanlarının kurumsal yönetim algısı ve iş tatmin düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Kayseri ilinde faaliyet gösteren 13 özel hastaneden 5 tanesi olan System, Erciyes, Kızılay, Medikal Palace ve Tekden özel hastanelerinde çalışan 568 sağlık çalışanı Ocak – Mart 2020 tarihleri arasında yapılan çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplamada alan araştırması yöntemlerinden anket tekniği kullanılmıştır. Katılımcılara sosyo-demografik bilgi amaçlı 7 soruluk Kişisel Bilgi Formu, 25 soruluk Kurumsal Yönetim Algısı Ölçeği (KYAÖ) ve 20 sorudan oluşan Minnesota İş Tatmin Ölçeği (MITÖ) uygulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Bu araştırma için Kayseri Üniversitesi Etik Kurulu (2019-31) tarafından onay alınmıştır. Araştırma kapsamında yer alan sağlık çalışanlarının çalışılan kurum, cinsiyet, öğrenim durumu, kurumdaki görev ve çalışma süreleri bakımından kurumsal yönetim algı düzeyleri, çalışılan kurum, yaş, öğrenim durumu ve kurumdaki görevleri bakımından da iş tatmin düzeyleri arasında istatistiki açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kurumsal yönetim algısı ve iş tatmin düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan literatür taramasında Türkiye’de sağlık çalışanlarının kurumsal yönetim algısı ve iş tatmin düzeyini birlikte ele alan çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda çalışmanın önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kurumsal yönetimin özümsemesi ve iş tatmin düzeyinin artırılması ile sağlık işletmelerinin daha düşük maliyetli finansmana ulaşabileceği ve kârlılığını artırabileceği değerlendirilmektedir. Kamuya ait sağlık kurumlarında ve farklı bölgelerde de yapılacak çalışmalarla elde edilecek karşılaştırmalı istatistiki verilerin sektöre yön göstereceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İş tatmini, Kurumsal yönetim, Sağlık çalışanı, Sağlık sektörü, Verimlilik.

MAKALE HAKKINDA

[†] Paramedik, Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, Talas 2 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, bincedag@gmail.com.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2873-6020>

^{**} Prof. Dr., Kayseri Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Muhasebe ve Finans Yönetimi Bölümü, aksoylu@kayseri.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5837-1600>

Gönderim Tarihi: 09.03.2021

Kabul Tarihi: 29.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

İncedağ, B. & Aksoylu, S. (2022). Corporate governance perception and job satisfaction levels of health workers. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 445-464

I. INTRODUCTION

The health sector, which has not lost its importance throughout history, becomes even more prominent in the periods of war and pandemic. Although it is a sector that is rapidly affected by technological developments, qualified human resources constitute the basis of the health sector. The Covid 19 pandemic, which is one of the most important problems to be struggled in the 21st century, clearly reveals this. In this process, there are differences in the methods of struggling with the pandemic as a result of the management and social structure differences of the countries. While the studies carried out during this epidemic period are of course tracked with the number of patients and deaths, the financial aspect should not also be ignored. In this process, health sector clearly reveals that it is an investable sector. Health investments have an international nature also with the effect of globalization. Investors seek for the businesses not only for the domestic demand in their countries, but also those being able to reach worldwide through health tourism. In fact, health tourism is expected to reach 207.7 billion dollars by 2027 and produce a compound annual growth rate of over 20%. (Ticaret Bakanlığı, 2020).

As in every sector, capital is needed for the establishment and carrying out the activities in the health sector. The cost of obtaining this capital initially creates either an advantage or a disadvantage in competition with rival businesses. The competition, which more increases with the demands of the investor people or institutions, increase the pressure on the top management (Akyüz, 2009).

Although Turkey seems more disadvantageous than its European rivals in finding low cost fund, it draws the attentions of foreign investors with its geopolitical position, young and dynamic population and relatively lower production cost than Europe. From this aspect, it is seen that private equity funds and businesses operating in Turkey prefer investing also in health sector (Sasder, 2015). Being able to track the investments can create high costs that are necessary to be bear for small investors. Thus, while businesses are being managed, it should be gone beyond the classical management practices. Here, investors are not the only aspect that should be considered. Businesses should enable all stakeholders (sharers, suppliers, customers, employees, state, etc.) to reach the necessary accurate and clear information on time and with the lowest cost. By nature, hospitals are businesses that provide uninterrupted service for 24 hours, are complicated with many specialties, and expensive in terms of both human resource and technological investments. In all this complexity, all stakeholders expect the management to present their physical, financial and intellectual capitals objectively and clearly (Aksoylu, 2014).

Undoubtedly, the most important factor of health sector is qualified labor force. For the profitability and continuity of the business, it is necessary to make this labor force efficient and keep employee turnover rate low. Accordingly, keep the job satisfaction levels of the employees high is important. In fact, the patients and relatives receiving service from the healthcare employees having high level of job satisfaction will tend to prefer the business again and recommend it to their environment since they are content with the service they have received (Karahana, 2009).

The main reason for the interest in corporate governance (TÜSİAD, 2002) and job satisfaction concepts, which began to be seen more in business life and academic field in the 20th century as a result of financial processes throughout the world, is their effect on productivity and profitability (Lawler III and Porter, 1967). In this study, the corporate governance perceptions and job satisfaction levels of the employees, who are the most important stakeholders of healthcare sector, have been evaluated in terms of their demographic characteristics.

It is considered that the study will make significant contributions to the current literature in terms of addressing the concepts of corporate governance and job satisfaction in the health sector together. In this context, it is thought to be an important source for the literature in the field of health management.

II. CONCEPTUAL FRAMEWORK

2.1. Corporate Governance

Corporate governance, which has purposes such as increasing stakeholders' trusts by empowering the structures of enterprises, decreasing the frangibility against financial crises and making companies' reaching low cost capital easy, has different definitions as well as practice differences depending on the countries. In one of these definitions, corporate governance is defined as “*A perception that look after the interests of both shareholders and managers, and at the same time, the rights of the stakeholders such as corporations, customers, creditors, funders and state are given importance in addition to the traditional structures in the management and activities of companies that aims to make profit and distribute it to shareholders*” (Millstein et al., 1998).

According to the definition of Organisation for Economic Co-Operation and Development Corporate (OECD), “*Governance involves a set of relationships between a company's management, its board, its shareholders and other stakeholders. Corporate governance is only part of the larger economic context in which firms operate that includes, for example, macroeconomic policies and the degree of competition in product and factor markets. The corporate governance framework also depends on the legal, regulatory, and institutional environment*” (OECD, 2004).

According to the definition of Turkish Industry and Business Association (TÜSİAD), which is the first non-governmental organization handling the issue of corporate governance and publishing a report of it in Turkey, corporate governance is “*the organization and management of a modern institution established for a specific goal.*” In another definition included in the same report, it is “*all rules, regulations, codes and practices enabling long term economic value creation for shareholders, while respecting values and attracting human and financial capital*” (TÜSİAD, 2002).

The concept of corporate governance, which has taken place in the financial environments of countries, particularly in developed countries, first started to be seen as a management model after the “Economic Depression” experienced in the United States of America (the USA) in 1929 (Doğan, 2007). After this economic crisis and the subsequent World War II, financial markets started to recover. However, company scandals, financial crises and corruption in Asia, Europe and the USA as of the 1980s reduced investor confidence. In order to reallocate this environment of trust, financial markets have tended to adopt the corporate governance model (Ataman et al., 2017).

As a result of these developments, corporate governance principles were developed in April 1998 under the leadership of the OECD and a "Corporate Governance Committee" was established to ensure integrity of international practice. The corporate governance principles prepared were issued and put into practice in 1999. The principles, which was started to put into practice primarily by OECD member countries, provided OECD member countries, including Turkey, to attain a standard roadmap (OECD, 2004). Corporate governance practices, which emerged after the financial incidents in developed countries and started to be practiced, began to be put into practice in Turkey with the 2001 crisis (Doğan, 2007).

The fundamental principles of corporate governance put into practice can differ depending on the legal and financial structure of the practitioner country. However, the principles practiced basically are as follows (Doğan, 2007):

- Fairness,
- Transparency,
- Accountability,
- Responsibility.

Increasing international competition conditions push businesses to find lower cost resources and produce low cost but quality products in order to ensure their sustainability. In this direction, it should be ensured that not only production equipment but also management philosophies are not left behind the developing and changing process (Aksoylu and Aykan, 2013). The search for these purposes reveals the problems that arise corporate governance and the theories for the solutions of these problems. It is seen that while the theories evaluate the processes from certain perspectives, they cannot present the whole. Therefore, in order to assess the contribution of corporate governance to businesses, it is necessary to show a processoriented approach (Nicholson et al., 2007).

The main theories in question are as follows (Elena, 2012):

- Agency theory,
- Stakeholder theory,
- Management theory,
- Transaction cost theory,
- Managerial hegemony theory,
- Myopic market theory,
- Resource dependence theory.

The major axis of the theories is the activities of the management level and the positive and negative processes expected to occur as a result of these activities. In addition, the protection of the rights of those who invest in the business and other stakeholders of the business also plays an important role.

There are two different models in the countries implementing corporate governance. Which sector's interests will be protected is in the basis of these models. These models are the *Anglo-Saxon Model* implemented by the USA, the United Kingdom, Australia and Canada, and the *Continental Model* implemented by Germany, Japan and France. The Anglo-Saxon model bases the interests of the shareholders, so it is called as *shareholder approach* in the literature. Continental Model is called as *stakeholder approach* since it focuses on the protection of all stakeholders (Alp and Kılıç, 2014). The fact that family members are the shareholders of the businesses causes differences in practice in Turkey. The professional managers in the Anglo-Saxon corporate governance implementations have not been common in Turkey yet. The fact that employees also take place in the management in the Continent is one of the differences with Turkey (Çıtak, 2006).

In the *World Corporate Governance Index* issued by Saha Rating (2019), which compares countries in terms of the infrastructure and implementations of corporate governance, countries have been evaluated out of 100 points. Such data and analysis considered by international investment funds when they invest are important for the businesses to reach the capital. According to the index, the countries receiving 80 and more points have been defined as Group 1 countries. Turkey is among the Group 1 countries that include 22 countries (Saharating, 2019).

2.2. Job Satisfaction

Records of efforts to improve employees' performance date back to around 3800 years. The process taking place in the records of Babylon with the regulation of wage rates of employees continues in the 17th and 18th centuries with the arrangements made to cease the reactions of the employees against wages inequality and to prevent strikes (Ardıç and Özdemir, 2017). With the effect of globalization, it is no longer enough to only increase the performance of employees. It is aimed to keep qualified workforce, which is considered as a scarce resource, in the business, and to keep the costs such as employee turnover rate and employee finding, training, and etc. at minimum. These goals lead businesses to keep employees' job satisfaction high. The increasing interest in the issue of job satisfaction as of the first quarter of the 20th century has been the positive relationship that is believed to exist between job satisfaction level and job performance (Lawler and Porter, 1967).

The increase in the awareness in work life has revealed the studies on job satisfaction also in the academic field. Job satisfaction, which is evaluated as a positive emotional state emerging with employees' being pleased with the appreciation of their profession or professional experience, is defined in different ways (Locke and Dunnette, 1976). According to one of these definitions, it is defined as "A positive attitude or a pleasant emotional state emerging as a result of the experience of a person or of the harmony between a person and an organization" (Ugboro and Obeng, 2000). In another definition, job satisfaction is defined as "the emotional response that employees show for an existing physical and social state" (Karakuş, 2011).

Addressing personal needs and accordance with the values are important in job satisfaction. In the arising of the job satisfaction level, it is important that the job fulfills personal needs of the employee or produce values for the fulfillment of these needs or provides an opportunity to reach these values (Mercer, 1997). In summary, job satisfaction can be evaluated as the emotional and cognitive responses of employees to the job itself and to the work-related factors. It is inevitable for management science to work together with sociology, social sciences and psychology in order to keep job satisfaction at the highest level (Eroğlu, 2006).

The existence of employees with high level of job satisfaction is an important factor in increasing the turnover of businesses (Lawler and Porter, 1967). Job satisfaction levels of employees will reveal positive or negative results in their spiritual satisfaction (Karakuş, 2011) and social life as well as in their working life (Mercer, 1997).

There are theories handling the concept of job satisfaction from different point of views. These theories are in two groups as content theories and process theories. These theories usually focus on which job factor affects job satisfaction level to what extent and what should be done to increase job satisfaction level (Mészáros, 2011). Job satisfaction theories are listed in Table 1.

Table 1. Job Satisfaction Theories

Content Theories	Process Theories
Hierarchy of Needs Theory	Vroom's Expectancy Theory
Need Achievement Theory	Improved Expectancy Theory
Two Factor Theory	Equity Theory
ERG (Existence, Relatedness and Growth) Theory	Cognitive Appraisal Theory

Reference: Küçüközcan, 2015.

In the literature, the factors affecting job satisfaction are usually collected under two titles as individual and environmental factors. While individual factors are used to describe the inner structures and personal characteristics of individuals, environmental factors evaluate external, that is environmental, factors related to job satisfaction (Javier et al., 2005).

2.3. The Relation between Demographic Variables and Corporate Governance and Job Satisfaction

The adaptation to the corporate governance principles, which has emerged to find solutions for the crises in developing financial markets, bases on the protection of the rights of all of those having connection with the business (Millstein et al., 1998). In health sector, where qualified labor supply is inadequate for demand, it is considered that the adaptation of the corporate governance principles will be effective in keeping employees, i.e. internal stakeholders, in the business and in improving the productivity of employees by its positive relation with job satisfaction level. In the study conducted by Paşaoğlu (2010), it is stated that although a significant relation has not found between corporate governance perception and job satisfaction level, characteristics such as sectoral differences and working period might have caused this result. In the studies conducted by Durak and Serinkan (2007), Çelen and others, (2011), Mercanlıoğlu (2012) and Keklik and Çoşkun Us (2013), it was determined

that there was a relation between job satisfaction levels and demographic characteristics of health workers.

III. METHOD

3.1. The Objective of the Research

With this study, it is objected to determine the corporate governance perception and job satisfaction levels of healthcare employees and to find out whether there are differences in terms of the demographic characteristics of the employees. In addition, it is aimed to reveal whether there is a positive relationship between the perception of corporate governance and the level of job satisfaction. According to the literature review, the corporate governance perception and job satisfaction levels of healthcare employees have been handled separately, and no study has been found handling corporate governance perception and job satisfaction level together. This study is important since it discusses corporate governance perception and job satisfaction level together. In addition, it is also important since it is a study conducted with the data collected just before the spread of Covid 19 pandemic in Turkey (January – March 2020). This current data will contribute to more objective assessments of the health workers' situation through post-pandemic work.

In accordance with these literature findings, the hypotheses of the research were determined as follows.

H₁: The corporate governance perceptions of health workers are significantly different in terms of the demographic variables of institution (H_{1a}), age (H_{1b}), gender (H_{1c}), marital status (H_{1d}), educational background (H_{1e}), job in the institution (H_{1f}) and working period in the institution (H_{1g}).

H₂: The job satisfaction levels of the health workers are significantly different in terms of the demographic variables of institution (H_{2a}), age (H_{2b}), gender (H_{2c}), marital status (H_{2d}), educational background (H_{2e}), job in the institution (H_{2f}) and working period in the institution (H_{2g}).

H₃: There is a positive and significant relationship between the perception of corporate governance of health workers and their level of job satisfaction.

3.2. The Ethical Aspect of the Research

Necessary approvals were obtained from the related institutions as part of the research. The health workers who are desired to be included in the research were informed about the research and their written and verbal consent was obtained. In line with the request of the institutions participating in the study (System, Erciyes, Kızılay, Medikal Palace and Tekden), the names of the hospitals were coded without considering alphabetical order. Before starting data collection for this research, approval was obtained from the Ethics Committee of Kayseri University.

3.3. The Model of the Research

This research is a cross-sectional descriptive study aiming at determining the job satisfaction levels of employees in private hospitals operating in Kayseri. Cross-sectional studies deal with events at a point in time, descriptive studies describe the problem, variables and situations related to them (Çaparlar and Dönmez, 2016).

In accordance with the objective of the research, there are two variables in the research as dependent and independent. While the independent variable includes descriptive questions, dependent variable is corporate governance perception and job satisfaction level.

The research model used in this study is as following:

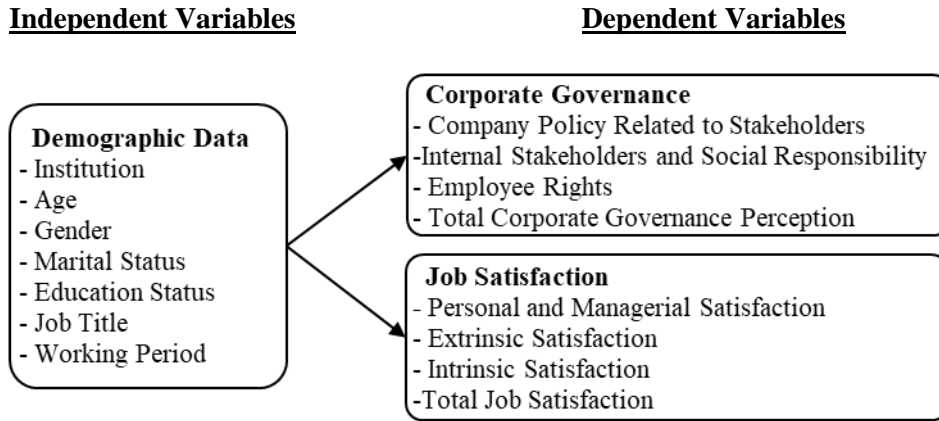


Figure 1. The Model of the Research

Reference: Çaparlar and Dönmez, 2016.

3.4. Population and Sample

There are 13 private hospitals operating in the province of Kayseri where the study was conducted. within the scope of the study. All of the hospitals mentioned were contacted but the necessary permits were able to be obtained from only 5. The employees of the 5 hospitals stating that they would participate in the study (Physician, Allied Healthcare Professional, Manager, Administrative Employee, Other) formed the sample group (n=568). 568 (81%) of the 700 questionnaires distributed were returned as usable.

3.5. Corporate Governance Scale

The 25-question Corporate Governance Perception Scale (CGPS) developed by Sancar (2015) was used as the data collection tool in the research. In the questionnaire form, health workers were asked to indicate to what extent they agree with the practices in the workplace. The degrees of agreement of the participants were determined according to the 5-point Likert scale with the choices of strongly disagree (1 point), disagree, neither agree nor disagree, agree and strongly agree (5 points).

In the study, Cronbach's Alpha value, which is the concordance value depending on the correlation between questions (Coşkun et al., 2017) was used while the reliability of the scale was being analyzed. The Cronbach's Alpha value of the corporate governance perception scale was found as 0.966.

The result of KMO test performed to ensure the adequacy of the data obtained from CGPS sample was calculated as 0.956. Barlett's test of sphericity, performed on the same scale, revealed that it is valid with $p < 0.01$. These findings proved that the sample size was suitable for factor analysis (Kalaycı, 2014).

As a result of the factor analysis, the 12th question was excluded from the analysis since it assigned load to more than 1 factor and the absolute value of the difference between the loads was less than 0.100. Factor analysis was repeated for the remaining 24 items. The result of the KMO test performed to ensure the adequacy of the data obtained from the sample was calculated as 0.954. Bartlett's test of sphericity performed for the scale revealed that it is valid with $p < 0.01$.

It was seen that 3 factors of which eigenvalue was found above 1 as a result of the factor analysis could explain 65.960% of the sample. When factor weights were analyzed, it was observed that they were min 0.608 and max 0.847 in "company policy regarding stakeholders," min 0.592 and max 0.790 in "internal stakeholders and social responsibility" and min 0.799 and max 0.857 in "employee rights."

3.6. Job Satisfaction Scale

The 20-question MJSS, which was developed by Weiss et al., in 1967, was used as the data collection tool in the research. The adaptation of the scale into Turkish and its validity and reliability studies were conducted by Baycan (1985) and adapted into Turkish with the validity and reliability studies by Baycan (1985). In the questionnaire form, healthcare employees were asked to state to what extent they are content with the aspect of their jobs given in the statement. The degrees of agreement of the participants were determined according to the 5-point Likert scale with the choices of very dissatisfied (1 point), dissatisfied, neither satisfied nor dissatisfied, satisfied and very satisfied (5 points).

In the study, Cronbach's Alpha value, which is the concordance value depending on the correlation between questions, was used. The Cronbach's Alpha value of the Minnesota Job Satisfaction Scale used in the scope of the study was found as 0.952.

The result of the KMO test, which was performed to ensure the adequacy of the data obtained from the sample, was calculated as 0.946. Bartlett's test of sphericity revealed that the scale was valid with $p < 0.01$. These findings proved that the sample size was suitable for the factor analysis.

As a result of the factor analysis on MJSS, the 8th, 15th and 16th questions were excluded from the analysis since they assigned load to more than 1 factor and the absolute value of the difference between the loads was below 0.100. Factor analysis was performed again for the remaining 17 items.

The result of the KMO test, which was performed to ensure the adequacy of the data obtained from the sample, was found as 0.930. The Bartlett's test of sphericity revealed that it was valid with the value of $p < 0.01$

It was observed that the 3 factors having the eigenvalue of above 1 could explained the 67.837% of the sample. When the factor weights were examined, it was seen that they were min 0.540 and max 0.808 in "personal and managerial satisfaction," min 0.589 and max 0.814 in "extrinsic satisfaction" and min 0.689 and max 0.726 in "intrinsic satisfaction."

3.7. Data Analysis

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25.0 program was used for data analysis.

The normality of the distribution of the data was analyzed using the Skewness and Kurtosis test. It is observed that the data was normal distributed. Paired group comparisons were made with the Mann Whitney-U test. Differences between more than two groups were analyzed with the Kruskal Wallis test if at least 1 of the 3 assumptions was violated; if all 3 assumptions were met, it was examined with the Anova test.

These assumptions (Kalaycı, 2014);

- Data must be interval or ratio,
- Data must have normal distribution (skewness and kurtosis values must be between -1 and +1),
- Group variances must be equal.

In this study, the statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

IV. FINDINGS

The findings regarding the demographic characteristics of the participants, statistical results regarding the scales and CGPS and MJSS in terms of the demographic characteristics of the participants were evaluated in this part of the study.

Table 2. The Distribution of the Demographic Characteristics of the Employees (n=568)

Gender	Number	%	Institution	Number	%
Female	369	65.0	Hospital A	122	21.5
Male	199	35.0	Hospital B	97	17.1
Total	568	100.0	Hospital C	113	19.9
Marital Status	Number	%	Hospital D	108	19
Married	262	46.1	Hospital E	128	22.5
Single	259	45.6	Total	568	100.0
Other	47	8.3	Job	Number	%
Total	568	100.0	Physician	23	4.0
Age	Number	%	Allied Healthcare Professionals	370	65.1
18 - 29	276	48.6	Management	6	1.1
30 - 39	186	32.7	Administrative Employees	29	5.1
40 - 49	84	14.8	Other	140	24.7
50 and above	22	3.9	Total	568	100.0
Total	568	100.0	Working Period in the Institution	Number	%
Educational Status	Number	%	Less than 1 Year	115	20.2
Elementary	36	6.3	1 - 3 Years	168	29.6
Highschool	243	42.8	4 - 6 Years	105	18.5
Associate Degree	134	23.6	7 - 9 Years	92	16.2
Bachelor's Degree	115	20.2	More than 10 Years	88	15.5
Postgraduate	40	7.1	Total	568	100.0
Total	568	100.0			

It was seen that 65% of the participants were females and 35% of them were males. 46.1% of them were married and 45.6% were single. According to the age distribution, the participants between the age range of 18 and 29 were the largest group with 48.6%, and those in the group of "50 and above" were the smallest group with the rate of 3.9%.

When the educational status of the participants were analyzed, it was observed that "highschool" graduate individuals were the largest group with 42.8%, and those in the "elementary" school graduates group were the smallest group with the rate of 6.5%.

When the jobs of the participants in the institutions were examined, it was seen that the participants working as "allied healthcare professionals" constituted the largest group with 65.1%, and those working as "physicians" were the smallest group with 4.0%.

In terms of the working period in the institution, those working for "1-3 years" formed the largest group with the rate of 29.6%, and those working for "more than 10 years" the smallest group with 15.5%.

It is seen in Table 3 that the difference between "company policies regarding stakeholders," "internal stakeholders and social responsibility," "employee rights" and "total corporate governance perception" is statistically significant at the significance level of 0.05. Post-hoc tests were examined in order to determine which means were different from each other.

Table 3. The Evaluation of Corporation Governance Scale in terms of the Institution

Company Policy Regarding Stakeholders		Descriptive Statistics			Levene Test		Kruskal – Wallis H	
		n	\bar{x}	s	f	σ	χ^2	p
Institution	Hospital A	122	3.4232	0.69167	8.381	0.000	89.853	0.000*
	Hospital B	97	3.9199	0.80746				
	Hospital C	113	3.3404	1.03647				
	Hospital D	108	3.1289	0.60595				
	Hospital E	128	3.9279	0.88708				
Internal Stakeholders and Social Responsibility		Descriptive Statistics			Levene Test		Kruskal – Wallis H	
		n	\bar{x}	s	f	σ	χ^2	p
Institution	Hospital A	122	3.3576	0.70808	9.587	0.000	55.122	0.000*
	Hospital B	97	3.5515	0.94196				
	Hospital C	113	2.9226	0.85928				
	Hospital D	108	3.2465	0.57154				
	Hospital E	128	3.6641	0.93761				
Employee Rights		Descriptive Statistics			Levene Test		Kruskal – Wallis H	
		n	\bar{x}	s	f	σ	χ^2	p
Institution	Hospital A	122	3.5874	0.91518	15.711	0.000	47.715	0.000*
	Hospital B	97	3.5052	1.00360				
	Hospital C	113	2.9823	1.03590				
	Hospital D	108	2.8580	0.67472				
	Hospital E	128	3.1979	1.27733				
Total Corporate Governance Perception		Descriptive Statistics			Levene Test		Kruskal – Wallis H	
		n	\bar{x}	s	f	σ	χ^2	p
Institution	Hospital A	122	3.5954	0.60504	11.520	0.000	88.900	0.000*
	Hospital B	97	3.7361	0.75667				
	Hospital C	113	3.1561	0.84971				
	Hospital D	108	3.1359	0.43557				
	Hospital E	128	3.7522	0.77542				

* Significant at the 0.05 significance level

When multiple comparison tests were analyzed, it was observed that the “company policies regarding stakeholders,” “employee rights” and “total corporate governance perception” perception level averages of the employees working at hospitals “C” (3.3404 – 2.9823 – 3.1561) and “D” (3.1289 – 2.8580 – 3.1359) were lower when compared to others. The “internal stakeholders and social responsibility” perception level averages of the employees working in hospital “C” (2.9226) were lower than the averages of those working in other hospitals.

The difference between the answers that the participants gave to the statements in terms of their gender was statistically significant at the significance level of 0.05. The fact that female participants had higher averages than males is seen in Table 4.

Table 4. The Evaluation of Corporate Governance Perception in terms of Gender

Total Corporate Governance Perception		Descriptive Statistics			Levene Test		t Test	
		n	\bar{x}	s	f	σ	t	p
Gender Groups	Female	369	3.5285	0.72576	2.956	0.086	-2.103	0.036*
	Male	199	3.3902	0.78685				

* Significant at the significance level of 0.05

In Table 5, it is seen that the difference between “company policies regarding stakeholders,” “internal stakeholders and social responsibility” and “total corporate governance perception” states of

the participants in terms of the educational status is statistically significant at the significance level of 0.05. Post-hoc tests were examined to determine which means were different from each other.

Table 5. The Evaluation of Corporate Governance Perception Scale in terms of Educational Status

Company Policy Regarding Stakeholders		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	F	σ	F	p
Educational Status	Highschool	243	3.7221	0.87036	0.204	0.936	2.989	0.018*
	Bachelor's Degree	115	3.4522	0.92942				
Internal Stakeholders and Social Responsibility		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Educational Status	Highschool	243	3.4866	0.84769	1.278	0.277	4.477	0.001*
	Vocational Degree	134	3.1838	0.76714				
	Bachelor's Degree	115	3.1859	0.92278				
Total Corporate Governance Perception		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Educational Status	Highschool	243	3.5737	0.72130	1.212	0.305	3.699	0.006*
	Bachelor's Degree	115	3.3339	0.81120				

* Significant at the significance level of 0.05

According to Tukey HSD test, the difference between the “company policies regarding stakeholders” levels of the highschool and college graduates were statistically significant, and the participants in the highschool group (3.7221) had higher averages than those in the bachelor's degree group (3.4522).

The fact that the difference between the jobs of the participants and “company policies regarding stakeholders,” “internal stakeholders and social responsibility,” “employee rights” and “total corporate governance perception” is statistically significant at 0.05 significance level is seen in Table 6. Post-hoc tests were examined to determine which means were different from each other.

According to Tukey HSD test, it is seen that the difference between allied healthcare professionals and the participant in the “other” group in terms of “company policies regarding stakeholders” is statistically significant, and those in the “physician” group (4.2274) have higher averages than those in the “other” (3.6621) and “allied healthcare professionals” (3.5638) groups.

Table 6. The Evaluation of the Corporate Governance Perception Scale in terms of the Jobs of the Participants

Company Policy Regarding Stakeholders		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Job	Physician	23	4.2274	0.70290	2292	0.058	3.262	0.012*
	Allied Healthcare Professional	370	3.5638	0.89124				
	Other	140	3.6621	0.85363				
Internal Stakeholders and Social Responsibility		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Job	Physician	23	3.8641	0.74230	0.945	0.438	4.188	0.002*
	Allied Healthcare Professional	370	3.2605	0.86319				
Employee Rights		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Job	Physician	23	3.9275	0.97937	0.789	0.533	4.806	0.001*
	Allied Healthcare Professional	370	3.2270	1.04928				
	Other	140	3.0619	0.98070				
Total Corporate Governance Perception		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Job	Physician	23	4.0730	0.66613	1.993	0.094	4.575	0.001*
	Allied Healthcare Professional	370	3.4181	0.76188				
	Other	140	3.5329	0.69756				

* Significant at the significance level of 0.05

The fact that the “internal stakeholders and social responsibility” states of the participants in terms of their working periods in the institution are statistically different at the significance level of 0.05 is seen in Table 7. Post-hoc tests were examined to determine which means were different from each other.

Table 7. The Evaluation of Corporate Governance Perception Scale in terms of Working Period in the Institution

Internal Stakeholders and Social Responsibility		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	F	f	σ	F	p
Working Period in the Institution	Less than 1 Year	115	3.6065	0.86575	0.953	0.433	3.765	0.005*
	1 – 3 Years	168	3.3549	0.85912				
	4 – 6 Years	105	3.2619	0.75549				
	7 – 9 Years	92	3.2060	0.87816				
	10 Years and above	88	3.3521	0.86104				

* Significant at the significance level of 0.05

According to Tukey HSD test, the difference between “internal stakeholders and social responsibility” levels of the participants in the “less than 1 year” group is statistically significant.

The difference between “Total corporate governance perception” and other subscale levels of the participants were not statistically significant in terms of age and marital status.

It is seen in Table 8 that the difference between the “personal and managerial satisfaction,” “intrinsic satisfaction” and “total job satisfaction” states of the participants is statistically different at the significance level of 0.05 in terms of the institution they work. Post-hoc tests were examined to determine which means were different from each other.

Table 8. The Evaluation of Minnesota Job Satisfaction Scale in terms of the Institution

Personal and Managerial Satisfaction		Descriptive Statistics			Levene Test		Kruskal – Wallis H	
		n	\bar{x}	s	f	σ	χ^2	p
Institution	Hospital A	122	3.5035	0.71822	4.075	0.003	55.218	0.000*
	Hospital B	97	3.5493	0.97772				
	Hospital C	113	3.3262	0.95802				
	Hospital D	108	2.8413	0.98537				
	Hospital E	128	3.7400	0.93694				
Intrinsic Satisfaction		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Institution	Hospital A	122	3.8873	0.67198	2.288	0.059	12.416	0.000*
	Hospital B	97	4.0026	0.79015				
	Hospital C	113	3.7566	0.90968				
	Hospital D	108	3.3218	0.79429				
	Hospital E	128	3.9766	0.92347				
Total Job Satisfaction Score		Descriptive Statistics			Levene Test		Kruskal – Wallis H	
		n	\bar{x}	s	f	σ	χ^2	p
Institution	Hospital A	122	3.5525	0.63652	4.392	0.002	35607	0.000*
	Hospital B	97	3.5479	0.88931				
	Hospital C	113	3.3562	0.90099				
	Hospital D	108	3.1472	0.71607				
	Hospital E	128	3.7047	0.89188				

* Significant at the significance level of 0.05

When multiple comparison tests were analyzed, it was seen that “intrinsic satisfaction” and “total job satisfaction” level averages of those working in “Hospital D” (2.8413 – 3.3218 – 3.1472) were lower than that of those working in other hospitals.

In Table 9, it is seen that the difference between the “intrinsic satisfaction” states of the participants in terms of age is statistically significant at the significance level of 0.05. Post-hoc tests were examined to determine which means were different from each other.

Table 9. Evaluation of Minnesota Job Satisfaction Scale in terms of Age

Intrinsic Satisfaction		Descriptive Statistic			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Age Groups	18 – 29	276	3.9275	0.85955	2.156	0.092	4.965	0.002*
	30 – 39	186	3.6788	0.80788				

* Significant at the significance level of 0.05

When multiple comparison tests were analyzed, it was observed that the participants in the age group “18-29” had higher “intrinsic satisfaction” level averages than those in the age group “30-39.”

The fact that there is a statistically significant difference between “personal and managerial satisfaction,” “external satisfaction” and “total job satisfaction” states of the participants in terms of educational status at the significance level of 0.05 is seen in Table 10. Post-hoc tests were examined to determine which means were different from each other.

Table 10. The Evaluation of the Minnesota Job Satisfaction Scale in terms of Educational Status

Personal and Managerial Satisfaction		Descriptive Statistic			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	F	σ	F	p
Educational Status	Highschool	243	3.4974	0.97431	1.835	0.121	2.453	0.045*
	Vocational	134	3.2761	0.86555				
	Bachelor's	115	3.2683	0.93336				
Extrinsic Satisfaction		Descriptive Statistic			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Educational Status	Highschool	36	3.6528	0.93806	0.196	0.941	3.951	0.004*
	Vocational	134	3.1368	0.90848				
	Bachelor's	115	3.1290	0.89809				
Total Job Satisfaction Score		Descriptive Statistic			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Educational Status	Highschool	243	3.5486	0.85932	1.123	0.345	2.539	0.039*
	Vocational	134	3.3601	0.74956				
	Bachelor's	115	3.3361	0.77557				

* Significant at the significance level of 0.05

According to LSD test, it is seen that the difference in the “personal and managerial satisfaction” and “total satisfaction” levels of the participants in the “highschool,” “vocational degree” and “bachelor’s degree” groups is statistically significant. Participants in the “highschool” group (3.4974 – 3.5486) had higher averages than those in the “vocational degree” (3.2761 – 3.3601) and “bachelor’s degree” (3.2683 – 3.3361) groups. In terms of “extrinsic satisfaction” levels, the participants in the “highschool” group (3.6528) had higher averages than those in the “vocational degree” (3.1368) and “bachelor’s degree” (3.1290) groups.

The fact that the difference in the “personal and managerial satisfaction,” “extrinsic satisfaction,” “intrinsic satisfaction” and “total job satisfaction” states of the participants in terms of their job titles in the institution is statistically significant at the significance level of 0.05 is seen in Table 11. Post-hoc tests were examined to determine which means were different from each other.

According to Tukey HSD test, it is seen that those in the “physician” group (4.0062) had higher averages than those in the “allied healthcare professionals” group (3.3537) in terms of “personal and managerial satisfaction” levels. In terms of “extrinsic satisfaction” levels, participants in the “allied healthcare professionals” group (3.1707) had lower averages than those in the other groups. In terms of “intrinsic satisfaction” and “total job satisfaction” levels, the participants in the “physician” group (4.3478 – 4.0522) had higher averages when compared to those in the “allied healthcare professionals” (3.7953 – 3.4058) and “other” (3.7071 – 3.5229) groups.

The differences in the “personal and managerial satisfaction,” “extrinsic satisfaction,” “intrinsic satisfaction” and “total job satisfaction” in terms of gender, marital status and working period in the institution are not statistically significant.

Table 11. The Evaluation of Minnesota Job Satisfaction Scale in terms of the Job Titles in the Institution

Personal and Managerial Satisfaction		Descriptive Statistics			Levene Test		Kruskal – Wallis H	
		n	\bar{x}	s	f	σ	χ^2	p
Job	Physician	23	4.0062	0.91623	2.718	0.029	11.265	0.024*
	Allied Healthcare Professional	370	3.3537	0.93611				
Extrinsic Satisfaction		Descriptive Statistics			Levene Test		Kruskal – Wallis H	
		n	\bar{x}	s	f	σ	χ^2	p
Job	Physician	23	3.7899	0.82299	2.457	0.045	17.947	0.001*
	Allied Healthcare Professional	370	3.1707	0.97688				
	Manager	6	3.3889	1.30242				
	Administrative Employee	29	3.5862	0.65861				
	Other	140	3.4810	0.88465				
Intrinsic Satisfaction		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Job	Physician	23	4.3478	0.66032	1.090	0.361	2.816	0.025*
	Allied Healthcare Professional	370	3.7953	0.86650				
	Other	140	3.7071	0.83695				
Total Job Satisfaction Score		Descriptive Statistics			Levene Test		ANOVA	
		n	\bar{x}	s	f	σ	F	p
Job	Physician	23	4.0522	0.73089	2.267	0.061	3.696	0.006*
	Allied Healthcare Professional	370	3.4058	0.83118				
	Other	140	3.229	0.83959				

* Significant at the significance level of 0,05

One of the statistical values that is used commonly to measure the intensity / strength of the relation between variables is correlation. “Pearson correlation”, one of the most frequently used correlations, is among the parametric tests, and requires measurement at minimum interval level. “Spearman correlation” is a nonparametric test. In other words, there is no need to assume that the variables to be analyzed are normally distributed. This makes Spearman correlation advantageous over other correlation types (Coşkun et al., 2017).

Table 12. The Analysis of the Correlation (Spearman) between Corporate Governance Perception Scale Scores and Minnesota Job Satisfaction Scale Scores

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Company Policies Regarding Stakeholders	1.000							
2. Internal Stakeholders and Social Responsibility	0.691**	1.000						
3. Employee Rights	0.230**	0.104*	1.000					
4. Personal and Managerial Satisfaction	0.700**	0.585**	0.154**	1.000				
5. Extrinsic Satisfaction	0.577**	0.626**	0.041	0.648**	1.000			
6. Intrinsic Satisfaction	0.671**	0.509**	0.143**	0.709**	0.631**	1.000		
7. Total Job Satisfaction	0.731**	0.659**	0.129**	0.908**	0.867**	0.829**	1.000	
8. Total Corporate Governance Perception	0.945**	0.844**	0.341**	0.704**	0.618**	0.655**	0.747**	1.000

*: p<0.05 **: p<0.01

The relation between the CGPS and subscales and MJSS and subscale scores of the hospital employees participating in the research was analysed, and a positive significant relation was found (p<0.001).

While CGPS “*Total Corporate Governance Perception*” score has a high level positive relation with MJSS and the subscales of “*Total Satisfaction*” ($r=0.747$, $p=0.00$) and “*Personal and Managerial Satisfaction*” ($r=0.704$, $p=0.00$), there is a moderate positive relation with “*Extrinsic Satisfaction*” ($r=0.618$, $p=0.00$) and “*Intrinsic Satisfaction*” ($r=0.655$, $p=0.00$).

While MJSS “*Total Satisfaction*” score has a high level positive relation with CGPS and the subscales of “*Company Policies Regarding Stakeholders*” ($r=0.731$, $p=0.00$), there is a moderate positive relation with “*Internal Stakeholders and Social Responsibility*” ($r=0.659$, $p=0.00$), and a weak positive relation with “*Employee Rights*” ($r=0.129$, $p=0.02$).

V. DISCUSSION

Increasing the knowledge level and awareness of health workers on corporate governance and looking after the interests of all stakeholders in the practices of the management level will positively affect the job satisfaction levels of the employees, productivity and business profitability. Although shareholders have a great importance during the establishment phase of the business, employees who are internal stakeholders in the health sector are very important in terms of business continuity.

In this study conducted for health workers, the corporate governance perceptions of the participants and the subscales of company policy regarding stakeholders, internal stakeholders and social responsibility and employee rights and job satisfaction levels and the subscales of personal and managerial satisfaction, extrinsic satisfaction, intrinsic satisfaction and total job satisfaction have been tried to be evaluated. This study is important since it handles the corporate governance perceptions and job satisfaction levels of those working in the health sector.

Considering the subscales of employees' corporate governance perception, the result is that the subscale of "company policies regarding stakeholders" has the highest score average among all subscales. This result proves that the opinions of those receiving service and relatives are given importance in hospital practices, information security and patient safety are taken care, the issue of compliance with ethical rules is given importance, the rules are ensured to be known by all employees, the environment and public health are given importance, the employees are tried to be provided with a safe working area and the importance is given to in-service training.

Considering the subscales of employees' job satisfaction level, it is seen that the "intrinsic satisfaction" has the highest score average among all dimensions. This result reveals the importance of the job satisfaction level of the health workers in performing activities by using their own skills, telling other people what they will do and the feeling of success as a result of the job they do. One of the most important ways to increase the productivity of health workers in the busy and complex health sector structure is to keep their intrinsic satisfaction levels high.

It is seen in this study that the answers given to the statement regarding total corporate governance perception and total job satisfaction level are above the average. Although this situation is considered as positive, necessary studies should be done to improve it.

A statistically significant difference was found between the corporate governance perception levels of the health workers within the scope of this study in terms of the institution they work for, gender, educational status, job title and working period in the institution ($p<0.05$). In the study conducted by Zeytinoğlu and Özkan (2013), it was determined that female students' perceptions of corporate governance were higher than male students. Özalp and others (2008) stated that the status and education level of employees are effective in the perception of corporate governance.

A statistically significant was also found between the job satisfaction levels of the participants in terms of the institution they work for, age, educational status and job title ($p<0.05$). In the studies conducted by Durak and Serinkan (2007), Çelen and others (2011), Mercanlioğlu (2012) and Keklik

and Çoşkun Us (2013), it was determined that there is a significant relationship between the job satisfaction levels of health workers and their demographic characteristics. It has been determined that the level of job satisfaction is higher in branches with high status and income such as doctors and nurses.

In addition, a positive relation was determined between corporate governance perception and job satisfaction level. Paşaoğlu (2010) stated that there should be a significant relationship between the perception of corporate governance and job satisfaction, if this result could not be reached in the study, it may be due to demographic reasons such as sectoral differences and working time.

Health workers are in a more different and complex structure when compared to other employees. Their productivity can be increased by increasing their satisfaction levels. Enhancing employees' motivations via the arrangements by the management will affect job satisfaction level and productivity in a positive way.

The job satisfaction levels of health workers should be tracked by the management level with regular intervals and activities should be performed to keep employees' job satisfaction level high. Qualified labor force is among the scarce resources in the globalising working life. In addition to the knowledge and skills of the employees, their attitudes are also important for patients, who are the customers of the health sector, to choose the same institution again or not. Therefore, employees having high level of job satisfaction are an important factor in the profitability of businesses.

VI. CONCLUSION

Although the studies in the literature on corporate governance and job satisfaction are guiding, more current and wide-ranging studies are needed in health sector, which has been working devotedly with high performance during Covid 19 pandemic. This study is important since it discusses corporate governance perception and job satisfaction level together as well as being conducted with the data collected just before the spread of Covid 19 pandemic in Turkey (January – March 2020). This current data will contribute to more objective assessments of the health workers' situation through post-pandemic work.

It is considered to be appropriate conduct new studies analyzing whether the pandemic process has caused changes in the corporate governance perception and job satisfaction levels of health workers.

Ethical Approval: Approval was obtained from the Ethics Committee of Kayseri University.

REFERENCES

- Aksoylu, S. (2014). Hastane işletmelerinde değer akış maliyetlemesi. *Academic Review of Economics & Administrative Sciences*, 7(1), 260-272.
- Aksoylu, S., & Aykan, E. (2013). Effects of strategic management accounting techniques on perceived performance of businesses. *Journal of US-China Public Administration*, 10(10), 1004-1017.
- Akyüz, B. (2009). Kurumsal yönetim ve türkiye'de kurumsal yönetim düzenlemeleri. *Muhasebe ve Vergi Uygulamaları Dergisi*, 2(2), 53-81.
- Alp, A., & Kılıç, S. (2014). *Kurumsal yönetim nasıl yönetilmeli?* İstanbul: Doğan Kitap.
- Ardıç, K., & Özdemir, Y. (2017). *İnsan kaynakları yönetimi*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.

- Ataman, B., Gökçen, G., Cavlak, H., & Cebeci, Y. (2017). Kurumsal yönetim algısı ile kurumsal yönetim notu arasındaki ilişkinin analizi. *Maliye Finans Yazıları*, 31. (107), 161-186.
- Baycan, A. (1985). *An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups*. Boğaziçi Üniversitesi SBE Doktora Tezi, İstanbul, 72-73.
- Çaparlar, C. Ö., & Dönmez, A. (2016). *Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılır?* Turk J Anaesthesiol Reanim, 44, 212-218.
- Çelen, Ö., Demir, C., Teke, A., Karadağ, M., & Abuhanoğlu, H. (2011). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi'nde görev yapan sağlık teknisyenlerinin/teknikerlerinin iş tatmini düzeyinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(2), 143-154.
- Çıtak, L. (2006). Kurumsal yönetim sistemlerinde yakınsama. *İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 35, 145-172.
- Coşkun, R., Altunışık, R., & Yıldırım, E. (2017). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Doğan, M. (2007). *Kurumsal yönetim*. Ankara: Siyasal Yayınevi.
- Durak, İ., & Serinkan, C. (2007). Hemşirelerde iş tatmini: denizli devlet hastanesi yoğun bakım ünitelerinde bir araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2, 119-135.
- Elena, G. C. (2012). *Theoretical framework for corporate governance*. Ovidius University Annals, Economic Sciences Series, 493-498.
- Eroğlu, F. (2006). *Davranış bilimleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Javier, G.B., Gargallo-Castel, A., Marzo-Navarro, M., & Rivera-Torres, P. (2005). Job satisfaction: empirical evidence of gender differences. *Women in management review*, 20(4), 279-288.
- Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Karahan, A. (2009). Hekimlerin örgütsel bağlılık ve iş tatmini ilişkisinin incelenmesine yönelik bir araştırma: Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi örneği. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23, 421-432.
- Karakuş, H. (2011). Hemşirelerin iş tatmin düzeyleri: Sivas ili örneği. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(6), 46-57.
- Locke, E. A., & Dunnette, M. D. (1976). *Handbook of industrial and organizational psychology*. The nature and causes of job satisfaction, 1297-1349.
- Lawler III, E. E., & Porter, L. W. (1967). The effect of performance on job satisfaction. *Industrial Relations - A Journal of Economy and Society*, 7(1), 20-28.
- Mercer, D. (1997). Job satisfaction and the secondary headteacher: the creation of a model of job satisfaction. *School Leadership & Management*, 17(1), 57-68.
- Mészáros, A. (2011). *The motivation to study abroad: what motivates students to apply for erasmus grant?* Technical University of Cartagena Department of Economics, 1-37.

- Millstein, I., Albert, M., Cadbury, S. A., Denham, R., Feddersen, D., & Tateisi, N. (1998). *Corporate governance: Improving competitiveness and access to capital in global markets: A report to the OECD by the business sector advisory group on corporate governance*. Paris: OECD (Organization for Economic Cooperation and Development).
- Nicholson, G. J., & Kiel, G. C. (2007). *Can directors impact performance? A case based test of three theories of corporate governance*. *Corporate Governance: An International Review*, 585-608.
- OECD (2004). <http://www.oecd.org/corporate/ca/corporategovernanceprinciples/-31557724.pdf> (Erişim Tarihi: 18.05.2020).
- OECD (2004). OECD principles of corporate governance. <http://www.oecd.org/corporate/ca/corporategovernanceprinciples/31557724.pdf> (Erişim Tarihi: 20.05.2020).
- Özalp, İ., Tonus, Z., & Sarıkaya, M. (2008). İktisadi ve idari bilimler fakültesi öğrencilerinin kurumsal sosyal sorumluluk algılamaları üzerine bir araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 69-84.
- Paşaoğlu, G. (2010). *Kurumsal yönetim algısı ve iş tatmini ilişkisine yönelik bir uygulama*. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Kütahya.
- Saharating. (2020, 05 20). <http://www.saharating.com/saharati/dunya-kurumsal-yonetim-endeksi/adresinden-alinmistir>.
- Sancar, O. (2015). *Kurumsal yönetim kavramı ve özel hastane çalışanlarının kurumsal yönetim konusuna ilişkin algılarının belirlenmesine yönelik bir araştırma*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Sasder. (2020, 05 15). *Sağlık ve sigorta yöneticileri derneği*. http://sasder.org/:http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/4/1_1_Ozkan%20Yavasal.pdf
- Ticaret Bakanlığı. (2020, 05 19). <https://ticaret.gov.tr/blog/sector-haberleri/global-saglik-turizmi-piyasasi-egilimler-raporu-2020-2027> adresinden alınmıştır.
- TÜSİAD. (2002). *Kurumsal Yönetim En İyi Uygulama Kodu: Yönetim Kurulunun Yapısı ve İşleyişi*. İstanbul: TÜSİAD.
- Ugboro, I. O., & Obeng, K. (2000). Top management leadership, employee empowerment, job satisfaction, and customer satisfaction in TQM organizations: An empirical study. *Journal of Quality Management*, 5(2), 247-272.
- Zeytinoğlu & Özkan (2013). Muhasebe eğitimi ve kurumsal yönetim: Muhasebe bölümü öğrencilerinin kurumsal yönetim algıları üzerine bir araştırma. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 59, 61-63.

RESEARCH ARTICLE

THE EFFECT OF COMMUNICATION SKILLS AND MOBBING LIVING LEVELS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS ON EMPLOYEE SILENCE

Atikullah GHIASEE *

ABSTRACT

This study aims to reveal the relationship and effect of "communication skills" and "mobbing" level of the personnel working in Ankara Dr. Sami Ulus Obstetrics and Gynecology, Children's Health and Disease Training and Research Hospital with "Employee Silence". The research was carried out with the quantitative research method and the relational survey model was used as the research model. The sample of the study consists of 213 (168 female, 45 male) healthcare personnel determined by purposive sampling, which is one of the non-random sampling methods. Socio-Demographic Information Form, Communication Skills Assessment Scale, Mobbing Scale, Employee Silence Scale were applied to the participants in the study. For the purposes of the research, independent groups t-test and Pearson Correlation Analysis were used in the analysis of the data. Regression analysis was performed for the subscales of employee silence and modeled by examining their relations with other variables. As a result of this study, the rate of being exposed to mobbing in healthcare workers was not found to be high. In general, as the exposure to mobbing increases, it is observed that the employees become quieter, while communication skills do not have a significant effect on employee silence. Our results suggest that awareness-raising studies should be carried out to ensure and maintain a transparent and equitable communication environment among healthcare professionals, administrators and administrators, and to reduce the level of mobbing experience of healthcare professionals.

Keywords: Health employee, mobbing, communication skills, employee silence.

ARTICLE INFO

* Dr., SBU Ankara Dr. Sami Ulus Gynecology, Child Health and Diseases Training and Research Hospital, atik0093@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2671-5533>

Received: 05.08.2021

Accepted: 05.07.2022

Cite This Paper:

Ghiasee, A. (2022). The effect of communication skills and mobbing living levels of healthcare professionals on employee silence. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3), 465-484

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İLETİŞİM BECERİLERİ VE MOBBİNG YAŞAMA DÜZEYLERİNİN ÇALIŞAN SESSİZLİĞİNE ETKİSİ

Atikullah GHIASEE *

ÖZ

Bu çalışma, Ankara Doktor Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan personelin “iletişim becerileri” ve “Mobbing” düzeyinin “Çalışan Sessizliği” ile olan ilişkisi ve etkisini ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmadır. Araştırma nicel araştırma yöntemiyle gerçekleştirilmiş olup araştırma modeli olarak ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden olan amaçsal örnekleme ile belirlenmiş 213 (168 kadın, 45 erkek) sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada katılımcılara Sosyo-Demografik Bilgi Formu, İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği, Mobbing Ölçeği, Çalışan Sessizliği Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın amaçları doğrultusunda verilerin analizinde bağımsız gruplar t testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Yine çalışan sessizliğinin alt ölçekleri için regresyon analizi gerçekleştirilmiş ve diğer değişkenlerle ilişkileri incelenerek modellenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarında mobbinge maruz kalma algısı oranı yüksek bulunmamıştır. Genel olarak mobbinge maruz kalma durumu arttıkça çalışanların sessizleştiği görülmekteyken, iletişim becerisinin çalışan sessizliğine anlamlı bir etkisi görülmemektedir. Sonuçlarımız sağlık çalışanları, idareciler ve yöneticiler arasında şeffaf ve eşitliğe dayalı bir iletişim ortamının sağlanması, sürdürülmesi ve sağlık çalışanlarının mobbing deneyimleme düzeyinin azaltılmasına yönelik farkındalığı artırıcı çalışmaların yapılmasını önermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, mobbing, iletişim becerileri, çalışan sessizliği.

MAKALE HAKKINDA

* Dr., SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, atik0093@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2671-5533>

Gönderim Tarihi: 05.08.2021

Kabul Tarihi: 05.07.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Ghiasee, A. (2022). The effect of communication skills and mobbing living levels of healthcare professionals on employee silence. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3), 465-484

I. INTRODUCTION

Mobbing is one of the concepts that has significantly negatively affected working life in recent years. More simply, it can be defined as a systematic and deliberate emotional attack, psychological violence and attrition movements targeting one or more employees in the workplace. Mobbing is described as repeated humiliation, slander, persistent criticism, expulsion from the work environment and regular aggression. It is considered as a phenomenon when one or more people are exposed to negative situations continuously for at least six months in the institution (Václavíková et al., 2022). The main purpose of the perpetrators in these attacks is to ensure that the targeted person leaves the workplace. However, it is seen that the victims of mobbing attacks not only leave the workplace at the end of the process but also sometimes experience serious negative consequences such as suicide.

Mobbing events have a negative impact on employees at the individual level, as well as on family, organizational and social levels. The negative effects that may arise at the family level due to mobbing include loss of family income, separation and divorce due to family unrest, and children's mental and physical health risks. In terms of organizations, economic losses caused by compensation lawsuits filed due to mobbing, increased employee turnover and productivity costs caused by significant loss of motivation in the workplace stand out. At the social level, health costs imposed on the social security system due to health problems, tax losses due to unemployment and working below capacity, increases that may occur in social assistance requests, and increases in the financial burden of the social security system due to early or disabled retirement and a social structure in which unhappy individuals increase can be considered. Therefore, mobbing is seen as a problem that needs to be focused and resolved.

Mobbing is also considered as a repeated attack by the employee or employer in the workplace, or as psychological pressure/terrorism. Mobbing in the workplace is applied systematically and with malicious intent, with elements of pressure such as unwarranted accusation, humiliation, and harassment for the person to leave the institution they work for (Çınar et al., 2016).

Employee silence is considered as one of the events that are seen in the workplaces and negatively affect working life. Although the positive aspects of this concept were emphasized when it was first discussed in academic circles, in a short time, the findings of scientific studies revealed that employee silence has more negative consequences for workplaces. The concept of employee silence, which is accepted as the preference of employees to remain silent for various reasons in the face of some negative situations and events they encounter in their workplaces, is now seen as one of the negative situations for organizations. Employees' silence is explained by several different reasons. Sometimes, employees do not want to give information to authorized and relevant people in the workplace about some events that they are aware of because they see themselves as worthless and unimportant. They prefer to remain silent because they think that the information they give will not be taken into account. In addition, sometimes they can choose to remain silent because of fear, that is, out of fear that they may get into trouble with the administration if the events are expressed. Employees may consider it more logical to remain silent in order to protect themselves, thinking that their colleagues and organizations may be harmed if the events are reflected outside. It is clear that employees who remain silent will lead to the formation of an organizational environment that avoids taking initiative and responsibility, does not participate in organizational decisions and policies with their views and suggestions, and therefore is far from innovative. Therefore, there will be a significant loss of motivation and productivity in the workplace.

The relationship between the variables of mobbing and employee silence, the main features of which are listed above, is also remarkable. One of the emotional attacks on victims targeted by mobbing perpetrators is in the form of preventing victims from expressing and showing themselves. Mobbing practices, such as constantly interrupting victims' words, shouting in their faces, or loudly scolding them, especially by people in the top position at work, are generally aimed at keeping employees quiet. As a result, it can be said that one of the reactions of the employees who are exposed to mobbing is to remain silent. Mobbing not only negatively affects the health and life of the victim

employee, but also damages the economic and social life of the society by reducing the efficiency of their performance at work. The increase in mobbing cases has made it necessary to deal with the phenomenon by different disciplines.

There are not many studies in the literature exploring the relationship between mobbing and employee silence. Moreover, the number of studies in which these variables were investigated on healthcare workers is almost non-existent. Therefore, it is hoped that this study, which investigates mobbing and employee silence for healthcare workers, will contribute to the literature. In addition, healthcare workers continue their duties under very heavy and difficult working conditions, especially with the COVID 19 process. Naturally, there is great pressure for a job and a profession that focuses on human life. It is very often seen that time pressure is added to this pressure. In the healthcare sector, where such difficult conditions exist, employees are also exposed to mobbing events. Silence behaviors are observed in healthcare workers due to both mobbing and other factors. Another contribution of this study is that it reveals practical information, especially for healthcare sector managers, by identifying the mobbing and silence behaviors of healthcare workers.

II. MOBBING

The first use of the concept was in Lorenz's work in the 1960s, which studied animal behavior. Lorenz used this concept for attacks by a group of geese to scare off a fox (Davenport, 2003). The first scientific definition of the concept of mobbing, derived from the Latin word "mobile vulgus", which means "irregular crowd" in Turkish, was made by Leymann (Candan and İnce, 2014). Mobbing is defined as hostile behavior and communication directed regularly towards a person or a group by a manager, colleague, person or more (İbrahim et al., 2021). Leymann defined mobbing as follows: *Mobbing is an emotional attack. It begins when an individual becomes the target of disrespectful and harmful behavior. Mobbing is done by individuals who come together willingly or reluctantly participating in malicious acts to empower a person or group at work and it happens when they insinuate against an individual they set as a target, gossip, discredit, and create an aggressive and hostile environment.* Leymann explained forty-five different types of mobbing behaviors that he determined under 5 different headings (Leymann, 1996). These are as follows (Tetik, 2010):

1. *Attacks on self-disclosure and communication:* It is the prevention of the victim from expressing and showing himself/herself, mostly by the perpetrators formed by the superiors. In this context, examples include constantly interrupting the victim's word, shouting in his/her face or scolding him/her with a loud voice, criticizing every job the victim does, not seeing their success, but exaggerating their failures as much as possible.
2. *Attacks on social relations:* The fact that other people in the social circle of the victim move away from the victim, avoid talking, pretend that the victim does not exist are examples of attacks on social relationships.
3. *Attacks on dignity or reputation:* Talking and gossiping behind the victim's back by the perpetrators, spreading unfounded rumors, putting them in ridiculous situations and making sexual implications are among the mobbing attacks in this group.
4. *Attacks on quality of life and occupation:* Examples of attacks in this heading include giving the victim meaningless tasks or not giving any tasks, taking back the given tasks, constantly changing the given jobs, and engaging in behavior that will cause the victim to suffer financial losses.
5. *Attacks on health:* Physical abuse of the victim, threats of physical violence against the victim, physical harm and sexual harassment are also examples of mobbing attacks aimed directly at health.

Sperry (2009), on the other hand, states that the above-mentioned attacks must have some other characteristics in order to be considered mobbing. First of all, for these attacks to be called “mobbing”, there must be two or more perpetrators. In addition, these attacks should be carried out consciously and the removal of the victim or victims from the workplace or organization should be the main purpose (Candan and Kaya, 2018; 4506). Some researchers argue that mobbing attacks are more severe and damaging and even destructive than other negative behaviors (Saunders et al., 2007; Hauge et al., 2007). It is also stated that mobbing attacks are not temporary and periodic, and in order to be considered as mobbing, it should be continued for at least six months, at least once a week, until the victim leaves the workplace or the organization (Einersen et al., 2011).

It is claimed that the victims of mobbing are more intelligent, talented, successful and committed to their work. They have a brilliant career potential and are considered workaholic individuals who are identified with their work (Poyraz and Aksoy, 2012). In Özler et al. (2008) study, they stated that mobbing victims are conscientious but asocial personality traits and they revealed that these people are largely deprived of group solidarity in the workplace due to their asocial characteristics, and therefore they are seen as an easy target for mobbing.

It is also claimed that mobbing perpetrators are self-interest-oriented, starving for prestige and power, ignoring differences, very weak empathy, neurotic and narcissistic, extremely egoistic, jealous and envious. It is noted that the perpetrators are people who do not accept the achievements and superiorities of other individuals and try to cover up their own shortcomings and inadequacy by underestimating or discrediting others (Eratik, 2017).

The third-party of mobbing attacks is the bystander. Bystanders may be co-workers, superiors, or managers of the victims. It should be said that the person who remained silent despite being aware of or witnessing the incident accepted the incident, albeit implicitly (Tetik, 2010).

There are also some managerial and organizational factors that may lead to the emergence of mobbing in the workplace. These factors can be listed as (Shallcross, 2003; Tetik, 2010):

- Dominated by an extremely hierarchical understanding in the organizational structure
- Use of harassment as a tool to ensure organizational discipline and productivity increase
- Inadequate organizational communication
- Inadequate conflict management practices in organizational conflicts
- Poor leadership
- Insufficient understanding of teamwork in the organization
- Managers do not believe in the existence of mobbing attacks in their organizations
- The existence of immoral practices
- Change applications such as downsizing, reorganization
- Misapplications in personnel selection, recruitment and promotion practices
- High tendency to find scapegoats

There is a lot of research that mobbing events have significant costs on individuals, families, organizations and society. In a few striking examples related to this issue, mobbing has been found to lead to the suicide of employees at an individual level (Balducci et al., 2009). It was also determined that the average cost of lawsuits for mobbing in the United States was 350,000 USD (Fox and Stallworth, 2009) and it caused 19 million days of annual absence for Great Britain, and the total annual economic cost was 3.3 billion USD (Wheeler et al., 2010). In a study conducted by Davenport et al. (2003), the effects of mobbing at various levels were determined and shown in summary with the following table.

Table 1. Mobbing Results

Domain	Psychological Costs	Economic Costs
Individual	Stress, emotional and physical discomfort, accident and disability, marginalization and isolation, the pain of separation, loss of professional identity, suicide and murder	Medication, therapy, doctor and hospital costs, accident costs, attorney and court costs, unemployment and job search costs
Family	The pain of helplessness, family turmoil and conflicts, the pain of separation and divorce, negative impact on children	Loss of income at the family level, therapy costs, divorce costs
Organization	Disagreements, diseased organizational culture, demoralization, reduced creativity	Increased sick leave, cost increase due to personnel movement, decrease in productivity and job quality, loss of expertise, compensation paid to employees, legal action and litigation costs, early retirement, increases in personnel management fees

Source: Candan and İnce (2014)

III. EMPLOYEE SILENCE

The concept of silence has a feature that has different meanings in social sciences according to different disciplines. The perspective of sociology is more negative, such as social silence, inaction and intimidation of society. The approach of psychology, on the other hand, imposes the meanings of introversion, lack of self-confidence, fear and shyness. Communication science sees the concept of silence as an effective communication tool in which individuals and employees in business life can communicate some messages around them by staying silent (Gürer, 2017).

Hirschman's book "Exit, Voice and Loyalty", published in 1970, is accepted as the first work on silence in the literature. Hirschman and other initial studies emphasize that silence has meanings such as passive commitment, lack of action, approval of the current situation (Farrell, 1983; Rousseau, 1995; Pinder and Harlos, 2001). Some researchers consider silence to be virtuous behaviors such as humility, respect, and kindness (Alparslan and Kayalar, 2017). However, in time, the positive meanings attributed to the concept of silence began to be replaced by negative aspects (Candan, 2019). In particular, it was argued that individuals' refrain from reflecting their views and opinions can be a significant obstacle to innovation and development. (Van Dyne and LePine, 1998; Morrison and Milliken, 2000).

Some researchers emphasized that the concept of silence can have both sides and listed the dual functions as follows (Jensen, 1973; Pinder and Harlos, 2001; Gürer, 2017);

- Silence can bring people together and drive them apart,
- It can both damage and improve human relationships,
- It can both provide and hide information,
- It can refer to deep thinking or it can mean that there is no thought,
- On the one hand, it can be a sign of acceptance, but on the other hand it can mean opposition.

Based on the definitions above, it would be appropriate to draw attention to the fact that the concepts of employee silence and organizational silence are often used with the same meanings in the literature (Çakıcı, 2007). However, there is an important distinction between these two concepts.

Organizational silence refers to a collective silence behavior within the organization or workplace. However, employee silence is considered an act of silence at the individual level (Gürer, 2017).

In the researches, the factors that cause employee silence are grouped into three groups as individual, social and organizational factors (Henriksen and Dayton, 2006; Ülker and Kanten, 2009). *Individual factors* include employee intuition, bias, and the risks they face at work. Due to these intuitions, prejudices and risks, employees do not consider themselves part of their organization and thus do not engage in the issues related to the organization and cannot adapt to their organizations. *Social factors* include the harmony among employees, the distribution of responsibilities and the environment of insecurity. As a result of incompatibility and insecurity among individuals in the organization, employees are unable to take part in organizational processes and cannot access sufficient information about their organizations. *Organizational factors* indicate the absence of some values that are indisputably accepted by the organization and the lack of solidarity among employees.

Employee silence has been studied in three dimensions in the literature and these are as follows (Pinder and Harlos, 2001; Brinsfield, 2009; Alparlan, 2010; Şekerli, 2013; Akarsu, 2016);

- *In silent behavior based on indifference and submission*, employees believe that nothing will change if they speak openly, and they do not speak up because they fall into despair. It can be seen as acceptance without protest. When employees feel that their views and opinions are not valued and feel obliged to comply with general social acceptance, they comply with the current situation, do not express their different views and opinions and prefer to remain passive on organizational issues.
- *Silence based on self-protection and fear* is a condition in which employees deliberately remain silent in order to protect themselves from external threats and dangers. Individuals may keep information to themselves that their superiors or other colleagues do not want to hear, for fear of being punished. Employees may ignore some facts because of these fears. Employees may also choose silence due to fears of job losses, job jeopardy, and more workload.
- *The silence based on protecting relationships* is based on the desire to protect the relationship valued by the employees. When employees see the weaknesses and problems in their workplaces and try to share their opinions and thoughts in order to solve them and eliminate the deficiencies, if they see that other individuals (manager or employee) are not satisfied with this, they may take a step back from their behavior and prefer silence. In fact, what lies behind this behavior is an effort not to hurt and please other individuals. In addition, employees can sometimes remain silent and passive in order to protect their reputation for issues that they consider sensitive to their organization.

Many individual and organizational negative consequences arise due to the silence of the employees. Individual results include employees feeling worthless (Durak, 2014), emotional breakdown (Çakıcı, 2007), employees feeling powerless and accordingly decrease in organizational commitment in employees, job satisfaction, perceived sense of organizational support and trust, and increase in intention to leave job (Candan, 2019; Karaca, 2013; Shojaie et al., 2011; Çakıcı, 2008; Morrison and Milliken, 2000), increased burnout level (Şimşek and Aktaş, 2014; Kahya, 2015), loss of motivation and increase in stress level (Yalçınsoy, 2017).

The organizational consequences of employee silence can be listed as poor quality of organizational communication (Vakola and Boudaras, 2005), decreased performance (Tayfun and Çatır, 2013), low organizational learning (Morrison and Miliken, 2000), low organizational trust (Dedahanov and Rhee, 2015; Timuroğlu and Alioğulları, 2019), and low organizational commitment (Attila Gök, 2016; Seymen and Korkmaz, 2017; Salha et al., 2018; Güven et al., 2018; Candan, 2019).

IV. METHOD

4.1. Research Model

This research aims to examine the communication skills of the personnel working in healthcare service delivery and the effect of mobbing experience on employee silence and to reveal the relationship between them. The research was carried out with the quantitative research method and the relational screening model was used as the research model. Relational screening models are studies that try to determine the existence and/or degree of change of interaction between two or more variables. Relational analyzes can be done in two types, correlational and comparative (Karasar, 2010: 81). Correlational studies are designed to determine the relationships between two or more variables and to give clues about cause-effects. Correlational researches can determine the type of relationship between variables and the degree of relationship (Büyüköztürk et al., 2016).

4.2. Working Group

The universe of this research is all health personnel working in Ankara Doctor Sami Ulus Gynecology, Child Health and Diseases Training and Research Hospital. The sample of the study was determined by purposive sampling, which is one of the non-random sampling methods. 213 health personnel voluntarily participated in the study, and the research data were collected between 01.08.2020 and 31.10.2020. The Purposive Sampling Method allows for in-depth research of information-rich situations depending on the purpose of the study (Büyüköztürk et al., 2016). In purposive sampling, only relevant participants are selected for the purpose of the research, and the researcher's ability to use their own prior knowledge to select participants is a feature of this sampling method (Kuş, 2012).

4.3. Ethics of Research

For the implementation of the research, an application was made to Dr. Sami Ulus Obstetrics and Gynecology, Children's Health and Disease Training and Research Hospital, Board of Medical Specialties (TUEK), where the research will be conducted, on 07.07.2020. On 09.07.2020, TUEK approved and permission was obtained for its application in the hospital.

Participation in the research was completely voluntary. Participants were informed in detail that the information in the data form and scales used in the research will be kept confidential and that participants have the right to withdraw from the research if necessary.

4.4. Data Collection Tools

Socio-Demographic Information Form, Communication Skills Assessment Scale, Mobbing Scale, and Employee Silence Scale were used as data collection tools in the study.

In order to determine the sociodemographic characteristics of the healthcare personnel participating in the research, a sociodemographic information form containing 16 questions was created by the researcher.

Communication Skills Assessment Scale (İBDÖ); It is a 5-point Likert-type scale developed by Korkut (1996) in order to understand how individuals, evaluate their communication skills, graded from *always* to *never*. The scale consists of a total of 25 statements and the highest score that can be obtained is 100 and the lowest score is 0. The high score obtained from the scale without the reverse items means that individuals evaluate their communication skills positively. The validity and reliability studies of the scale were performed by the same person and the alpha internal consistency coefficient was found to be 0.80.

Mobbing Scale; It was developed by Aiello et al. in 2008. The adaptation of the scale to Turkish was carried out by Ayşegül Laleoğlu under the guidance of Prof. Dr. Emine Özmete. Laleoğlu applied a factor analysis technique known as "Rotated Principal Components Analysis" to check the validity of the Mobbing Scale and removed 10 items from the scale as a result of the analysis. Thus, a total of 38 items remained on a scale of 48 questions. As a result of the reliability study of the scale, Laleoğlu calculated the Cronbach Alpha, which is the internal consistency coefficient, of 0.948. In Laleoğlu's study, five factors emerged as a result of the factor analysis of the mobbing scale. These factors were determined as "Relationships with co-workers, Threats and harassment, Work and career-related obstacles, Private life interference, Work commitment" (Laleoğlu and Özmete, 2013).

Employee Silence Scale: The scale of employees' silence behavior was created using two studies by Dyne and his colleagues in 2003 and Briensfield's doctoral thesis in 2009 and developed by Alparslan (2010). In the employee silence scale, there are 30 statements based on the literature.

There are behavioral tendencies of silence based on indifference and submission (IBS), silence based on protecting relationships (IKS) and silence based on self-protection and fear (KKS), which are sub-dimensions of employee silence in the scale. The answers for the statements in this scale are listed as "Strongly Disagree (1), Disagree (2), Undecided (3), Agree (4), Strongly Agree (5).

The high score on the applied silence scale indicates that the employee silence is excessive and it is seen that questions 1, 3 and 4 of the IKS dimension are asked in the opposite direction. In other words, the high scores given to these questions show that, unlike the others, the employee does not remain silent. When the reliability analysis of these questions is made by reverse coding, it is seen that the Cronbach Alpha coefficient is quite low. Therefore, these questions were excluded from the scale, considering that they would cause misleading results. Although it is not inverse in the reliability analysis, the removal of the second question also increases the Cronbach Alpha coefficient. The 10th question in the KKS dimension is also a reverse question, and when it was removed from the study, the Cronbach's Alpha coefficient for KKS increased.

In this study, the Cronbach's Alpha coefficients of the IBS, KKS and IKS dimensions were calculated as 0.943, 0.964 and 0.930, respectively. The values show that the internal consistency of the Employee Silence Scale is quite high.

4.5. Data Analysis

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20 program was used when evaluating the data obtained as a result of the study. Internal consistency coefficients (Cronbach Alpha) were calculated to examine the reliability. The conformity of the data to normal distribution was examined by the Kolmogorov Smirnov test. The Mann-Whitney U test was used to check whether employee silence differs according to mobbing experience and exposure to violence, and the relationship between employee silence and other variables was determined by correlation analysis. Regression analysis was performed for subscales of employee silence and modeled by examining their relationship with other variables.

V. RESULTS

According to the descriptive statistical results of Ankara Dr. Sami Ulus Obstetrics and Gynecology, Children's Health and Disease Training and Research Hospital participants in Table 2, 21.1% of the participants are male, 78.9% are female employees, 51.2% are married and 48.8% are single. According to the age distribution and education level of the employees, 25.8% are younger than 25 years old, 23.5% are between the ages of 26-30, 13.1% are between the ages of 31-35, and 16% are between the ages of 36-40. and 21.6% are older than 40 years old and 39.9% of them are license, 25.8% are postgraduate, 19.3% are high school or below and 15% are associate degree graduates.

Table 2. Descriptive Statistics Findings Regarding the Sample of Ankara Dr. Sami Ulus Obstetrics and Gynecology, Children's Health and Disease Training and Research Hospital

Variables		Number	Percent
Gender	Female	168	78.9
	Male	45	21.1
	Total	213	100.0
Age	25 and below	55	25.8
	26-30	50	23.5
	31-35	28	13.1
	36-40	34	16
	Over 40	46	21.6
	Total	213	100
Marital status	Married	109	51.2
	Single	104	48.8
	Total	213	100.0
Educational Status	High School and Below	41	19.3
	Associate degree	32	15
	License	85	39.9
	Postgraduate	55	25.8
	Total	213	100.0

According to the descriptive statistical results of the participants in Table 3, 28.6% of the healthcare personnel participating in the study are nurses, 27.2% are doctors, 11.7% are secretaries, 9.9% are midwives and 8.5% are technicians. It is seen that the vast majority of the participants with a rate of 37.1% are working for more than 12 years and the other majority with 26.3% are working for less than 1 year.

59.2% of the participants are civil servants (subject to the Civil Servant Law No. 657), 16.4% are workers, 9.4% are specialists (subject to the Career profession group) and 0.9% are managers. 32.9% of the participants work in the inpatient service and 23.9% work in the outpatient clinic, 13.6% work in the operating room, 8% work in the administrative unit, and 2.3% work in the emergency room.

83.1% of the participants stated that they were not exposed to violence in their working life and 16.9% stated that they were exposed to violence. Employees (36 people) who said they were exposed to violence were asked what type of violence they were exposed to. The majority of 13 people (11 people) who reported this stated that they were exposed to verbal violence (84.6%).

While 71.8% of the participants stated that they were not exposed to mobbing, 28.2% stated that they were exposed. The rate of those who stated that they were exposed to mobbing is only 0.04% (9 people). It is seen that these people are exposed to mobbing mostly by their colleagues (44.4%) and unit supervisors (44.4%) and at a very low rate (11.1%) by their relatives.

In the answers given by the participants to the question from whom they expect mobbing, it is seen that the majority of them think that their colleagues (39.4%) and their unit supervisors (36.2%) will it. It is seen that mobbing expected from patient relatives is lower (22.1%) and almost no mobbing is expected from patients (2.3%).

When the silence scores of the participants were compared according to their exposure to violence in the working life, it was seen that the IBS ($p=0.014$) and KKS ($p=0.044$) scores differed significantly according to the exposure to violence. It was determined that the victims of violence are more silent based on indifference and submission, and on the basis of self-protection and fear.

When the silence scores of the participants were compared according to their exposure to mobbing in working life, it was seen that the IBS (p=0.002) and IKS (p=0.049) scores differed significantly according to their exposure to mobbing. It is seen that those who are exposed to mobbing in their working life are more silent based on indifference and submission and protecting their relationships.

Table 3. Descriptive Statistical Findings of Work Life Regarding the Sample of Ankara Dr. Sami Ulus Obstetrics and Gynecology, Children's Health and Disease Training and Research Hospital.

		Number	Percent			Number	Percent
Unit	Polyclinic	51	23.9	Unit Satisfaction	I am not satisfied	15	7.0
	Inpatient service	70	32.9		I'm undecided	56	26.3
	Emergency	5	2.3		I am satisfied	142	66.7
	Operating room	29	13.6		Total	213	100
	Administrative unit	17	8.0	Chronic Disease Status	Yes	40	18.8
	Other	41	19.3		No	173	81.2
	Total	213	100.0		Total	213	100.0
Work as	Doctor	58	27.2	Psychological Illness Status	Yes	12	5.6
	Nurse	61	28.6		No	201	94.4
	Midwife	21	9.9		Total	213	100.0
	Secretary	25	11.7	Exposure to Violence in Working Life	Yes	36	16.9
	Technician	18	8.5		No	177	83.1
	Medical Imaging	1	0.5		Total	213	100.0
	Medical Laboratory	1	0.5	Exposure to Mobbing in Working Life	Yes	60	28.2
	Other	28	13.1		No	153	71.8
	Total	213	100.0		Total	213	100.0
Year of Service	less than 1	56	26.3	The thought of who will do the mobbing the most	Unit Supervisor	77	36.2
	1-3	33	15.5		Colleagues	84	39.4
	4-6	15	7.0		Patient	5	2.3
	7-9	11	5.2		Patients' relatives	47	22.1
	10-12	19	8.9		Total	213	100
	More than 12	79	37.1	How He/She Works	Day	86	40.4
	Total	213	100.0		Night	3	1.4
			Shift		36	16.9	
Current Position	Manager	2	0.9	On Duty	85	39.9	
	Specialist	20	9.4	Other	3	1.4	
	Civil Servant	126	59.2	Total	213	100.0	
	Worker	35	16.4				
	Other	30	14.1				
	Total	213	100.0				

Table 4. The Relationship Between Employee Silence, Communication Skills, Mobbing Scale and Demographic Features

	Variable	Employee Silence Sub-Dimensions			
		r and p values	Silence based on indifference and submission (IBS)	Silence based on self-protection and fear (KKS)	Silence based on protecting relationships (IKS)
Communication Skills Scale	Communication Skills	r	-0.121	-0.117	-0.135(*)
		p	0.078	0.089	0.049
Mobbing Scale Sub-Dimensions	Relations with Colleagues	r	0.355(**)	0.418(**)	0.281(**)
		p	0.001	0.001	0.001
	Threats and Harassment	r	0.285(**)	0.315(**)	0.164(*)
		p	0.001	0.001	0.016
	Work and Career Barriers	r	0.359(**)	0.334(**)	0.215(**)
		p	0.001	0.001	0.002
	Intervention in Private Life	r	0.329(**)	0.402(**)	0.250(**)
		p	0.001	0.001	0.001
Commitment to Work	r	-0.038	-0.073	-0.043	
	p	0.583	0.288	0.533	
Demographic features	Gender	r	0.07	0.033	0.061
		p	0.308	0.631	0.373
	Age	r	0.133	0.138(*)	-0.015
		p	0.053	0.045	0.823
	Marital Status	r	-0.049	-0.056	-0.045
		p	0.477	0.416	0.514
	Educational Status	r	-0.161(*)	-0.076	0.019
		p	0.02	0.277	0.781
	Duty (Work as)	r	0.05	0.01	-0.087
		p	0.474	0.88	0.207
	Work Experience	r	0.092	0.095	-0.046
		p	0.187	0.173	0.508
	Working Time in the Organization	r	0.156(*)	0.126	-0.047
		p	0.022	0.066	0.496
	Current Position	r	0.152(*)	0.150(*)	0.061
		p	0.028	0.030	0.383
	Working Unit	r	-0.021	0.016	-0.001
		p	0.765	0.818	0.986
	How He/She Works	r	-0.155(*)	-0.112	0.105
		p	0.024	0.104	0.126
	Unit Satisfaction	r	-0.069	-0.185(**)	-0.132
		p	0.316	0.007	0.055
	Chronic Disease Status	r	-0.105	-0.133	-0.104
		p	0.127	0.053	0.13
	Psychological Illness Status	r	-0.08	-0.098	0.002
		p	0.248	0.156	0.973
	Exposure to Violence in Working Life	r	0.169(*)	0.138(*)	0.072
		p	0.014	0.044	0.299
	Type of Violence	r	-0.131	-0.105	-0.158
		p	0.669	0.733	0.606
	Exposure to Mobbing in Working Life	r	0.212(**)	0.106	0.135(*)
		p	0.002	0.125	0.048
Who's Mobbing	r	0.183	0.042	-0.009	
	p	0.637	0.915	0.981	

* Correlation is significant at the 0.05 level

**Correlation is significant at the 0.01 level

The table showing the relationships between the sub-dimensions of employee silence and communication skills, the sub-dimensions of the mobbing scale and demographic features and the significance of these relationships is given above. When Table 4 is examined, it is seen that there is an inverse and weak relationship between communication skills and silence based on protecting relationships (IKS) ($r=-0.135$, $p=0.049$). There is no significant relationship between the other sub-dimensions of employee silence and communication skills.

When the relations between the sub-dimensions of employee silence and the sub-dimensions of the mobbing scale were examined, positive and significant relations were found between the sub-scales of employee silence and mobbing, although not very strong. Therefore, the increase in mobbing is expected to cause an increase in employee silence in general.

There are positive weak relationships between violence exposure in working life and IBS ($r=0.169$, $p=0.014$) and KKS ($r=0.138$, $p=0.044$), and mobbing exposure in working life and KKS ($r=0.135$, $p=0.048$) and IBS ($r=0.212$, $p=0.002$). The increase in exposure to violence and mobbing in working life is expected to increase these employee silence scores.

In the regression analysis performed by taking communication skills and mobbing subscales to IBS scores, work and career barriers ($t=2.32$; $p=0.021$), intervention in private life ($t=4.01$; $p=0.001$) and increased mobbing scales had an increasing effect on employees' silence based on indifference and submission. The contribution of communication skills to the model was found to be meaningless. The regression model given below was obtained ($F=24.63$; $p=0.001$) and the mobbing subscales given in the model explain 20.17% of the variation in IBS scores.

Regression Model;

Silence based on indifference and submission (IBS) = 1.461 + 0.1292 Work and career barriers + 0.2526 invasions of private life

In the regression analysis performed by taking communication skills and mobbing subscales to KKS scores, relations with colleagues ($t=5.07$; $p=0.001$) and interference with private life ($t=2.25$; $p=0.001$) were found to have an increasing effect on self-protection and fear-based silence of employees. It was observed that the increase in the threat and harassment ($t=-3.59$; $p=0.001$) mobbing scale had a reducing effect on this silence, and the contribution of communication skills to the model was found to be meaningless. The regression model given below was obtained ($F=21.05$; $p=0.001$) and the mobbing subscales given in the model explain 24.34% of the change in KKS scores.

Regression Model;

Silence based on self-protection and fear (KKS) = 1.326 + 0.561 Relations with colleagues - 0.433 Threats and harassment + 0.228 Interference with private life

In the regression analysis performed by taking communication skills and mobbing subscales to IKS scores. It was observed that the increase in the mobbing scales of relations with colleagues ($t=3.92$; $p=0.000$) and interference with private life ($t=2.16$; $p=0.032$) had an effect on increasing the silence of employees based on protecting relations. It was also observed that the increase in the threat and harassment mobbing ($t=-3.53$; $p=0.001$) scale had a reducing effect on this silence, and the contribution of communication skills to the model was found to be meaningless. The regression model

given below was obtained ($F=11.90$, $p=0.001$) and the mobbing subscales given in the model explain 14.88% of the change in IKS scores.

Regression Model;

Silence based on protecting relationships (IKS) = 1.893 + 0.446 Relationships with colleagues - 0.438 Threats and harassment + 0.225 Interference with privacy

It is seen that the increase in the general mobbing scale ($t=6.97$; $p=0.001$) has an increasing effect on the general employee silence, and as the mobbing increases, the employees become quieter. However, communication skills do not seem to have a significant effect on employee silence. The following regression model was obtained ($F=48.62$; $p=0.001$). The general mobbing scale explains 20.72% of the change in the employee silence scale.

Regression Model;

Employee silence = 1.460 + 0.3944 Mobbing

VI. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

In the literature, no research has been found that reveals the effect of the level of mobbing experience of healthcare professionals on employee silence. However, there are some domestic and foreign studies conducted with different sample groups. In this study, the relationship and effect of the communication skills of the personnel working in Ankara Dr. Sami Ulus Obstetrics and Gynecology, Children's Health and Disease Training and Research Hospital and the level of mobbing with employee silence were examined.

As a result of the study, the rate of being exposed to mobbing in healthcare workers was not found to be high. It was determined that employees were exposed to mobbing with a rate of 28.2%. The vast majority of those who stated that they were exposed to mobbing were mobbed by their colleagues and unit supervisors. Fışkın and Söyük (2012) determined in their study that 58% of primary health care workers were exposed to behaviors considered within the scope of mobbing at least once. Similarly, in the study of Ayrancı et al. (2006), found that 50.8% of health workers have been exposed to violence at least once or more in their professional life.

Eğer's (2017) research found that being exposed to mobbing in working life negatively affects the attitudes and behaviors of employees towards work. The existence of mobbing practices causes absenteeism tendencies among employees and causes employees to be dissatisfied with being in the workplace. In line with the information obtained from the literature, it is stated that mobbing causes employee silence. In the study of Gül and Özcan (2011), the fact that managers are prejudiced against the ideas coming from the employees and that the criticisms made are disrespectful to them, lead the employees to show silence behavior. Thus, organizations are deprived of new ideas and views that will be beneficial for their development, and this silence, which managers contribute to its formation knowingly or unknowingly, can create serious problems for the organization. In our study, it is clear that exposure to violence and/or mobbing in working life has an impact on employee silence. In general, both exposures to violence and exposure to mobbing seem to silence employees. These situations have different effects on the lower dimensions of employee silence. As the exposure to violence in working life increases, it is seen that they remain silent more based on indifference and submission and based on self-protection and fear. However, when exposure to mobbing increases in

working life, it is seen that employees remain silent more based on indifference and submission and on protecting relationships.

In our study, it was found that employees remained more silent based on indifference and submission when there was an increase in the types of mobbing related to work and career barriers and interference in private life. When there was an increase in the types of mobbing of relationships with colleagues and intervention in private life, employees were found to remain more silent based on self-preservation and fear. However, employees who were subjected to threats and harassment mobbing didn't remain silent. In addition, it was observed that when there is an increase in the types of mobbing, which interferes with relations with colleagues and private life, employees remain quieter based on protecting relations. However, employees who are exposed to threats and harassment mobbing do not remain silent.

In general, as the exposure to mobbing increases, it is seen that the employees become quieter. There is no significant effect of communication skills on employee silence.

Based on the results of the study, the following recommendations can be considered:

- ✓ Studies should be carried out to raise awareness of mobbing in order to prevent employees from being exposed to mobbing not only in healthcare institutions but also in other service sectors.
- ✓ Studies should be carried out to ensure and maintain a transparent and equality-based communication environment between employees, managers and administrators.
- ✓ All managers and healthcare workers should be informed about mobbing, which is a common type of violence, and its legislation.
- ✓ Healthcare workers should be informed about what they can do if they are exposed to mobbing and their rights as employees through in-service training.
- ✓ Considering the working conditions of healthcare workers, working hours and shifts should be arranged more appropriately and equality should be maintained among the employees.
- ✓ Training programs aimed at improving the communication, empathy and emotional intelligence skills of all healthcare professionals should be organized, carried out and maintained.
- ✓ Adequate legal and psychological support should be provided to healthcare workers who are victims of mobbing and violence.
- ✓ This research was designed as quantitative research. Qualitative research can be made and the sources of the causes can be examined more deeply.
- ✓ In order to further explain the change in employee silence, demographic characteristics can also be included in the model or it can be renewed in different study groups to examine whether the results have changed.

Ethical Approval: The work permit approval was obtained on 09.07.2020 with the decision numbered 2020/8-11 by the Health Sciences University Ankara Dr Sami Ulus Gynecology, Obstetrics and Gynecology Education and Research Hospital Medical Specialization Education Board.

REFERENCES

- Akarsu, S. F. (2016). *Hemşirelerde Çalışan Sessizliği ve İş Doyumu*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Atılım Üniversitesi.
- Alparslan, A. M. (2010). *Örgütsel sessizlik iklimi ve işgören sessizlik davranışları arasındaki ilişki: Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi öğretim elemanları üzerine bir araştırma*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi.
- Alparslan, A. M., & Kayalar, M. (2012). Örgütsel sessizlik: Sessizlik davranışları ve örgütsel ve bireysel etkileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(6), 136-147.

- Attila Gök, G. (2016). Bir bağlılık pratiği olarak örgütsel sessizlik. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(1), 104-124.
- Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balci, Y., & Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence*, 21(2), 276-296.
- Balducci, C., Alfano, B., & Fracaroli, F. (2009). Relationships between Mobbing at Work and MMPI-2 Personality Profile, Posttraumatic Stress Symptoms, and Suicidal Ideations and Behavior. *Violence and Victims*, 24 (1), 52-67.
- Brinsfield, C. T. (2009). *Employee Silence: Investigation of Dimensionality, Development of Measures, and Examination of Related Factors*. [Unpublished MBA Thesis]. The Ohio State University.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* 21.Baskı. Ankara: Pegem Akademi.
- Candan, H. (2019). Kamu Çalışanlarının Örgütsel Bağlılıkları ile Örgütsel Sessizlikleri Arasındaki İlişkiler: Karaman Örneği. *Ombudsman Akademik*, 5(10), 255-291.
- Candan, H., & İnce, M. (2014). Mobbingden (Bezdiri) Tükenmişliğe Giden Yol: Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(2), 56-85.
- Candan, H., & Kaya, T.P. (2018). Mobbing ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkiler: Karaman İlinde Kamu Çalışanlarına Yönelik Bir Uygulama. *International Social Sciences Studies Journal*, 4(23): 4503-4519.
- Çakıcı, A. (2007). Örgütlerde Sessizlik: Sessizliğin Teorik Temelleri ve Dinamikleri. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 145- 162.
- Çakıcı, A. (2008). Örgütlerde Sessiz Kalınan Konular, Sessizliğin Nedenleri ve Algılanan Sonuçları Üzerine Bir Araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(1), 117-134.
- Çavuş, M. F., Develi, A., & Saroğlu, G. S. (2015). Mobbing ve Örgütsel Sessizlik: Enerji Sektörü Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 10-20.
- Çınar, H. G., Korkmaz, A. Ç. & Yılmaz, D. (2016). Hemşirelerde Mobbing. *Journal of Human Rhythm*, 2 (2), 0-0.
- Davenport, N., Schwartz, R. D., & Elliott, G. P. (2003). *Mobbing: İşyerinde Duygusal Taciz*. (Çeviren: Osman Cem ÖnerToy), İstanbul: SistemYayıncılık.
- Dedahanov, A. T., & Rhee, J. (2015). Examining the Relationships Among Trust, Silence and Organizational Commitment. *Management Decision*, 53(8), 1843–1857.
- Durak, İ. (2014).Örgütsel Sessizliğin Demografik ve Kurumsal Faktörlerle İlişkisi: Öğretim Elemanları Üzerine Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 28(2), 89-108.
- Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, C. L. (2011). "The Concept of Bullying and Harassment at Work: The European Tradition. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf, C. L. Cooper (Eds).

- Bullying and Harassment at Workplace: Developments in Theory, Research, and Practice, (ss. 3-39). Boca Raton Florida: CRC Press.
- Eğer, K. (2017). İş Hayatında Uygulanan Mobbing'in Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Bir Uygulama Çalışması Türk Bilişim Sektörü. *İletişim Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 1-26.
- Eratik, A. (2017). *İşletmelerde Mobbing ve Çalışanlar Üzerindeki Etkileri*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Projesi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
- Erdirencelebi, M., & Şendoğdu, A. A. (2016). Effects of Mobbing and Organizational Silence on Employee's Performance, *The Macrotheme Review*, 5(5), 101-116.
- Farrell, D. (1983). Exit, Voice, Loyalty and Neglect as Responses to Job Dissatisfaction: A Multidimensional Scaling Study. *Academy of Management Journal*, 4(26), 596-607.
- Fışkın G., Söyük S. (2012). *Mobbing Davranışı ve İstanbul İli Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma*, 10. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bildiri Kitabı, Mardin.
- Fox, S., & Stallworth, L. E. (2009). Building a Framework for Two Internal Organizational approaches to Resolving and Preventing Workplace Bullying: Alternative Dispute Resolution and Training. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 220-241.
- Glasø, L., Bele, E., Nielsen, M. B., & Einarsen, S. (2011). Bus drivers' exposure to bullying at work: An occupation- specific approach. *Scandinavian journal of psychology*, 52(5), 484-493.
- Gül, H., & Özcan, N. (2011). Mobbing ve Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişkiler: Karaman İl Özel İdaresinde Görgül Bir Çalışma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1 (2), 107-134.
- Gürer, A. (2017). *Algılanan Örgütsel Kronizmin Çalışan Sessizliği Üzerindeki Etkisinde Kişiliğin Düzenleyici Rolü*. [Yayımlanmamış Doktora Tezi], İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Güven, S., Kulbak, H., & Burunsuzoğlu, E. N. (2018). Okul Müdürlerinin Kullandıkları Güç Türlerine ve Örgütsel Sessizliğe İlişkin Branş Öğretmenlerinin Görüşleri. *Journal of Social and Humanities Sciences*, 5(17), 241-252.
- Hauge, L. J., Skogstad, A., & Einarsen, S. (2010). The relative Impact of Workplace Bullying as Social Stressor at Work. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 426-433.
- Henriksen, K., & E. Dayton. (2006). Organizational Silence and Hidden Threats to Patient Safety. *Health Services Research*. 41(4), 1539-1554.
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Ibrahim, Y. S., Na'ibi, A. A., & Usman, S. (2021). Mobbing, organizational trust, voice and deviance behaviour among environmental health and safety professionals in Nigeria.
- Jensen, J. V. (1973). Communicative Functions of Silence. *ETC: A Review of General Semantics*. 30(3), 249-257.

- Kahya, C. (2015). Mesleki Özyeterlilik ve Örgütsel Sessizlik İlişkisini Belirlemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 293-314.
- Kalay, F., Oğrak, A., & Nişancı, Z. N. (2014). Mobbing, Örgütsel Sessizlik ve Örgütsel Sinizm İlişkisi: Örnek Bir Uygulama. *Kastamonu Üniversitesi İİBF Dergisi*, 4(2), 127-143.
- Karaca, H. (2013). An Exploratory Study On The Impact Of Organizational Silence In Hierarchical Organizations: Turkish National Police Case. *European Scientific Journal*, 9(23), 38–50.
- Karasar N. (2010). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 21. Baskı. Nobel Yayınları, Ankara.
- Kaygın, E., & Atay, M. (2014). Mobbingin Örgütsel Güven ve Örgütsel Sessizliğe Etkisi- Kamu Kurumunda Bir Uygulama, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*. 18(2), 95-113.
- Korkut, F. (1996). İletişim becerilerini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(7): 18-23.
- Kuş E.(2012) Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri: Nicel mi? Nitel mi?, 4. Baskı. Ankara, AnıYayıncılık, 40-46.
- Laleoğlu, A., & Özmete, E. (2013). Mobbing ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Sosyal Politikalar Çalışmaları*. 13(31), 19-20.
- Leymann, H. (1996). The Content and Development of Mobbing at Work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 5(2), 165- 184.
- Morrison, E. W., & Milliken, F. J. (2000). Organisational silence: a barrier to change and development in pluralistic world. *Academy of Management Review*, 25(4), 706-725.
- Nazim, M., Zeb, N., Maqbool, A., Nadeem, A. H., Ghazanfar, S., Sharif, M. S., & Javed, M. A. (2021). Predicting Organizational Silence and Employee Turnover Intentions, *Psychology and Education*, 58(1), 6602-6617.
- Özler, D. E, Giderler, Atalay, C., & DilŞahin, M. (2008). Mobbing'in Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22 (Aralık), 37-60.
- Öztürk, U. C., Cevher, E. (2016), Sessizlikteki Mobbing: Mobbing ve Örgütsel Sessizlik Arasındaki İlişki. *KMU Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 18(30), 71-80.
- Pinder, C. C., & Harlos, K. P. (2001). Employee Silence: Quiescence and Acquiescence as Responses to Perceived Injustice. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 20, 331-369.
- Poyraz, K., Aksoy, Ş. E. (2012). Mobbing ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ve Kütahya İl Merkezi Özel Banka İşletmelerinde Uygulama. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 31(1), 183-202.
- Rai, A., & Agarwal, U. A. (2018). Workplace Bullying and Employee Silence: A Moderated Mediation Model of Psychological Contract Violation and Workplace Friendship. *Personnel Review*, 47(1), 226-256.

- Rousseau D. M. (1995). *The meso paradigm: A Framework for the integration of micro and macro Organizational behavior*. In L. L. Cummings, B. M. Staw (Eds). Research in Organizational Behavior. ss.71-114, Greenwich CT: JAI Press.
- Salha, H., Cinnioğlu, H., Yazıt, H., & Yenişehirlioğlu, E. (2016). “İşgörenlerin Örgütsel Sessizlik Düzeylerinin Örgütsel Bağlılıklarına Etkisi: Tekirdağ'daki Yiyecek İçecek İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma”. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(3), 5-15.
- Saunders, P., Huynh, A., & Goodman-Delahunty, J. (2007). Defining Workplace Bullying Behavior Professional Lay Definitions of Workplace Bullying. *International Journal of Law and Psychiartry*, 30, 340-354.
- Seymen, O., & Korkmaz, E. (2017). Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Sessizlik İlişkisinde Güç Mesafesinin Düzenleyici Rolü. *Social Sciences Studies Journal*, 3(8), 509-529.
- Shallcross, L. (2003). The Workplace Mobbing Syndrome, Response and Prevention in the Public Sector. *Workplace Mobbing Conference*, 16-17 October in Brisbane.
- Shojaie, S, Matin, H. Z., Barani, G. (2011). Analyzing the Infrastructures of Organizational Silence and Ways to Get Rid of it. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1731–1735.
- Sperry, L. (2009). Mobbing and Bullying: The Influence of Individual, Work, Group, and Organizational Dynamics on Abusive Workplace Behavior. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 61(3), 190-201.
- Şekerli, H. (2013). *Öğretmenlerde Çalışan Sessizliği, İş Doyumu ve Denetim Odağı*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi], Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Şimşek, E., & Aktaş, H. (2014). Örgütsel Sessizlik ile Kişilik ve Yaşam Doyumu Etkileşimi: Kamu Sektöründe Bir Araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(2), 121-136.
- Tayfun, A., & Çatır, O. (2013). Örgütsel Sessizlik ve Çalışanların Performansları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 114–134.
- Timuroğlu, M. K., & Alioğulları, E. (2019). Örgütsel güvenin örgütsel sessizlik üzerindeki etkisi: Erzurum ili araştırma görevlileri üzerine bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33(1), 243-264.
- Tetik, S. (2010). Mobbing Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12(18), 81-89.
- Ülker, F., & Kanten, P. (2009). Örgütlerde Sessizlik İklimi, İşgören Sessizliği ve Örgütsel Bağlılık İlişkisine Yönelik Bir Araştırma. *Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi*, 1(2), 111-126.
- Václavíková, K., & Kozáková, R. (2022). Mobbing and its effects on the health of a selected sample of nurses in the Czech Republic. *Pielegniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*.
- Vakola, M., & Bouradas, D. (2005). Antecedents and consequences of organisational silence: an empirical investigation. *Employee Relations*, 27(5), 441-458.
- Van Dyne, L., & LePine, J. (1998). Helping and Voice Extra-Role Behaviors: Evidence of Construct Predictive Validity. *The Academy of Management Journal*, 41(1), 108-119.

Wheeler, A. R., Halbesleben, J.R.B., & Shanine, K. (2010). Eating Their Cake and Everyone else's Cake, too: Resources as the Main Ingredient to Workplace Bullying. *Business Horizons*, 53, 553-560.

Yalçınsoy, A. (2017). Örgütsel Sessizlik ve Sonuçları. *The Journal of Social Science*, 1(1), 1-20.

RESEARCH ARTICLE

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL LABOR BEHAVIOR AND JOB SATISFACTION OF NURSES

Sevda ARSLAN ŞEKER *
Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE **
Şenay GÜL ***


ABSTRACT

Personal characteristics, experiences, perceptions, working environment of nurses, and the attitudes of managers during the delivery of health services affect the relationship between emotional labor and job satisfaction. The aim of this study was to investigate the relationship between emotional labor and job satisfaction levels of nurses. The study was a descriptive cross-sectional and conducted 151 nurses who agreed to participate in the study. The data were collected between October and December 2019 using "Personal Information Form", "Job Satisfaction Scale for Nurses" and "Emotional Labor Scale". Descriptive statistics, non-parametric tests, Spearman's Rho correlation and Mann Whitney U test were used in the analysis of the data. In the study, it was determined that there was no significant relationship between the Emotional Labor Scale and Job Satisfaction Scale for Nurses total scores ($r=0.071$; $p=0.0389$). A statistically significant, weak and positive linear relationship was found between Surface Acting sub-scale of the Emotional Labor Scale and the Pleasant Work Environment sub-scale of the Job Satisfaction Scale for Nurses ($r=0.175$; $p=0.031$). Emotional labor behaviors and job satisfaction of nurses affect health care in many ways. The results of this study are stimulating for managers at all levels.

Keywords: Deep acting, Emotional labor, Job satisfaction, Nurses, Surface acting.

ARTICLE INFO

* Assist. Prof., Munzur University, Nursing Department, svdrsln@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1146-8886>

** Assist. Prof., Adiyaman University, Nursing Department, gulhanerkus@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4914-6441>

*** Assist. Prof., Hacettepe University, Faculty of Nursing, senay.gul@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8808-5760>

Received: 21.09.2021

Accepted: 02.09.2022

Cite This Paper:

Arslan Şeker, S., Erkuş Küçükkelepçe, G., & Gül, Ş. (2022). Investigation of the Relationship between Emotional Labor Behavior and Job Satisfaction of Nurses. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 485-500

HEMŞİRELERİN DUYGUSAL EMEK DAVRANIŞLARI İLE İŞ DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sevda ARSLAN ŞEKER *
Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE **
Şenay GÜL ***

ÖZ

Hemşirelerin kişisel özellikleri, deneyimleri, algıları, çalışma ortamı, sağlık hizmeti sunumu sırasında yöneticilerin tutumları duygusal emek ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin duygusal emek ve iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte olup araştırmaya katılmayı kabul eden 151 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Hemşire İş Doyum Ölçeği” ve “Duygusal Emek Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, non parametrik testler, Spearman’s Rho korelasyon ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmada Duygusal Emek Ölçeği ile Hemşireler için İş Doyumu Ölçeği toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($r=0,071$; $p=0,0389$). Duygusal Emek Ölçeği'nin Yüzeysel Davranış alt ölçeği ile Hemşire İş Doyum Ölçeği'nin Keyifli Çalışma Ortamı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı, zayıf ve pozitif bir doğrusal ilişki tespit edilmiştir ($r=0,175$; $p=0,031$). Hemşirelerin duygusal emek davranışları ile iş doyumunu sağlık hizmetlerini birçok yönden etkilemektedir. Bu çalışmanın sonuçları her seviyedeki yöneticiler için uyarıcı niteliktedir.


Anahtar Kelimeler: Derinlemesine davranış, Duygusal emek, İş doyumunu, Hemşireler, Yüzeysel davranış.

MAKALE HAKKINDA


* Dr. Öğr. Üyesi, Munzur Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, svdrsln@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0002-1146-8886>

** Dr. Öğr. Üyesi, Adıyaman Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, gulhanerkus@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4914-6441>

*** Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, senay.gul@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8808-5760>

Gönderim Tarihi: 21.09.2021

Kabul Tarihi: 02.09.2022

Cite This Paper:

Arslan Şeker, S., Erkuş Küçükkelepçe, G., & Gül, Ş. (2022). Investigation of the Relationship between Emotional Labor Behavior and Job Satisfaction of Nurses. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3), 485-500

I. INTRODUCTION

The working conditions of nurses during the delivery of health services, the role conflicts they experience with team members, deficiencies caused by the working environment all have an effect on the attitudes and behaviors of nurses (Li et al., 2019). In addition, nurses who are in close contact with the community should be able to manage their emotions in order to achieve organizational goals. Failure to optimally managing emotions may lead to negative consequences for nurses, such as excessive emotional labor behavior, turnover intention (Hong and Lee, 2016), emotional exhaustion (Liu et al., 2020), burnout (Grandey and Sayre, 2019; Lee and Ji, 2018). Assessing the emotional labor behavior of nurses is of significance as it allows managers to avoid negative consequences.

Nurses make up the health care professional group that has the most face-to-face communication with patients and their relatives in the delivery of health services (Kim et al., 2018). Nurses spend emotional effort in maintaining patients' well-being, relieving their pain, calming the relatives losing their family members, maintaining a harmonious atmosphere in the institution, and maximizing patient safety outcomes (Hogg et al., 2018; Lee and Ji, 2018).

Health care is one of the areas where the human element cannot be ignored, characterized by intense face-to-face interaction and emotional labor at every stage for those who provide and receive the service (Doğan and Sıgri, 2017). Especially in today's conditions, where it is not enough to exhibit only the right behavior in people-oriented professional groups, employees are expected to exhibit the right emotional reactions as well as the right behavior. Therefore, the concept of emotional labor becomes important in the labor-intensive health care. To look at the historical approach towards the emergence of the concept, as this emotional interaction was observed in attitudes and behaviors in working life, the level of satisfaction of those who received services became more decisive and health care professionals were expected to use their emotions as well as their physical and mental labor. The concept of emotional labor in working life has emerged based on this perspective (Hochschild, 2012).

The concept of emotional labor was first coined by Hochschild in the 1980s as the management of emotions at work and defined as a kind of labor within organizational life (Hochschild, 2012). Nurses are required to have certain emotions such as friendship, joy, warmth and enthusiasm in their interactions with patients. Even if these are not the feelings they feel, as a requirement of the job, nurses must manage their feelings to create a friendly environment. In other words, the act of managing emotions to comply with certain expressional norms in the hospital is conceptualized as emotional labor (Grandey and Sayre, 2019; Hochschild, 2012). According to Hochschild (2012), people manage their emotions with 'deep acting' and 'surface acting' strategies. While 'deep acting' refers to expressing true feelings or to experience and exert a really felt feeling, 'surface acting' refers to suppression of real feelings in order to show a professionally appropriate reaction or the simulation of implicit feelings. Based on the results of a research conducted on emotional labor behavior of nurses, it was found that nurses manage their emotions in work life, and exhibit surface acting behaviors, such as suppression of their emotions and role-playing in the face of negative events (Değirmenci Öz and Baykal, 2018; Gulsen and Ozmen, 2020; Tunç et al., 2014). The compatibility between the feelings felt by nurses and the emotions displayed will help achieve positive corporate outcomes, such as effective working and job satisfaction (Tunç et al., 2014).

Job satisfaction is defined as a sense of satisfaction that occurs with the perception of what work provides to an individual. In other words, it is defined as an emotional response of an individual emerging as a result of evaluating his/her job and work environment (Büyükbayram and Gürkan, 2014). The studies investigating the relationship between nurses' emotional labor behavior and job satisfaction appear to have different results. While some results show a negative association between emotional labor behavior and job satisfaction (Kaur and Malodia, 2017; Ryu and Ko, 2015), some tend to suggest a positive association (Park and Han, 2013). Yang and Chang (2008) concluded that there was no significant relationship between surface acting and job satisfaction, and that there was a positively significant relationship between deep acting and job satisfaction. A similar result was also found in a study by Lee and Jang (2019) investigating the relationship between emotional labor, emotions, and job satisfaction among nurses and also the intermediary role of emotions in the

relationship between emotional labor and job satisfaction. A study conducted by Han et al. (2015) found that job satisfaction had a negative relationship with surface acting, while a positive relationship with deep acting. In a study by Gülşen and Özmen (2020) conducted to investigate the emotional labor strategies and job satisfaction of nurses in Turkey, the behavior exhibited most frequently by nurses was found to be the surface acting, and a negative relationship was found between deep acting and job satisfaction.

Looking at the studies on this subject, it is seen that nurses perform a labor-intensive work from an emotional perspective, and this labor is no less than mental and physical labor. The relationship between emotional labor and job satisfaction, which is associated with many factors, has also resulted in different ways in studies conducted so far. Considering the nursing literature on the subject, studies investigating the relationship between emotional labor behavior and job satisfaction of nurses are limited (Lee and Ji, 2018; Lee et al., 2019; Yang and Chang, 2008), and there has only been one study on the subject conducted in Turkey (Gulsen and Ozmen, 2020). Emotional labor behaviors are closely related to nurses' motivation to work, the effectiveness of the nursing services they provide, and the quality of the care they provide. It is thought that this research will contribute to the literature in terms of revealing the profile of the current situation.

Purpose:

This study aimed to investigate the relationship between emotional labor behavior and job satisfaction levels of nurses.

Research questions:

- Do the demographic characteristics of nurses affect their emotional labor behaviors and job satisfaction levels?
- Is there a relationship between nurses' emotional labor behavior and job satisfaction levels?

II. MATERIAL AND METHODS

2.1. Research Design

This descriptive cross-sectional research was carried out in hospitals in the Eastern and Southeastern Anatolian regions of Turkey between October and December 2019. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) checklist was used in this study (von Elm et al., 2014).

2.2. Sample

The universe of the research consisted of 650 nurses working in a public hospital and a training and research hospital. In the study, the sample size was calculated using the a-priori sample size for multiple regression program (Soper, 2022). When the expected effect size value is 0.15, the desired statistical power level is 0.90, eight independent variables and the probability level are taken as 0.05, the minimum sample size to be included in the research is 136. At the time of data collection, nurses working in different departments in each hospital and volunteering to participate in the study were included in the study. Nurses who were not in the hospital at the time the research data were collected and did not want to participate in the study due to annual leave, unpaid leave, maternity leave, and being on a medical report were excluded from the study. In the study, a total of 167 data collection forms were withdrawn, six forms were excluded because their descriptive information was missing, and ten forms were excluded because they filled the data collection tools incompletely, and a total of 151 nurses formed the sample of the study.

2.3. Data Collection

After obtaining the Ethics Committee approval and institutional permit, nurses were reached through the nursing services directorate of the hospitals where the study was carried out. Participants

were told about the objectives of the study by the researchers, and data collection forms were delivered to the nurses who agreed to participate in the research. Nurses were expected to fill out the form and the filled-out forms were collected by the researcher. The application of the survey took approximately 20 minutes. The data were collected using questionnaire forms below.

2.3.1. The Personal Information Form

The Personal Information Form consisted of 8 items questions related with their socio-demographic characteristics, including age, gender, education status, marital status, work unit, total working years, working time and position at the work unit.

2.3.2. Job Satisfaction Scale for Nurses

Job Satisfaction Scale for Nurses was developed by Muya et al. (2014) in Japan to assess nurses' job satisfaction levels. The total Cronbach's alpha reliability coefficient of the "Job Satisfaction Scale for Nurses", whose Turkish reliability and validity study was conducted by Türe Yılmaz and Yıldırım (2016), was found to be 0.90. The scale consists of four sub-scales and a total of 27 items as: "Positive Feelings towards the Job", "Suitable Support from Seniors", "Perceived Importance at the Job", and "Pleasant Work Environment". The 6th and 20th items of the scale are reverse-coded. The scale is a 5-point Likert-type scale, scored through the expressions of "strongly disagree", "disagree", "neutral", "agree", and "strongly agree". An increase in the score taken in the scale indicates an increase in the job satisfaction, while a decrease in score indicates a low job satisfaction (Türe Yılmaz and Yıldırım, 2016). In this study, the Cronbach's alpha value of the job satisfaction scale for was found to be 0.88.

2.3.3. Emotional Labor Scale

Emotional Labor Scale developed by Pala and Sürgevil (2016) to measure the phenomenon of "emotional labor", suitable for the working conditions of the service sector in Turkey. The scale consists of three sub-scales, called "Surface Acting", "Suppression", "Deep Acting". The scale has no cutoff point. Cronbach's alpha reliability coefficient of the scale consisting of a total of 12 items was found to be 0.824 (Pala and Sürgevil, 2016). An increase in the score taken from the scale indicates a higher emotional labor. In this research, the Cronbach's alpha value of the Emotional Labor Scale was found to be 0.82.

2.4. Ethical Considerations

In order to conduct the research, written permission was obtained from the Non-Interventional Human Research Ethics Board of a state university (14.05.2018/3-35), institutional permission from the studied institutions, and written consent was obtained from the nurses. Written permissions were obtained from the developers of the scales.

2.5. Data Management and Analysis

Analyses were performed using the IBM SPSS Statistics 23 package program. Categorical variables were presented as frequency values (number, percentage) and numerical variables were presented as descriptive statistics (mean, standard deviation, median, minimum, maximum). The normality assumptions of numerical variables were examined using the Kolmogorov Smirnov normality test and it was observed that the variables did not have a normal distribution. For this reason, nonparametric statistical methods were used in the study. The correlations between two independent numerical variables were analyzed using Spearman's Rho correlation analysis. Differences between more than two independent groups were analyzed using the Kruskal Wallis test. Differences between the two independent groups were analyzed using the Mann Whitney U test. The statistical significance level of $p < 0.05$ was used in the analyses.

III. RESULTS

Table 1. Socio-demographic and Professional Characteristics of Nurses (n=151)

Variables (n=151)	n	%
Age (Mean=33.71±8.47)		
21-30	67	44.4
>30	84	55.6
Gender		
Female	133	88.1
Male	18	11.9
Education status		
High school graduate	24	15.9
Associate degree	6	4.0
Bachelor's degree	111	73.5
Master's degree	10	6.6
Marital status		
Married	116	76.8
Single	35	23.2
Work unit		
Inpatient unit*	99	65.6
Intensive care unit**	21	13.9
Outpatient clinic***	20	13.2
Other	11	7.3
Total working years (Mean=12.68±8.954)		
1-10	78	51.7
>10	73	48.3
Working time at the unit (Mean=3.33±3.525)		
1-5 Years	128	84.8
>5 Years	23	15.2
Position		
Staff Nurse	141	93.4
Nurse manager/ Supervisor	10	6.6
* Internal medicine, general surgery, neurosurgery, neurology, pulmonology, infection diseases, pediatrics, obstetrics, orthopedics, urology		
** Neonatal, general, cardiology		
*** Education, diabetes, nursing at home, pediatric and adult blood collection unit, polyclinics		

The socio-demographic and professional characteristics of the nurses in this study are shown in Table 1. The mean age of the nurses who participated in the study was 33.71±8.47, 88.1% was female, 55.6% was over 30 years of age, 73.5% had a Bachelor's degree, 76.8% were married, 65.6% were working in the inpatient unit, 51.7% were working in the profession for 1-10 years, the total working years in the profession was 12.68±8.95 years, 84.8% were working at their present unit for 1-5 years, and their mean working time at the unit was 3.33±3.52 years, and 93.4% were working as a staff nurse.

Table 2. Emotional Labor Scale and Job Satisfaction Scale for Nurses and Sub-scales Scores

	Mean \pm SD	Median	Min-Max
Emotional Labor Scale Total Scores	3.07 \pm 0.629	3.00	1.67-5.00
Surface Acting	3.20 \pm 0.948	3.00	1.80-6.00
Suppression	3.21 \pm 0.860	3.00	1.00-5.00
Deep Acting	3.98 \pm 0.640	4.00	2.00-5.00
Job Satisfaction Scale for Nurses Total Scores	3.05 \pm 0.536	3.05	1.06-4.64
Positive Feelings towards the Job	3.43 \pm 0.647	3.38	1.25-4.88
Suitable Support from Seniors	2.69 \pm 0.946	2.33	1.00-5.00
Perceived Importance at the Job	3.53 \pm 0.663	3.63	1.00-5.00
Pleasant Work Environment	2.56 \pm 0.655	2.40	1.00-4.20

It was found that the mean Surface Acting sub-scale score of the nurses participating in the study was 3.20 \pm 0.948, the mean Suppression sub-scale score was 3.21 \pm 0.860, the mean Deep Acting sub-scale score was 3.98 \pm 0.640, and the mean Emotional Labor Scale total score was 3.07 \pm 0.629. The mean Positive Feelings towards the Job sub-scale score was 3.43 \pm 0.647, the mean Suitable Support from Seniors sub-scale score was 2.69 \pm 0.946, the mean Perceived Importance at the Job sub-scale score was 3.53 \pm 0.663, the mean Pleasant Work Environment sub-scale score was 2.56 \pm 0.655, and the mean overall Job Satisfaction Scale for Nurses score was 3.05 \pm 0.536 (Table 2).

Table 3. Emotional Labor Scale and Job Satisfaction Scale for Nurses and Sub-scales According to Socio-demographic Characteristics of Nurses (n=151)

Variables		n	Emotional Labor Scale and Sub-scales Scores				Job Satisfaction Scale for Nurses and Sub-scales Scores				
			Surface Acting X ± SS	Suppression X ± SS	Deep Acting X ± SS.	Total Scores X ± SS	Positive Feelings towards the Job X ± SS	Suitable Support from Seniors X ± SS	Perceived Importance at the Job X ± SS	Pleasant Work Environment X ± SS	Total Scores X ± SS
Age	21-30	67	3.29±0.947	3.19±0.97	4.01±0.625	3.1±0.673	3.41±0.681	2.76±0.997	3.44±0.761	2.55±0.656	3.04±0.563
	> 30	84	3.13±0.949	3.22±0.766	3.96±0.655	3.04±0.595	3.44±0.622	2.64±0.906	3.61±0.566	2.57±0.659	3.06±0.516
	Test		Z=-1.262 p=0.207	Z=-0.017 p=0.986	Z=-0.254 p=0.800	Z=-0.418 p=0.676	Z=-0.024 p=0.981	Z=-0.626 p=0.531	Z=-1.177 p=0.239	Z=-0.346 p=0.729	Z=-0.423 p=0.672
Gender	Female	133	3.21±0.947	3.18±0.872	3.98±0.655	3.06±0.629	3.41±0.664	2.75±0.973	3.55±0.688	2.59±0.676	3.08±0.554
	Male	18	3.16±0.984	3.4±0.758	3.97±0.528	3.11±0.651	3.54±0.504	2.27±0.578	3.4±0.427	2.3±0.407	2.88±0.339
	Test		Z=-0.332 p=0.740	Z=-1.153 p=0.249	Z=-0.353 p=0.724	Z=-0.112 p=0.911	Z=-0.421 p=0.674	Z=-1.727 p=0.084	Z=-1.888 p=0.059	Z=-1.843 p=0.065	Z=-1.907 p=0.057
Education status	High school graduate	24	3.31±0.817	3.16±0.975	3.96±0.624	3.09±0.615	3.35±0.672	2.63±1.064	3.39±0.841	2.67±0.712	3.01±0.702
	Associate degree	6	3.47±0.816	3.21±0.797	3.92±0.492	3.17±0.350	3.17±0.534	2.67±1.017	3.42±0.303	2.43±0.916	2.92±0.650
	Bachelor's degree	111	3.16±0.958	3.22±0.823	3.99±0.647	3.06±0.62	3.41±0.659	2.74±0.928	3.55±0.647	2.53±0.618	3.06±0.51
	Master's degree	10	3.24±1.264	3.15±1.113	3.95±0.762	3.06±0.925	3.91±0.187	2.33±0.857	3.78±0.459	2.64±0.821	3.17±0.283
	Test		X ² =2.461 p=0.482	X ² =0.488 p=0.922	X ² =0.324 p=0.955	X ² =1.686 p=0.640	X ² =8.998 p= 0.029*	X ² =0.829 p=0.842	X ² =3.640 p=0.303	X ² =2.278 p=0.517	X ² =2.480 p=0.479
Marital status	Married	116	3.22±0.964	3.14±0.857	3.97±0.647	3.05±0.631	3.39±0.688	2.86±0.976	3.54±0.727	2.61±0.691	3.1±0.575
	Single	35	3.14±0.905	3.44±0.836	4.01±0.624	3.12±0.629	3.55±0.475	2.14±0.562	3.49±0.386	2.38±0.487	2.89±0.332
	Test		Z=-0.454 p=0.650	Z=-1.933 p=0.053	Z=-0.545 p=0.586	Z=-0.621 p=0.535	Z=-0.805 p=0.421	Z=-4.316 p= 0.000*	Z=-1.608 p=0.108	Z=-1.855 p=0.064	Z=-2.701 p= 0.007*

Table 3. Emotional Labor Scale and Job Satisfaction Scale for Nurses and Sub-scales According to Socio-demographic Characteristics of Nurses (n=151) (Continue)

Variables		n	Emotional Labor Scale and Sub-scales Scores				Job Satisfaction Scale for Nurses and Sub-scales Scores				
			Surface Acting Mean ± SD	Suppression Mean ± SD	Deep Acting Mean ± SD.	Total Scores Mean ± SD.	Positive Feelings towards the Job Mean ± SD	Suitable Support from Seniors Mean ± SD	Perceived Importance at the Job Mean ± SD	Pleasant Work Environment Mean ± SD	Total Scores Mean ± SD
Work unit	Inpatient unit	99	3.22±0.847	3.12±0.857	4±0.674	3.05±0.569	3.37±0.656	2.78±1.001	3.5±0.707	2.58±0.673	3.05±0.581
	Intensive care unit	21	3.34±1.368	3.70±0.917	3.98±0.602	3.29±0.895	3.54±0.594	2.51±0.737	3.55±0.518	2.26±0.277	2.96±0.292
	Outpatient clinic	20	2.97±0.715	3.15±0.718	3.9±0.576	2.94±0.513	3.53±0.699	2.47±0.766	3.67±0.664	2.68±0.806	3.09±0.532
	Other	11	3.18±1.26	3.18±0.791	3.95±0.568	3.04±0.729	3.53±0.576	2.68±1.081	3.56±0.52	2.73±0.602	3.13±0.508
	Test		X ² =1.696 p=0.428	X ² =9.031 p=0.011*	X ² =0.439 p=0.803	X ² =1.758 p=0.415	X ² =1.777 p=0.411	X ² =2.044 p=0.360	X ² =1.272 p=0.529	X ² =2.662 p=0.264	X ² =0.549 p=0.760
Total working years	1-10	78	3.22±0.963	3.16±0.936	3.97±0.649	3.06±0.667	3.46±0.686	2.86±1.002	3.55±0.703	2.51±0.654	3.1±0.556
	>10	73	3.18±0.938	3.26±0.773	3.99±0.634	3.07±0.591	3.39±0.605	2.51±0.853	3.51±0.622	2.61±0.658	3±0.513
	Test		Z=-0.333 p=0.739	Z=-0.567 p=0.570	Z=-0.129 p=0.897	Z=-0.380 p=0.704	Z=-0.891 p=0.373	Z=-2.044 p=0.041*	Z=-0.596 p=0.551	Z=-0.828 p=0.408	Z=-0.829 p=0.407
Working time at the work unit	1-5 Years	128	3.18±0.935	3.22±0.86	3.96±0.617	3.06±0.624	3.43±0.604	2.64±0.908	3.50±0.626	2.48±0.612	3.01±0.478
	>5 Years	23	3.32±1.034	3.12±0.869	4.09±0.764	3.1±0.674	3.4±0.865	3±1.109	3.72±0.832	2.98±0.736	3.27±0.758
	Test		Z=-0.598 p=0.550	Z=-0.700 p=0.484	Z=-1.015 p=0.310	Z=-0.267 p=0.789	Z=-0.052 p=0.959	Z=-1.578 p=0.114	Z=-2.652 p=0.008*	Z=-3.196 p=0.001*	Z=-2.553 p=0.011*
Position	Nurse	141	3.12±0.876	3.15±0.839	3.96±0.63	3.01±0.578	3.44±0.617	2.66±0.949	3.51±0.667	2.53±0.659	3.04±0.533
	Nurse manager/ Supervisor	10	4.34±1.226	3.98±0.82	4.25±0.755	3.84±0.831	3.18±0.986	3.07±0.865	3.79±0.568	2.88±0.535	3.23±0.568
	Test		Z=-3.095 p=0.002*	Z=-2.480 p=0.013*	Z=-1.211 p=0.226	Z=-3.215 p=0.001*	Z=-0.799 p=0.424	Z=-1.518 p=0.129	Z=-1.625 p=0.104	Z=-1.823 p=0.068	Z=-1.306 p=0.192

Table 3 shows a comparison of emotional labor behavior and job satisfaction by sociodemographic characteristics. There was no statistically significant difference between the mean Emotional Labor Scale and the Job Satisfaction Scale for Nurses in sub-scale scores in terms of age groups and gender of nurses ($p>0.05$).

It was observed that there was a statistically significant difference between the educational levels of nurses and the Positive Feelings towards the mean Job sub-scale score ($p<0.05$). Accordingly, the mean score of people with a master's degree was significantly higher than those with an associate degree.

There was a statistically significant difference between the mean scores of marital status of nurses and Suitable Support from Seniors sub-scale and the Job Satisfaction Scale for Nurses ($p<0.05$). Accordingly, the mean scores of Suitable Support from Seniors sub-scale and total Job Satisfaction Scale for Nurses scores of those married was significantly higher than that of single ones.

According to the working units of the nurses, there was a statistically significant difference between the mean Suppression sub-scale score ($p<0.05$). Accordingly, the Suppression sub-scale scores of nurses working in intensive care unit were significantly higher than those working in an inpatient service.

There was a statistically significant difference between the total working years of nurses in the profession and the mean score of the Suitable Support from Seniors sub-scale ($p<0.05$). Accordingly, the mean score of people working for 1-10 years was significantly higher than those working for more than 10 years.

There was also statistically significant difference between the total mean scores if Perceived Importance at the Job sub-scale, Pleasant Work Environment sub-scale and total Job Satisfaction Scale for Nurses in terms of the working years of the nurses at their present units ($p<0.05$). Accordingly, the mean scores of Perceived Importance at the Job sub-scale, Pleasant Work Environment sub-scale and Job Satisfaction Scale for Nurses for those employed at their unit for more than 5 years were significantly higher than those working for 1-5 years at the unit.

There were statistically significant differences between the mean scores of Surface Acting sub-scale, the Suppression sub-scale, and the total Emotional Labor Scale according to the working positions of the nurses ($p<0.05$). Accordingly, the total mean scores of Surface Acting sub-scale, Suppression sub-scale, and total Emotional Labor Scale of the nurses working in the nurse managers/supervisor positions were found to be higher than other nurses.

Table 4. Correlations between Emotional Labor Scale and Job Satisfaction Scale and Sub-scales

Emotional Labor Scale		Job Satisfaction Scale for Nurses				
		Positive Feelings towards the Job	Suitable Support from Seniors	Perceived Importance at the Job	Pleasant Work Environment	Total Scores
Surface Acting	r	-0.126	0.140	0.074	0.175*	0.116
	p	0.122	0.086	0.367	0.031	0.154
Suppression	r	-0.067	0.013	0.142	0.054	0.035
	p	0.414	0.876	0.081	0.513	0.671
Deep Acting	r	-0.026	-0.035	0.081	0.132	0.039
	p	0.753	0.672	0.323	0.107	0.639
Total Scores	r	-0.137	0.064	0.112	0.143	0.071
	p	0.093	0.432	0.172	0.081	0.389

*: $p<0.05$; r: Spearman's Rho correlation analysis

As result of the correlation analysis between Emotional Labor Scale and Job Satisfaction Scale for Nurses total and sub-scale scores, a statistically significant, weak and positive linear correlation was found between Surface Acting sub-scale and Pleasant Work Environment sub-scale ($r=0.175$). There is no statistically significant relationship between other scale scores and the sub-scales ($p>0.05$) (Table 4).

IV. DISCUSSION AND CONCLUSION

In this study, it was found that emotional labor behavior was moderate and that nurses participating in the study showed a preference for deep acting. There are studies in the literature showing that deep acting has a higher mean score than surface acting (Yang and Chang, 2008; Yılmaz and Orak, 2020; Demir et al., 2021). In addition, in this study, nurses working in intensive care were found to have significantly higher scores in suppression sub-scale than nurses working in an in-patient service, which is believed to be related to the fact that they may have suppressed their feelings since they frequently faced major problems, such as work intensity, ethical problems, and moral distress. Focusing on patient care rather than expressing their own feelings can also be cited as another reason. In contrast to our study findings, Tunç et al. (2014) found that the emotional behavior patterns of intensive care and other service nurses were not different. The mean Surface Acting sub-scale, Suppression sub-scale, and Emotional Labor Scale total scores of the nurses working as nurse managers/supervisor were found to be higher than other nurses. The lack of or less interaction of nurses working in administrative units with patients may be the reason why their mean deep acting score is low. On the other hand, it is believed that the nurses working in the clinic may have reflected their feelings to work more due to their closer relationship with the patients/patient's relatives. While our study finding is consistent with the study conducted by Li et al. (2014), in another study, Doğan and Sığı (2017) concluded that there was no difference between the emotional behaviors of clinical nurses and nurse managers.

In this study, the job satisfaction of nurses was moderate. While the results of the study by Büyükbayram and Gürkan (2014) regarding the impact of emotional intelligence on the job satisfaction of nurses are similar to our findings, the job satisfaction level is higher than moderate level in the study by Gülşen and Özmen (2020) on the relationship between emotional labor strategies and job satisfaction of nurses in Turkey. When the mean scores of nurses in all sub-scales of the Job Satisfaction Scale for Nurses were examined, it was found that the highest mean scores were in the sub-scales of the Positive Feelings towards the Job and Perceived Importance at the Job. This is believed to be due to inner satisfaction, appreciation, the nature of the work, and the importance that nurses place on them. There are studies in the literature that drew similar conclusions (Biegge et al., 2016; Ntantana et al., 2017). This result fazes that teamwork dynamics among nurses contribute to the development of positive feelings towards the job.

In this study there is no statistical significant differences between male and female nurses' job satisfaction total and subscale scores. Looking at the mean scores of Job Satisfaction Scale for Nurses total and sub-scale of the nurses, it was found that the total score and perceived Importance at the Job sub-scale score of the female nurses were higher than the mean scores of male nurses. In addition to the fact that the results of the research conducted by Penz et al. (2008) are similar to our study findings, there are also study results reporting that mean job satisfaction score of males was higher than females (Caliskan and Ergun, 2012; Kaya, 2014). According to Temel Eğinli's (2009) citation from Centers and Bugental, the fact that women's job satisfaction is higher is due to their attention to work-related social factors. Kantek and Kartal (2016) listed family structure, education, career status, personality traits, job expectations, professional attitude, and working conditions as factors leading to the differences in job satisfaction by gender.

The study found that people with a master's degree had higher mean scores for the Positive Feelings towards the Job sub-scale. A study conducted by Ning et al. (2009) found that job satisfaction increases when nurses have a high level of education. It is thought that this situation may lead the person to develop positive feelings towards the job together with an increase in his/her awareness as the level of education increases. In a study conducted by Gülşen and Özmen (2020), it was, however, found that there was no difference between educational status and job satisfaction. It is thought that this difference is due to the fact that the education level of the nurses, who constitute the sample of this study, is mostly bachelors degree.

It was found that married nurses had a significantly higher mean scores on the Job Satisfaction Scale for Nurses and their Suitable Support from Seniors sub-scale compared to single ones. A study conducted by Wu et al. (2018) investigating the effects of emotional labor and competence on job

satisfaction in nurses in China found that married people had a higher job satisfaction score, similar to our study findings. In a study by Can (2020) on the relation between communication skills and job satisfaction and job stress of psychiatric nurses, the job satisfaction of married individuals was higher than single ones, but no significant difference was found in terms of the Suitable Support from Seniors sub-scale. A similar study found no difference between job satisfaction and marital status of nurses (Gülşen and Özmen, 2020; Gürcan, 2019). Marriage provides social support to individuals and reduces the stress levels experienced by individuals at work. It is also believed that married individuals are given priority by seniors in planning annual leave, organizing work shifts on special days, and these situations have a positive effect on their job satisfaction.

The mean scores of Perceived Importance in the Job sub-scale, Pleasant Work Environment sub-scale and Job Satisfaction Scale for Nurses for those working at their present unit for more than five years were significantly higher. Similarly, in Polat's (2008) study, the level of job satisfaction perceived by nurses with six years or more professional experience was statistically significantly higher than the other groups. Although the results of Wu et al. (2018) are similar to our study findings, there is no difference between the working years and job satisfaction in that study findings (Can, 2020; Gürcan, 2019). Nurses who have more professional experience have increased self-confidence and autonomy. As the fact that nurses with certain qualifications establish expectations based on realistic foundations will increase their job satisfaction, this result of the study is considered as an expected finding.

In the study, there was a statistically significant, weak and positive linear relationship between the mean scores of Surface Acting sub-scale and the Pleasant Work Environment sub-scale for the nurses. A study conducted by Lee and Jang (2019) investigating the relationship between emotional labor, emotions and job satisfaction among nurses found that there was a positive relationship between job satisfaction and deep acting, but found no relationship with surface acting. In a study by Wu et al. (2018), it was, however, found that surface acting is negatively associated with job satisfaction, and deep acting is positively associated with job satisfaction. This result suggests that nurses try to make their working environment enjoyable by suppressing their true feelings with role-playing behaviors that qualify as surface acting. Emotional labor behaviors include a dynamic set of processes. In these processes, the perceptions and experiences of nurses within the complex health care system can vary from individual to individual depending on the individual's changing conditions in time, and in this case, the relationship of emotional labor dimensions with job satisfaction can vary.

This study has some limitations. Firstly, the ratio of males in the sample is small. Since the sample of the study is not qualified to represent the study population, it cannot be generalized. Therefore, further research is needed to confirm the impact of job satisfaction and emotional labor on nurses. Secondly, since this study employed a survey method based on nurses' own subjective perceptions, nurses may have given responses that included society's expectations to depict a positive image. Thirdly, future research should include additional sources of data collection, such as in-depth interviews, participant observations, to develop effective intervention programs.

This study showed that emotional labor and job satisfaction have a relationship with each other, albeit at a low level. Working in intensive care unit, total years of working, educational and marital status affect job satisfaction and emotional labor behavior of nurses. Factors affecting emotional labor and job satisfaction affect both nurses and the institution. Managers should anticipate the negative consequences of excessive emotional labor behavior in order to improve the quality of patient care and patient and nurse satisfaction. There should be a focus on interventions to reduce the emotional labor of nurses to increase their job satisfaction. To create new strategies to regulate emotions of the nurses and organizations with a positive emotional climate are recommended.

The implications of this paper are as follows:

- In order to manage emotional labor behaviors that cause these negative consequences, nurse managers should do more than listening the wishes and recommendations of nurses.
- Objective evaluations of nurses should be created and intervention programs and strategies should be developed and implemented as a result of this evaluation.

- Trainings or adaptation programs for communication and emotion management should be organized so that nurses can better manage their emotions.
- The reasons that lead nurses to surface acting should be evaluated with more comprehensive studies by including other variables such as intention to leave the job, burnout, job performance, job stress, work-family conflict, organizational commitment, which are related to emotional labor.

Ethical Approval: In order to conduct the research, written permission was obtained from the Non-Interventional Human Research Ethics Board of a state university (14.05.2018/3-35).

REFERENCES

- Biegge, A., De Geest, S., Schubert, M., & Ausserhofer, D. (2016). The 'magnetic forces' of Swiss acute care hospitals: A secondary data analysis on nurses' job satisfaction and their intention to leave their current job. *NursingPlus Open*, 2(2016), 1520.
- Büyükbayram, A., & Gürkan, A. (2014). The role of emotional intelligence in job satisfaction of nurses. *J Psychiatric Nursing*, 5(1), 41-48.
- Caliskan, A., & Ergun, Y. A. (2012). Examining job satisfaction burnout and reality shock amongst newly graduated nurses. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 47, 1392-1397.
- Can, I. (2020). *Investigation of the relationship between communication skills of psychiatric nurses and job satisfaction and job stress* [Unpublished master's thesis]. Yeditepe University.
- Değirmenci Öz, S., & Baykal, Ü. (2018). Developing in the scale of emotional labor behavior for nurses. *International Refereed Journal of Nursing Researches*, 12, 119-139.
- Demir, Y., Oruç, P., Baştürk, Y. A., & Özpınar, S. (2021). Emotional labor behavior and impacting factors in nurses: Example of public hospitals. *Journal of Samsun Health Sciences*, 6(1), 76-84.
- Doğan, A., & Sığırı, Ü. (2017). Emotional labour: A study on nurses. *The Journal of Human and Work*, 4(2), 113-126.
- Grandey, A. A., & Sayre, G. M. (2019). Emotional labor: Regulating emotions for a wage. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 1-7.
- Gulsen, M., & Ozmen, D. (2020). The relationship between emotional labour and job satisfaction in nursing. *International Nursing Review*, 67(1), 145-154.
- Gürcan, T. (2019). *The effect of colleagues' solidarity on job satisfaction and intention to leave* [Unpublished PhD thesis]. Marmara University.
- Han, H. Y., Lee, J. Y., & Jang, I. (2015). The moderating effects of social support between emotional labor and job satisfaction in clinical nurses. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 24(4), 331-339.
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: commercialization of human feeling*. University of California Press.
- Hogg, R., Hanley, J., & Smith, P. (2018). Learning lessons from the analysis of patient complaints relating to staff attitudes, behavior and communication, using the concept of emotional labour. *J Clin Nurs*, 27(5-6), e1004-e1012.
- Hong, E., & Lee, Y. S. (2016). The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *Int J Nurs Pract*, 22(6), 625-632.

- Kantek, F., & Kartal, H. (2016). The effects of job satisfaction on nurses' professional status: A meta-analysis. *Journal of Human Sciences, 13*(3), 4268-4277.
- Kaur, S., & Malodia, L. (2017). Influence of emotional labour on job satisfaction among employees of private hospitals: A structural equation modelling approach. *Journal of Health Management, 19*(3), 456-473.
- Kaya, F. (2014). *The examining of relationship between emotional labor, burnout and job satisfaction: The study oriented elder care giver employees working in rest homes related to ministry of family and social policies* [Unpublished master's thesis]. Celal Bayar University.
- Kim, H., Kim, J. S., Choe, K., Kwak, Y., & Song, J. S. (2018). Mediating effects of workplace violence on the relationships between emotional labour and burnout among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing, 74*(10), 2331-2339.
- Lee, E. K., & Ji, E. J. (2018). The moderating role of leader-member exchange in the relationships between emotional labor and burnout in clinical nurses. *Asian Nursing Research, 12*(1), 56-61.
- Lee, M., & Jang, K. S. (2019). Nurses' emotions, emotional labor, and job satisfaction. *International Journal of Workplace Health Management, 13*(1), 16-31.
- Lee, N., Kim, J. H., & Mun, H. J. (2019). Exploration of emotional labor research trends in Korea through keyword network analysis. *Journal of Convergence for Information Technology, 9*(3), 68-74.
- Li, J. H., Gao, P., Shen, X. Y., & Liu, X. (2014). A process model of emotional labor of nursing: case study of two Chinese public hospitals. *International Journal of Public Administration, 37*(10), 695-707.
- Li, N., Zhang, L., Xiao, G., Chen, J., & Lu, Q. (2019). The relationship between workplace violence, job satisfaction and turnover intention in emergency nurses. *International Emergency Nursing, 45*, 50-55.
- Liu, H., Zou, H. Y., Wang, H. J., Xu, X., & Liao, J. Q. (2020). Do emotional labour strategies influence emotional exhaustion and professional identity or vice versa? Evidence from new nurses. *Journal of Advanced Nursing, 76*(2), 577-587.
- Muya, M., Katsuyama, K., Ozaki, F., & Aoyama, H. (2014). Development of a scale measuring the job satisfaction of Japanese hospital nurses. *Japan Journal of Nursing Science, 11*(3), 160-170.
- Ning, S., Zhong, H., Libo, W., & Qiuji, L. (2009). The impact of nurse empowerment on job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing, 65*(12), 2642-2648.
- Ntantana, A., Matamis, D., Savvoula, S., Giannakou, M., Gouva, M., Nakos, G., & Koulouras, V. (2017). Burnout and job satisfaction of intensive care personnel and the relationship with personality and religious traits: An observational, multicenter, cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing, 41*, 11-17.
- Pala, T., & Sürgevil, O. (2016). Emotional labor scale: A study of scale development, reliability and validity. *Ege Academic Review, 16*(4), 773-787.
- Park, M. M., & Han, S. J. (2013). Relations of job satisfaction with emotional labor, job stress, and personal resources in home healthcare nurses. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 24*(1), 51-61.

- Penz, K., Stewart, N. J., D'Arcy, C., & Morgan, D. (2008). Predictors of job satisfaction for rural acute care registered nurses in Canada. *Western Journal of Nursing Research*, 30(7), 785-800.
- Polat, N. (2008). *Work related stress and job satisfaction in nursing: A field application in training hospital* [Unpublished master's thesis]. Başkent University.
- Ryu, Y. O., & Ko, E. (2015). Influence of emotional labor and nursing professional values on job satisfaction in small and medium-sized hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 22(1), 7-15.
- Soper, D.S. (2022). *A-priori sample size calculator for multiple regression [Software]*. <https://www.danielsoper.com/statcalc> (2022, 15 Haziran)
- Temel Eğinli, A. (2009). Çalışanlarda iş doyumunu: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(3), 35-52.
- Tunç, P., Gitmez, A., & Krespi Boothby, M. R. (2014). An investigation of emotional labor strategies on the basis of empathy among nurses working at intensive care and inpatient units. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15(1), 45-54.
- Türe Yılmaz, A., & Yıldırım, A. (2016). Validity and reliability of the nurse job satisfaction scale in Turkish. *Journal of Health and Nursing Management*, 3(3), 158-168.
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2014). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1495-1499.
- Wu, X., Li, J., Liu, G., Liu, Y., Cao, J., & Jia, Z. (2018). The effects of emotional labor and competency on job satisfaction in nurses of China: a nationwide cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 383-389.
- Yang, F.H., & Chang, C. C. (2008). Emotional labour, job satisfaction and organizational commitment amongst clinical nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 879-887.
- Yılmaz, B., & Orak, O. S. (2020). Relationship between emotional labour behavior and psychological symptoms among nurses. *Journal of Health and Nursing Management*, 7(2), 187-201.

HEKİMLERİN DEFANSİF TIP TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Merve BANAZ *
Pınar YALÇIN BALÇIK **

ÖZ

Geçmişten beri var olan fakat son yıllarda artış gösteren defansif tıp sağlık hizmetleri için önemli bir konudur. Defansif tıp, hekimlerin tıbbi uygulama hatası davalarına karşı kendilerini savunmak için hastanın ihtiyaç duymadığı analiz, test ve teşhis yöntemlerini istemesi olarak tanımlanabilmektedir. Hekimlerin defansif tıp tutumları, hem sağlık hizmetlerindeki kıt kaynakların kullanımını, hem de sağlık bakım hizmet kalitesini etkilediği için incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile sağlık hizmeti sunucularının en önemli parçası olan hekimlerin defansif tıp tutumlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmış olup, veriler anket tekniği ile elde edilmiştir. Araştırmaya bir üniversite hastanesindeki 207 hekim katılım göstermiştir. Katılımcıların defansif tıp tutum ortalamaları $\bar{x}=3,27$ olarak saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, araştırmaya katılan hekimlerin hem pozitif hem de negatif defansif tıp uygulamalarına yönelik ortalamanın üzerinde bir tutum sergilediği görülmektedir. Araştırmaya katılan erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu saptanmıştır. Asistan hekimlerin uzman hekimlere göre, 5-10 yıl arası çalışanların 11 yıl ve üzeri çalışanlara göre daha fazla defansif davrandığı görülmektedir. Hekimlerin daha önce defansif tıp kavramını duydukları ancak bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Tıbbi hatalar ve defansif tıp konusunda düzenli aralıklarla eğitimler yapılmasının ayrıca daha önce başından hukuki bir süreç geçmiş olan hekimlerin, mesleğe yeni adım atmış olan hekimlerle tecrübelerini paylaşmasının yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Defansif Tıp, Hekim, Tutum, Sağlık Hizmeti.

MAKALE HAKKINDA

* Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, mrvebnz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8117-1519>

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, pyalcin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7949-5779>

Gönderim Tarihi: 12.11.2021

Kabul Tarihi: 16.06.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Banaz, M., & Yalçın Balçık, P. (2022). Hekimlerin defansif tıp tutumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3), 501-516

INVESTIGATION OF PHYSICIAN'S DEFENSIVE MEDICINE ATTITUDES

Merve BANAZ*
Pınar YALÇIN BALÇIK**

ABSTRACT

Defensive medicine, which has existed since the past but has come into prominence in recent years, is an important issue for health services. Defensive medicine can be defined as physicians requests for analysis, test and diagnostic methods that the patient does not need in order to defend themselves against medical malpractice lawsuits. It is thought that it is important to examine the defensive medicine attitudes of physicians as they affect both the use of scarce resources in health services and the quality of health care services. With this study, it is aimed to examine the defensive medicine attitudes of physicians, who are the most important parts of health care providers. Quantitative research method was used in this study and the data were obtained by survey method. 207 physicians working in a university hospital participated in the study. The defensive medicine behavior mean of the participants was found to be $\bar{x}=3.27$. Result of the analyzes showed that the physicians participating in the research have an above-average attitude towards both positive and negative defensive medicine practices. It was determined that the male physicians participating in the study are practicing negative defensive medical practices more than the female physicians. It was observed that assistant physicians act more defensively than specialists, physicians who work for 5-10 years behave more defensive compared to those who work for 11 years or more. The results indicates that physicians had heard of the concept of defensive medicine before, but they did not have enough knowledge about it. It is believed that regular trainings on medical errors and defensive medicine, as well as physicians who have previously been through a legal process, sharing their experiences with physicians who are at the beginning of the profession, can be a guide.

Keywords: Defensive Medicine, Physician, Attitude, Health Care..

ARTICLE INFO

* Süleyman Demirel University, mrvebnz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8117-1519>

** Hacettepe University, pyalcin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7949-5779>

Received: 12.11.2021

Accepted: 16.06.2022

Cite This Paper:

Banaz, M., & Yalçın Balçık, P. (2022). Hekimlerin defansif tıp tutumlarının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3), 501-516

I. GİRİŞ

İnsanın fiziksel ve biyolojik yapısı belirli bir düzene sahiptir. Bu düzen olması gerektiği gibi olduğunda sağlıklı birey olurken, düzen içerisinde bedenen ve/veya ruhen oluşabilecek bozulmalarda hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Kişilerin eski sağlıklarına kavuşmak veya doğuştan var olan hastalıklarını tedavi ettirmek için başvurdukları ve güven duydukları kişiler sağlık personelleri, kurumlar ise hastanelerdir. Sağlık hizmetlerinde söz konusu insan sağlığı ve canı olduğu için daha özenli ve dikkatli davranılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde temel amaç, hastaya yarar sağlayarak, iyileşme süresini minimum seviyeye indirerek, hastanın sağlık statüsünü yükseltmektir (Çakır ve Tütüncü, 2009).

Geçmişten beri tıp bilimi teoride olması gereken uygulama ve değerlendirmelerle pratiğe dökülerek süregelmekte iken son yıllarda bu sürece hukuki ilkeler ve prensipler normalde olandan daha fazla dâhil olmaya başlamıştır (Yılmaz vd., 2014). Hastanın tanı ve tedavi sürecinde kimi zaman tıp biliminin uygulamaları ve değerlendirmeleri ile hukuksal prensipler çelişmektedir. Tıp biliminin doğuşundan bu zamana kadar ki süreçte hastayı sağlığına kavuşturmak birincil amaçtır. Fakat bu durum son yıllarda birincil amaca etki eden en büyük faktörlerden birisi olan hukuksal ilkelerden ve yaptırımlardan dolayı değişmeye ve sürecin daha da uzamasına neden olmaya başlamıştır. Tıbbi hataların doğurduğu hukuki süreçler son yıllarda artış göstermeye başlamış ve bu durum sağlık hukuku alanında geniş bir yer almaya başlamıştır (Erman, 2012). Birçok faktörün bir araya gelmesi ve etkileşimi ile artan hukuki süreçler tıbbın gereklerinin uygulanmasında ve değerlendirilmesinde etkili olmaya başlamıştır. Sağlık personellerinde büyük tedirginliklere sebep olan bu durumun kişisel performansları da etkilediği düşünülmektedir. Sağlık hizmet sunumunun temel yapı taşı olan hekimler mesleklerini yerine getirirken hukuksal açıdan duydukları tedirginlikten dolayı kendini savunmak amacıyla defansif tıp tutumu sergilemektedir.

Defansif tıp, hekimlerin açılacak davalara karşı kendini savunmak için, hastaya ihtiyaç olmayan tahlil, test ve tanı yöntemlerini istemeleri olarak tanımlanabilmektedir (Gökşen, 2014; Hermer ve Brody, 2010). Başka bir tanımla defansif tıp, hastalarda küçük sorunlar ve ciddi semptomlar olmasa bile tıbbi uygulama hatalarından kaynaklı suçlamalara maruz kalma ve bazı tehlikeli hastalıkları göz ardı etme korkusudur. Bu da hekimlerin normal şartlar altında gerekli olmayan testleri istediği anlamına gelmektedir (Yahata, 2011). Catino (2011) defansif tıbbi, hastanede çalışan sağlık personelinin özellikle de hekimlerin hastalığın seyrinde çok da gerekli olmayan tetkik ve prosedürler istemesi veya yüksek riskli tedavi yöntemlerinden ve hastalardan kaçınması olarak tanımlamaktadır. Zuckerman (1984) ise defansif tıbbi, hekimlerin kendilerini hukuki sorumluluklardan korumak için tedavi yöntemlerini değiştirmesi olarak tanımlamakta, defansif tıbbin gereksiz test ve tedavi prosedürlerinin uygulanmasıyla maliyetlerin artmasına neden olduğunu ifade etmektedir.

Defansif tıbbi sadece hekimlerin değil aynı zamanda hastanelerin de, tıbbi uygulama hataları ile karşı karşıya kalmamak için hizmetlerini kısıtlaması olarak tanımlayan araştırmacılar da bulunmaktadır (Yahata, 2011). Hastaya yapılan her türlü işlemin ve tutulan her türlü bilgi ve belge kaydının her aşamasında defansif tıp uygulamalarına rastlanabilmektedir. Bundan ötürü, defansif tıbbin sadece hekim hastayı muayene ve tedavi ederken uygulanmadığı bilinmelidir (Barlıoğlu, 2018). Tıbbi etik açısından incelendiğinde hekimin tüm davranışlarının altında en kaliteli medikal bakımı sağlayarak, hastanın en büyük faydayı görmesi bulunmalıdır. Bunun dışındaki amaçlarla gerçekleştirilen tıbbi uygulamalar, tıbbi etik açısından olumsuz davranışlar olarak nitelendirilmektedir (Yılmaz, 2014).

Defansif tıp uygulamaları Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları ve Negatif Defansif Tıp Uygulamaları olarak ikiye ayrılmaktadır. Pozitif defansif tıp, tıbbi standartlar çerçevesinde var olanları noksansız yerine getirme ve bu standartların dışında hekimin savunmasını güçlü kılmak için girişimlerde bulunma uğraşı olarak tanımlanmaktadır (Selçuk, 2015). Negatif defansif tıp ise hekim tıbbi hata uygulaması riskinin yüksek olduğunu düşündüğü bir vaka ile karşılaştığında yapması gereken tıbbi ve cerrahi müdahaleyi yapmayıp, hastayı başka bir hekime veya sağlık kuruluşuna yönlendirerek, hastanın tanı ve tedavi sürecinde yer almak istememesi olarak tanımlanmaktadır (Aynacı, 2008).

Teşhis ve tedavide gereğinden fazla istemde bulunulması, kıt kaynakların kullanımından dolayı maliyet açısından, hukuki süreçlere maruz kalmaktan korkup hastasına gereğinden fazla vakit ayırmaktan dolayı hekim açısından, iş yükünü artırdığından dolayı sağlık personelleri açısından, bekleme sürelerinin uzamasından dolayı hasta açısından olumsuzluklar meydana getirebilmektedir (Yeşiltaş, 2018). Kısacası pozitif defansif uygulamaların memnuniyeti artırdığı gözlenmekte ise de zaman ve finansal kaynaklar açısından ülkenin ekonomisine olan faydaları tartışmalı olmaktadır. Ancak yapılan standart bakım haricinde yapılan ek testler hasta sağlığı için faydalı ise ekonomik olarak onaylanmaktadır (Aydaş, 2014). Pozitif defansif tıp uygulamaları yalnızca tanı ve tedavi yöntemlerinin aşırı kullanımı sonucunda finansal maliyetlerin artmasına değil, aynı zamanda hastada komplikasyon ve risklere de neden olabilmektedir.

Pozitif defansif tıp uygulamalarında hekim, eksik tedavi uygulamama temelli fazladan tetkikler isteyerek ve hastaya daha fazla zaman ayırarak sorumluluğu üzerinden atma eğiliminde iken; negatif defansif tıp uygulamalarında hekim, yüksek riskli hastalardan kaçınarak hastanın teşhis ve tedavi sürecinde bulunmayarak sorumluluğu üzerinden atma eğilimindedir (Yılmaz, 2014). Fakat pozitif ve negatif defansif tıp tutumlarının ortak paydası, malpraktis davalarından korunmaktır. Pozitif defansif tıp uygulamaları kadar yaygınlık göstermese de negatif defansif uygulamalarının da günden güne klinik uygulamalardaki görülme sıklığının artmaya başladığı görülmektedir (Catino, 2011; Studdert vd, 2005).

Defansif tıbbın, sağlık hizmetlerindeki kıt kaynakların kullanımını ve sağlık bakım kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Hershey, 1972). Sağlık hizmetleri sunumunu çeşitli yönlerden etkileyen defansif tıp, ulusal ve uluslararası literatürde son zamanlarda büyük ilgi uyandırmaktadır. Defansif tıbbın önlenmesi veya azaltılması açısından sağlık hizmet sunumunda görevli çalışanların özellikle de hekimlerin görüşlerinin ve düşüncelerinin öğrenilip değerlendirilmesinin önem teşkil ettiği düşünülmektedir. Bu çalışma ile son zamanların tartışmalı konusu olan defansif tıp kavramı hakkında sağlık hizmeti sunucularının en önemli parçası olan hekimlerin tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

II. YÖNTEM

Araştırmada nicel araştırma yöntemi kullanılmış olup, amaçlarına göre tanımlayıcı araştırma olarak değerlendirilmektedir. Araştırma kapsadığı süreye göre incelendiğinde anlık araştırma olarak değerlendirilmektedir. Veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anketler gönüllük esasına dayalı olarak yüz yüze görüşme şeklinde yapılmıştır.

Araştırma, Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 30 Nisan – 17 Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüş olup, araştırmanın evrenini bu hastanede çalışmakta olan 418 hekim oluşturmaktadır. Araştırmada belirli bir örneklem hesaplanmayıp evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Toplamda 230 kişi katılım gösterme konusunda gönüllü olmuştur. Fakat araştırmayı yarıda terk etme, tam olarak cevaplamama gibi nedenlerden dolayı 207 anket araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmada uygulanmış olan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tanımlayıcı değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, unvan, çalışılan birim, günlük ortalama bakım verilen hasta sayısı) yer almaktadır. İkinci bölümde; Başer ve arkadaşları (2014a) tarafından geliştirilen “Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Başer ve arkadaşları (2014b) tarafından yapılan güvenilirlik çalışması sonucu Cronbach Alpha değeri 0,850 olarak rapor edilmiştir. Bu araştırmanın verileri ile elde edilen Cronbach Alpha değeri ise 0,908'dir. Ölçek 18 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; pozitif defansif tıp (9 madde), negatif defansif tıp (5 madde) ve bilgi düzeyi (4 madde) alt boyutlarıdır. Ölçekte 1-14 arası maddeler 1'in “hiç katılmıyorum” seçeneğini, 5'in “tamamen katılıyorum” seçeneğini temsil ettiği 5'li Likert ölçeğine dayandırılırken, 15-18 arası maddeler evet/hayır şeklindeki cevaplanabilecek sorulardan oluşmaktadır.

Defansif Tıp Tutumu Ölçeği ile elde edilen verilerin normallik dağılımları değerlendirildiğinde; Hair ve arkadaşlarına (2014) göre Skewness değerinin ± 1 aralığında olması normal dağılımın varsayılabilceğini; George ve Mallery (2010) ise Kurtosis değerinin ± 1 aralığında olması mükemmel düzeyde normal dağılımın varsayılabilceğini ifade etmiştir. Bu bağlamda araştırma kapsamında ölçek ve alt boyut ortalamalarının tamamının Skewness ve Kurtosis değerlerinin ± 1 değerleri arasında yer aldığı göz önüne alındığında verilerin normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Veriler normal dağıldığı için araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiklere ek olarak parametrik testlerden bağımsız değişkenlerde t-testi, tek yönlü varyans analizleri kullanılmıştır.

Araştırma öncesinde Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 27.02.2019 tarih ve 35853172-755.02.06 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın yürütüleceği kurum olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi için 04.04.2019 tarih ve 30292447-045.99/7298 sayılı karar ile kurum izni alınmıştır.

III. BULGULAR

Tablo 1’de araştırmaya katılan hekimlerin demografik verileri yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hekimlere Ait Demografik Veriler (n=207)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	84	40,6
	Erkek	123	59,4
Medeni Durum	Evli	126	60,9
	Bekâr	81	39,1
Unvan	Uzman Doktor	71	34,3
	Asistan Doktor	136	65,7
Çalışma Yılı	4 Yıl ve Altı	108	52,2
	5-10 Yıl Arası	44	21,3
	11 Yıl ve Üzeri	55	26,6
Yaş	26 Yaş ve Altı	41	19,8
	27-29 Yaş Arası	66	31,9
	30-39 Yaş Arası	60	29,0
	40 Yaş ve Üzeri	40	19,3
Çalışılan Bölüm	Dahili Bölümler	102	49,3
	Cerrahi Bölümler	105	50,7
Hasta Sayısı	20 Hasta ve Altı	49	23,6
	21-50 Hasta Arası	96	46,4
	51 Hasta ve Üzeri	62	30,0

Araştırmaya katılan hekimlerin %59,4’ü erkek olup, %60,9’u evlidir. Unvan bakımından incelendiğinde hekimlerin %34,3’ü uzman doktor, %65,7’si asistan doktordur. Araştırmaya katılan hekimlerin çalışma yılı incelendiğinde %52,2’si 4 yıl ve altı, %21,3’ü 5-10 yıl arası, %26,6’sı ise 11 yıl ve üzeri çalışma yılına sahiptir. Hekimlerin %31,9’unun 27-29 yaş aralığında olduğu ve %50,7’sinin cerrahi birimlerde görev yapmakta olduğu görülmektedir. Günlük bakılan hasta sayısı incelendiğinde, araştırmaya katılan hekimlerin %46,4’ünün 21-50 hasta arası hastaya hizmet verdiğini saptanmıştır.

Tablo 2. Hekimlerin Malpraktis Davaları ile Karşılaşma ve Defansif Tıbbı Yönelik Bilgi Durumları

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Hekimlik mesleğiniz süresince malpraktis nedeniyle dava açıldı mı?	21	10,1	186	89,9
Malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünüyor musunuz?	194	93,7	13	6,3
Defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duydunuz mu?	147	71,0	60	29,0
Defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip misiniz?	91	44,0	116	56,0

Tablo 2’de hekimlerin malpraktis davaları ile karşılaşma ve defansif tıbbı yönelik bilgi durumları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %89,9’u, hekimlik meslekleri süresince malpraktis nedeniyle hakkında dava açılmadığını ifade etmişlerdir. Ancak hekimlerin %93,7’si malpraktis davalarının hekimlik performansına etkisi olacağını düşünmektedir. Görülmektedir ki, her ne kadar çok sayıda hekim henüz bu davalar ile birebir karşı karşıya kalmasa da, her geçen gün artan tıbbi malpraktis davaları ve yüksek tazminatlar hekimlerin tutumlarını ve performanslarını etkilemektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin %71’i defansif tıp uygulamaları kavramını daha önce duyduğunu ifade ederken, %44’ü defansif tıp uygulamaları kavramının içeriği konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmektedir.

Tablo 3. Hekimlerin Defansif Tıbbı Yönelik Tutumlarının İncelenmesi (n=207)

	Ort.	S.S
Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	3,394	0,831
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.	2,937	1,322
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	2,985	1,236
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın geliştirebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	3,420	1,235
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn:sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum.	2,589	1,340
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	3,333	1,310
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.	3,874	1,062
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.	3,333	1,206
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	3,985	1,054
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	4,087	1,066
Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	3,067	1,129
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	3,101	1,412
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	2,777	1,372
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	2,884	1,363
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	2,782	1,331
14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımın tedirginlik hissediyorum.	3,792	0,302
Genel Defansif Tıp Uygulamaları	3,270	0,85

Tablo 3'te defansif tıp uygulamaları tutum ölçeğindeki maddelere ait bulgular yer almakta olup mevcut olan her boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Defansif tıp tutumu bir bütün olarak incelendiğinde araştırmaya katılan hekimlerin ortalamasının üzerinde defansif tıp tutumu sergilediği yani hukuki sorunlardan korunmak amacıyla savunmacı bir tutum içinde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (\bar{x} :3,27±0,85).

Pozitif defansif tıp tutumu alt boyutu incelendiğinde araştırmaya katılan hekimlerin ortalamasının üzerinde pozitif defansif tıp tutumu içinde olduğu görülmektedir. Kısacası araştırmaya katılan hekimler hukuki sorunlardan korunmak amacı ile daha fazla tetkik istemekte, daha fazla ilaç reçete etmekte, endikasyon dışındaki nedenler ile daha fazla hasta yatırmakta, görüntüleme tekniklerini daha fazla kullanmakta, kayıtları daha detaylı tutmakta vb. önlemler ile savunmacı bir tutum sergilemektedir (\bar{x} :3,39±0,83). Araştırmaya katılan hekimler negatif defansif tıp tutumu boyutunda değerlendirildiğinde ortalamasının üzerinde bir tutum sergiledikleri görülmektedir. Yani hekimler hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek olan hastalardan kaçınmakta, tıbbi yönden kompleks olan hastalardan ve komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınmakta, girişimsel olmayan tedavi protokollerine yönelmektedirler (\bar{x} :3,06±1,12).

Pozitif defansif tıp uygulamaları boyutundaki en yüksek ortalamaya, "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum." (\bar{x} :4,08±1,06) ve "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum." (\bar{x} :3,98±1,05) soruları sahipken, en düşük ortalamaya, "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hasta yatırıyorum." (\bar{x} :2,58±1,34) ve "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum." (\bar{x} :2,93±1,32) maddeleri olmuştur.

Negatif defansif tıp uygulamaları boyutundaki en yüksek ortalama, "Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımda tedirginlik hissediyorum." (\bar{x} :3,79±0,30) maddesine ait iken, "Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçınıyorum." (\bar{x} :2,77±1,37) bu boyutta en düşük ortalamaya sahip madde olmuştur.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Kadın	84	3,149	0,864	-1,792	0,075
	Erkek	123	3,364	0,836		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	Kadın	84	3,351	0,870	-0,602	0,548
	Erkek	123	3,422	0,805		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	Kadın	84	2,785	1,089	-3,026	0,003
	Erkek	123	3,260	1,119		

Tablo 4'te araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını cinsiyete göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Yapılan analiz sonucunda; negatif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin ortalamaların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir ($p<0,05$). Erkek hekimler, kadın hekimlere kıyasla daha fazla negatif defansif tıp uygulamalarına yöneldiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Evli	126	3,289	0,893	0,257	0,797
	Bekar	81	3,258	0,788		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	Evli	126	3,401	0,854	0,156	0,876
	Bekar	81	3,382	0,798		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	Evli	126	3,088	1,180	0,337	0,736
	Bekar	81	3,034	1,051		

Tablo 5’te araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını medeni duruma göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Buna göre, evli ve bekârların defansif tıp uygulamalarına yönelik tüm ortalamaları birbirine oldukça yakın olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Unvana Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Unvan	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Uzman Doktor	71	3,073	0,926	-2,521	0,012
	Asistan Doktor	136	3,383	0,793		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	Uzman Doktor	71	3,200	0,898	-2,452	0,015
	Asistan Doktor	136	3,495	0,777		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	Uzman Doktor	71	2,845	1,183	-2,065	0,040
	Asistan Doktor	136	3,183	1,086		

Tablo 6’da araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını unvanlarına göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde; pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp boyutlarına ilişkin ortalamaların unvana göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değiştiği görülmektedir ($p<0,05$). Ayrıca katılımcıların genel defansif tıp tutumuna ilişkin ortalamaları da unvana göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($t:-2,521$; $p<0,05$). Hem genel defansif tıp tutumu, hem de alt boyutları açısından incelendiğinde asistan doktorların daha defansif davrandıkları görülmektedir.

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışılan Bölüme Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Çalışılan Bölüm	n	Ort.	S.S	t	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	Dahili	102	3,194	0,868	-1,392	0,165
	Cerrahi	105	3,358	0,831		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	Dahili	102	3,349	0,879	-0,755	0,451
	Cerrahi	105	3,437	0,782		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	Dahili	102	2,913	1,093	-1,946	0,053
	Cerrahi	105	3,217	1,148		

Tablo 7’de araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını çalışılan bölüme göre karşılaştıran t-testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde, dahili ve cerrahi bölümlerde çalışan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tüm ortalamaları birbirine yakın olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Yaşa Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Yaş	n	Ort.	S.S	F	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	26 Yaş ve Altı	41	3,310	0,615	2,107	0,101
	27-29 Yaş Arası	66	3,389	0,829		
	30-39 Yaş Arası	60	3,329	0,915		
	40 Yaş ve Üzeri	40	2,980	0,956		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	26 Yaş ve Altı	41	3,514	0,622	1,981	0,118
	27-29 Yaş Arası	66	3,459	0,800		
	30-39 Yaş Arası	60	3,431	0,886		
	40 Yaş ve Üzeri	40	3,105	0,940		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	26 Yaş ve Altı	41	2,941	0,824	2,132	0,097
	27-29 Yaş Arası	66	3,263	1,168		
	30-39 Yaş Arası	60	3,146	1,162		
	40 Yaş ve Üzeri	40	2,755	1,236		

Tablo 8’de araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını yaşa göre karşılaştıran Anova testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde; hekimlerin yaşları ile genel defansif tıp tutumu ve alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 9’da araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını çalışma yılına göre karşılaştıran Anova testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde; negatif defansif tıp tutumu boyutuna ilişkin ortalamaların çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde değiştiği görülmektedir ($p<0,05$). Ayrıca katılımcıların genel defansif tıp tutumuna ilişkin ortalamaları da çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farklılıkların hangi gruplar arasında ortaya çıktığını belirlemek için yapılan Tukey LSD testi sonuçlarına göre; hem genel hem de negatif defansif tıp uygulamaları açısından 5-10 yıl arası çalışan hekimlerin ortalamasının, 11 yıl ve üzeri çalışan hekimlerin ortalamasından daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Çalışma Yılına Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Çalışma Yılı	n	Ort.	S.S	F	p	Post-Hoc
Genel Defansif Tıp Tutumu	4 Yıl ve Altı ¹	108	3,322	0,770	3,442	0,034	2>3
	5-10 Yıl Arası ²	44	3,472	0,847			
	11 Yıl ve Üzeri ³	55	3,033	0,962			
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	4 Yıl ve Altı ¹	108	3,432	0,749	2,449	0,089	-
	5-10 Yıl Arası ²	44	3,585	0,820			
	11 Yıl ve Üzeri ³	55	3,165	0,947			
Negatif Defansif Tıp Boyutu	4 Yıl ve Altı ¹	108	3,124	1,051	3,639	0,028	2>3
	5-10 Yıl Arası ²	44	3,268	1,158			
	11 Yıl ve Üzeri ³	55	2,796	1,221			

Tablo 10’da araştırmaya katılan hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutum ortalamalarını günlük bakım verilen hasta sayısına göre karşılaştıran Anova testi sonuçları gösterilmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde; günlük bakım verilen hasta sayılarına göre hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik ortalamaları birbirine yakın olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hekimlerin Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ortalamalarının Günlük Bakım Verilen Hasta Sayısına Göre Değerlendirilmesi

Defansif Tıp Tutumu ve Alt Boyutları	Hasta Sayısı	n	Ort.	S.S	F	p
Genel Defansif Tıp Tutumu	≤20	49	3,096	0,868	1,626	0,199
	21-50	96	3,371	0,866		
	51+	62	3,275	0,806		
Pozitif Defansif Tıp Boyutu	≤20	49	3,208	0,899	1,490	0,228
	21-50	96	3,461	0,820		
	51+	62	3,435	0,781		
Negatif Defansif Tıp Boyutu	≤20	49	2,893	1,014	1,702	0,185
	21-50	96	3,208	1,176		
	51+	62	2,987	1,131		

IV. TARTIŞMA

Son zamanların dikkat çeken defansif tıp kavramı, standart tedavide bulunması gereken tetkik ve tedavi dışında fazladan uygulamada ve istemde bulunmaktan, komplikasyon riski yüksek veya riskli olarak görülen hastaların başka bir kuruma veya hekime yönlendirilmesine kadar bir çok olayı kapsamaktadır (Catino, 2011). Bu araştırmanın temel amacı, defansif tıp kavramı hakkında sağlık hizmeti sunucularının en önemli parçası olan hekimlerin tutumlarını ortaya koymaktır.

Araştırmaya katılan hekimlerin pozitif defansif tıp tutumlarının ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yani hekimler davalarla karşı karşıya kalmamak için fazladan tetkik/konsültasyon isteme, görüntüleme tekniklerini daha sık kullanma, yapılacak tıbbi uygulamaları hastalarına daha detaylı açıklama, hastalarına daha fazla zaman ayırma, kayıtları daha detaylı tutma ve aydınlatılmış onam formlarına büyük önem verme konusunda eğilim göstermektedir. Passmore ve Leung (2002) tarafından 154 psikiyatri hekiminin dahil olduğu araştırmada hekimlerin %75'inin belirlenen dört defansif tıp tutumu uygulamalarından en az birini uyguladığı, %66'sının detaylı hasta kaydı tuttuğu, %21'i hasta kabulü sırasında aşırı dikkatli ve ihtiyatlı davrandığı ve %29'unun hastalara olması gerekenden daha fazla incelemede bulunduğu belirtilmektedir. Miller ve arkadaşları (2012) tarafından 72 ortopedist üzerinde yapılan araştırmada 2.068 görüntüleme istemi değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, toplam istem içinde defansif amaçlı yapılanların oranı %19,1 iken toplam maliyet içindeki oranı ise %34,7 bulunmuştur. Son 5 yıl içinde hukuki bir süreçle karşılaşan hekimler karşılaşmayanlara kıyasla, 15 yıldan daha uzun süredir hizmet veren hekimler daha az süredir hizmet verenlere kıyasla, özel bir kurumda hizmet veren hekimler akademik ortamda bulunan hekimlere kıyasla, uzman ortopedistlerin diğer ortopedistlere kıyasla daha defansif davrandığı sonucuna ulaşılmıştır. Başer ve arkadaşlarının (2014a) 81 aile hekimi üzerinde yaptığı araştırmada hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hekimlerin %37'sinin fazladan tetkik isteme, %77,9'unun hastaların endikasyonları dahilinde yazılabilecek ilaçların çoğunu yazma, %61,7'sinin konsültasyon isteme, %68'inin hastalarına daha detaylı açıklamalarda bulunma, %93,8'inin kayıtlarını daha detaylı tutma gibi defansif davranışlar sergilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Nahed ve arkadaşlarının (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.028 beyin cerrahı üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, katılımcıların %72'si ek görüntüleme tetkiki isteyerek, %67'si fazladan laboratuvar tetkiki yaparak, %40'ı ilaç reçetesi yazarak defansif tıp uygulamaları yaptıkları rapor edilmiştir. Studdert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırma da yüksek sorumluluk dâhilinde olan uzmanlık alanlarında çalışan 824 hekimin %59'u sıklıkla tıbbi standartlarda olması gerekenden daha fazla istemde bulunduğunu belirtmiştir. Ankete katılanların üçte biri genellikle olması gerekenden daha fazla ilaç reçete ettiğini bildirmiştir. Acil doktorları, ortopedistler ve beyin cerrahlarının yarısından fazlası klinik olarak gerekli olmayan MR, bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme tekniklerini kullandıklarını belirtmişlerdir.

Hiyama ve arkadaşlarının (2006) 131 Japon gastroenterolog üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %68'i bazen hastaları gereksiz yere başka uzmanlara yönlendirdiklerini, %54'ü gereksiz

invaziv prosedürler önerdiklerini, %36'sı gerekenden daha fazla istemde bulunduğunu, %16'sı gerekenden daha fazla reçete yazdığını bildirmişlerdir. Asher ve arkadaşlarının (2012) farklı branşlardaki 877 hekim üzerinde yürüttüğü araştırmada hekimlerin %59'unun fazladan tetkik istediği ve görüntüleme tekniklerini sık kullandığı, %50'sinin daha fazla konsültasyon istediği, %24'ünün invaziv prosedürler istediği rapor edilmiştir. Sonuç olarak defansif tıp ile ilgili mevcut literatür gözden geçirilmiş ve çalışmanın sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiği gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin negatif defansif tıp tutumlarının ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yani hekimler, davalarla karşı karşıya kalmamak için dava eğilimi olan hastalardan kaçınma, komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınma ve tıbbi uygulama hataları ile ilgili gelişmelerin medyada yer aldıkça tedirginlik hissetme konularında ortalamanın üzerinde bir katılım sağlamışlardır. Passmore ve Leung (2002) tarafından yapılan araştırmada defansif tıbbi uygulamalara yönelmelerinin en önemli iki nedeni olarak bir meslektaşının daha önce yaşadığı şikâyet deneyimi ve medyada yer alan haberlerle ilgili oluşan endişe nedeniyle yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Başer ve arkadaşlarının (2014a) 81 aile hekimi üzerinde yürüttüğü çalışmada hekimlerin %55,5'inin dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçındığı, %54,3'ünün kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındığı, %71,6' sının komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçındığı sonucuna ulaşılmıştır. Olearly ve arkadaşlarının (2011) 194 tıp fakültesi 4. sınıf öğrencileri ile 141 asistan hekim ile yaptıkları araştırmada, tıp fakültesi öğrencilerinin %92'si, asistan hekimlerin %43'ünün en az bir kez negatif defansif tıp uygulamalarından birini uyguladığı belirlenmiştir.

Nahed ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları araştırmaya göre, hekimlerin %45'inin endişe nedeniyle yüksek riskli hastaları tedavi etmedikleri rapor edilmiştir. Studdert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırma da yüksek sorumluluk dâhilinde olan uzmanlık alanlarında çalışan 824 hekimin %52'si gereksiz durumlarda hastaları diğer uzmanlara yönlendirdiklerini bildirmiştir. Hekimlerin üçte biri genellikle belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçındığını bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan hekimlerin arasında tedaviyi tamamen terk etme ve yüksek riskli vakaları elemek en yaygın uygulamalar olarak belirtilmiştir. Hiyama ve arkadaşlarının (2006) gastroenterolog üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin %96'sı negatif defansif tıp uygulamalarını uyguladıklarını, %75'i genellikle belirli prosedürlerden veya müdahalelerden kaçındıklarını, %53'ü yüksek riskli hastalara bakmaktan kaçındıklarını bildirmişlerdir. Tüm bunların sonucunda ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar incelendiğinde sonuçların bu araştırmayı desteklediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimler daha önce defansif tıp kavramını duyduklarını fakat yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Biçen (2018) 243 tıpta uzmanlık öğrencisi ile gerçekleştirdiği çalışmada katılımcılar bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu bulguların aksine Dedeoğlu (2012) tarafından 255 hekimin katılımıyla yürütülen araştırmada hekimlerin çoğu, hukuki ve cezai sorumlulukları ile ilgili eğitim almadan kendilerini yeterli düzeyde bilgili bulmuştur. Passmore ve Leung (2002) tarafından 154 psikiyatri hekimin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada da hekimlerin çoğunun son bir ay içerisinde defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada kritik olayların anlatıldığı daha iyi eğitim süreci ile defansif tıbbi uygulamaların azaltılabileceği ifade edilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin çoğu hekimlik meslekleri süresince malpraktis nedeniyle haklarında dava açılmadığını belirtmişlerdir. Malpraktis davası ile karşılaşmayan hekimlerin büyük bir çoğunluğunu asistan hekimler oluşturmaktadır. Çalışmayla benzer bulgulara sahip olan yani dava açılma oranlarının düşük olduğu çalışmalar bulunmaktadır. Ortashi ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırmada, İngiltere'deki 204 hekim üzerinde yaptığı araştırma sonucunda, hekimlerin %14'ünün doğrudan dava deneyimine sahip olduğu rapor edilmiştir. Uğrak'ın (2019) farklı branşlardaki 248 hekim üzerinde yaptığı bir araştırmada hekimlerin %7,8'inin daha önce bir davanın içinde bulunduğu, %10,9'unun malpraktis iddiasıyla şikâyet edildiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Aynacı (2008) tarafından yürütülen çalışmada dava açılma oranı %12,6 bulunmuştur. Selçuk (2015)

tarafından 220 hekimin katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada dava açılma oranının %10,5 olduğu tespit edilmiştir.

Düşük dava oranlarının aksine literatürde yüksek dava oranlarının olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Nahed ve arkadaşlarının (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.028 beyin cerrahı üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, hekimlerin %41'i kariyerlerinde en az bir kez yasal durumla karşılaştıklarını bildirmiştir. Studdert ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırmada yüksek sorumluluk dâhilinde olan uzmanlık alanlarında çalışan 824 hekimin %48'i 3 yıl içinde, %39'u daha önceki yıllarda ve %13'ü de hiçbir şekilde davalarla karşı karşıya kalmamıştır. Asher ve arkadaşlarının (2012) farklı branşlardaki 877 hekim üzerinde yürüttüğü araştırmada 219 hekim daha önce en az bir kez dava açıldığını ayrıca 253 hekimin isminin dolaylı olarak davalarda geçtiğini bildirmiştir.

Katılımcı hekimlerin büyük çoğunluğu malpraktis davalarının hekimlik performanslarına etki edeceğini düşünmektedirler. Tıbbi malpraktis davalarının hekimlik performansına etki edeceğini düşünen hekimlerin çoğunluğunu asistan hekimler oluşturmaktadır. Olearly ve arkadaşlarının (2011) 194 tıp fakültesi 4. sınıf öğrencileri ile 141 asistan hekim ile yaptıkları araştırmada, 121 öğrencinin %41'i ve 68 asistan hekimin %53'ü klinik tercihlerinde dava edilebilirliğin önemli olduğunu belirtmişlerdir. İsrail'de yapılan çalışmada ise hekimlerin çoğunun artan tıbbi dava oranlarının hastalara mümkün olan en iyi tıbbi tedaviyi vermeyi engellediği görüşünde olduğunu ifade etmektedir (Asher vd., 2012).

Görüldüğü üzere defansif tıbbin sağlık hizmetlerinin kalitesine ve hasta-hekim arasındaki ilişkiye etkileri vardır. Bunlar bazı hekimlerde hastayı daha fazla bilgilendirmek ve hastasına daha fazla zaman ayırmak gibi uygulamalarla yansırken, bazı hekimlerde hastayı ve tedaviyi bırakmak gibi uygulamalarla yansımaktadır (Altındış, 2014).

Yapılan bu araştırmada, defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği puanlarının yaş, medeni durum, çalıştıkları bölüm, günlük bakım verilen hasta sayısı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği tespit edilmiştir. Biçen (2018) ve Kalaman (2019) çalışmalarında yaş değişkeni, Göçen vd. (2018), Kalaman (2019), Yorulmaz ve Sabırlı (2019) çalışmalarında medeni durum değişkeni, Biçen (2018), Kalaman (2019), Göçen vd. (2018), Yorulmaz ve Sabırlı (2019) çalışmalarında çalışılan bölüm değişkeni ve Biçen (2018) çalışmasında günlük bakım verilen hasta sayısı değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediğini tespit etmiştir. Bu çalışmaların, araştırmayla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmış olup, Özata ve arkadaşlarının (2019) 229 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada erkeklerin daha fazla yüksek riskli ve karmaşık vakalardan kaçındığı rapor edilmiştir. Araştırmayla paralellik gösteren bu bulgunun aksine, Moosazadeh ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen araştırmada kadınların, erkeklere göre daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Solaroğlu ve arkadaşları (2014) ile Tanrıverdi ve arkadaşları (2015) tarafından yürütülen araştırmalarda ise cinsiyet ve defansif tıbbi uygulamalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzman hekimlere göre, 5-10 yıl arası çalışanlar 11 yıl ve üzeri çalışanlara göre daha fazla defansif davrandıkları sonucuna ulaşılmış olup, Catino'nun (2011) İtalya'daki 307 hekim üzerinde yaptığı araştırmada genç olan doktorların defansif tıbbi uygulamalara daha meyilli olduğu ortaya çıkmıştır. Hiyama ve arkadaşlarının (2006) gastroenterologlar üzerinde yaptığı araştırmada 20 yıldan fazla süredir görev yapan tecrübeli gastroenterologların, daha az negatif defansif tıbbi davranışta buldukları ifade edilmektedir. Özer (2019) tarafından yürütülen araştırmada asistan hekimlerin uzman hekimlere göre daha fazla ve gerekli olmayan istem yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaları incelendiğinde genç hekimlerin daha savunmacı davrandığı görülmektedir. Bunun sebebinin de karşılaştıkları vaka sayısının az olmasından dolayı tecrübelerinin daha az olması ve hata yapmak istememeleri olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde çalışmalarda hekimlerin defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu ve savunmacı davrandığı görülmektedir. Özer (2019) ile Assing ve arkadaşları (2017) tarafından yürütülen araştırmalarda hekimlerin hukuki davalara karşılaşmamak amacıyla başvurdukları defansif tıbbi uygulamaların, yeni tedavi protokolleri olduğunu ifade etmişlerdir.

V. SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun sağlık statüsünü yükseltmektir. Ancak tıbbi hatalar sonucunda gelişen hukuki süreçlerin her geçen gün artmasının hekimlerde tedirginlik yarattığı ve bu durumun hekimlik performanslarını etkilediği yapılan çeşitli çalışmalarda belirtilmektedir. Hukuksal olarak tedirgin olan hekimler, kendilerini güvence altına almak için defansif tıp uygulamalarına yönelmektedir. Sağlık hizmetlerinde kıt kaynakların kullanımını ve sağlık bakımının kalitesini etkileyen defansif tıp kavramı, tedavide gerekli olan tetkik ve tedavinin dışında fazladan istemde bulunmaktan, hastaların başka bir kuruma/hekime yönlendirilmesine kadar çeşitli uygulamaları kapsamaktadır. Defansif tıp uygulamaları, hekimleri, hastaları, sağlık hizmetleri sunumu ve harcamalarını çeşitli yönlerden etkilemektedir. Defansif tıbbın önlenmesi veya azaltılması açısından sağlık hizmet sunumunun temel taşı hekimlerin görüşlerinin ve düşüncelerinin öğrenilip değerlendirilmesinin önem teşkil ettiği düşünülmektedir. Bu bağlamda, bu araştırmanın temel amacı, defansif tıp kavramı hakkında hekimlerin tutumlarını ortaya koymaktır. Bu kapsamda araştırma için gerekli veriler, Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan 207 hekime anket uygulanmasıyla toplanmıştır. Uygulama sayesinde elde edilen veriler kullanılarak yürütülen istatistiksel analizler neticesinde katılımcıların pozitif defansif tıp ve negatif defansif tıp uygulamaları adına ortalamanın üzerinde bir tutum sergilediği görülmektedir. Katılımcı hekimler daha önce defansif tıp kavramını duymalarına rağmen bu konuda yeterli bilgi sahibi değildir.

Ayrıca araştırmaya katılan hekimlerin çoğu hekimlik meslekleri süresince malpraktis nedeniyle haklarında dava açılmadığını belirtmelerine rağmen ortalamanın üzerinde bir defansif tıp tutumu olduğu görülmektedir. Malpraktis davalarının hekimlik performansını etkileyeceği görüşüne hekimlerin neredeyse tamamı katılım göstermiştir. Araştırmaya katılan erkek hekimlerin daha fazla negatif defansif tıbbi uygulamalara başvurduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin uzman hekimlere göre, 5-10 yıl arası çalışan hekimlerin 11 yıl ve üzeri çalışan hekimlere göre daha fazla defansif davrandığı görülmektedir. Buna yönelik daha önce başından hukuki bir süreç geçmiş olan hekimlerin, mesleğe yeni adım atmış olan hekimlerle tecrübelerini paylaşmasının yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Tüm katılımcı hekimlerin hukuki davalara karşı kendini korumak ve savunmak amacıyla uygulamalara başvurması konusunda ortalamanın üzerinde defansif tıp tutumu sergilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin sağlık hizmeti sunum davranışlarını etkileyen defansif tıp uygulamalarının nedenleri incelenmeli, sorunlara çözümler aranmalı, çalıştaylarda gerçek vakalar tartışılarak, defansif tıp uygulamalarını azaltmaya ve çözüme kavuşturmaya yönelik işbirlikleri yapılmalıdır.

Bu alanda yapılacak gelecek çalışmalar için öneri şöyledir:

Bu araştırma bir üniversite hastanesinde görev yapmakta olan hekimler üzerinde yapılmıştır. Gelecek çalışmalarda üniversite hastanesi, Sağlık Bakanlığı hastanesi ve özel hastane çalışmaya dahil edilerek hastane mülkiyetinin tıbbi hata ve defansif tıp tutumu üzerindeki etkisinin incelenmesi önerilebilir.

Etik Kurul İzni: Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından 27.02.2019 tarih ve 35853172-755.02.06 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Altındaş, M. (2014), Tıbbi, Etik, Malpraktis ve Defansif Tıp. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 31, 86-91.
- Asher, E., Greenberg-Dotan, S., Halevy, J., Glick, S. & Reuveni, H. (2012). Defensive Medicine in Israel - A Nationwide Survey. *Plos One*, 7(8), e42613.
- Assing Hvidt, E., Lykkegaard, J., Pedersen, L. B., Pedersen, K. M., Munck, A. & Andersen, M.K. (2017). How is Defensive Medicine Understood and Experienced in a Primary Care Setting? A Qualitative Focus Group Study Among Danish General Practitioners. *BMJ Open*, 7(12), e019851.
- Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Aynacı, Y. (2008). *Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Barhoğlu, H. C. (2018). *Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Başer, A., Kolcu, G., Çıgırgil, Y., Kadıncız, B. & Öngel, K. (2014a). İzmir Karşıyaka İlçesinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Defansif Tıp Uygulamaları İle İlgili Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 3, 16-24.
- Başer, A., Kolcu Başer, M.İ., Kolcu, G. & Balcı G.Ö. (2014b). Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 24 (2), 99-102.
- Biçen, E. (2018). *Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Defansif Tıp Konusundaki Tutumlarının Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Catino, M. (2011). Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side Effects Of Medical Litigation. *Safety Science Monitor*, 1(15), 1-12.
- Çakır, A. & Tütüncü, Ö. (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. H. Kırılmaz (Ed.). *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*(189-205). Ankara: Turunç Matbaacılık.
- Dedeoğlu, A. K. (2012). *Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale Ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Erman, R. B. (2012). Sağlık Hukuku Hasta Kadar Hekimi de Korur mu?. G. Çetin, A. Kaya (Ed.). *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*(s.32-43). İstanbul: Doyuran Matbaası.
- George, D. & Mallery, M. (2010). *SPSS For Windows Step By Step: A Simple Guide And Reference*. Boston: Allyn & Bacon.
- Göçen, Ö., Yılmaz, A., Aslanhan, H., Celepkolu, T., Tuncay, S. & Dirican, E. (2018). Assistant Physicians Knowledge and Attitudes about Defensive Medical Practices, Work-Related Stress and Burnout Levels. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(2), 77-87.

- Gökşen, Ö. (2014). *Defansif Tıp ve Tıbbi Malpraktis Uygulamalarının Hukuki Boyutu, Çözüm Önerileri ve Mesleki Sorumluluk Sigortası*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate Data Analysis*. ABD: Pearson Education Limited.
- Hermer, L. D. & Brody, H. (2010). Defensive Medicine, Cost Containment, And Reform. *Journal of General Internal Medicine*, 25(5), 470-473.
- Hershey, N. (1972). The Defensive Practice of Medicine: Myth or Reality. *The Milbank Memorial Fund quarterly*, 50(1), 69-97.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T. vd. (2006), Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterol*, 12(47), 7671-7675.
- Kalaman, K. G. (2019). *Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Kusurlu Tıbbi Uygulamalar Ve Defansif Tıp Uygulamaları Arasındaki İlişki*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Miller, R.A., Sampson, N. R. & Flynn, J. M. (2012) The Prevalence Of Defensive Orthopaedic Imaging: A Prospective Practice Audit in Pennsylvania. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 94(3), e181-186.
- Moosazadeh, M., Movahednia, M., Movahednia, N., Amiresmaili, M. & Aghaei, I. (2014). Determining The Frequency of Defensive Medicine Among General Practitioners in Southeast Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(3), 119-123.
- Nahed, B. V., Babu, M. A., Smith, T. R. & Heary, R. F. (2012). Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons. *PloS one*, 7(6), e39237.
- Oleary, K. J., Choi, J., Watson, K. & Williams, M.V. (2011). Medical Students Clinical And Educational Experiences With Defensive Medicine. *Journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(2):142-8.
- Ortashi, O., Virdee, J., Hassan, R., Mutrynowski, T. & Abu-Zidan, F. (2013). The Practice of Defensive Medicine Among Hospital Doctors in the United Kingdom, *BioMed Central Medical Ethics*, 14, 42-47.
- Özer, K. (2019). *Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Hekim Görüşleri Ve Maliyetin Belirlenmesi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Özata, M., Terlemez, A., Özer, K. & Akkoca, Y. (2019). Diş Hekimliğinde Defansif Tıp: Konya Örneği. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 4(2),179-188.
- Passmore, K. & Leung, WC. (2002). Defensive Practice Among Psychiatrists: A Questionnaire Survey. *Postgraduate Medical Journal*, 78, 671-673.
- Selçuk, M. (2015). *Çekinik (Defansif) Tıp*. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Solaroglu, I., Izci, Y., Yeter, H. G., Metin, M. M. & Keles, G. E. (2014). Health Transformation Project and Defensive Medicine Practice among Neurosurgeons in Turkey. *Plos One*, 9(10), e111446.

- Studdert, M.D., Mello, M.M., Sage, W.M., DesRoches, C.M., Peugh, J., Zapert, K. vd. (2005). Defensive Medicine among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA*, 293(21), 2609-2617.
- Tanriverdi, O., Cay-Senler, F., Yavuzsen, T., Turhal, S., Akman, T., Komurcu, S., Cehreli, R. & Ozyilkan, O. (2015). Perspectives And Practical Applications of Medical Oncologists on Defensive Medicine (SYSIPHUS Study): A Study Of The Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Medical Oncology (Northwood, London, England)*, 32(4), 106.
- Uğrak, U. (2019). *Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yahata, S. (2011). A Study of Defensive Medicine in Japan. Center for Applied Ethics and Philosophy (Ed.). *Applied Ethics Old Wine in New Bottle?* (175-186). Hokkaido University.
- Yeşiltaş, A. (2018). *Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma*, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta
- Yılmaz, K. (2014). *Defansif Tıp Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler*(1. Bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, K., Polat, O. & Kocamaz, B. (2014). Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 5(16), 20-51.
- Yorulmaz, M. & Sabırlı, H. (2019). Sağlık Hizmetleri Arzında Defansif Tıp Ve Hekimlerin Karar Verme Algısı, *Business & Management Studies: An International Journal*, 7(2), 579-590.
- Zuckerman, S. (1984). Medical Malpractice: Claims, Legal Costs, and the Practice of Defensive Medicine. *Health Affairs*, 3(3), 128-134.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HÜKÜMET-KAMU İLETİŞİMİNİN HALKIN SAĞLIK İNANÇLARINA ETKİSİ: COVID-19 PANDEMİSİNDE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ

Hikmet TOSYALI *
Elif AKÇAY **

ÖZ

Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19'u pandemi ilan etmesinden günümüze kadar geçen süre boyunca sağlık ve iletişim arasındaki ilişkinin ne kadar önemli olduğu bir kez daha görülmüştür. Halk sağlığı için büyük bir tehdit olan COVID-19'a karşı hükümetler tarafından farklı çözümler düşünülmüş, tedbirler alınmış ve halkın bunlara uymasını sağlamak üzere çeşitli iletişim çalışmaları yürütülmüştür. Sağlık iletişimi açısından oldukça önemli olan sosyal medya bu süreçte bilgilendirme, duyuru ve ikna aracı olarak kullanılmıştır. Bu çalışmanın genel amacı, halkın COVID-19 tedbirlerine yönelik inançlarını etkileyen faktörlerin ve bu konuda sosyal medyanın rolünün belirlenmesidir. Çalışmada, Pala vd. (2020) tarafından geliştirilen ölçekten ve hükümet-halk-uzman olmak üzere üç ana bileşenden oluşan iletişim modelinden faydalanılmıştır. Hükümet yetkilisi olarak COVID-19 pandemisinin Türkiye'deki planlamasından ve müdahalesinden sorumlu kişi olan Sağlık Bakanı Fahrettin Koca tarafından sosyal medyada paylaşılan mesajların, modelin diğer bir bileşeni olan halkın sağlık inançlarını etkileyip etkilemediği araştırmanın ana sorusunu oluşturmaktadır. Bu doğrultuda, öncelikle Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve sosyal medyanın sağlık davranışlarına etkisi hakkında kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Daha sonra 614 katılımcıdan toplanan veri analiz edilmiştir. SİM'e göre teorik olarak birbiri ile ilişkili olan alt boyutların, mevcut veri setinde de birbirleriyle oldukça ilişkili oldukları görülmüştür. Bulgular, COVID-19 SİM alt boyutlarından sadece eyleme geçiriciler/öz-yeterliliğin, Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'yı sosyal medyada takip edip etmeme bağlamında farklılaştığını ortaya koymaktadır. Demografik özellikler bakımından ise cinsiyet ve farklı yaş gruplarının, eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik alt boyutu bağlamında kendi aralarında farklılaştığı tespit edilmiştir. Mevcut bulgular medya kuruluşları, hükümet temsilcileri, uzmanlar ve akademisyenler için faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık iletişimi, sağlık inanç modeli, sosyal medya, COVID-19.

MAKALE HAKKINDA

* Doç. Dr., Maltepe Üniversitesi, İletişim Fakültesi, tosyali.hikmet@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9639-5072>

** Arş. Gör., Maltepe Üniversitesi, İletişim Fakültesi, elifakcay@maltepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2566-7288>

Gönderim Tarihi: 29.11.2021

Kabul Tarihi: 29.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Tosyalı, H., & Akçay, E. (2022). Hükümet-kamu iletişiminin halkın sağlık inançlarına etkisi: covid-19 pandemisinde sosyal medyanın rolü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3): 517-532

THE IMPACT OF GOVERNMENT-PUBLIC COMMUNICATION ON PUBLIC HEALTH BELIEFS: THE ROLE OF SOCIAL MEDIA IN THE COVID-19 PANDEMIC

Hikmet TOSYALI *
Elif AKÇAY **

ABSTRACT

Since the World Health Organization declared COVID-19 a pandemic, an important relationship between health and communication has been seen once again. Different solutions have been considered by governments, measures have been taken against COVID-19, which is a major threat to public health, and various communication studies have been carried out to ensure that the public complies with them. Social media, which is critical in terms of health communication, has been used as a means of information, announcement and persuasion in this process. The general purpose of this study was to reveal which factors would affect the health beliefs of the public about implementing COVID-19 measures and the role of social media in this process. In the study, the scale invented by Pala et al. (2020) and a communication model consisting of three main components, i.e., government-public-expert, were used. The main question of the research was whether the messages shared on social media by Health Minister Fahrettin Koca, who is responsible for the planning and response of the COVID-19 pandemic as a government official in Turkey, could be related to the public's health beliefs, which is another component of the model. In this context, a conceptual framework was created about the influence of the Health Belief Model and social media on health behaviors. Then, data collected from 614 participants were analyzed. According to the HBM, it was found that the subscales that are theoretically related to each other were highly correlated with each other in the current data set. It was found that only the cues to action/self-efficacy subscale differed in terms of whether or not to follow the Minister of Health, Fahrettin Koca, on social media. In terms of demographic characteristics, results suggested that sex and age groups significantly differed based on cues to action/self-efficacy subscale. The current findings would be useful for media organizations, government representatives, experts, and academics.

Keywords: Health communication, health belief model, social media, COVID-19.

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof., Maltepe University, Faculty of Communication, tosyali.hikmet@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9639-5072>

** Res. Assist., Maltepe University, Faculty of Communication, elifakcay@maltepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2566-7288>

Received: 29.11.2021

Accepted: 29.08.2022

Cite This Paper:

Tosyali, H., & Akçay, E. (2022). Hükümet-kamu iletişiminin halkın sağlık inançlarına etkisi: covid-19 pandemisinde sosyal medyanın rolü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3): 517-532

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilen COVID-19, yüksek bulaşma oranları ile bireylerin yaşamları için büyük bir tehdit olmaya devam etmektedir. Oldukça bulaşıcı olan COVID-19, halk sağlığı için ciddi bir risk oluşturmaktadır. Kasım 2021 itibarıyla tüm dünyada 200 milyondan fazla COVID-19 vakası tespit edilmiş ve 4,5 milyondan fazla insan COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir (Anadolu Ajansı, 2021). Ölüm sayıları ve hastalıkla ilgili istatistikler, bireylerin COVID-19'dan korunma tedbirlerine yönelik sağlık inançlarının pekiştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Ülkeler arasındaki hareketliliğin oldukça kolay olduğu günümüzde hastalıklar kolayca yayılabildiğinden hükümetler tarafından yeni tedbirler alınmaktadır. Hem kurumlar hem de bireyler bazında alınan tedbirler, salgının yayılma hızını etkilemektedir. Kitlesele kapanmalar ve sosyal izolasyon başta olmak üzere pek çok tedbirin alındığı pandemi sürecinde, her kesimden insan büyük bir hızla dijitalleşmenin içine dâhil olmuştur (Bozkurt, 2020; Tahiroğlu ve Bozkurt 2021).

Bireylerin yaşamlarını dijitale taşımaları; çalışma, alışveriş, eğlence, sosyalleşme ve iletişim gibi rutinlerini sanal platformlarda yürütmeleri demektir. Sosyal medyanın iletişim, haberleşme, haber alma ve anlık gelişmeleri takip etme amaçlı kullanımının da bu süreçte arttığı gözlenmektedir (Kara ve Karanfiloğlu, 2020). Bu bağlamda bireylerin sosyal medya aracılığıyla yeterli ve doğru sağlık bilgilerine ulaşabilmeleri önem kazanmıştır. Yapılan araştırmalar bireylerin sağlık risklerini fark etmelerinde, bu riskleri algılamalarında ve risklere yönelik tedbir almak için motive edilmelerinde sosyal medyanın önemli bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır (Dönmez, 2021; Özdemir ve Arpacıoğlu, 2020; Şahinli ve Yamak, 2021). Bu doğrultuda, pandemi yönetiminden sorumlu aktörler kamuyu bilgilendirmek için geleneksel medyanın yanı sıra sosyal medyayı da kullanarak daha fazla bireye daha hızlı şekilde ulaşmaya çalışmaktadırlar. Türkiye'de pandemi yönetiminden sorumlu kişi olan Sağlık Bakanı tarafından sosyal medyada yürütülen bu tür iletişim çalışmalarının bireyleri nasıl etkilediği sorusu ise bu araştırmaya dayanak oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın genel amacı, halkın COVID-19 tedbirlerine yönelik inançlarını etkileyen faktörlerin ve bu konuda sosyal medyanın rolünün belirlenmesidir. Bu amaçla, öncelikle SİM ve sosyal medyanın sağlık davranışlarına etkisi hakkında kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Sonraki bölümde ise Pala vd. (2020) tarafından geliştirilen ölçek kullanılarak 614 katılımcıdan toplanan yanıtlar incelenmiştir.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve Sosyal Medyanın Sağlık Davranışlarına Etkisi

Sağlıkla ilgili davranışları açıklamak üzere yaygın olarak kullanılan kavramsal çerçevelerden biri SİM'dir (Rosenstock vd., 1988). 1950'lerde kullanılmaya başlanan SİM'in kapsamı araştırmacılar tarafından yıllar içinde genişletilmiş ve farklı sağlık problemlerine yönelik müdahaleleri teşvik etmek üzere güncellenmiştir (Orji vd., 2012). SİM, bir hastalık veya hastalanma riski karşısında kişinin davranışını açıklamak için geliştirilmiş bir araçtır (Grosser, 1982).

Kişinin sağlığı, inançlarından ve davranışlarından etkilenmektedir. Sağlıkla ilgili davranışlar ise genellikle bireyin inançlarının sonuçlarıdır. Bu nedenle bireyin sağlık inançları, onun sağlığını pozitif ya da negatif şekilde etkilemektedir (Ünsal, 2017: 21). Champion ve Skinner'a (2008) göre bireyin kendi sağlığıyla ilgili davranışlarının faydalarını ya da zararlarını iyi anlaması, onu sağlığını koruma anlamında harekete geçirmektedir (aktaran Kaya vd., 2021).

SİM, değer-beklenti yaklaşımına dayanmaktadır. Bireyin sağlık algısı; kendi sağlığının değeri, söz konusu hastalıkla ilgili inançları ve hastalığın sonuçlarıyla ilgili inançlarından etkilenmektedir. Birey, sağlıkla ilgili belirli bir davranışın hastalık tehdidini azaltacağını ve bu sonucun harcadığı gayrete değeceğini düşünüyorsa eyleme geçmektedir (Hayrettin, 2012: 26). Bu bakımdan SİM; sağlığı

koruyan ve geliştiren davranışların incelenmesinde, sağlık sorunlarıyla baş etmek için kişiyi motive eden ya da engelleyen faktörlerin açıklanmasında ve bunların ölçülmesinde kullanılan başarılı ve etkin bir rehberdir (Pala vd., 2020). Sağlık davranışı araştırmalarında sıklıkla tercih edilen SİM, algılanan bir tehdit nedeniyle davranışların nasıl geliştiğini açıklamaktadır (Sreelakshmi ve Prathap, 2020: 353).

SİM'e göre birey; duyarlılık, tehdit algısı, yarar algısı, engel algısı ve öz-yeterlilik olarak adlandırılan 5 faktöre göre sağlık davranışlarını gerçekleştirmektedir. *Duyarlılık*, bireyin kendisinin de hastalığa yakalanabileceği ihtimalini dikkate almasıdır. *Tehdit algısı*, bireyin tedbir almazsa hastalığın yıkıcı sonuçlarının olabileceğini fark etmesidir. *Yarar algısı*, bireyin alınacak tedbirler sayesinde hastalığa yakalanma ihtimalinin azalacağı yönündeki beklentisidir. *Engel algısı*, hastalığa karşı alınacak tedbirlerin uygulanmasını zorlaştıran veya engelleyen etmenlerle ilgili bireydeki algıdır. *Öz-yeterlilik* ise bireyin sağlık tedbirlerini uygulama konusunda kendisine olan inancını ve kararlılığını ifade etmektedir (Champion ve Skinner, 2008; Lachlan vd., 2021; Patterson vd., 2018; Saffari vd., 2009).

Engel algısının ve yarar algısının tutarlı bir şekilde davranışın en güçlü öncüllerinden oldukları bilinmektedir (Carpenter, 2010). Hastaların grip ve COVID-19 aşısı yaptırma niyetlerinin incelendiği bir araştırmada, yarar algısı ve engel algısı faktörlerinin aşıyla ilgili niyeti doğrudan etkilediği ve aşı yaptırma davranışını önemli ölçüde yordadığı tespit edilmiştir (Mercadante ve Law, 2021).

Halkın, risklere ve hastalıklara yönelik tedbirler hakkındaki sağlık inançlarının güçlendirilmesi ve bu yönde davranmalarının sağlanması sağlık iletişimi ve risk iletişimi kapsamında ele alınmaktadır. Holmes (2008), etkili bir iletişim sayesinde hastalığa karşı önleme, kontrol altına alma, direnç ve iyileşme konularında toplumun teşvik edilebileceğini ve tüm paydaşların etkili birer ortak olabileceklerini belirtmektedir.

Sağlık iletişimi, sağlık alanındaki otorite kişi veya kurumların hedef gruplara yönelik gerçekleştirdikleri iletişim şekli olup hasta-hekim iletişimi, gruplar arası iletişim ve kitle iletişimi olmak üzere üç seviyede gerçekleşmektedir (Göksu, 2018: 15). Sağlık İletişimi Derneği (2017) tarafından yapılan sağlık iletişimi tanımı ise şöyledir:

Sağlık iletişimi, insanların ve toplulukların sağlığını ve refahını geliştirmek için iletişimi kullanma bilimi ve sanattır. Sağlık iletişimi, insanların ve toplulukların sağlığını ve esenliğini geliştiren davranışları, politikaları ve uygulamaları teşvik etmek için iletişim kanıtlarını, stratejisini, teorisini ve yaratıcılığını uygulayan çok disiplinli bir çalışma ve uygulama alanıdır.

Sağlık iletişiminin amacı, sağlıkla ilgili bilgilerin paylaşılması suretiyle bireyleri etkileyerek farkındalıklarını artırmak, onları iletişime dahil etmek ve bu bireyleri savunarak tutum, davranış, çalışma ya da sağlık sonuçlarını etkileyecek kuralların hayata geçirilmesine yardımcı olmaktır (Göksu, 2018: 1). Sağlık iletişiminin ilgi alanlarında; toplum içerisinde bireylerin sağlığı, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, ulusal ve global düzeyde sağlık programlarının hazırlanması ve düzenlenmesi gibi çeşitli konular bulunmaktadır (Çınarlı, 2008: 45). Sağlık iletişiminin temel amacı, bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirmek üzere kişilerin sağlıkla ilgili konularda istenildiği şekilde davranmalarının sağlanmasıdır (Koçak ve Bulduklı, 2010: 5).

İnsanların bilgi, tutum ve/veya davranışlarını olumlu yönde değiştirmeyi amaçlayan sağlık iletişiminde; hedef kitleyi anlamak, iletişim kanalına uygun mesaj hazırlamak, çoklu iletişim ve medya stratejilerini kullanmak ve hedef kitlenin kullanılan iletişim kanallarına erişimini sağlamak oldukça önemlidir (Rural Health Information Hub, 2018). Bu bakımdan, sosyal medya günümüzde yaşanan salgınlarda yürütülecek iletişim çalışmaları için oldukça elverişli bir araç konumundadır. WeAreSocial ve Hootsuite'ın "Ülkelerin İnternet Kullanım Oranları 2021" başlıklı raporuna göre dünyada 4,2 milyar aktif sosyal medya kullanıcısı bulunmaktadır. Dünya genelinde ortalama internet kullanım

süresi 6 saat 54 dakika iken Türkiye 7 saat 57 dakika internet kullanım süresiyle ortalamanın üzerindedir. Son beş yılda insanların sosyal medyada harcadığı zaman yaklaşık olarak bir buçuk kat artmıştır. Türkiye’de nüfusun yüzde 70,8’i sosyal medyayı aktif olarak kullanmaktadır (Kemp, 2021).

Kullanıcı sayıları her geçen gün artan sosyal medya platformlarının, sağlıkla ilgili konulardaki etkileri araştırmacılar tarafından merak edilmekte, sağlık ve sosyal medya ilişkisi üzerine araştırmalar yapılmaktadır. Sosyal medya üzerinden yürütülen sağlık iletişimi çalışmalarının yanı sıra aşı karşıtlığı, COVID-19 hakkındaki kamu spotlarının sosyal medyadaki yeri, sosyal medyanın hasta davranışları üzerindeki etkisi gibi geniş çaplı konular olay, vaka ya da kişisel/kurumsal sosyal medya hesapları analiz edilerek araştırılmaktadır (Arslan, 2021; Ekici ve Doğan, 2021; Şahinli ve Yamak, 2021; Taşçı ve Gökler, 2021; Tatar, 2021).

Sosyal medya, sağlık gibi önemli bir alanda tedbir ve tedavi adına oldukça işlevseldir. Kurt’a (2021: 916) göre sosyal medya, özellikle pandemi gibi kuşatıcı sağlık sorunlarına ait bilgilerin aktarılması suretiyle halkın farkındalığını yoğunlaştırmak ya da azaltmak için oldukça etkilidir. Şener ve Samur’a (2013: 510) göre önemli bir enformasyon kaynağı olan sosyal medyanın sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme arasında bağımlı bir ilişkisi söz konusudur. Sağlık hakkındaki bilgilere erişmek için sıklıkla kullanılan sosyal medya, bu bilgilerin yayılmasında oldukça etkin bir konuma sahiptir. Bilişim teknolojilerindeki ilerlemeler ve sosyal medya sayesinde sağlık bilgisine erişim iyileşmektedir (Vardarlır ve Öztürk, 2020: 1).

Araştırmalar, sosyal medyanın sağlığını iyileştirilmesini ve davranış değişikliğini başarılı bir şekilde teşvik edebileceğini göstermektedir (Webb vd., 2010). Çünkü bir pandemi sırasında sağlık mesajlarının kontrolü her zaman sağlık profesyonellerinin elinde olmayabilir. Örneğin SARS pandemisi sırasında kamuoyunu ve bireylerin davranışını etkilemede medyanın güçlü bir rolü olmuştur (McNeill vd., 2016: 2). Bireylerin giderek daha fazla vakit geçirdikleri ve kolay erişilebilen ortamlar olan sosyal medya platformları günümüzde sağlık davranışlarını değiştirebilmek için bir fırsat olarak görülmekte ve sağlık iletişimindeki kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır.

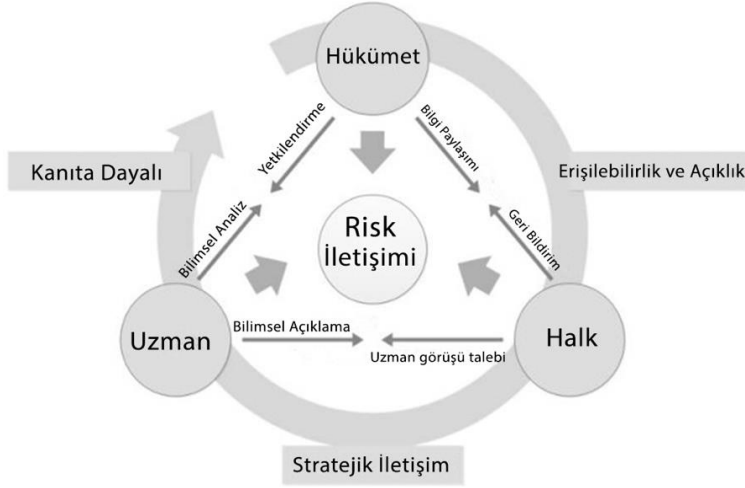
Korda ve Itani’ye (2013: 15) göre sosyal medya, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için önemli bir potansiyele sahiptir. Fakat sosyal medya dikkatli bir uygulama gerektirir ve her zaman istenen sonuçlar elde edilemeyebilir. Sağlık iletişiminde sosyal medya kullanırken; birden fazla araçla mesajların etkisinin artırılması, çok yönlü stratejilerin geliştirilmesi, sosyal medyayı şekillendiren ve hedef alan trendlerin takip edilmesi suretiyle belli araç ve teknolojilerin etkin kullanılması, bireysel müdahalelerde sosyal ve davranışsal değişim teorilerinden faydalanılması gibi hususlara dikkat edilmelidir. Sağlık iletişiminde sosyal medya kullanırken dikkat edilmesi gereken bir başka önemli husus ise kullanıcılar tarafından oluşturulan içeriklerin (user-generated content) tercih edilmesidir. Ayrıca kullanıcıların demografik profilleri dikkate alınmalı, etkileşim kurulan kullanıcıların birtakım bilgileri ölçülmeli ve sosyal medya uygulamalarının etkinliği adına daha geniş ölçeklendirmeler yapılmalıdır (s. 21).

Dijital çağda sağlık iletişiminin uygulanması ve yönetilmesinde dikkat çeken sosyal medya, risk ve kriz gibi disiplinler arası olgular için de vazgeçilmez olmaktadır. Sosyal medya ile büyük bir hızla yayılan mesajların bireyler üzerindeki etkileri tartışma konusudur. Bu bağlamda risk ve kriz iletişiminin önemi büyüktür. Morgan’a (2002) göre risk iletişimi, insanlara ihtiyaç duydukları bilgileri sunarken bu bilgiler ile onların sağlık gibi belli riskler konusunda yargıya varabilmelerini hedeflemektedir (aktaran Turancı, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (2021) risk iletişimini; uzmanlar, yetkililer ve spesifik bir tehlikeye maruz kalan kişiler arasındaki eş zamanlı bilgi, tavsiye ve fikir alışverişi olarak tanımlamaktadır. Risk iletişiminin amacı, tehlikenin etkilerini azaltmak üzere koruyucu ve önleyici tedbirlere yönelik, risk altındaki kişilerin bilinçli kararlar alabilmelerini sağlamaktır. Tehlikelere karşı toplumsal farkındalığın artması, iletişim araçlarının yaygınlaşması ve risklerin küresel boyutları nedeniyle risk iletişiminin

önemi ve buna yönelik ihtiyaç giderek artmaktadır (Turancı, 2010: 101). COVID-19 gibi tüm dünyada etkisini gösteren bir pandemi karşısında ise olumsuz sonuçları azaltabilmek öncelik kazanmıştır. Zhang vd. (2020), COVID-19 pandemisinin olumsuz sonuçlarını azaltmak üzere etkili bir iletişim sürecinin nasıl sağlanabileceğini Şekil 1’deki model ile ortaya koymuşlardır.

Şekil 1. Hükümet-Halk-Uzman İletişim Modeli



Kaynak: Zhang vd., 2020

Model hükümet, uzman ve halk olmak üzere üç ana bileşenden oluşmaktadır. Hükümet, karar alıcı ve iletişimi yöneten konumdadır. Uzmanlar hükümete bilimsel veri sağlarken hükümet de yaptığı yetkilendirme ile uzmanlarla etkileşim sağlayarak onları karar alma sürecine dâhil etmektedir. Modelde yer alan uzman kavramı yalnızca sağlık uzmanlarını ifade etmemektedir. Sağlık uzmanlarının yanı sıra iletişim, iktisat, insan ve toplum bilimleri ve biyotıp gibi farklı disiplinlere mensup uzmanlar da süreçte rol almaktadır. Hükümet, halka açık ve şeffaf bilgi sunarken halkın geri bildirimlerini de takip ederek iletişim stratejilerini yeniden düzenlemektedir. Uzman ve halk etkileşiminde ise halkın talep ettiği uzman görüşlerinin basit ve yalın bir biçimde aktarılması hedeflenmektedir (Zhang vd., 2020).

Türkiye’deki COVID-19 pandemi planlaması ve müdahalesi dikkate alındığında, modelde hükümeti temsil eden yetkili Sağlık Bakanı’dır. COVID-19 pandemisinde iletişim kanalı olarak sosyal medyanın Sağlık Bakanı tarafından nasıl ve hangi stratejilerle kullanıldığı çok sayıda araştırmada incelenmiştir (Tosyalı, 2021). Ancak bu stratejilerin ve paylaşımların halk üzerinde ne gibi etkilerinin olduğunun ölçülmesi ise çalışmalarda genellikle ele alınmamaktadır. Bu bakımdan hükümet temsilcisi olarak Sağlık Bakanı tarafından sosyal medyada paylaşılan mesajların, modelin diğer bir bileşeni olan halkın COVID-19 sağlık inançlarını etkileyip etkilemediği bu çalışmanın ana sorusunu oluşturmaktadır.

III. YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın genel amacı, halkın COVID-19 tedbirlerine yönelik inançlarını etkileyen faktörlerin ve bu konuda sosyal medyanın rolünün belirlenmesidir. Önceki araştırmalar, hükümet yetkilisi olarak COVID-19 pandemisinin Türkiye’deki planlamasından ve müdahalesinden sorumlu kişi olan Sağlık Bakanı Fahrettin Koca’nın Twitter paylaşımlarının yüzde 29,53’ünün SİM’de tanımlanan alt boyutlara uygun mesaj içeriklerinden ve söylem dilinden oluştuğunu ortaya koymaktadır (Tosyalı ve Tosyalı, 2021). Sağlık Bakanı tarafından paylaşılan bu mesajların halkın sağlık inançlarını etkileyip

etkilemediği ise bu araştırma kapsamında ayrı bir merak konusudur. Bu doğrultuda mevcut çalışmada, katılımcıların COVID-19 tedbirlerine yönelik inançlarının hangi alt boyutlardan etkilendiği ve bu alt boyutlar ile Sağlık Bakanı'nı sosyal medyada takip edip etmeme arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye'deki 18 yaşından büyük vatandaşlar oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi tercih edilerek, çevrim içi anket yoluyla 614 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırma yürütülmeden önce Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (toplantı tarihi: 30.04.2021, karar no: 2021/12-05) gerekli izinler alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak çevrim içi anket formu kullanılmıştır. Anket formu yapısal olarak iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların demografik özelliklerini, sağlık durumlarını ve sosyal medya kullanım pratiklerini anlamaya yönelik beş soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise Pala vd. (2020) tarafından geliştirilen dört boyutlu (tehdit algısı, engel algısı, yarar algısı, eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik) ve toplam 20 ifadeden oluşan COVID-19 SİM Ölçeği bulunmaktadır. Tehdit algısı (Cronbach alfa katsayısı = 0,85), yarar algısı (Cronbach alfa katsayısı = 0,85) ve eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik (Cronbach alfa katsayısı = 0,77) alt boyutları için ölçüm envanteri güvenilir bulunmuştur. Fakat engel algısı (Cronbach alfa katsayısı = 0,41) alt boyutu için güvenilirlik katsayısı oldukça düşüktür. Düşük güvenilirlik değeri nedeniyle, engel algısı alt boyutu analizlere dahil edilmemiştir.

3.4 Veri Analizi Stratejisi

Öncelikle, mevcut veri setinde normallik varsayımını ihlal edebilecek uç değerler olup olmadığı incelenmiştir. Daha sonra, veri setinin son haline bağlı kalınarak örnekleme betimleyici istatistikler raporlanmıştır. Ardından, veri setindeki demografik bilgiler de dahil olmak üzere ana değişkenler arasındaki ikili ilişkiler korelasyon analizi vasıtasıyla incelenmiştir. Korelasyon analizinin ardından, çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile mevcut veri seti daha derinlemesine ele alınmıştır. Tablo 1'den de görülebileceği gibi teorik olarak birbiri ile zaten ilişkili olan alt boyutlar, mevcut veri setinde de birbiri ile oldukça ilişkilidir. Bu durumda birden fazla bağımlı değişkenin incelenmesi amaçlandığı için ayrı ayrı tek yönlü varyans analizleri yapmak Tip-1 hata oranını artıracaktır (Field, 2018). Bu sebepten, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkilerin de hesaba katıldığı çoklu varyans analizi (MANOVA) gerçekleştirilmiştir.

3.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Mevcut çalışma sonuçları değerlendirilirken göz önünde bulundurulması gereken bazı sınırlılıklar söz konusudur. Birincisi, kesitsel bir çalışma dizaynına dayanan mevcut bulgular neden-sonuç ilişkisi çıkarımı yapma noktasında büyük bir kısıtlılık arz etmektedir. Ayrıca, kolayda örnekleme yöntemiyle elde edilen veriler sonuçların genellenebilirlik düzeyini azaltmaktadır. Zira katılımcıların COVID-19 tedbirlerine yönelik inançları, vaka/ölüm istatistiklerine ve ülke genelinde alınan tedbirlere bağlı olarak zaman içinde değişiklik gösterebilmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeğin SİM'in farklı bir versiyonu olması başka bir sınırlılıktır. Kullanılan SİM ölçeğinde duyarlılık boyutuna yer verilmemiş, eyleme geçiriciler ve öz-yeterlilik faktörleri ise tek bir boyut altında ele alınmıştır (bk. Pala vd., 2020). Son olarak, sosyal medyada bir kişinin takip ediliyor olması o kişinin paylaşımlarının düzenli olarak okunduğu anlamına gelmeyebilir. Bu noktada, gelecek çalışmalarda katılımcılara, Sağlık Bakanı gibi önemli bir sağlık otoritesinin takip edilip edilmediğinin yanı sıra paylaşımlarının ne derece okunup okunmadığına dair de ek sorular sorularak bu tür karıştırıcı değişkenlerin olası etkileri minimuma indirgenebilir.

IV. BULGULAR

4.1. Betimleyici İstatistikler

Çevrim içi ankete toplam 614 kişi katılmıştır (355 Kadın, 259 Erkek). Katılımcıların çoğunluğu 26-35 yaş arasındadır [1 = 18-25 yaş arası (%28,8), 2 = 26-35 yaş arası (%36,6), 3 = 36-45 yaş arası (%22,3), 4 = 46-55 yaş arası (%9,8), 5 = 56 ve üzeri (%2,4)]. Katılımcıların yüzde 13,2'si kronik bir hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yüzde 20,7'si COVID-19 geçirmiştir. Katılımcıların neredeyse yarısı (%46,4) sosyal medyada Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'yı takip ettiğini beyan etmiştir.

Yukarıda raporlanan demografik değişkenler ile COVID-19 SİM ölçeği alt boyutları arasındaki ikili korelasyonlar Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre, çalışmanın ana sorusu olan COVID-19 SİM alt boyutlarından elde edilen puanlar ile Sağlık Bakanını takip edip etmeme arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde, alt boyutlardan sadece eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik ile sosyal medyada takip etme arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = 0,092$, $p = 0,022$). Yani, sosyal medyada Sağlık Bakanını takip eden bireylerin COVID-19'dan korunma noktasında eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik algılarının daha yüksek puanlar aldığını söylemek mümkündür.

Tablo 1. Değişkenler Arası İkili Korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7
1 Cinsiyet							
2 Yaş	-0,045						
3 Kronik Rahatsızlık Durumu	0,031	0,192***					
4 COVID-19 Geçirme	-0,052	0,024	0,003				
5 Sosyal Medyada Takip	-0,032	0,144**	0,004	-0,008			
6 Tehdit Algısı	0,098*	0,043	0,010	-0,065	0,033		
7 Yarar Algısı	0,131**	-0,024	-0,035	-0,042	0,017	0,368***	
8 Eyleme Geçiriciler/Öz-Yeterlilik	0,098*	0,203***	-0,009	-0,043	0,092*	0,411***	0,623***

Not: * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$. Cinsiyet: 0 = Erkek, 1 = Kadın; Yaş: 1 = 18-25, 2 = 26-35, 3 = 36-45, 4 = 46-55, 5 = 56 ve üzeri; Kronik Rahatsızlık Durumu: 0 = Yok, 1 = Var; COVID-19 Geçirme: 0 = Hayır, 1 = Evet; Sosyal Medyada Takip: 0 = Takip etmiyor, 1 = Takip ediyor.

4.2 Çoklu Varyans Analizi

COVID-19 SİM ölçeğinin alt boyutlarından olan tehdit algısı, yarar algısı ve eyleme geçiriciler/öz-yeterliliğin bağımlı değişken olduğu, sosyal medyada Fahrettin Koca'yı takip edip etmemenin bağımsız değişken olduğu bir çoklu varyans analizi test edilmiştir. Cinsiyet, yaş, kronik hastalık durumu ve COVID-19 geçirme/geçirmeme analize ortak değişken olarak dahil edilmiştir.

Temel analiz bulgularından önce çoklu varyans analizinin temel varsayımlarından olan kovaryans matrisinin homojenliği ve her bir bağımlı değişken için varyans homojenliği gözden geçirilmiştir. Sonuçlara göre kovaryans matrisinin homojenliği varsayımında herhangi bir ihlal gözlenmemiştir, $F(6, 257,293) = 0,393$, $p = 0,884$; Box M değeri = 2,370. Aynı şekilde tehdit algısı, yarar algısı ve eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik için de varyans homojenliği varsayımında herhangi bir ihlal görülmemiştir, $p = 0,855$, $p = 0,821$, $p = 0,956$, sırasıyla.

Çok değişkenli test sonuçlarında ise kronik hastalık durumu, COVID-19 geçirme ve Fahrettin Koca'yı sosyal medyada takip edip etmeme durumunun COVID-19 SİM alt boyutlarının hiçbirinde anlamlı etkileri olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (p değerleri $> 0,05$). COVID-19 SİM alt boyutlarına ait skorların sadece cinsiyet ve farklı yaş grupları arasında değiştiği sonucuna varılmıştır, $F(3, 606) = 4,222$, $p = 0,006$; Wilk λ değeri = 0,908, kısmi $\eta^2 = 0,020$; $F(3, 606) = 16,269$, $p < 0,001$; Wilk λ değeri = 0,925, kısmi $\eta^2 = 0,075$. Spesifik olarak, tüm alt boyutlar için anlamlı cinsiyet

farklılıkları bulunmaktadır (p değerleri $< 0,05$). Üç alt boyut için de kadınlar ($Ort_{tehdit} = 3,39$, $SS_{tehdit} = 0,75$; $Ort_{yarar} = 3,78$, $SS_{yarar} = 0,65$; $Ort_{eyleme\ geçiriciler/öz-yeterlilik} = 3,34$, $SS_{tehdit} = 0,64$) erkeklerden ($Ort_{tehdit} = 3,24$, $SS_{tehdit} = 0,79$; $Ort_{yarar} = 3,58$, $SS_{yarar} = 0,84$; $Ort_{eyleme\ geçiriciler/öz-yeterlilik} = 3,20$, $SS_{tehdit} = 0,85$) daha yüksek puanlar raporlamışlardır. Bununla beraber, tehdit algısı ve yarar algısı alt boyutları için farklı yaş grupları arasında anlamlı farklılaşma yoktur (p değerleri $> 0,05$). Ancak eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik alt boyutu bağlamında farklı yaş gruplarına ait skorların anlamlı olarak değiştiği sonucuna ulaşılmıştır, $F(1, 608) = 26,830$, $p < 0,001$, kısmi $\eta^2 = 0,042$.

Bir sonraki adımda yaş gruplarının kendi aralarında nasıl farklılaştığını görmek amacıyla eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik alt boyutuna ait skorların bağımlı değişken olduğu ve yaşın bağımsız değişken olduğu bir tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Levene testi sonuçlarına göre varyansların homojenliği varsayımında herhangi bir ihlal gözlenmemiştir, $F(4,609) = 1,284$, $p = 0,275$. Bonferroni düzeltmeli birebir grup kıyaslamalarında, eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik alt boyutu için 18-25 yaş arası ($Ort = 3,09$, $SS = 0,76$) katılımcılar 36-45 yaş arası ($Ort = 3,46$, $SS = 0,71$) ve 56 yaş üzeri ($Ort = 3,90$, $SS = 0,47$) katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha az puan almışlardır (p değerleri $< 0,001$). Benzer şekilde, 26-35 yaş arası ($Ort = 3,26$, $SS = 0,73$) katılımcılar 56 yaş üzeri ($Ort = 3,90$, $SS = 0,47$) katılımcılara göre aynı alt boyut üzerinden daha az puan almışlardır ($p = 0,010$). Bu kıyasların dışında kalan yaş grupları arasındaki ikili ortalama karşılaştırmalarının hiçbirinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (p değerleri $> 0,05$).

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

COVID-19'un ortaya çıkıp pandemi ilan edilmesinden günümüze kadar geçen süre boyunca sağlığın iletişim ile olan bağının ne kadar önemli olduğu bir kez daha görülmüştür. Halk sağlığı için büyük bir tehdit olan bu virüs karşısında bireyler, topluluklar ve devletler farklı çözümler düşünmüş, tedbirler almış ve uygulamaya koymuşlardır. Sağlık iletişimi açısından bilgilendirme, duyuru ve ikna aracı olarak tercih edilen sosyal medya bu süreçte oldukça etkin kullanılmıştır. Türkiye'de Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın sosyal medyayı aktif kullanması geleneksel medyaya göre daha fazla kişiye daha hızlı ulaşmasını sağlamıştır. Bakan'ın, sosyal medya hesaplarında yaptığı paylaşımların bireyleri nasıl etkilediğinin araştırıldığı bu çalışmada, COVID-19 SİM ölçeğinden ve hükümet-halk-uzman olmak üzere üç ana bileşenden oluşan iletişim modelinden faydalanılmıştır.

Araştırmada, SİM ölçeğinde yer alan tehdit algısı, yarar algısı ve eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik alt boyutları için ölçüm envanteri güvenilir bulunmuştur. Fakat engel algısı alt boyutu için güvenilirlik katsayısı oldukça düşük olduğundan analizlere dahil edilmemiştir. Bulgulara göre, COVID-19 SİM alt boyutlarından elde edilen puanlar ile Sağlık Bakanını sosyal medyada takip edip etmeme arasında, alt boyutlardan sadece eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik bakımından anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Demografik özellikler bakımından ise tüm alt boyutlar için kadınlar daha yüksek sağlık inanç puanları raporlarken farklı yaş gruplarının sadece eyleme geçiriciler/öz-yeterlilik alt boyutu bağlamında kendi aralarında farklılaştığı tespit edilmiştir.

Öz-yeterlilik, sağlık tedbirlerinin uygulanmasında kişinin kendisine olan inancını, isteğini ve kararlılığını ifade etmektedir. Mevcut çalışmadan elde edilen sonuçlar, sosyal medyada Sağlık Bakanını takip eden bireylerin sağlık tedbirlerini uygulama konusunda daha istekli ve kararlı olduklarını ortaya koymaktadır. Öz-yeterlilik alt boyutunun kontrol algısına yönelik ifadeler içerdiği göz önünde bulundurulduğunda, mevcut bulguları destekleyici nitelikte bir araştırma sonucuna göre resmi hesaplardan COVID-19'a ilişkin yapılan paylaşımların kontrol algısı üzerinde olumlu sonuçları olabileceği raporlanmıştır (Şentürk vd., 2021). Televizyondan sonra COVID-19 sürecinde bilgi kaynağı olarak kullanılan kaynakların başında sosyal medya gelmektedir (Elhadi vd., 2020; Mubeen vd., 2020). Buradan da anlaşılacağı üzere kriz durumlarında sosyal medya üzerinden paylaşılacak bilgilerin güvenilir ve doğru olması kamu otoritelerine bir sorumluluk içgörüsü sunmaktadır. Özellikle salgın gibi sağlıkla ilgili krizlerde koruyucu davranışların benimsenmesi noktasında krizin gerçekliğine ilişkin farkındalığı yüksek olan ve hükümetin ne tür adımlar attığına tanıklık eden bireylerin kriz yönetiminde bir adım daha önde olduğu belirtilmiştir (Mat Dawi vd., 2021).

Sağlık Bakanı'nın, özellikle maske ve sosyal mesafe tedbirlerine uyan vatandaşların fotoğraflarına yer verdiği ve aynı tedbirleri alma konusunda diğer vatandaşlara eylem çağrısında (call to action) bulunduğu paylaşımlarının bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu değerlendirilmektedir. Milli ve dini bayramlar, ramazan, iftar, çay, kahve gibi kültürel göstergelerin kullanıldığı ve halkın kararlılığını artırmaya yönelik paylaşımların da öz-yeterliliğin yükseltilmesinde etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca tedbirler konusunda hayata geçirilen yasal düzenlemelerin ve yaptırımların Bakan tarafından sosyal medyada duyurulması da vatandaşları tedbirlere uyma konusunda harekete geçirmiş olabilir. Araştırmadan elde edilen diğer bir sonuç ise daha yaşlı bireylerin sağlık tedbirlerini uygulama konusunda gençlere göre daha istekli ve kararlı olmalarıdır. Bu doğrultuda, özellikle çocukların ve gençlerin tedbirlere uyma kararlılıklarını ve motivasyonlarını desteklemek üzere genç kuşağın ilgisini çekecek eğlenceli fotoğraf ve video içerikli paylaşımlar artırılmalı ve bu gruplar için ayrı iletişim ve ikna stratejileri geliştirilmelidir.

Halkın sağlık inançları üzerinde etkili olan bir başka bileşen ise uzmanlardır. Güvenilirliği kanıtlanmış kişilerin sosyal medya hesaplarından sağlıkla ilgili yapacakları paylaşımlar, bireylerin sağlık davranışlarını etkilemektedir. Olumlu ya da olumsuz tüm etkiler ise halk sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık uzmanları tarafından sağlanan bilgiler genel olarak harekete geçirici etkiye sahip olabilir. Örneğin Mullen vd. (1985) tarafından gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasında, hastalara sağlanan eğitici ve öğretici bilgiler sayesinde sağlık tedbirlerine uyan hasta sayısında yüzde 64'lük bir artışın olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca COVID-19 gibi salgın senaryolarından bağımsız olarak sağlık davranışlarına uyum noktasında hem sözel hem de yazılı iletişimin etkili olduğu geçmiş çalışmalarda vurgulanmıştır (Ley, 1989; Ley ve Morris, 1984). Bu bağlamda sosyal medya, sağlık krizi durumlarında doğru bilgi sağlanması noktasında etkili olabilir (Chan vd., 2020). Geçmişte yaşanan benzer krizlerde sosyal medyada sunulan haberlerin halk üzerindeki etkisi ortaya konulmuştur (Househ, 2016; Omrani ve Shalsoub, 2015). Geçmiş çalışmalarda resmi hükümet kurumlarının, haber kaynaklarının ve gazetecilerin resmi olmayan hesaplara göre daha güvenilir ve etkili olduğu raporlanmıştır (Schultz vd., 2011; van der Meer, 2018). Bu durumda Sağlık Bakanı'nın resmi hesabının daha güvenilir algılandığı varsayımıyla böylesi bir kaynaktan gelen bilgilerin eyleme geçirici davranışlar ve öz-yeterlilik algılarında etkili olduğu söylenebilir. Resmi hesaplardan gelen paylaşımlar oldukça kıymetlidir. Zira sahte haberler veya dedikodular koruyucu davranışların (ör. elleri yıkamak, sosyal mesafe) benimsenmesini engelleyebilir ve gereksiz sağlık davranışlarının (ör. bilimsel olmayan tedaviler, gereksiz yere hastaneleri meşgul etmek) sergilenmesine yol açabilir (Tasnım vd., 2020). Bu bakımdan, uzmanların halkın sağlık inançları üzerindeki etkilerini ortaya koymak üzere gelecekte yapılacak yeni araştırmaların bu çalışmadan elde edilen sonuçları tamamlar nitelikte olacağı değerlendirilmektedir.

Hükümetler son 10 yılda sosyal medyayı propaganda aracı olarak görmekten ziyade daha şeffaf bir iletişim ortamı sağlayan ve kamuoyuyla temasa geçmeye olanak sağlayan bir araç olarak kullanmaktadır (Bonson vd., 2019). Sosyal medya sadece COVID-19 değil, her türlü kriz yönetimi gerektirecek zamanlarda etkilidir. Kriz durumları; doğal afetleri, terörist saldırıları, uluslararası çatışmaları, sivil ayaklanmaları ve küresel salgınları içerebilir (Pan ve Meng, 2016). Böylesi durumlarda etkili bir kriz yönetimi için hükümet kanalları ve vatandaşlar arasında zamanında iletişim ve koordinasyon gereklidir (Elbanna vd., 2019). Örneğin İngiltere'de yerel hükümet kurumları 2011 yılındaki ayaklanmalarda söylentilerin önüne geçmek ve şüphelileri tespit edebilmek için Twitter'ın hashtag ve mention özelliklerinden yararlanmıştır (Panagiotopoulos vd., 2014). Başka bir örnekte 2012 tsunami felaketinde Endonezya hükümet kurumları vatandaşlarla iş birliğine yönelik adımlar atarak olabildiğince halkı erken haberdar edebilmek için Twitter'ı aktif bir şekilde kullanmıştır (Chatfield vd., 2013). Benzer şekilde 2012 Sandy Kasırgasında Amerikan hükümet kurumları vatandaşlarla etkili bir kriz yönetimi geliştirebilmek için yine Twitter'ı aktif olarak kullanmışlardır (Chatfield ve Reddick, 2018).

Hükümetler sosyal medya üzerinden halkla iletişim kurarak mevcut kriz durumlarında vatandaşların şartları ve uygulanan politikaları anlamasına ve öz-yeterlilik geliştirmesine olanak sağlayabilir (Chatfield ve Reddick, 2018; Stark ve Taylor, 2014). Herkese açık bir ortam olarak

diyaloğa olanak tanıyan, yani katılımı kolaylaştıran doğasıyla sosyal medya, hükümetler ve vatandaşlar arasında senkronize bir şekilde karşılıklı iletişime olanak tanır (Agostino ve Arnaboldi, 2016). Bu iletişim sayesinde bilginin yayılmasına, vatandaşların davranışlarının ve fikirlerinin gözlemlenmesine, söylentilerin kontrol altına alınıp önlenmesine, sosyal dayanışma ve iş birliğinin artırılmasına ve kaynak akışının yönlendirilmesine olanak sağlanır (Alexander, 2014; Tang vd., 2015). Böylece kriz hakkında vatandaşlar daha fazla bilgi sahibi olabilir, kendilerine düşen sorumlulukları anlayabilir ve diğerleriyle nasıl iş birliği yapabileceğini kavrayabilir (Zhang vd., 2019). Sosyal medya, vatandaşların güvenilir bilgiyi araştırması ve paylaşmasına olanak tanır. Sonrasında ise vatandaşların mevcut durumu anlama kabiliyetini geliştirir ve iş birliği içinde çözüme kavuşması için olanak sağlayabilir (Jurgens ve Helsloot, 2016). Sonuç olarak, sosyal medya, sağlık iletişimi ve kriz yönetiminde hükümetler ve vatandaşlar arasında bir köprü niteliğindedir.

Etik Kurul İzni: Araştırma yürütülmeden önce Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (toplantı tarihi: 30.04.2021, karar no: 2021/12-05) gerekli izinler alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Agostino, D., & Arnaboldi, M. (2016). A measurement framework for assessing the contribution of social media to public engagement: An empirical analysis on Facebook. *Public Management Review*, 18(9), 1289–1307.
- Alexander, D. E. (2014). Social media in disaster risk reduction and crisis management. *Science and Engineering Ethics*, 20(3), 717–733.
- Anadolu Ajansı. (2021). *Dünya genelinde Kovid-19'dan ölenlerin sayısı 4,5 milyonu aştı*. 18 Temmuz 2022 tarihinde <https://www.aa.com.tr/tr/dunya/dunya-genelinde-kovid-19dan-olenlerin-sayisi-4-5-milyonu-asti/2348966#> adresinden alındı.
- Arslan, A. (2021). Halkla İlişkiler Modelleri Temelinde Sağlık İletişimi: Yeni Medya Üzerinden Sağlık Bakanlığı'nın İncelenmesi. *Egemia Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Medya ve İletişim Araştırmaları Hakemli E-Dergisi*, 8, 4-28.
- Bonson, E., Perea, D., & Bednarova, M. (2019). Twitter as a tool for citizen engagement: An empirical study of the Andalusian municipalities. *Government Information Quarterly*, 36(3), 480–489.
- Bozkurt, V. (2020). Pandemi Döneminde Çalışma: Ekonomik Kaygılar, Dijitalleşme ve Verimlilik. In D. Demirbaş, V. Bozkurt, & S. Yorğun (Eds.), *COVID-19 Pandemisinin Ekonomik, Toplumsal ve Siyasal Etkileri* (pp. 115-137). İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669.
- Champion, V. L., & Skinner, C. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 45-65). Jossey-Bass.
- Chan, A., Nickson, C. P., Rudolph, J. W., Lee, A., & Joynt, G. M. (2020). Social media for rapid knowledge dissemination: early experience from the COVID-19 pandemic. *Anaesthesia*, 75(12), 1579–1582. doi:10.1111/anae.15057
- Chatfield, A. T., & Reddick, C. G. (2018). All hands on deck to tweet# sandy: Networked governance of citizen coproduction in turbulent times. *Government Information Quarterly*, 35(2), 259–272.

- Chatfield, A. T., Scholl, H. J. J., & Brajawidagda, U. (2013). Tsunami early warnings via Twitter in government: Net-savvy citizens' co-production of time-critical public information services. *Government Information Quarterly*, 30(4), 377–386.
- Çınarlı, İ. (2008). *Sağlık İletişimi ve Medya*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Dönmez, A. H. (2021). Sağlık Geliştirilmesi Bağlamında Sağlıklı Davranış Değişikliği Oluşturmada Mobil Sağlık Uygulamalarının ve Sosyal Medya Gruplarının Etkisi. *Bilgi Yönetimi Dergisi*, 4(1), 16-24.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2021). *Module B1: Emergency Risk Communication and the international health agreements*. 14 Kasım 2021 tarihinde <https://www.who.int/emergencies/risk-communications/emergency-risk-communication-training> adresinden alındı.
- Ekici, N., & Doğan, S. (2021). COVID-19 Pandemisine Yönelik Hazırlanan Kamu Spotları ve Sosyal Medya Kullanımının Sosyal Etki Üzerindeki Etkisinde Kaynak Güvenilirliğinin Aracılık Rolü. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(3), 769-790.
- Elbanna, A., Bunker, D., Levine, L., & Sleight, A. (2019). Emergency management in the changing world of social media: Framing the research agenda with the stakeholders through engaged scholarship. *International Journal of Information Management*, 47, 112–120.
- Elhadi, M., Msherghi, A., Alkeelani, M., Zorgani, A., Zaid, A., Alsuyihili, A., Buzreg, A., Ahmed, H., Elhadi, A., Khaled, A., Boughididah, T., Khel, S., Abdelkadir, M., Gaffaz, R., Bahroun, S., Alhashimi, A., Biala, M., Abulmida, S., Elharb, A., Abukhashem, M., ... Amshai, A. (2020). Assessment of Healthcare Workers' Levels of Preparedness and Awareness Regarding COVID-19 Infection in Low-Resource Settings. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 103(2), 828–833. doi:10.4269/ajtmh.20-0330
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5. Basım). SAGE.
- Göksu, N. F. (Dü.). (2018). *Sağlık İletişimi*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Grosser, L. R. (1982). Health belief model aids understanding of patient behavior . *AORN Journal*, 35(6), 1056–1059.
- Hayrettin, S. (2012). *Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlık Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi*. 13 Kasım 2021 tarihinde docplayer.biz.tr: <https://docplayer.biz.tr/1270425-Toplum-sagligi-merkezi-calisanlarina-yonelik-sagligin-gelistirilmesi-egitimi-rehberi.html> adresinden alındı.
- Holmes, B. J. (2008). Communicating about emerging infectious disease: The importance of research. *Health, Risk & Society*, 10(4), 349-360. doi:10.1080/13698570802166431
- Househ M. (2016). Communicating Ebola through social media and electronic news media outlets: A cross-sectional study. *Health Informatics Journal*, 22(3), 470–478. doi:10.1177/1460458214568037
- Jurgens, M., & Helsloot, I. (2018). The effect of social media on the dynamics of (self) resilience during disasters: A literature review. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 26(1), 79–88.
- Kara, N., & Karanfiloğlu, M. (2020). İletişimin Dijitalleşmesi: Pandemi (COVID-19) ve Enformasyon Teknolojileri. *AJIT-e*, 11(42), 87-99. doi:10.5824/ajite.2020.03.003.x

- Kaya, A., Moçoşoğlu, B., & Sevim, H. I. (2021). Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı olarak öğretmenler ve okul yöneticilerinin salgına yönelik bireysel hazırlık algılarının incelenmesi. *OPUS–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 18(40), 2345-2374. doi:10.26466/-opus.868717
- Kemp, S. (2021). *Digital 2021: Global Overview Report*. 20 Kasım 2021 tarihinde datareportal.com: <https://datareportal.com/reports/digital-2021-global-overview-report> adresinden alındı.
- Koçak, A., & Bulduklu, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Selçuk İletişim Dergisi*, 6(3), 5-17.
- Korda, H., & Itani, Z. (2013). Harnessing Social Media for Health Promotion and Behavior Change. *Health Promotion Practice*, 14(1), 15-23.
- Kurt, E. V. (2021). Online Pandemi: COVID-19 Pandemisine İlişkin Twitter'da Paylaşılan Sağlık Bilgilerinin Tematik Analizi. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi (e-gifder)*, 9(2), 911-942.
- Lachlan, K. A., Eastman, A., & Gilbert, C. (2021). Responses to risk messaging concerning Hurricane Sandy: two studies utilizing the health belief model. *Atlantic Journal of Communication*, 29(4), 216-229.
- Ley, P. (1989). Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. In Broome, A. (Ed.), *Health Psychology* (pp. 74-102). London: Chapman and Hall.
- Ley, P., & Morris, L.A. (1984). Psychological aspects of written information for patients. In Rachman, S. (Ed.), *Contributions to Medical Psychology* (pp. 117-49). Oxford: Pergamon Press.
- Mat Dawi, N., Namazi, H., Hwang, H. J., Ismail, S., Maresova, P., & Krejcar, O. (2021). Attitude Toward Protective Behavior Engagement During COVID-19 Pandemic in Malaysia: The Role of E-government and Social Media. *Frontiers in public health*, 9. doi:10.3389/fpubh.2021.609716
- McNeill, A., Harris, P., & Briggs, P. (2016). Twitter influence on UK Vaccination and antiviral Uptake during the 2009 h1n1 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 4(26), 1-13.
- Mercadante, A. R., & Law, A. (2021). Will they, or Won't they? Examining patients' vaccine intention for flu and COVID-19 using the Health Belief Model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17, 1596-1605.
- Morgan, M. G., Fischhoff, B., Bostrom, A., & Atman, C. (2002). *Risk Communication: A Mental Models Approach*. Cambridge University Press.
- Mubeen, S. M., Kamal, S., Kamal, S., & Balkhi, F. (2020). Knowledge and awareness regarding spread and prevention of COVID-19 among the young adults of Karachi. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(Suppl 3)(5), 169-S174. doi:10.5455/JPMA.40
- Mullen, P.D., Green, L.W., & Persinger, G.S. (1985) Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta analysis of intervention types, *Preventive Medicine*, 14, 753-781.
- Omrani, A. S., & Shalhoub, S. (2015). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV): what lessons can we learn?. *The Journal of Hospital Infection*, 91(3), 188-196. doi:10.1016/j.jhin.2015.08.002

- Orji, R., Vassileva, J., & Mandryk, R. (2012). Towards An Effective Health Interventions Design: An Extension of The Health Belief Model. *Online Journal of Public Health Informatics*, 4(3), 1-31.
- Özdemir, D., & Arpacioğlu, S. (2020). Sosyal Medya Kullanımı, Sağlık Algısı ve Sağlık Arama Davranışının Koronavirüs Korkusu Üzerine Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 364-381.
- Pala, S. Ç., Metintaş, S., Önsüz, M. F., & Pala, V. G. (2020). Acil Sağlık Çalışanlarında COVID-19 Koruyucu Önlemleri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Geliştirilmesi. *4. Uluslararası 22. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı* (s. 304). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği.
- Pan, P. L., & Meng, J. (2016). Media frames across stages of health crisis: A crisis management approach to news coverage of flu pandemic. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 24(2), 95–106.
- Panagiotopoulos, P., Bigdeli, A. Z., & Sams, S. (2014). Citizen–government collaboration on social media: The case of Twitter in the 2011 riots in England. *Government Information Quarterly*, 31(3), 349–357.
- Patterson, N. M., Bates, B. R., Chadwick, A., Nieto-Sanchez, C., & Grijalva, M. (2018). Using the health belief model to identify communication opportunities to prevent Chagas disease in Southern Ecuador. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 12(9).
- Rosenstock, I. M., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175–183.
- Rural Health Information Hub. (2018). *Health Communication*. 11 Kasım 2021 tarihinde RHHub: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/strategies/health-communication> adresinden alındı.
- Saffari, M., Shojaeizade, D., Ghofranipour, F., Heydarnia, A., & Pakpour, A. (2009). Health education & promotion: Theories, models, methods. *Tehran: Sobhan Pub*, 55-59.
- Sağlık İletişimi Derneği. (2017). *About Health Communication*. 26 Ekim 2021 tarihinde <https://www.societyforhealthcommunication.org/health-communication> adresinden alındı.
- Schultz, F., Utz, S., & Göritz, A. (2011). Is the medium the message? Perceptions of and reactions to crisis communication via twitter, blogs and traditional media. *Public Relations Review*, 37(1), 20-27. doi:10.1016/j.pubrev.2010.12.001
- Sreelakshmi, C. C., & Prathap, S. (2020). Continuance adoption of mobile-based payments in Covid-19 context: an integrated framework of health belief model and expectation confirmation model. *International Journal of Pervasive Computing and Communications*, 16(4), 351-369.
- Stark, A., & Taylor, M. (2014). Citizen participation, community resilience and crisis-management policy. *Australian Journal of Political Science*, 49(2), 300–315.
- Şahinli, S., & Yamak, H. C. (2021). Sağlık Bilimleri Lisansiyerleri Bakış Açısıyla Sosyal Medyanın Hasta Davranışları Üzerine Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 335-339.
- Şener, E., & Samur, M. (2013). Sağlığı Geliştirici Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebook'ta Sağlık. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 508-523.

- Şentürk, E., Geniş, B., Menkü, B. E., & Cosar, B. Kullanıcıların güvendiği ve doğruladığı sosyal medya haberlerinin COVID-19 Pandemisinde kaygı düzeyi ve hastalık kontrol algısı üzerindeki etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(1), 23-32.
- Tahiroğlu, A. F., & Bozkurt, C. (2021). Dijitalleşme ve Covid-19 Pandemisi Arasındaki İlişki: Uygulamalı Bir Analiz. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 9(2), 145-154.
- Tang, Z., Zhang, L., Xu, F., & Vo, H. (2015). Examining the role of social media in California's drought risk management in 2014. *Natural Hazards*, 79(1), 171–193.
- Tasnım, S., Hossain, M. M., & Mazumder, H. (2020). Impact of Rumors and Misinformation on COVID-19 in Social Media. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 53(3), 171–174. doi:10.3961/jpmph.20.094
- Taşçı, O., & Gökler, M. (2021). Aşı Karşıtlarının Sosyal Medya Platformlarındaki Paylaşımlarının İncelenmesi: Instagram Örneği. *Medical Research Reports*, 4(2), 23-30.
- Tatar, A. (2021). Salgın Döneminde Resmi Sağlık Hizmet Sunucuları Tarafından Sosyal Medya Üzerinden Yürütülen Sağlık İletişiminin Karşılaştırılması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(77), 1268-1279.
- Tosyalı, H. (2021). COVID-19 Konulu Medya ve İletişim Çalışmalarının Bibliyometrik Profili. *Selçuk İletişim Dergisi*, 14(4), 1578-1604.
- Tosyalı, H., & Tosyalı, F. (2021). Risk Communication and Social Media: COVID-19 Pandemic Planning and Response in Turkey. In Sarı, G. (Ed.), *Handbook of Research on Representing Health and Medicine in Modern Media* (pp. 150-171). IGI Global. doi:10.4018/978-1-7998-6825-5.ch010
- Turancı, E. (2010). Risk İletişiminde Kitle İletişim Araçlarının Kullanımı ve “Risk” İçerikli Mesajların Oluşturulması Sürecine Yönelik Bir Değerlendirme. *Akdeniz İletişim Dergisi*(14), 87-104.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık & Hastalık, Hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-25.
- van der Meer, T. G. L. A. (2018). Public Frame Building: The Role of Source Usage in Times of Crisis. *Communication Research*, 45(6), 956–981. doi:10.1177/0093650216644027
- Vardarlıer, P., & Öztürk, C. (2020). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Rolü. *Sosyolojik Düşün*, 5(1), 1-18.
- Webb, T. L., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, Use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), 1-18.
- Zhang, L., Li, H., & Chen, K. (2020). Effective Risk Communication for Public Health Emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) Outbreak in Wuhan, China. *Healthcare (Basel)*, 8(1), 1-13.
- Zhang, C., Fan, C., Yao, W., Hu, X., & Mostafavi, A. (2019). Social media for intelligent public information and warning in disasters: An interdisciplinary review. *International Journal of Information Management*, 49, 190–207.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**TOPLUMSAL e-SAĞLIĞA HAZIRBULUNUŞLUĞU ÖLÇME
ARACI: BİR KEŞFEDİCİ SIRALI KARMA YÖNTEMLER
ARAŞTIRMASI**

Cem AYDEN *
Gülşen GÜNDOĞDU **

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, toplumun e-sağlık uygulamalarına hazırlığını değerlendirebilecek bir ölçme aracını geliştirmek, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir. Araştırmada keşfedici sıralı karma yöntem araştırması kullanılmıştır. Araştırmanın ilk aşaması olan nitel araştırma aşamasında, ilgili alanda 8 uzman ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Nitel araştırma bulgularına göre araştırmanın nicel araştırma aşaması belirlenmiştir. Bu kapsamda nitel araştırma verilerine göre geliştirilen taslak ölçeğin nicel araştırma bulgularına göre ne oranda destekleneceği incelenmiştir. Nicel araştırma kapsamında örneklem, 203 katılımcıdan oluşmaktadır. Verilerin analizinde MAXQDA 2020 ve SPSS 22 programları kullanılmıştır. Veriler; Kapsam Geçerlilik İndeksi, ortalama, Cronbach's Alpha ve Keşfedici Faktör Analizi ile değerlendirilmiştir. Kapsam Geçerlilik İndeksi 0,94 olarak bulunmuştur. KaiserMeyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi sonucu değer 0,88'dir. Bartlett's testinin ise anlamlı olarak ($p < ,000$) değerlendirilmiştir. Nitel araştırma bulgularına göre, toplumsal e-sağlığa hazırbulunuşluk bağlamında kültürel boyut, gizlilik ve güvenilirlik boyutu, teknoloji ve altyapı boyutu, tutum boyutu, eğitsel boyut ve kullanım kolaylığı boyutu olmak üzere 6 boyut keşfedilmiştir. Nicel araştırma bulgularına göre, Keşfedici Faktör Analizi incelemesinde Özdeğeri 1' den büyük 5 faktör tespit edilmiştir. Sonuç olarak, nicel araştırma bulguları nitel araştırma bulgularından kültürel boyut, gizlilik ve güvenilirlik boyutu, teknoloji ve altyapı boyutu, tutum boyutu ve eğitsel boyutu desteklediği keşfedilmiştir. Kullanım kolaylığı boyutuna ilişkin maddeler nicel araştırma bulguları ile desteklenmediğinden ölçekte yer verilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: e-sağlık, karma yöntemler, bilgi ve iletişim teknolojileri, toplum.

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi., Fırat Üniversitesi, İşletme Bölümü, cemayden@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7648-7973>

** Öğr. Gör. Kastamonu Üniversitesi, İnebolu MYO, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, ggundogdu@kastamonu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9402-1088>

Gönderim tarihi: 19.12.2021

Kabul tarihi: 16.05.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Ayden, C., Gündoğdu, G. (2022). Toplumsal E-Sağlığa Hazırbulunuşluğu Ölçme Aracı: Bir Keşfedici Sıralı Karma Yöntemler Araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3), 533-548

SOCIAL E-HEALTH READINESS MEASUREMENT TOOL: AN EXPLORATORY SEQUENTIAL MIXED METHODS STUDY

Cem AYDEN *
Gülşen GÜNDOĞDU **


ABSTRACT

The aim of this study is to develop a measurement tool that can evaluate the readiness of the society for e-health applications and to test its validity and reliability of the scale.. In the research, exploratory sequential mixed method research was used. In the qualitative research phase, which is the first stage of the research, semi-structured interviews were conducted with 8 experts in the relevant field. According to the qualitative research findings, the quantitative research phase of the study has been determined. In this context, the draft scale developed according to qualitative research data has been examined at what rate it will be supported according to quantitative research findings. The sample within the scope of quantitative research consists of 203 participants. MAXQDA 2020 and SPSS 2020 programs were used in the analysis of the data. The data was evaluated with the Coverage Validity Index, Mean, Cronbach's Alpha and Exploratory Factor Analysis. The Content Validity Index was found as 0.94. KaiserMeyer-Olkin (KMO) sampling proficiency test result is 0,88. Bartlett's test was evaluated as significant ($p<0.000$). According to the qualitative research findings, 6 dimensions were discovered in the context of social e-health readiness: cultural dimension, privacy and reliability dimension, technology and infrastructure dimension, attitude dimension, educational dimension and ease of use dimension. According to the quantitative research findings, 5 factors with Eigenvalues greater than 1 were determined in the Exploratory Factor Analysis analysis. As a result, it has been discovered that quantitative research findings support the cultural dimension, confidentiality and reliability dimension, technology and infrastructure dimension, attitude dimension and educational dimension which are among the qualitative research findings. Items related to the ease of use dimension were not included in the scale because they were not supported by quantitative research findings.

Keywords: e-health, information and communication technologies, mixed method, society.

ARTICLE INFO

* Dr. Öğr. Üyesi., Fırat University, Business Department, cemayden@gmail.com/

 <https://orcid.org/0000-0002-7648-7973>

** Öğr. Gör., Kastamonu University, İnebolu MYO, Management of Health Institutions, ggundogdu@kastamonu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9402-1088>

Received: 19.12.2021

Accepted: 16.05.2022

Cite This Paper:

Ayden, C., Gündoğdu, G. (2021) Social E-Health Readiness Measurement Tool: An Exploratory Sequential Mixed Methods Study. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3), 533-548

I. GİRİŞ

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında, Bilgi ve İletişim Teknolojisindeki (BİT) gelişmeler dünyadaki sosyo-ekonomik aktiviteyi hızlandırmıştır. Gelişmiş ülkelerin yanı sıra gelişmekte olan ülkeler de bu etkiyi hissetmiştir. BİT bilgiye erişememeye bağlı olarak ayrımcılığın azaltılmasının ve kişisel ya da toplum sağlığını etkileyen hususlara zamanında yanıt vermenin bir yolu olarak algılanmaktadır (Khoja, 2006). Buna paralel olarak teknolojik gelişmeler, ekonomik yatırımlar, sosyal ve kültürel değişiklikler, sağlık sektörünün artık teknolojiyi iş yapma biçimine entegre etmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Sağlık sektöründe BİT ile ilgili araçların kullanımının yaygınlaşması, gerek özel gerekse de kamu sektöründeki hastalara, sağlık çalışanlarına ve ülkelere fayda sağlayan çözümler sunmaktadır. (Kgasi ve Kalema, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün e-Sağlık Küresel Gözlemevi Raporu (WHO, 2016)'nda yer alan bilgiye göre, sağlık için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı olan e-sağlık, günümüzde sağlık alanında en hızlı büyüyen alanlardan biridir. Bununla birlikte, e-sağlık politikasını ve uygulamasını bilgilendirmek için sınırlı sistematik araştırmalar yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunu geliştirmek için BİT'in kullanılması (e-sağlık), özellikle kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan insanlar için gelişmekte olan ülkedeki sağlık koşullarının dönüşümünde bir araç olarak görülmektedir. İlgili raporda ayrıca, gelişmekte olan birçok ülkedeki kırsal alanlar, zayıf iletişim ağlarından, istihdam eksikliğinden ve kamu hizmetlerine yetersiz erişimden temel ihtiyaçların elde edilmesine kadar birçok şekilde dezavantajlı durumda olduğu belirtilmektedir.

Herhangi bir teknolojik yeniliğin başarısız bir şekilde uygulanmasının zaman, para ve emek açısından büyük kayıplara neden olacağı da unutulmamalıdır. Dolayısıyla, teknolojik yeniliklerin uygulanmasını etkileyen sosyal, politik, örgütsel, altyapı ve teknolojik vb. faktörleri inceleyerek ve hafifleterek bu gibi başarısızlıklardan kaçınılabılır (Oak, 2007). Bu, özellikle gelişmekte olan ülkeler için sağlık sektöründe e-sağlık hazırlığının değerlendirilmesini gerektirir. E-Sağlığın değerlendirilmesi ise "kullanıcıların, sağlık kurumlarının ve sağlık sisteminin kendisinin e-sağlık uygulamasına katılmaya ve başarılı olmaya ne derece hazırlıklı oldukları" olarak tanımlanmıştır (Khoja vd., 2007).

DSÖ e-Sağlık Küresel Gözlemevi (WHO, 2016) tarafından e-sağlıkta ülke profilleri atlası oluşturmak amacıyla bir rapor hazırlanmıştır. Bu rapor, politika yapımcılar, e-sağlık planlamacıları ve profesyoneller için kullanışlı bir referans aracı olma özelliğini taşımaktadır. Türkiye dâhil toplam 125 DSÖ üye devletlerinden toplanan verilerin yer aldığı ilgili raporda küresel çapta e-sağlık alanına kamu finansmanının ortalama %77 oranında olduğu ancak Türkiye için söz konusu olan bu oranın %25' ten daha az olduğu belirtilmiştir. Raporda yer alan diğer bir veriye göre ise, üye ülkelerin %58'inde "Ulusal e-Sağlık Politikası ve Stratejisi" nin var olduğu, ancak, Türkiye verilerinde ilgili politika ve stratejinin mevcut olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca raporda, Türkiye'deki sağlık uzmanlarına yönelik, e-Sağlık hizmet içi eğitimlerine dair herhangi bir uygulamanın bulunmadığı belirtilmiştir. Buna karşılık ilgili raporda DSÖ diğer üye ülkelerin %77'sinde uzmanlara ilgili eğitimlerin verildiği bilgisi yer almaktadır. Bu verilerden yola çıkarak, ilgili çalışmanın yapıldığı zaman dilimi içerisinde ülkemizin diğer üye ülkelere kıyasla gerek ekonomik gerek politika ve gerekse sosyal anlamda e-sağlık konusunda farklara sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca araştırma kapsamında yapılan literatür taraması esnasında e-sağlık konulu çalışmalara çok fazla rastlanmamıştır.

Yukarıdaki bilgilerden yola çıkarak yapılan literatür araştırmasında Türkiye'nin e-sağlık hazırbulunuşluk düzeyini belirleyen kapsamlı bir araca rastlanmamıştır. Bu çalışmada, Türkiye'nin e-sağlık hazırlığının temel faktörlerini belirlemek için araçlar ve teknikler keşfetmek amaçlanmaktadır. Araştırmanın temel problemi "e-sağlık hazırbulunuşluğunun altında yatan temel faktörler nelerdir?" Alt problemleri ise, "ilgili konudaki uzmanlar için e-sağlık hazırbulunuşluk ölçeğinin yapısı nedir?", "Yeni geliştirilen toplumsal e-sağlığa hazırbulunuşluk ölçeği, ne ölçüde geçerli ve güvenilirdir?" olarak belirlenmiştir.

II. YÖNTEM

Bu çalışmada nicel ve nitel yöntemlerin güçlü taraflarından faydalanarak, her iki yöntemin dezavantajlarını gidermek amacıyla karma yöntemler araştırması tercih edilmiştir. Ayrıca bir yöntemden elde edilen bulguları diğer yöntemle bilgi sağlamak için kullanarak bir yöntemin etkinliğinin diğer yöntemin etkinliği ile desteklemek amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında karma yöntemler araştırmaları desenlerinden keşfedici sıralı karma yöntemler deseni araştırma için uygun olacağı düşünülmektedir.

Keşfedici sıralı karma yöntemler deseninde (nitel → nicel) öncelikle nitel veriler toplanarak analiz edilmektedir. Daha sonra nitel bulgular ikinci aşama olan nicel yöntem aşamasının gelişmesinde kullanılmaktadır. Bu desenin amacı bir ölçek geliştirmek ya da nitel verilerden yola çıkarak belirlenen değişkenlerin geliştirilmesi ve nicel olarak uygulanmasıdır (Toraman, 2021). Bu araştırma kapsamında toplumsal e-sağlığın hazırlık durumunu değerlendirecek bir ölçeğin alanlarının ve boyutlarının neler olduğu öncelikle merak edilen bir husustur. Bu bağlamda araştırmanın keşfedici sıralı karma yöntemler desenine ilişkin araştırma diyagramı Şekil 1’de gösterilmektedir.

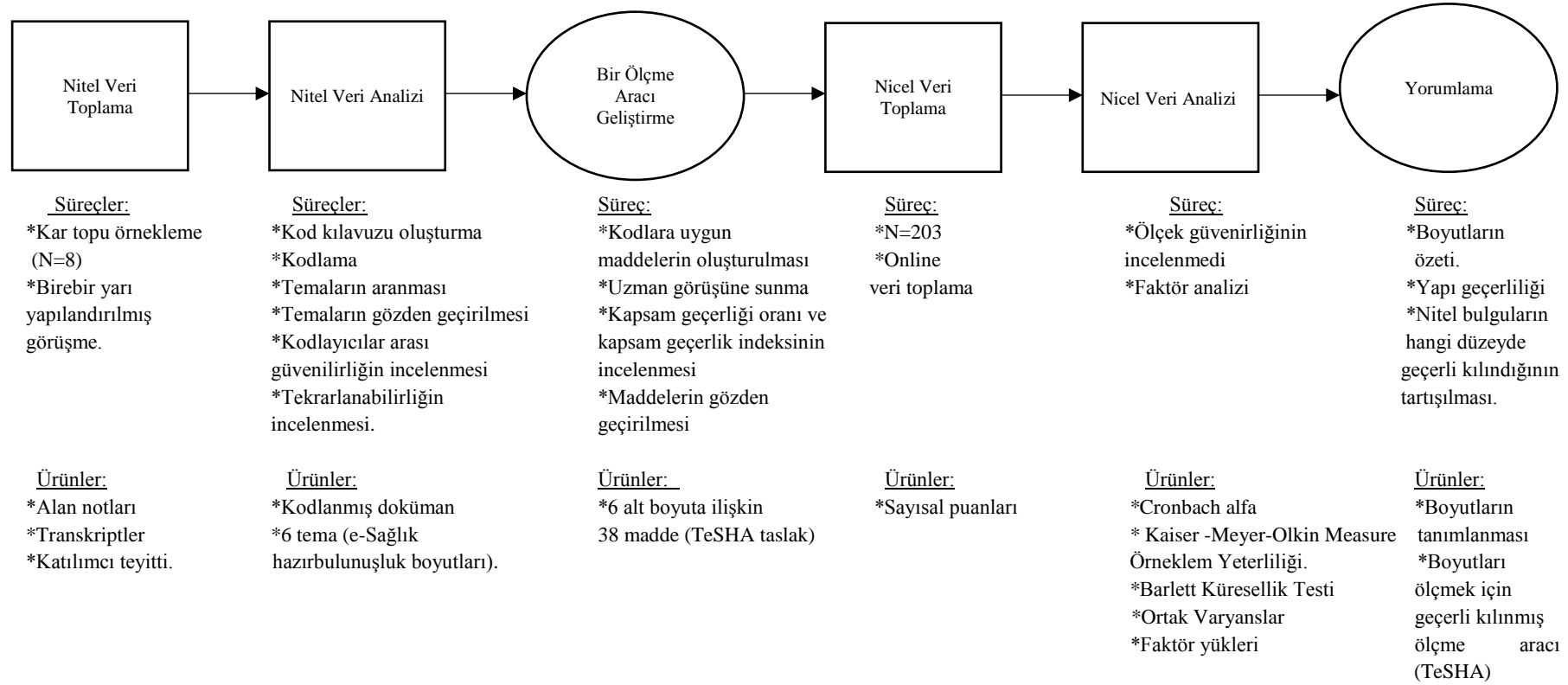
Araştırma uzman görüşmelerinden oluşan nitel veri toplama, nitel veri analizi, görüşme verilerine dayalı araç geliştirme, 203 katılımcıyla bir çevrimiçi anket aracıyla nicel veri toplama ve son olarak nicel verilerin analiz edilmesi aşamalarından oluşmaktadır. Aşağıdaki bölümlerde, e-sağlık hazırbulunuşluk ölçeğini geliştirmek ve doğrulamak için kullanılan nitel ve nicel prosedürler açıklanacaktır.

2.1. Nitel Araştırma Aşama

Çalışmanın ilk aşaması e-sağlık konusunda deneyim ve araştırması olan uzmanlarla yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilerek başlatılmıştır. Uzmanlar *olasılıklı olmayan örnekleme* yöntemlerinden olan *kartopu örnekleme yöntemiyle* araştırmaya en fazla katkı sağlayacak kişilerden seçilmiştir. Kartopu örneklemede zincirleme erişim mantığı hâkim olduğundan (Güler vd., 2015) araştırmacı görüşmeleri gerçekleştirirken, katılımcılara e-sağlık konusunda bildikleri ve görüşme yapmayı kabul edebilecek diğer uzmanların bilgilerini sormuştur. Böylelikle toplamda konuda deneyim sahibi olan 5 hekim ve ilgili konuda araştırmaları olan 3 akademisyen ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar görüşmeleri ilerlettikçe önerilen uzmanların daha önce görüşülen uzmanlar olduğunu fark etmişlerdir. Hekimlerden biri mevcut e-sağlık uygulamalarının hayata geçirilmesinde koordinatörlük yapmıştır; diğer bir hekim ise yapay zekâ üzerine araştırmalarda bulunmuş ve sağlık alanında yöneticilik deneyimine sahiptir; bir başka hekim ise aile sağlık merkezinde hekimlik yapmakta ve sağlık hizmetlerinde büyük veri üzerine doktora araştırmasını yürütmektedir; diğer bir hekimin ise ilgili konuda araştırmaları bulunmaktadır. Araştırmaya katılan akademisyenler ise yurt dışında e-sağlık uygulamalarını yerinde inceleme fırsatı bulmuş bir doçent, e-sağlık uygulamaları üzerine makaleleri olan bir profesör ve bir araştırma görevlisi yer almaktadır.

Literatürdeki bilgilere göre araştırmacı araştırma sorusunun yanıtı olabilecek ifadelerin tekrar etmeye başladığında yani veri doyumu noktasına ulaştığında görüşmeler sonlandırılır (Glaser ve Strauss, 1967; akt.; Yıldırım ve Şimşek, 2018). Görüşmelere veri doygunluğuna ulaşılan kadar devam edilmiştir. Pandemi sürecinde şehirlerarası seyahatin hem araştırmacı hem de uzmanlar açısından tehlikeli olacağı gerekçesiyle; görüşmeler uzaktan çevrimiçi görüşme araçları ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmelere başlarken araştırmanın amacının e-sağlığa hazırbulunuşluk faktörlerini keşfetmek olduğu ve katılım sağlayan uzmanların kişisel bilgilerinin üçüncü kişilerle kesinlikle paylaşılmayacağını belirtilmiştir. Uzmanların rızası alınarak görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Araştırmacı görüşmelere öncelikle “ülkenin e-sağlığa hazır bulunması ne anlam ifade etmektedir?” şeklinde genel bir soruyla başlamıştır. Uzmanların verdikleri yanıtlara göre “e-sağlığa hazırlık için neler gereklidir?” şeklinde tampon sorularla görüşmeler devam ettirilmiştir. Araştırmacı mülakat sonunda aldığı notlar üzerinden katılımcılara konuya dair görüşlerinin doğru anlaşılıp anlaşılmadığını teyit ettirmiştir.

Şekil 1. TeSHA: Keşfedici Sıralı Karma Yöntemler Diyagramı



Kaynak: Myers ve Oetzel (2003); Aktaran: Creswell and Clark (2017); Aktaran: Dede ve Demir (2018) *

Veri analizi, araştırmacılar öncelikle ses kayıtlarını transkriptlere dönüştürmüş daha sonra tüm transkriptler ses kayıtlarıyla birlikte yeniden gözden geçirmiştir. Elde edilen veriler tematik analiz aşamaları dikkate alınarak analiz edilmiştir (Braun ve Clarke, 2006). Araştırmacılar birbirlerinden bağımsız bir şekilde transkriptlerden birini inceleyerek kod kılavuzu ve aday temaları hazırlamıştır. Araştırmacılar daha sonra bir araya gelerek kılavuzdaki kodları ve temaları gözden geçirmiştir. Nitel verilerin analizi MAXQDA 2020 programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar sonraki aşamada transkriptlerin yarısını birbirlerinden bağımsız bir şekilde kod kılavuzunu dikkate alarak analiz etmiştir. Bu aşamada kodlayıcılar arası uyuma bakılmıştır. Daha sonra araştırmacılardan biri tüm transkriptleri tamamını iki hafta arayla iki kez analiz etmiş ve bu analizlerin sonuçları arasındaki uyuma da bakılmıştır. Sonraki aşamada ise temalar isimlendirilerek tanımlamaları yapılmıştır. Yapılan temalar ve tanımlamalar uzman görüşüne sunulmuş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. İlgili analizlere ilişkin bulgular, araştırma bulguları kısmında sıralanmıştır.

2.2. Nicel Araştırma Aşaması

Çalışmanın nicel kısmı, nitel kısımdaki bulgulara göre belirlenmiştir. Nitel araştırma aşamalarının neticesinde keşfedilen 6 boyuttan oluşan TeSHA'nın yapısal geçerliliğinin incelenmesi ve nicel bulguların nitel bulguları ne oranda destekleyeceği merak edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü ve örneklem tekniği, Gorsuch (1983) değişken başına minimum beş katılımcı veya analiz başına en az yüz katılımcı önermiştir (Aktaran: Bryman ve Cramer, 2001). Bu nedenle ölçekte yer alan madde sayısının (38) 5,3 katı örneklem (203) üzerinden uygulanmıştır. Örneklem belirlenirken olasılıklı olmayan örnekleme türlerinden biri olan kolayda örnekleme yöntemiyle uygulama gerçekleştirilmiştir. Kolayda örneklemede, araştırmacılar ihtiyaç duydukları örnekleme ulaşılınca kadar en kolay ulaşılabildikleri örneklem üzerinden uygulama aşamasını gerçekleştirirler (Gürbüz ve Şahin, 2014). Bu kapsamda araştırma Kastamonu il ve ilçelerinde yaşayan bireylere uygulanmıştır.

Ölçeğin uygulanması, ölçekteki maddeler 5'li Likert tipi ölçekleme kullanılarak uygulanmıştır. Maddelerin cevaplanması, "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum", "Kesinlikle Katılıyorum" biçimde yapılandırılmış ve demografik bilgiler için de ayrıca sorulara yer verilmiştir. Araştırma, internet üzerinden hazırlanan anket formu ile güvenilir ve gönüllü katılımcılar üzerinden gerçekleştirilmiştir. İnternet üzerinden uygulanan anketler için öncelikle farklı anket formları hazırlanmış ve araştırmacıların yakın çevresindeki, ölçekte yer alan demografik bilgilerdeki farklılıklar dikkate alınarak uygulama denemesi yapılmıştır. Katılımcıların en rahat ve kolay katılım sağladığı forma karar verilmiş ve asıl uygulama yapılmıştır.

Veri analizi, geliştirilen ölçeğin boyutlarına yönelik yapı geçerliliğinin incelenmesi ve nicel bulguların nitel bulguları ne oranda destekleyeceğinin tespit edilmesi amacıyla Keşfedici Faktör Analizi (KFA) uygulanmıştır. KFA, yeni bir ölçek geliştirirken ölçeğin yapısal geçerliliği ve faktöriyel geçerliliğinde kullanılması önerilen bir analiz türüdür (Gürbüz ve Şahin, 2014) Nicel verilerin analizinde SPSS 2020 programı kullanılmıştır. İlk aşamada verilerin faktör analizine uygunluğu incelenmiştir. Bu kapsamda, örneklem yeterliliğinin uygunluğunun incelenmesi amacı ile Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) değeri ve Barlett Küresellik Testi bulgularına bakılmıştır. Daha sonra maddelerin faktörleştirilmesi aşamasında temel bileşenler (principal components) faktör analiz yöntemi ve Varimaks eksen döndürme tekniği tercih edilmiştir. Faktör sayısı belirlenirken öz değer 1'den büyük olma kriteri dikkate alınmıştır. Nicel verilerin de desteklediği asıl ölçekte yer alacak olan boyutlara ilişkin güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Aşağıda uygulanan analizlere ilişkin bulgular açıklanmıştır.

III. BULGULAR

Nitel araştırmanın bulguları: nitel verilerin analiz sonuçlarına göre e-sağlık uygulamalarına hazırlık uzmanlar tarafından farklı paydaşların hazırlığını gerektirmiştir. Bu paydaşlar toplumsal hazırlık, sağlık kurumlarının hazırlığı, yapısal hazırlık ve yazılımsal hazırlıktır. Literatürde daha önce yapılan çalışmaların bulguları incelendiğinde de e-sağlık hazırbulunuşluk için farklı alanların dikkate alınması gerektiği saptanmıştır (Chowdhury, 2008; Kgasi ve Kalema, 2014; Khoja vd., 2008; Ojo vd., 2007; Rezai-Rad vd., 2012; Mauco vd., 2018).

Uzmanların her bir paydaşın hazırbulunuşluğunun nasıl sağlanacağına dair görüşleri derinlemesine yarı yapılandırılmış mülakatlarla keşfedilmiştir. Bu makale kapsamında farklı paydaşlara dair bulguların tamamını açıklamak mümkün değildir. Bu nedenle sadece toplumsal e-sağlığa hazırbulunuşluk için geliştirilen ölçek ele alınmıştır. Gelişmekte olan ülkeler için e-sağlık hazırbulunuşluğu değerlendiren mevcut çalışmalarda en az değerlendirilen alanlardan birinin toplumsal hazırlık olduğu tespit edilmiştir (Mauco vd., 2018). Bu kapsamda çalışmamızın ilgili literatüre önemli bir katkı sağlayacağına inanılmıştır.

Toplumsal e-sağlığa hazırbulunuşluk, halkın e-sağlık hizmetlerinden ne kadar haberdar olduğunu, e-sağlık uygulamalarına ne ölçüde erişebildiğini (Mauco vd., 2018), e-sağlık hizmetleri için zihinsel dönüşümünün ne boyutta olduğunu, toplumun deneyimlerinin e-sağlık teknolojilerinin kullanımına yönelik algılarını ölçmeyi içerir. Toplumsal e-sağlığa hazırbulunuşluk bağlamında *kültürel boyut, gizlilik ve güvenilirlik boyutu, teknoloji/altyapı boyutu, tutum boyutu, eğitsel hazırlık boyut ve kullanım kolaylığı boyutu* olmak üzere 6 boyut keşfedilmiştir. Aşağıda bu boyutlara ilişkin tanımlamalar yer almaktadır.

Kültürel hazırlık boyutu ile e-sağlık uygulamalarının toplumun kültürel değerlerine, alışkanlıklarına ve ihtiyaçlarına uygun olup olmadığına ilişkin düşüncelerini belirlemek amaçlanmaktadır. Literatürde e-sağlık uygulamalarının tasarımında, uygulamasında ve sürekli kullanımında toplumun kültürel değerlerinin dikkate alınması kültürel hazırlık olarak tanımlanmıştır (Kiberu vd., 2017).

Gizlilik ve güvenilirlik boyutu ise, toplumun e-sağlık uygulamalarına olan güvenini belirleme amacıyla keşfedilen gizlilik ve güvenilirlik boyutunda ise toplumun e-sağlık uygulamalarına ilişkin mahremiyet endişesi duyup duymadığı, kişisel ve sağlık verilerinin gizliliğine ilişkin güveninin olup olmadığı saptamak amaçlanmıştır. İlgili literatürde hasta sağlık bilgilerinin sağlık hizmeti sunucuları tarafından erişilebilir olsa da bu erişimin kontrol altında olması hasta mahremiyetinin korunması ve hasta bilgilerinin güvenliği için gerekli olduğu belirtilmiştir (Li vd., 2012).

Teknolojik ve altyapı boyutuyla, toplumun e-sağlık uygulamaları için gerekli olan teknolojik ve altyapı kaynaklarına yeteri kadar sahip olup olmadığı belirlemek istenmiştir. Literatürdeki e-sağlık hazırbulunuşluğunun teknolojik alt boyutu daha çok sağlık hizmeti sağlayıcıları için ifade edilmiş; mevcut donanımın, yazılımın, ağların ve dahili bilgi ve iletişim kaynaklarının e-sağlık uygulamalarını destekleme becerisi olarak tanımlanmıştır (Kiberu vd. 2017).

Tutum boyutu altında ise toplumun bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak e-sağlık uygulamalarını kullanmaya yatkın ve hazır olup olmadığı belirlemek istenmiştir.

Eğitsel boyutla toplumun e-sağlık uygulamalarına ilişkin hazırbulunuşluk durumunun eğitim anlamında mevcut durumu, katılımcıların bu eğitime ihtiyaç duyup duymadıkları eğitim içeriği ve niteliğinin bu ihtiyacı karşılayıp karşılamadığına ilişkin düşünce ve inançları boyutuyla incelenmesidir.

Kullanım kolaylığı boyutu ise, katılımcıların e- sağlık uygulamalarını toplumun her kesimine hitap edebilecek düzeyde basit ve sade bulup bulmadığına yönelik maddeler içermektedir.

Güvenirlilik ve geçerlilik, nitel araştırmalarda doğrudan alıntılara yer verilerek, katılımcıların bakış açılarının ve düşüncelerinin araştırmacı tarafından ne oranda doğru anlaşıldığını göstermesi nitel araştırmanın yorumlayıcı geçerliliğini gösterir (Güçlü, 2019). Bu makale çalışması kapsamında elde edilen nitel verilerin yorumlayıcı geçerliliğini sağlamak amacıyla Tablo 1’de katılımcılarla yapılan görüşmelerden örnek alıntılar, bu alıntılara dayalı olarak yapılan kodlamalar ve ortaya çıkan boyutlar sunulmuştur. Keşfedilen her bir koda ilişkin alıntılarının tamamını bu makale çalışmasında sunmak mümkün olmadığından bazı kodlara ilişkin alıntılar sunulmuştur. Nitel araştırmalarda geçerliliği arttıracak stratejilerden bir diğeri ise araştırmacı çeşitlemesidir.

Tablo 1. Toplumsal e-Sağlığa Hazırbulunuşluk Kod Sistemi

Alt Boyutları	Kodlar	Örnek Katılımcı Alıntıları
Kültürel Boyut	İhtiyaç duymak Alışkanlıklar Kültürel değerlere uygunluk Mahremiyet Deneyim sahibi olma	-Kültürel faktörler, alışkanlıklar uygulamayı kullanma ile ilişkili olabilecek, alışkanlıklar olması lazım. -Bir uygulama toplumun bir değerine aykırı ise o uygulamanın yaşaması pek beklenmez.
Gizlilik ve Güvenirlilik Boyutu	Güven duyma Veri gizliliği	-Ülkenin vatandaşlarının hazır olması, veri mahremiyetine, gizliliğine ve bu verileri hangi çalışmalarda nasıl kullanacağına dair vizyonlarına, bunlarla çok yakın ilişkilidir. - Kullanıcıların uygulamaya olan güveni önemlidir.
Teknolojik ve Altyapı Boyutu	Ücretsiz internet 24 saat ulaşılabilirlik Finansal ulaşılabilirlik İnternete erişim Teknik donanıma sahip olma	-Bir toplum akıllı cep telefonlarını kullanamıyorsa, akıllı cep telefon uygulamasının kullanılması mümkün değil. Birinci aşama bunların bir kere insanlara ulaşabilmesi lazım. -Bu bağlamda toplumu hazırlayacaksa bir kere biz topluma internet sağlayabilmeliyiz, teknik donanımı sağlayabilmeliyiz.
Tutum Boyutu	Tercih etmek Arzu etmek Faydalı bulma Zaman kazanma Teşvik edilme Zihinsel hazır olmak	-İnsanların bilişsel olarak, zihinsel olarak, psikolojik olarak e-sağlığı kullanmaya yatkın ve kullanmaya hazır olmaları gerekmektedir. -Teşvik edici mesela maddi bir kazanç olması gerekir. Şöyle düşünün Hollanda’da e-sağlık üzerinden tedavi olursanız normal tedaviye göre yarı yarıya indirimli bunun için sağlık sigorta şirketleri e-sağlığa yönlendiriyor hastaları çünkü 20 dolar verene kadar 10 dolara tedavi ettiriyor hastayı bu özel sağlık sigortasını motive ediyor
Eğitsel Boyut	Teknolojik yatkınlık Haberdar olma Teknoloji okuryazarlık Sağlık okuryazarlığı Eğitim programları Siber güvenlik farkındalığı	-e-Sağlık araçlarını kullanılmak için sağlık okuryazarlığı yoktur, o araçların nasıl kullanılması gerektiğini bilmiyordur; e-nabız, doktor ile tele tıpta nasıl konuşacağını, ya da aile hekimi için belki bir ön eğitimleri verilebilir. -Toplumun sağlık siber güvenliği açısından eğitilmesi yazılımcının eğitilmesi ayrıca siber güvenlikçilerin bu işe özgü eğitimler alması gerekiyor.
Kullanım Kolaylığı Boyutu	Materyal Dizayn/ideal tasarım Uygulamanın basitliği	-Yapacağınız uygulama, toplumun her kesimine hitap edebilecek düzeyde basit sade olmalı -En değerlisi kolaylıktır. En değerli faktör bir uygulamanın kabul görmesi için kullanımının kolay olması lazımdır.

Araştırmacı çeşitlemesi, araştırma sürecine birden fazla araştırmacının katılımının sağlanması ile gerçekleştirilmektedir (Güçlü, 2019). Bu kapsamda araştırmanın analiz sürecinde kod kılavuzunun

oluşturulması ve tekrarlanabilirlik tutarlılığının sağlanabilmesi amacıyla araştırma analiz sürecine birden fazla araştırmacı dahil edilmiştir.

Nitel araştırmalarda tutarlılık kavramı, güvenilirlik kavramı yerine önerilmektedir (Lincoln ve Guba, 1985; Aktaran: Yıldırım ve Şimşek, 2018). Bu araştırmanın tutarlılığı; tekrarlanabilirlik, kararlılık ve doğruluk olmak üzere üç ayrı şekilde incelenmiştir. Nitel araştırmaların *tekrarlanabilirliği* konusunda tutarlılığının sağlayabilmek için araştırma sürecine birden fazla araştırmacının katılımının sağlanması gerekmektedir (Şencan, 2005). Bu çalışma kapsamında elde edilen verilerin analizi sürecinde araştırmacılar transkriptlerin belli bir kısmını birbirlerinden bağımsız analiz ederek, kodlayıcılar arası uyumun sağlanıp sağlanmadığını kontrol etmiştir. Bu uyum MAXQDA 2020 programı aracılığı ile incelenmiştir. Bu aşamada araştırmacılar arasındaki uyumu değerlendirmek için Cohen (1960) tarafından tavsiye edilen Kappa istatistiği tekniği kullanılmıştır. Araştırmacılar arasında hesaplanan Kappa değeri 0,75 olarak bulunmuştur. Bu durum araştırmacılar arasında önemli derecede uyumun sağlandığını göstermektedir (Barrett, 2001). Araştırmacılar tarafından yapılan kodlamalar karşılaştırılarak aradaki tutarsızlıklar giderilmiştir.

Kararlılık incelemesinde ise araştırmacı elde edilen verilerin kodlama sürecini belli aralıklarla iki kez tekrarlamıştır. Farklı zaman dilimlerinde yapılan kodlamalar arasında uyumu gösteren Kappa değeri 0,92 olarak tespit edilmiştir. Bu durum araştırmacı iç tutarlılığı konusunda önemli derecede uyum olduğunu göstermektedir (Barrett, 2001). Araştırmacı tarafından yapılan iki farklı kodlama karşılaştırılarak aradaki tutarsızlıklar giderilmiştir.

Doğruluk tutarlılığının sağlanması adına araştırma bulgularının kodlama ve temalaştırma sonuçları e-sağlık ile ilgili literatürde daha önceki çalışmalar dikkate alınarak geliştirilmiştir. Nitel araştırma verilerinin bulguları aşamasında boyutların tanımlandırılması yapılırken ilişkilendirilen çalışmalara yer verilmiştir.

Ölçek Geliştirme, ölçek madde havuzunun oluşturulması aşamasında, e-sağlık konusundaki uzmanlarla yapılan görüşmelerin analizi sonucu ortaya çıkan Toplumsal e-Sağlığa Hazırbulunuşluk boyutlarına dayalı olarak 41 maddeyi kapsayan madde havuzu oluşturulmuş ve maddelerin uygunluğunun değerlendirilmesi için uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan her bir maddeyi “amacına uygunluk” yani keşfedilen e-sağlık hazırbulunuşluk boyutu ve ilişkili kodu temsil etme, “maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılabilir olma ve yeteri kadar açık ifade edilmiş olma” durumlarına göre değerlendirmeleri istenmiştir. Bu amaçla oluşturulan uzman formu öncelikle Türkçe dil bilimci uzmanı tarafından gözden geçirilmiştir. Daha sonra bu uzman formu 4 sağlık yönetimi uzmanı; 1 teknoloji ve bilgi yönetimi uzmanı; 1 hekim; 2 ölçme ve değerlendirme uzmanını tarafından değerlendirilmiştir.

Taslak ölçek maddeleri ile ölçülmek istenilen e-sağlık hazırlığına ilişkin özellik arasındaki ilişki ölçme aracının kapsam geçerliliği ile ilgilidir (Yurdugül, 2005). Bu aşamada ölçme aracının kapsam geçerliliği Lawshe (1975) tekniği ile incelenmiştir. Uzman formu Lawshe tekniği formatında “Uygun” ; “ Uygun değil”; “Uygun Ancak Düzeltilmeli” şeklinde hazırlanmıştır. Lawshe tekniğine (1975) göre bir maddenin ölçekte yer alıp almasına ilişkin kapsam geçerliliği “Kapsam Geçerliliği Oranı (KGO)” ile hesaplanır. Bu hesaplama aşamasında her bir maddeye ilişkin, uygun diyen uzman sayısından toplam uzman sayısının yarısı çıkarılıp sonucun toplam uzman sayısının yarısında bölünmesiyle elde edilmektedir. Bu işlem sonrasında ölçme aracının tamamı için “Kapsam Geçerlilik İndeksi” hesaplanmaktadır. Bu hesaplama işlemi ise ölçekte yer almasına karar verilen her bir ölçek maddesinin KGO değerinin ortalaması hesaplanarak elde edilmektedir (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018).

Ayre ve Scally (2014) araştırmalarında KGO’ ların minimum değerleri için Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ)’nü içeren bir tablo geliştirmiştir. KGÖ tablosu incelendiğinde uzman sayısı 8 olması durumunda KGO’nun minimum değeri 0,75 olarak kabul edilmektedir (Ayre ve Scally, 2014). Bu bilgiler ışığında taslak madde ölçeğindeki maddelere ilişkin KGO ve ölçeğin tamamı için KGİ değerleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Toplumsal E-Sağlık Hazırbulunuşluk Taslak Ölçeğinin Kapsam Geçerlilik Oranları

Madde	KGO	Madde	KGO
Madde 1	1	Madde 22	0,75
Madde 2	0,75	Madde 23	0
Madde 3	1	Madde 24	1
Madde 4	1	Madde 25	1
Madde 5	1	Madde 26	0,75
Madde 6	1	Madde 27	1
Madde 7	1	Madde 28	1
Madde 8	1	Madde 29	1
Madde 9	1	Madde 30	1
Madde 10	1	Madde 31	0,75
Madde 11	1	Madde 32	0,75
Madde 12	0,25	Madde 33	0,75
Madde 13	1	Madde 34	1
Madde 14	1	Madde 35	1
Madde 15	1	Madde 36	0,25
Madde 16	1	Madde 37	1
Madde 17	0,75	Madde 38	1
Madde 18	1	Madde 39	1
Madde 19	0,75	Madde 40	1
Madde 20	1	Madde 41	1
Madde 21	1		
Toplam Uzman Sayısı		8	
Kapsam Geçerlik Ölçütü		0,75	
Kapsam Geçerlik İndeksi		0,94	

Taslak ölçekte yer alan maddelerin ölçekte yer alıp almayacağına Tablo 2'ye göre karar verilmiştir. Buna göre KGO'nun KGÖ'den daha küçük bir değere sahip olduğu gözlenen üç madde (Madde 12, Madde 23, Madde 26) ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekte yer alan bazı maddeler de (Madde 2, Madde 17, Madde 19, Madde 22, Madde 26, Madde 31, Madde 32, Madde 33) ise uzmanların önerileri dikkate alınarak gerekli görülen düzeltmeler yapılmıştır. Taslak ölçekten 3 madde çıkarıldıktan sonra, KGİ hesaplanmış ve 0,94 olarak tespit edilmiştir. Literatürdeki bilgilere göre KGİ değerinin KGÖ'den büyük olması ölçeğin kapsam geçerliliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (Lawshe, 1975; Aktaran: Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Bu bilgilere göre taslak ölçekten elde edilen değerlerden KGİ (0,94) > KGÖ (0,75) sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak 41 maddeden oluşan taslak ölçek uzman görüşü ve kapsam geçerliliği aşamalarından sonra 38 maddeye indirgenmiştir. Aşağıda geliştirilmiş olan Toplumsal e-Sağlığa Hazırbulunuşluk Aracı (TeSHA)'nın yapı geçerliliğini test etmek amacıyla nicel araştırma aşamasından bahsedilmiştir.

Nicel veri analizlerinin bulguları, Araştırmaya katılan 203 bireyin sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, eğitim durumu, yaş vs.) ait frekans dağılımları Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Sosyo-Demografik Özellikler

Demografik Özellikler	Katılımcı Sayısı (N)	Yüzde (%)	Demografik Özellikler	Katılımcı Sayısı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet			Yaşadığınız yer		
Erkek	131	78,3	Kastamonu merkez	52	25,6
Kadın	72	21,7	Kastamonu ilçe	151	74,4
Toplam	203	100	Toplam	203	100
Yaş			Eğitim durumu		
20-24 yaş	21	10,3	İlköğretim	8	3,9
25-29 yaş	33	16,3	Ortaokul	18	8,9
30- 34 yaş	50	24,6	Lise	48	23,6
35-39 yaş	41	20,2	Önlisans/Lisans	100	49,3
40-44 yaş	25	12,3	Lisansüstü	29	14,3
45- 49 yaş	10	4,9			
50 yaş ve üstü	23	11,3			
Toplam	203	100	Toplam	203	100
Demografik Özellikler	Katılımcı Sayısı (N)	Yüzde (%)	Demografik Özellikler	Katılımcı Sayısı (N)	Yüzde (%)
Aylık gelir			Yaşadığınız Bölge		
2000 den az	42	20,7	Karadeniz	203	100
2001 TL -4000 TL	54	26,6			
4001 TL -6000 TL	56	27,6			
6001 TL -8000 TL	25	12,3			
8001 TL ve üzeri	26	12,8			
Toplam	203	100	Toplam	203	100

Tablo 3'te yer alan bilgilere göre katılımcıların %78,3'ü (131 kişi) kadın, %21,7'si (72 kişi) ise erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaklaşık yarısının (%49,3-100 kişi) üniversite mezunu, diğerlerinin %23,6'sı (48 kişi) lise, %14,3'ü (29 kişi) lisansüstü, %8,9'u (18 kişi) ortaokul ve %3,9'u (8 kişi) ise ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun (%74,4-151 kişi) ilçede yaşadığı, (%25,6-52 kişi) il merkezinde yaşadığı görülmektedir. Ayrıca katılımcıların gelir düzeylerine ilişkin frekans dağılımı incelendiğinde, çoğunluğunun (%27,6-56 kişi) 4001-6000 TL arasında gelire sahip olduğu görülmüştür.

TeSHA ölçeğinin faktör analizi için uygun olup olmadığını tespit etmek amacıyla incelenen KMO örneklem yeterlilik değerinin 0,889 olduğu, Bartlett küresellik testinin ise anlamlı olduğu ($p < 0,000$) gözlemlenmiştir. Faktör analizinde bakılması gereken başka bir değer ise ortak varyans değerleridir ve bu değerler 0,20'den küçük çıkması durumunda ilgili maddenin ölçekten çıkarılarak analizin tekrar yapılması önerilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Yapılan KFA'de maddelerin ortak varyansların 0,20' den büyük olduğu tespit edilmiştir. TeSHA'ya ilişkin faktör yükleri, açıklanan varyans yüzdesi ve toplam açıklanan varyans değerleri Tablo 4'de sunulmuştur. Maddelerin oldukça güçlü olması arzulanıdığından yük değerinin en az 0,5 olmasına ve bir maddenin aynı anda birden fazla faktöre yüklenip yüklenmediğine (çapraz yükleme) döndürülmüş bileşenler matrixi üzerinden bakılmıştır. Bu bağlamda Madde 1, 3, 12, 20, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38 ölçekten çıkarılarak faktör analizi tekrar uygulanmıştır.

Tablo 4: TeSHA Keşfedici Faktör Analiz Sonuçları

Madde	Tutum Boyutu	Teknoloji Ve Altyapı Boyutu	Gizlilik ve Güvenirlik Boyutu	Eğitsel Boyutu	Kültür Boyutu
M21	0,702				
M26	0,701				
M23	0,684				
M18	0,680				
M17	0,675				
M25	0,666				
M22	0,650				
M24	0,632				
M19	0,598				
M13		0,827			
M14		0,817			
M11		0,769			
M10		0,757			
M15		0,592			
M16		0,557			
M8			0,831		
M9			0,813		
M6			0,751		
M7			0,744		
M27				0,827	
M28				0,810	
M32				0,754	
M35				0,661	
M4					0,835
M5					0,811
M2					0,518
Açıklanan Varyans Yüzdesi	18,97	15,44	11,60	10,11	9,20
Toplam Açıklanan Varyans Yüzdesi	65,33				

Öz değeri 1'den büyük olan faktörler dikkate alındığında (Tavşancıl, 2005), beş faktörlü bir yapı tespit edilmiştir. Öz değeri 1'den büyük olan beş faktörlü yapı toplamda % 65,33 varyans ile açıklanmaktadır. Ölçmek istenilen toplumsal e-sağlık hazırbuluşluğun tutum faktörü %18,97, teknoloji ve altyapı faktörü %15,44, gizlilik ve güvenirlik faktörü %11,60, eğitsel faktör %10,11, kültür faktörü ise %9,20 oranında ölçmektedir. Öz değer dikkate alınarak TeSHA toplam 5 faktörden ve 26 maddeden oluştuğu keşfedilmiştir.

3.1. Geçerlilik ve Güvenirlik

TeSHA' da yer alan boyutlara ilişkin güvenirlik analizi uygulanmıştır. Bu kapsamda boyutlara ilişkin elde edilen bulgular Tablo 5' de yer almaktadır.

Tablo 5. TeSHA'da Yer Alan Boyutlara İlişkin Güvenirlik Bulguları

Kullanılan Ölçekler	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha Katsayıları (α)
TeSHA	26	0,921
Kültür Boyutu	3	0,807
Gizlilik ve Güvenirlik Boyutu	4	0,859
Teknoloji ve Altyapı Boyutu	7	0,859
Tutum Boyutu	8	0,887
Eğitsel Boyut	4	0,788

Güvenilirlik katsayısını hesaplamak için kullanılan yöntemlerden birisi (α) Cronbach's Alfa katsayısıdır (Gürüş ve Astar, 2014). Cronbach's Alfa katsayısı 0,70 ve üzeri olduğunda ölçek güvenilir olarak kabul edilmektedir (Sipahi vd., 2008). TeSHA' da yer alan boyutların alfa değerlerinin 0,70 değerinin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. İlgili boyutların güvenilir bir şekilde ölçümlendiği ifade edilebilir.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıyla e-sağlık kavramı günümüzde daha yaygın hale gelmiştir. e-Sağlığa hazırlığın değerlendirilmesi ile bu uygulamaların başarısını arttıracığına inanılmaktadır. Literatürde daha önce yapılan araştırmalar incelendiğinde çoğunlukla ülkelerin e-sağlığa hazırlığının sağlık hizmeti sağlayıcılar açısından değerlendirildiği tespit edilmiştir (Jennett vd., 2003; Oliver ve Demiris, 2004; Wickramasinghe vd., 2005; Khoja vd., 2007; Ojo vd., 2007; Li vd., 2010; Rezai-Rad vd., 2012; Qureshi vd., 2012).

Mauco vd., (2018) e-sağlığa hazırlığı değerlendirme çerçevelerini analiz ettikleri çalışmada mevcut araçlar içerisinde toplumsal hazırlığı tespit eden çalışmalara en az sıklıkla rastlandığını belirtmişlerdir. Ülkelerin sağlık sistemleri ve gelişmişlik düzeylerinin farklılıkları göz önünde bulundurulduğunda, ulusal literatürde toplumsal e-sağlığa hazırbulunuşluk düzeyi değerlendirebilecek kapsamlı bir aracın mevcut olmadığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda toplumsal e-sağlığa hazırlığı değerlendirecek bir aracın olmayışı nedeniyle keşfedici sıralı karma yöntem araştırmaları ile güvenilir bir araç keşfedilmek amaçlanmıştır. Keşfedici sıralı karma yönteminin ilk adımında nitel yöntem aşaması yer almaktadır. Bu aşamada e-sağlık konusunda bilgi ve deneyime sahip uzmanlarla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Nitel veriler analiz edildikten sonra toplumsal e-sağlığı değerlendirmek üzere; kültürel hazırlık boyutu, gizlilik/ güvenilirlik boyutu, teknolojik/ altyapı boyutu, tutum boyut, eğitsel boyut ve kullanım kolaylığı boyutu olmak üzere 6 boyuttan ve 38 maddeden oluşan toplumsal e-sağlığa hazırbulunuşluk aracı keşfedilmiştir. Nitel yöntem aşamasındaki bulgularının kapsam geçerliliğine bakılarak ölçek üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Geliştirilen ölçeğin güvenilirliğinin ve geçerliliğini arttırmak amacıyla araştırmanın ikinci aşamasına nicel yöntemle devam edilmiştir. Ayrıca nicel yöntem bulgularının nitel yöntem bulgularını ne oranda destekleyeceği araştırma kapsamında merak edilen bir diğer husustur. Nicel yöntem aşamasında öncelikle geliştirilen ölçekte yer alan madde sayısının yaklaşık 5 katı üzerinde örneklem belirlenmiştir. Belirlenen örneklem üzerinde online anket yöntemi ile veriler toplanmıştır. Nicel yöntem kapsamında elde edilen veriler SPSS 22 programında analiz edilmiştir. Öncelikle ölçeğin faktör analizine uygunluğu incelenmiş daha sonra faktör analizi ile boyutlar tespit edilmiştir. Nitel yöntemlerle elde edilen boyutlara ilişkin maddelerden faktör yükü 0,5'ten küçük ve çapraz yükleme söz konusu olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Öz değer incelendiğinde nihai toplumsal e-sağlığa hazırbulunuşluk ölçeğinin 5 boyuttan ve 26 maddeden oluşmuştur. İncelenen faktör yapısına göre kültürel hazırlık boyutu, gizlilik ve güvenilirlik boyutu, teknolojik ve altyapı boyutu, tutum boyut ve eğitsel boyut nicel yöntemle elde edilen bulgularla da desteklendiği gözlenmiştir. Kullanım boyutuna nicel yöntem bulgularında rastlanmadığı görülmüştür.

Geçerliliği ve güvenilirliği hem nitel yöntem araştırmaları hem de nicel yöntem araştırmaları ile sağlanan TeSHA ile bir ülkenin toplum açısından e-sağlık uygulamalarına hazırlık için gereken faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler dikkate alındığında toplumsal hazırbulunuşluğun sağlanmasında en önemli etkiye sahip olan faktörün tutum boyutu (0,887) olduğu tespit edilmiştir. Diğer boyutlara oranla daha az etkiye sahip olan boyutun ise eğitsel boyut (0,788) olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda keşfedilen TeSHA ile ülkelerin e-sağlık uygulamalarına toplumsal açıdan ne denli hazır buldukları saptanabilecektir. Toplumun tutum, teknolojik ve altyapı, gizlilik ve güvenilirlik, eğitsel ve kültürel boyutlarda ne kadar hazır olduğunun belirlenmesi ile sağlık alanındaki politikacıların ve yöneticilerin teknolojik yatırımlar konusunda daha güvenilir kararlar alacağına inanılmaktadır. Toplumun e-sağlık uygulamalarına ilişkin hazırlık düzeyinin belirlenmesi e-sağlık uygulamalarının

hayata geçirmesi ile oluşabilecek zaman, para ve çaba kaybını azaltacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda geliştirilen TeSHA ile ülke genelinde ya da bölgesel olarak değerlendirmelerin yapılması ve bu doğrultuda sağlık alanında e-sağlık uygulamalarının hayata geçirilmesi önerilmektedir.

Araştırma kapsamında geliştirilen ölçeğin nitel araştırma bulgularına ilişkin tutarlılığı (güvenirliği); tekrarlanabilirlik, kararlılık ve doğruluk üzere üç ayrı şekilde incelenmiştir. Bu incelemeler neticesinde keşfedilen ölçeğin nicel araştırma bulgularının yapısal geçerliliği keşfedici faktör analizi ile belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmanın karma araştırma yöntemler yolu ile tasarlanmış ve raporlanmış olması doğrulayıcı faktör analizinin bu çalışma kapsamında sunulmasını kısıtlamıştır. Gelecekte bu ölçekle yapılacak olan çalışmalarda farklı örneklem üzerinden uygulanarak ölçeğin geçerliliğine ve güvenilirliğine katkı sunulması önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından, 23.05.20219 tarihinde 2019-26/15 numaralı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

KAYNAKÇA

- Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 47(1), 79-86.
- Barrett, P. (2001). Assessing the reliability of rating data. <https://www.pbarrett.net/presentations/rater.pdf>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2001). *Quantitative data analysis with SPSS release 10: A guide for social scientists*. London: Routledge.
- Chowdhury, M. F. U. (2008). *Readiness to Use e-Health in Africa-Design, Validation, and Application of a Country*, University of Calgary. Canada: Ottawa, Library and Archives Canada.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2014). *Karma yöntem araştırmaları tasarımı ve yürütülmesi*. (Çev. Edt. Y. Dede, S. B. Demir). Anı Yayıncılık. (Orijinal çalışmanın yayın tarihi 2011).
- Glaser, B. & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Güçlü, İ. (2019). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Güler, A., Halicioğlu, M. B., & Taşgın, A. (2015). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma: teorik çerçeve-pratik öneriler-7 farklı nitel araştırma yaklaşımı-kalite ve etik hususlar*. Seçkin Yayınları.
- Gürbüz, S. & Şahin, F. (2014). *Sosyal bilimlerde araştırma*. Seçkin Yayıncılık.
- Guriş S, Astar M. *Bilimselde spss ile istatistik*. İstanbul: Der Yayınları.

- Jennett, P., Jackson, A., Healy, T., Ho, K., Kazanjian, A., Woollard, R., ... & Bates, J. (2003). A study of a rural community's readiness for telehealth. *Journal of Telemedicine and telecare*, 9(5), 259-263.
- Kgasi, M., & Kalema, B. (2014). Assessment E-health readiness for rural South African areas. *J. Ind. Intell. Inf*, 2(2).
- Khoja, S. R. A. (2006). *Developing and validating'e-health readiness assessment tools' for public and private healthcare institutions in Pakistan*. [Doctoral dissertation, University of Calgary]
- Khoja, S., Scott, R. E., Casebeer, A. L., Mohsin, M., Ishaq, A. F. M., & Gilani, S. (2007). e-Health readiness assessment tools for healthcare institutions in developing countries. *Telemedicine and e-Health*, 13(4), 425-432.
- Khoja, S., Scott, R., & Gilani, S. (2008). E-health readiness assessment: promoting" hope" in the health-care institutions of Pakistan. *World Hospitals and Health Services*, 44(1), 36-38.
- Kiberu, V. M., Mars, M., & Scott, R. E. (2017). Barriers and opportunities to implementation of sustainable e-Health programmes in Uganda: A literature review. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 9(1), 1-10.
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.
- Li, J., Land, L. P. W., Ray, P., & Chattopadhyaya, S. (2010). E-Health readiness framework from Electronic Health Records perspective. *International Journal of Internet and Enterprise Management*, 6(4), 326-348.
- Li, J., Ray, P., Seale, H., & MacIntyre, R. (2012, January). An E-Health readiness assessment framework for public health services--Pandemic perspective. In 2012 45th Hawaii International Conference on System Sciences (pp. 2800-2809). IEEE.
- Lincoln, Y. S. ve Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Mauco, K. L., Scott, R. E., & Mars, M. (2018). Critical analysis of e-health readiness assessment frameworks: suitability for application in developing countries. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(2), 110-117.
- Oak, M. (2007). A review on barriers to implementing health informatics in developing countries. *Journal of Health Informatics in developing countries*, 1(1).
- Ojo, S. O., Olugbara, O. O., Ditsa, G., Adigun, M. O., & Xulu, S. S. (2007, November). Formal model for e-healthcare readiness assessment in developing country context. In 2007 *Innovations in Information Technologies (IIT)* (pp. 41-45). IEEE
- Qureshi, Q. A., Ahmad, I., & Nawaz, A. (2012). Readiness for e-health in the developing countries like Pakistan. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 10(1).
- Parker Oliver, DR ve Demiriş, G. (2004). Darülaceze kuruluşlarının teknolojik yeniliği kabul etmeye hazır olup olmadıklarının bir değerlendirmesi. *Teletıp ve Telebakım Dergisi* , 10 (3), 170-174.
- Rezai-Rad, M., Vaezi, R., & Nattagh, F. (2012). E-health readiness assessment framework in Iran. *Iranian Journal Of Public Health*, 41(10), 43.

- Sipahi B, Yurtkoru ES, Cinko M.(2008). Sosyal bilimlerde SPSS ile veri analizi. İstanbul: Beta
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*. Seçkin Yayıncılık.
- Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi* (2. bs). Ankara: Nobel Yayınları.
- Toraman, S. (2021). Karma yöntemler araştırması: Kısa tarihi, tanımı, bakış açıları ve temel kavramlar. *Nitel Sosyal Bilimler*, 3(1), 1-29.
- Wickramasinghe, N. S., Fadlalla, A. M., Geisler, E., & Schaffer, J. L. (2005). A framework for assessing e-health preparedness. *International Journal Of Electronic Healthcare*, 1(3), 316-334.
- World Health Organization. (2016). Atlas of EHealth Country Profiles: The Use of EHealth in Support of Universal Health Coverage: Based on the Findings of the Third Global Survey on EHealth 2015 (Vol. 3). https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=IH0yDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=WHO+Global+Observatory+for+eHealth+2016&ots=urER1VV2V5&sig=zgFkna4hLz2Cqsi3TzWyR6ukiwA&redir_esc=y#v=onepage&q=WHO%20Global%20Observatory%20for%20eHealth%202016&f=false
- Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kullanılan Kapsam Geçerliği İçin Bir Yol Haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (11. Baskı: 1999-2018). Seçkin Yayıncılık,
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, Denizli, 1, 771-774.

DÜNYA BANKASI ÜYESİ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN TEKNİK ETKİNLİK DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜMÜ: VERİ ZARFLAMA ANALİZİNE DAYALI BİR UYGULAMA

Biröl YETİM *
Gülnur İLGÜN **
Murat KONCA ***

ÖZ

Yönetim literatüründe sıklıkla kullanılan performans kavramının içerik ve kapsamı noktasında çok sayıda tartışma bulunsa da bu tartışmalardan hareketle söz konusu kavram, amaçlanan hedefe ulaşma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle performans ölçümü, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü için de oldukça önemli konulardan biridir. Özellikle ülke sağlık sistem performanslarının kıyaslanması, kaynaklarını etkin bir şekilde kullanamayan ülkelerin sistemlerini iyileştirebilmeleri için gereklidir. Bu nedenle bu çalışmada, Dünya Bankası üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin kıyaslanması ve benzer gelir grubunda yer alan ve etkin olmadığı görülen ülkelerin performanslarını artırabilmek için çözüm önerilerinde bulunmak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın amaçlarına ulaşabilmek için ilk kez 1978 yılında ortaya atılan ancak sonraki yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda geliştirilen ölçüğe göre değişken getirili ve girdi odaklı Veri Zarflama Analizinden faydalanılmıştır. Gelir düzeylerine göre farklı gruplara ayrılan ülkeler kendi grupları içerisinde yer alan ülkeler ile kıyaslanmıştır. Çalışma sonucunda, yüksek gelirli ülkelerin büyük bir kısmının daha etkin bir sağlık sistemine sahip oldukları tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda ayrıca, orta-düşük ve düşük gelir grubunda olan ülkelere özellikle Moldova, Moğolistan ve Tunus gibi ülkelerin sahip oldukları kaynakların önemli bir bölümünün atıl kaldığı bulunmuştur. Etkin olmadığı tespit edilen ülkelerin bu çalışmada tespit edilen atıl kapasite miktarlarını göz önünde bulundurarak sağlık sistemlerini planlamaları gerektiği ve bu kapsamda bu çalışmanın yöneticiler ve karar vericiler için kanıta dayalı bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Veri zarflama analizi, Etkinlik, Sağlık sistemi.

MAKALE HAKKINDA

*Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, biolyetim@hacettepe.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0002-1294-1874>

** Dr. Öğr. Üyesi, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, gulnurilgun@aksaray.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0128-4001>

***Dr. Arş. Gör. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, konca71@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6830-8090>

Gönderim Tarihi: 09.02.2022

Kabul Tarihi: 16.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Yetim B., İlgün G., & Konca M., (2022). Dünya bankası üyesi ülkelerin sağlık sistemlerinin teknik etkinlik düzeylerinin ölçümü: veri zarflama analizine dayalı bir uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 549-564

MEASURING THE LEVEL OF THE TECHNICAL EFFICIENCY OF THE WORLD BANK MEMBER COUNTRIES' HEALTH SYSTEM: AN APPLICATION ON DATA ENVELOPMENT ANALYSIS

Birol YETİM *
Gülnur İLGÜN **
Murat KONCA ***

ABSTRACT

There are many discussions on the content and the scope of the concept of performance but it's frequently used in management literature and it can be basically defined as the degree of achieving the objectives intended. Thus, performance measurement is one of the most crucial issues for the health sector as much as it does for others. Also, it is necessary to improve the health systems of countries that cannot use their resources effectively. This study was carried out in order to compare the health systems of the World Bank member countries and to offer some solutions for increasing the performance of the countries which in the same/similar income group and are ineffective. Data Envelopment Analysis, input-oriented and variable to the scale, was used to achieve the objectives of the study. This method was first put forward in 1978 and developed as a result of the following studies. In this study, countries firstly divided into different groups according to their income levels and then compared with the other countries within their own groups. As a result of the study, it has been determined that most of the high-income countries have a more effective health system. It was also found that a significant part of the resources of the middle-low and low countries such as Moldova, Mongolia and Tunisia were idle. It is thought that the countries that are found to be ineffective should plan by considering the country's objectives. In this context, it's thought this study will provide evidence-based information for managers and decision-makers.

Keywords: Data envelopment analysis, Efficiency, Health system.

ARTICLE INFO

*Research Assistant, Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Care Management, birolyetim@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1294-1874>

** PhD, Aksaray University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, gulnurilgun@aksaray.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0128-4001>

*** PhD, Çankırı Karatekin University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, konca71@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6830-8090>

Received: 09.02.2022

Accepted: 16.08.2022

Cite This Paper:

Yetim B., İlgün G., & Konca M., (2022). Measuring the level of the technical efficiency of the world bank member countries' health system: an application on data envelopment analysis, Hacettepe Journal of Health Administration, 25(3): 549-564

I. GİRİŞ

Son yıllarda diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de tüm dünyada hızlı bir değişim ve gelişim yaşanmaktadır (Doğan vd., 2017). Nüfus yapısının hızla değişmesi, yaşlı nüfusun artması, hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerinden beklenti ve taleplerinin değişmesi ve tıp alanında yaşanan teknolojik gelişmeler, bu değişimlerden sadece birkaçıdır (Gökbunar ve Koç, 2009; Şengün, 2016; Tekin ve Kara, 2018). Bu noktada, sağlık sektörünün sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi, sağlık sistemlerinin bu türden gelişme ve değişimlere hızlı bir şekilde adapte olabilmeleri ile mümkündür (Ayanoğlu vd., 2010). Öte yandan ülkelerin sağlık hizmet yapılanması ve sunumu için ayırdıkları kaynaklar da her geçen gün artmaktadır. Örneğin; Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü üyesi (OECD) ülkeleri, gayri safi yurtiçi hasıllarının (GSYH) yaklaşık %12'sini, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) %16,8'ini sağlık sektöründe kullanmaktadır. Bu noktada dünya ortalaması yaklaşık %9,8'dir (World Bank [WB], 2021). Ancak sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklar tüm dünyada artmasına rağmen ülkelerin önemli bir bölümü, toplum sağlığı noktasında beklenen iyileşmeleri elde edebilmiş durumda değildir. Dahası dünyanın farklı bölgelerinde söz konusu göstergeler bakımından da ciddi farklılıklar görülmektedir. Örneğin; OECD ülkelerinde doğumda beklenen yaşam süresi (DBYS) yaklaşık 80,2 yıl iken bu oran Sahra altı Afrika'da 61,6 yıla kadar düşmektedir. Ülkelerin bebek ölüm hızları incelendiğinde de benzer bir durum söz konusudur. Bu noktada; ABD, Kanada ve OECD ülkelerinde her bin canlı doğumda meydana genel ölümlerin binde 3'e kadar düştüğü görülmektedir. Ancak bu oran özellikle ekonomik durumu daha düşük olan ülkelere çok daha yüksektir (World Bank, 2021). Bu nedenle; ülkelerin sağlık ile ilgili ulusal hedef ve politikalarına ne ölçüde ulaştıklarının ve kaynak kullanım miktarlarının değerlendirilebilmesi noktasında performans ölçümü önem kazanmaktadır.

Performans son yıllarda sıklıkla tartışılan ancak tanımı üzerinde bir fikir birliği bulunmayan kavramlardan biridir. Ancak performans ile ilgili yapılan tanımlar incelendiğinde; söz konusu kavram, bireylerin, kurumların ya da örgütlerin kendilerinden beklenen hedeflere ne ölçüde ulaşabildiklerinin ve söz konusu hedeflere ulaşabilmek için ne miktarda kaynak kullandıklarının karşılaştırmalı bir şekilde değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Baş ve Artar, 1991; Gencer, 2006; Ayanoğlu vd., 2010). Bu bakımdan ele alındığında, performans diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü için de son derece önemlidir (Varabyova ve Schreyögg, 2013). Özellikle sağlık sektöründe yönetim, kaynak yaratma, hizmet sunumu ve finansman gibi unsurların önemi ve zorluğu göz önünde bulundurulduğunda; sağlık sistemlerinin performanslarının sürekli izlenmesi ve sonuçlarının da analiz edilmesi hem karar vericiler hem de yöneticiler için oldukça önemli konulardan biridir (Anderson ve Hussey, 2001). Dahası performans son zamanlarda uluslararası kurum ve kuruluşların da yakından takip ettiği konulardan biri olarak önemini artırmış durumdadır. Özellikle gelişmiş bazı ülkeler ve bazı uluslararası kurumlar, gelişmekte olan ülke sağlık sistemlerine kredi ve hibe verirken ya/ya da bağış desteğinde bulunurken ilgili ülkelere verilmesi planlanan kaynakların söz konusu sağlık sistemleri üzerinde beklenen/istenen etkiyi yaratıp yaratmayacağını da bilmek istemekte ve bu noktada ülke sağlık sistemleri için performans takibi yapmaktadırlar. Bu nedenle, sağlık sistemlerinde performans ölçümünün sadece mikro düzeyde ele alınan bir konu değil, aynı zamanda uluslararası boyutu da olan çok aktörlü bir durum olduğu söylenebilir (Kruk ve Freedman, 2008).

Sağlık sistemlerinde performans ölçümü ülke sağlık sistemleri tarafından sunulan hizmetlerinin bireylerin ihtiyaç ve beklentilerini karşılamadaki etkinliğinin ve/veya etkililiğinin değerlendirilmesi olarak kısaca tanımlanabilir (Smith vd., 2009; Ozcan, 2008; Van Herck vd., 2010). Sağlık sistemlerinin etkililiği ve/veya etkinliği yani performansı farklı türden teknikler kullanılarak değerlendirilebilir. Bu tekniklerden biri de hiç şüphesiz, sosyoekonomik özellikler bakımından benzer olan ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin kıyaslanmasıdır (Hakkinen ve Joumard, 2007). Kıyaslama esasına dayalı performans ölçümü; mevcut durumunun bir fotoğrafını çekerek eksik ve güçlü yönleri ortaya koyabilmektedir. Dahası bu teknik yardımıyla başarılı uygulamaları tespit edebilmek ve örnek alabilmek, hesap verilebilirliği artırabilmek, kanıt dayalı hedef ve politikalar oluşturabilmek ve kaynak tahsisinde çok daha objektif kriterler oluşturabilmek mümkündür (Klazinga, 2010; Smith ve Papanicolas, 2012; Cylus vd., 2017; Sebastien, 2018).

Ülke sağlık sistemlerinin kıyaslanması esasına dayalı performans ölçüm çalışmalarında çok sayıda teknik kullanılabilir. Bu teknikler kendi içerisinde parametrik ve parametrik olmayan analiz teknikleri olarak iki başlıkta ele alınıp incelenebilir. Parametrik olmayan analiz teknikleri, analiz öncesinde belirli bir fonksiyonel kalıp dayatmaması, aynı anda çok sayıda değişken kullanmaya imkân vermesi ya da karşılaştırılan birimleri kendi içerisinde sıralayabilmesi gibi bazı üstünlükleri nedeniyle fazlaca tercih edilen teknikler arasındadır. Parametrik olmayan teknikler arasında en çok tercih edilenlerden birisi Banker ve diğerleri (1984) tarafından geliştirilen Veri Zarflama Analizi (VZA)'dır (Mohamadi vd., 2020). Literatür incelendiğinde bu konu ile ilgili çok sayıda çalışma görmek mümkündür (Retzlaff-Robert vd., 2004; Novignon ve Nonvignon, 2015; Ozcan ve Khushalani, 2017; Storto ve Goncharuk, 2017; Sun vd., 2017; See ve Yen, 2018; Yesilaydin, 2019). Örneğin; Retzlaff-Roberts ve diğerleri (2004) yılında OECD üyesi ülkelerin sağlık sistemlerini değerlendirebilmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada, beklenen okullaşma yılı, Gini katsayısını, hekim sayısını (HS), yatak sayısını (YS), sağlık harcaması/gelir oranını ve tütün kullanan nüfus oranını girdi değişkeni ve doğumda beklenen yaşam yılı (DBYS) ve bebek ölüm hızını (BÖH) çıktı değişkeni olarak kullanarak VZA yapmışlardır. Sinimole (2012) de benzer bir şekilde 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi 180 ülkenin sağlık sistemlerinin teknik etkinlik düzeylerini incelediği çalışmada VZA'yı kullanmış ve söz konusu çalışmada girdi değişkenleri olarak, HS'yi, hemşire sayısını ve kişi başına düşen sağlık harcamasını (KBDSH) kullanmıştır. Yazar, söz konusu çalışmada çıktı değişkeni olarak yetişkin ölüm hızını, BÖH'ü, yenidoğan ölüm hızını ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızını dikkate almıştır. Varabyova ve Schreyögg (2013) OECD ülkelerinin ulusal sağlık sistemlerinin teknik etkinlik düzeylerini VZA ile araştırdıkları çalışmalarında, HS'yi YS'yi ve hemşire sayısını girdi, hastanelerde ölüm hızını ve hastanelerden taburcu oranını çıktı değişkeni olarak kullanmışlardır. Novignon ve Nonvignon (2015) da benzer bir şekilde Afrika ülkelerinin ulusal sağlık sistemlerini VZA ile karşılaştırmışlar ve söz konusu çalışmalarında girdi değişkeni olarak SH'yi, çıktı değişkeni olarak BÖH'ü kullanmışlardır. Dolayısıyla VZA'nın, ülke sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi noktasında sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri olduğu söylenebilir. Ancak yapılan bu çalışmaların büyük bir bölümü, OECD gibi küçük ülke grupları üzerinde yapılmıştır (Retzlaff-Roberts vd., 2004; Spinks ve Hollingsworth, 2009; Varabyova ve Schreyögg, 2013; Samut ve Cafri, 2016; Ozcan ve Khushalani, 2017; Sepehr vd., 2019; Yesilaydin, 2019).

Bu çalışma, Dünya Bankası'na üye ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Dünya Bankası, orta-düşük ve düşük gelirli ülkelere kalkınmalarını sağlama amacıyla kredi ve hibe sağlayan uluslararası bir finans kuruluşudur (World Bank, 2022a). Dünya Bankası, 1944 yılında Bretton Woods Konferansı'nda Uluslararası Para Fonu ile birlikte kurulmuştur. Güncel istatistiklere göre Dünya Bankasına üye 189 ülke bulunmaktadır. Dünya Bankası'nın politikalarını üye ülkelerin maliye bakanlarının ve/veya kalkınma bakanlarının oluşturduğu bir kurul belirlemektedir. Bu kurul, bankanın 25 icra direktörüne alınan kararlar doğrultusunda adımlar atma konusunda görevler vermektedir. Bankada en fazla hisseye sahip 5 hissedar ülke bir icra direktörü tayin ederken, diğer üye ülkeler seçilmiş icra direktörleri tarafından temsil edilmektedir. Dünya Bankası Başkanı, bankanın yönetim kurulu toplantılarına başkanlık etmektedir ve bankanın genel yönetiminden sorumludur. Başkan, İcra Direktörleri Kurulu tarafından 5 yıllığına seçilmektedir (World Bank, 2022b).

Literatürde, bu çalışmada olduğu gibi üye sayısı yüksek olan organizasyonlara üye ülkelerin sağlık sistemlerinin teknik etkinliğini inceleyen az sayıda güncel çalışma mevcuttur. Örneğin, Gün ve diğerleri (2021), Dünya Bankası ülkelerinde sağlık sistemlerinin etkinlik analizini araştırdıkları çalışmalarında, kümeleme analizi ve VZA'dan faydalanmışlardır. Yazarlar, kümeleme analizi ile karşılaştırılan ülkelerin homojen olmasını sağlamışlar ve ardından her bir kümeyi kendi içinde analiz etmişlerdir. Bu çalışmada, Gün ve diğerleri (2021) çalışmasından farklı olarak VZA öncesinde herhangi kümeleme analizi yapılmamış, karşılaştırılan ülkelerin homojen olmasını sağlama adına ülkeler gelir gruplarına göre yüksek gelirli, orta-yüksek gelirli ve orta-düşük ve düşük gelirli ülkeler şeklinde üç gruba ayrılmıştır. Gelir, gelişmişlik ve refah seviyesi hakkında bilgi sunan temel bir göstergedir ve sağlık sistemleri dahil birçok sistem gelirden etkilenmektedir. Ülkeleri gelir gruplarına göre homojen alt gruplara ayırmak ve sonrasında bu gruplarda yer alan ülkelerin sağlık sistemlerinin etkinliğini ayrı ayrı değerlendirmek karar mekanizmalarında yer alanlara daha gerçekçi bilgiler

sunacaktır. Buradan hareketle, bu çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalardan farklılaştığı söylenebilir.

II. YÖNTEM

2.1. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın temel amacı; Dünya Bankası üyesi ülkelerin sağlık sistem performanslarını karşılaştırmak ve benzer gelir grubunda yer alan ve diğer ülkeler ile kıyaslandığında görece olarak etkinsiz olduğu tespit edilen ülkelerin teknik etkinliklerini artırabilmek için çözüm önerilerinde bulunmaktır.

2.2. Çalışmanın Örnekleme

Çalışmanın örneklemini, 2020 yılı itibari ile Dünya Bankası üyesi olan 188 ülke oluşturmaktadır. Ancak söz konusu ülkelerden 47'sinin sağlık sistem performansını değerlendirebilmek için ihtiyaç duyulan verilerine ulaşılamamıştır. Bu nedenle bu çalışma, verilerine ulaşılabilen 141 ülke üzerinden gerçekleştirilmiştir.

2.3. Çalışmada Kullanılan Veri Seti ve Değişkenler

Çalışma kapsamında yer alan 141 ülkenin sağlık sistem performanslarını değerlendirebilmek için Dünya Bankası tarafından her yıl düzenli olarak yayımlanan temel sağlık istatistiklerinden faydalanılmış (World Bank, 2021) ve ülkelerin sağlık sistem performansları 2020 yılı ya da en yakın yıl verileri dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda; Amerikan doları cinsinden satın alma gücü paritesine göre KBDSH, 1000 kişiye düşen HS ve 1000 kişiye düşen YS, bu çalışmanın girdi değişkenleri olarak dikkate alınmıştır. Ancak ülkelerin tamamına ilişkin hemşire sayıları ile ilgili yeterli veri olmadığı için hemşire ve ebeler bu çalışma kapsamında dikkate alınamamıştır. Çalışmanın çıktı değişkenleri DBYS ve BÖH'tür (1000 canlı doğumda). Ancak sağlık sistem performansı değerlendirilirken BÖH'ün daha az olması beklendiği için ilgili değişkenin tersi alınarak (1/BÖH) yeniden kodlanmış ve analizler oluşturulan bu yeni değişkenler dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir.

2.4. Verilerin Analizi

Çalışma kapsamında dikkate alınan ülkelerin sağlık sistem performansları, ilk kez Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından 1978 yılında yapılan çalışmalar sonucunda ortaya atılan ve sonraki yıllarda Banker ve diğerleri (1984) tarafından geliştirilen ve söz konusu araştırmacıların baş harfleri ile anılan ölçüğe göre değişken getirili VZA (BCC) ile değerlendirilmiştir. Ancak çalışma kapsamında dikkate alınan 141 ülkenin sosyo-ekonomik özellikleri farklılık göstermekte ve bu durum, söz konusu ülkelerin sağlık sistem performanslarının karşılaştırılması noktasında birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunları ortadan kaldırabilmek ve ülkeleri nispeten daha homojen gruplar içerisinde karşılaştırabilmek için çalışma kapsamındaki ülkeler, yine Dünya Bankası tarafından tanımlanan gelir gruplarına göre üç gruba ayrılmış ve her bir grup için ayrı analizler yapılmıştır. Bu noktada ülkeler, yüksek gelirli (kişi başına düşen gayri safi milli geliri 12536 dolar ve üzerinde olan ülkeler, n=55), orta-yüksek gelirli (kişi başına düşen gayri safi milli geliri 4045 ile 12539 dolar arasında olan ülkeler, n=40) ve orta-düşük ve düşük gelirli (kişi başına düşen gayri safi milli geliri 4045 dolar altında olan ülkeler, n=46) ülkeler olmak üzere üç grupta sınıflandırılmıştır. Orta-düşük gelirli ülke grubunda yer alan ülke sayısının az olması ve bu gruptaki ülkelerin nispeten düşük gelirli ülkeler ile benzer sosyo-ekonomik özellikler göstermesinden dolayı düşük gelirli ülkeler ile orta-düşük gelirli ülkeler bir grupta toplanmıştır. Ayrıca VZA öncesinde, çalışma kapsamında dikkate alınan değişkenler arasında yüksek bir ilişki olup olmadığı, Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir.

VZA, karar birimlerinin görece verimlilik düzeylerini ortaya koymak amacıyla kullanılan ve parametrik olmayan bir analizdir (Sezen ve Gök, 2009). Söz konusu yöntemde, her bir karar verme birime ait girdi ve çıktı değişkenleri diğer karar verme birimleri ile kıyaslanmakta ve kıyaslama

sonucunda elde edilen etkinlik düzeyi ve üzerinde bulunan karar verme birimlerine 1, diğerlerine ise söz konusu düzeye uzaklıklarına göre 1'den küçük skorlar atanmaktadır (Laplante ve Paradi, 2015). Bu noktada VZA, girdi ya da çıktı odaklı ve ölçüğe göre sabit ya da değişken getirili olmak üzere farklı şekillerde yapılabilmektedir (Caves vd., 1982). Bu farklılığın temel sebebi karşılaştırılacak karar verme birimlerinin kendine has özellikleridir. Bu çalışmada girdi odaklı ve BCC yönteminden yararlanılmıştır. Bu durumun temel nedeni, sağlık sektörünün/sistemlerinin çıktılarının karmaşık olması ve karar vericilerin sağlık çıktıları/sonuçları üzerindeki kontrol gücünün kısıtlı olmasıdır (Demirci vd., 2020). Sağlık sektöründe VZA ile yapılan çalışmaların büyük birçoğunun da girdi odaklı olduğu görülmektedir (Chern ve Wan, 2000; Ng, 2008; Chowdhury vd., 2011; Roh vd., 2011, İlgin vd., 2020). Diğer taraftan bu çalışmada BCC'nin seçilme sebebi, ülkelerin ulusal sağlık sistemlerindeki ölçek farklılıklarını ortadan kaldırarak saf teknik etkinliklerini ortaya koyma amacıdır.

2.6. Çalışmanın Kısıtlılık ve Varsayımları

Dünya Bankası ülkelerinin sağlık sistem performanslarını değerlendirebilmek amacıyla yapılan bu çalışmada üç temel kısıtlılık bulunmaktadır. Bunlardan ilki, Dünya Bankası üyesi 188 ülkenin tamamına ilişkin sağlık verilerinin elde edilememiş olması ve analizlerin verisine ulaşılabilen 141 ülke üzerinden yapılmasıdır. Çalışmanın ikinci kısıtlılığı, çalışma kapsamına alınan ülkelerden bazılarının verilerinin güncel olmaması ve analizlerin ise 2020 yılına en yakın yıl verisi dikkate alınarak yapılmasıdır. Çalışmanın son kısıtlılığı ise ülkelerin sağlık sistem performanslarının veri eksikliği nedeni ile sadece çalışma kapsamında dikkate alınan değişkenler ile değerlendirilmesidir.

2.7. Çalışmanın Etik Kurul İzni

Çalışmada kamuoyuna açık ikincil veriler kullanıldığı için etik kurul iznine ihtiyaç duyulmamıştır.

III. BULGULAR

Çalışma kapsamında kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de verilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde, farklı gelir gruplarında yer alan ülkelerin girdi ve çıktı değişkenlerinin farklı düzeylerde olduğu; ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyleri arttıkça kullandıkları sağlık kaynakları miktarlarının da artış gösterdiği görülmektedir. Öte yandan ülke gruplarının sağlık sistemi çıktıları incelendiğinde yüksek gelirli ülkelerde DBYS (79,84±3,15), diğer ülke grupları ile kıyaslandığında daha yüksek iken BÖH (4,82±3,43) çok daha düşüktür. Benzer şekilde DBYS'nin (68,53±5,41) en düşük, BÖH'nin (30,49±16,08) ise en yüksek olduğu ülke grubu orta-düşük ve düşük gelirli ülkelerdir.

Tablo 1. Çalışma Kapsamında Kullanılan Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Yüksek Gelirli Ülkeler n=55		Orta-Yüksek Gelirli Ülkeler n=40		Orta-Düşük ve Düşük Gelirli Ülkeler n=46	
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.
Girdiler						
HS	3,30	1,12	2,42	1,70	0,78	0,85
YS	4,14	2,36	3,10	2,17	1,75	1,78
KBDŞH	3682,86	1909,95	1044,03	465,07	306,33	225,27
Çıktılar						
DBYS	79,84	3,15	74,82	2,81	68,53	5,41
BÖH	4,82	3,43	12,14	7,21	30,49	16,08

Ort.= Ortalama, S.S.= Standart Sapma

Tablo 2'de çalışma kapsamında kullanılan değişkenler arasındaki ilişkileri gösteren Pearson korelasyon katsayıları verilmiştir. Tablo 2 incelendiğinde yüksek gelirli ülkeler için korelasyon katsayılarının -0,680 ile 0,589 arasında değiştiği ve istatistiksel olarak anlamlı olan en düşük korelasyon düzeyinin BÖH ile YS ($r=-0,268$) ve en yüksek korelasyon düzeyinin ise DBYS ile BÖH ($r=-0,680$) arasında olduğu görülmektedir. Orta-yüksek gelirli ülkeler için değişkenler arasındaki

korelasyon düzeyleri ise -0,693 ile 0,640 arasında değişiklik göstermektedir. Söz konusu ülkelerde istatistiksel olarak anlamlı en düşük korelasyon düzeyi YS ile KBDHS arasında ($r=0,423$) iken en yüksek korelasyon YS ile HS arasındadır ($r=0,640$). Düşük gelirli ülkeler için de benzer bir durum söz konusudur ve bu ülkelerdeki değişkenler arası korelasyon düzeyleri -0,861 ile 0,837 arasında yer almaktadır.

Tablo 2. Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	HS	YS	KBDHS	DBYS	BÖH
Yüksek Gelirli Ülkeler					
HS	1,000				
YS	0,118	1,000			
KBDHS	0,188	-0,003	1,000		
DBYS	0,288*	0,144	0,589**	1,000	
BÖH	-0,406**	-0,268*	-0,457**	-0,680**	1,000
Orta-Yüksek Gelirli Ülkeler					
HS	1,000				
YS	0,640**	1,000			
KBDHS	0,587**	0,423**	1,000		
DBYS	0,234	-0,015	0,463**	1,000	
BÖH	-0,503**	-0,458**	-0,467**	-0,693**	1,000
Orta-Düşük ve Düşük Gelirli Ülkeler					
HS	1,000				
YS	0,837**	1,000			
KBDHS	0,573**	0,457**	1,000		
DBYS	0,519**	0,320*	0,597**	1,000	
BÖH	-0,590**	-0,498**	-0,602**	-0,861**	1,000

* $p<0,05$; ** $p<0,001$

Yüksek gelirli ülke grubu içerisinde yer alan ülkelerin VZA teknik etkinlik skorları ve âtil kalan girdi düzeylerine ilişkin bulgular Tablo 3'te verilmiştir. Tablo 3 incelendiğinde, yüksek gelir grubunda yer alan 55 ülkenin 20'sinin (%36) teknik anlamda etkin olduğu; Antigua ve Barbuda, Bahreyn, Barbaros, Şili ve Güney Kıbrıs Rum Kesimi gibi görece olarak daha az gelir düzeyine sahip bazı ülkelerin Avrupa sınırları içerisinde yer alan ülkelere kıyasla çok daha etkin bir sağlık sistemine sahip oldukları görülmektedir. Etkinlik düzeyi en düşük olan ülkeler ise sırasıyla Almanya (0,448), Avusturya (0,495), ABD (0,583), İsviçre (0,621) ve Belçika'dır (0,640). Ülkelerin kullandıkları girdiler incelendiğinde; Norveç'in (%19,89), Kanada'nın (%9,54), Lüksemburg'un (%5,05) ve İrlanda'nın (%2,63) diğerlerine kıyasla KBDHS'yi daha âtil kullandıkları görülmektedir. Öte yandan YS'yi en âtil kullanan ülkeler, sırasıyla Macaristan (%41,68), Letonya (%36,72), Romanya (%34,34) ve Litvanya'dır (%24,04). Uruguay (%37,70), Portekiz (%26,58), Litvanya (%23,41), Finlandiya (%13,83) ve Trinidad ve Tobago (%13,65) ise HS'yi daha âtil kullanmaktadır.

Tablo 3. Yüksek Gelirli Ülkelerin Sağlık Sistem Performansları

Ülkeler*	VZA Skoru	Âtıl Girdi Oranı (%)			Ülkeler*	VZA Skoru	Âtıl Girdi Oranı (%)		
		KBDSH	YS	HS			KBDSH	YS	HS
Antigua ve Barbuda	1,000	-	-	-	Litvanya	0,809	-	24,04	23,41
Avustralya	0,744	-	-	-	Lüksemburg	0,694	5,05	-	-
Avusturya	0,495	-	-	-	Malta	0,893	-	-	-
Bahamalar	0,841	-	-	-	Mauritius	1,000	-	-	-
Bahreyn	1,000	-	-	-	Hollanda	0,659	-	-	-
Barbados	1,000	-	-	-	Yeni Zelanda	0,823	-	-	-
Belçika	0,640	-	-	-	Norveç	0,783	19,89	-	-
Brunei Sultanlığı	0,896	-	-	-	Umman	1,000	-	-	-
Kanada	0,839	9,54	-	-	Panama	1,000	-	-	-
Şili	1,000	-	-	-	Polonya	0,891	-	19,10	-
Hırvatistan	0,879	-	20,83	-	Portekiz	0,767	-	-	26,58
G. Kıbrıs Rum Kesimi	1,000	-	-	-	Katar	1,000	-	-	-
Çek Cumhuriyeti	0,695	-	13,02	-	Romanya	0,913	-	34,34	-
Danimarka	0,674	-	-	-	San Marino	1,000	-	-	-
Estonya	1,000	-	-	-	Suudi Arabistan	0,693	-	-	-
Finlandiya	0,808	-	-	13,83	Seyşeller	0,972	-	-	-
Fransa	0,688	-	-	-	Singapur	1,000	-	-	-
Almanya	0,448	-	-	-	Slovakya	0,728	-	-	-
Yunanistan	1,000	-	-	-	Slovenya	1,000	-	-	-
Macaristan	0,896	-	41,68	-	İspanya	1,000	-	-	-
İzlanda	1,000	-	-	-	İsveç	1,000	-	-	-
İrlanda	0,700	2,63	-	-	İsviçre	0,621	7,47	-	-
İsrail	1,000	-	-	-	Trinidad ve Tobago	0,741	-	-	13,65
İtalya	0,951	-	-	-	Birleşik Arap Emr.	0,937	-	-	-
Japonya	1,000	-	-	-	Birleşik Krallık	0,765	-	-	-
Kore	1,000	-	-	-	Amerika	0,583	34,16	-	-
Kuveyt	0,709	-	-	-	Uruguay	0,809	-	-	37,70
Letonya	0,981	-	36,72	-					

Orta-yüksek gelir grubunda yer alan ülkelerin sağlık sistem performansları ile ilgili bulgular ise Tablo 4’te verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre orta-yüksek gelir grubunda yer alan ülkelere sadece 9’unun (%22,5) sağlık sisteminin etkin olduğu tespit edilmiştir. Etkin bulunan ülkeler; Arnavutluk, Belarus, Belize, Kosta Rika, Fişi, Guetemala, Endonezya, Karadağ ve Santa Luçiya’dır. Ülkelerin girdi kullanımları incelendiğinde de büyük bir bölümünün kaynaklarını etkin bir şekilde kullanamadıkları görülmektedir. Bu noktada; İran (%26,38), Malezya (%5,71), Meksika (%11,23), Paraguay (%8,79) ve Türkiye (%1,01) KBDSH bakımından etkin olmayan ülkeler arasında yer almaktadır. Ancak orta-yüksek gelir grubunda yer alan ve teknik anlamda etkin olmadığı tespit edilen ülkelerin büyük bir çoğunluğu, HS ve YS kullanımı noktasında etkin bulunan ülkelere göre daha geridedir. Bu noktada, Azerbaycan kaynaklarını en âtıl kullanan ülkelerin başında gelmektedir. Azerbaycan’ı ise Kazakistan, Ermenistan ve Jamaika takip etmektedir.

Tablo 4. Orta-Yüksek Gelirli Ülkelerin Sağlık Sistem Performansları

Ülkeler*	VZA Skoru	Âtıl Girdi Oranı (%)			Ülkeler*	VZA Skoru	Âtıl Girdi Oranı (%)		
		KBDSH	YS	HS			KBDSH	YS	HS
Arnavutluk	1,000	-	-	-	Endonezya	1,000	-	-	-
Arjantin	0,357	-	-	0,23	İran	0,725	26,38	-	-
Ermenistan	0,510	-	21,43	25,85	Irak	0,590	-	-	3,11
Azerbaycan	0,679	-	50,71	53,60	Jamaika	0,891	-	35,41	16,15
Belarus	1,000	-	-	-	Ürdün	0,675	-	13,13	33,48
Belize	1,000	-	-	-	Kazakistan	0,652	-	30,56	34,35
Bosna Hersek	0,719	-	-	-	Lübnan	0,922	-	3,11	2,00
Brezilya	0,442	-	-	-	Libya	0,798	-	16,50	25,64
Bulgaristan	0,441	-	10,26	-	Malezya	0,763	5,71	-	-
Çin	0,762	-	10,86	-	Meksika	0,711	11,23	-	39,74
Kolombiya	0,707	-	-	8,79	Karadağ	1,000	-	-	-
Kosta Rika	1,000	-	-	-	Makedonya	0,721	-	-	7,31
Küba	0,547	-	10,39	23,84	Paraguay	0,639	8,79	-	33,00
Dominik Cumhuriyeti	0,466	-	15,06	23,40	Peru	0,926	-	-	-
Ekvador	0,823	-	-	19,84	Rusya	0,509	-	-	-
Fiji	1,000	-	-	-	Sırbistan	0,583	-	10,78	-
Gürcistan	0,684	-	-	48,78	Aziz Lucia	1,000	-	-	-
Grenada	0,608	-	24,93	11,59	Surinam	0,386	-	8,83	-
Guatemala	1,000	-	-	-	Türkiye	0,710	1,01	-	-
Guyana	0,730	-	-	8,10	Türkmenistan	0,294	-	-	7,28

Tablo 5'te ise orta-düşük ve düşük gelir grubunda yer alan ülkelerin VZA teknik etkinlik skorları ve âtıl kaynak kullanım düzeyleri ile ilgili bulgular verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ise orta-düşük ve düşük gelir grubu içerisinde yer alan ülkelerin 14'ünün (%30,43) etkin olduğu tespit edilmiştir. Cezayir, Bangladeş, Burundi, El Salvador, Eritre, Etiyopya, Gine, Honduras, Malavi, Fas, Nepal, Nijerya, Solomon Adaları ve Sri Lanka teknik anlamda etkin bulunan ülkelerdir. Etkin olmayan ülkeler incelendiğinde; Gambiya (%51,82), Orta Afrika Cumhuriyeti (%39,40), Vietnam (%26,92) ve Cibuti (%22,14), YS'yi en âtıl kullanan ülkelerin başında gelmektedir. Kamboçya (%26,21), Kiribati (%20,22) ve Afganistan (%18,50) ise KBDSH noktasında en etkin olmayan ülkeler arasında yer almaktadır.

Tablo 5. Orta-Düşük ve Düşük Gelirli Ülkelerin Sağlık Sistem Performansları

Ülkeler*	VZA Skoru	Âtıl Girdi Oranı (%)			Ülkeler*	VZA Skoru	Âtıl Girdi Oranı (%)		
		KBDSH	YS	HS			KBDSH	YS	HS
Afganistan	0,790	18,50	-	-	Malawi	1,000	-	-	-
Cezayir	1,000	-	-	-	Moldova	0,397	-	5,12	28,53
Bangladeş	1,000	-	-	-	Moğolistan	0,321	-	9,66	21,26
Butan	0,502	-	-	-	Fas	1,000	-	-	-
Bolivya	0,403	-	-	10,94	Mozambik	0,634	-	10,14	-
Burundi	1,000	-	-	-	Myanmar	0,310	-	-	0,74
Kamboçya	0,772	26,21	-	-	Nepal	1,000	-	-	-
Orta Afrika Cumhuriyeti	0,763	-	39,40	-	Nikaragua	0,755	-	-	43,38
Cibuti	0,519	-	22,14	13,41	Nijer	1,000	-	-	-
Mısır	0,506	8,59	-	-	Pakistan	0,512	-	-	29,38
El Salvador	1,000	-	-	-	Filipinler	0,511	-	-	-
Eritre	1,000	-	-	-	Solomon Ad.	1,000	-	-	-
Esvatini	0,191	8,77	-	-	Sri Lanka	1,000	-	-	-
Etiyopya	1,000	-	-	-	Sudan	0,432	14,09	-	-
Gambiya	0,832	-	51,82	5,88	Suriye	0,827	-	-	58,96
Gana	0,526	11,26	-	-	Tacikistan	0,382	-	15,05	30,68
Gine	1,000	-	-	-	Togo	0,683	-	15,14	-
Haiti	0,465	-	-	13,66	Tunus	0,643	12,56	-	5,91
Honduras	1,000	-	-	-	Ukrayna	0,614	-	14,57	34,29
Hindistan	0,609	5,58	-	-	Özbekistan	0,344	-	-	24,51
Kiribati	0,505	20,22	1,29	-	Vietnam	0,780	-	26,92	10,63
Kırgız Cumhuriyeti	0,436	-	10,98	34,34	Yemen	0,474	-	-	32,76
Laos	0,450	-	8,20	17,71	Zimbabve	0,345	-	14,53	-

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık sistemlerinin performansı, uzun yıllardır politika yapımcıların önemli bir endişesi olmuştur. Pek çok ülke sağlık sisteminin performansını artırmaya yönelik reform çalışmaları başlatmıştır (Collins vd., 1999; Maynard ve Bloor, 1995). Bu reformların etkisinin değerlendirilebilmesi sağlık sistemi performansının en iyi şekilde ölçülmesi ile yakından ilgilidir (Goldstein ve Spiegelhalter, 1996). Bir sağlık sisteminin performansının ölçülmesi ise hedeflerinin tanımlanmasıyla başlar. Sağlık sistemlerinin çok sayıda hedefleri bulunmakla birlikte DSÖ en temel hedefin “*koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tüm nüfusa eşit ve etkin bir şekilde sunulması*” olduğunu ifade etmiştir (World Health Organization [WHO], 2000). Dolayısıyla sağlık sistemlerinin performansının değerlendirilmesinde etkinlik ölçümleri önemli bir yer tutmaktadır. Buradan hareketle bu çalışmada Dünya Bankası'nın yapmış olduğu gelir gruplarına göre (yüksek gelirli, orta-yüksek gelirli ve orta-düşük ve düşük gelirli ülkeler) ülkelerin sağlık sistemi etkinliklerini VZA ile değerlendirmek ve gelir grupları içerisinde görece etkinsiz bulunan ülkelerin âtıl kullanılan girdi miktarlarını tespit etmek amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda ilk olarak Dünya Bankası'na göre yüksek gelirli ülkelerin sağlık sistemi performansı incelenmiş ve yüksek gelirli grupta yer alan 55 ülkeden 20'sinin teknik etkinlik skorunun 1 olduğu tespit edilmiştir. Buna göre söz konusu gruptaki ülkelerin %36'sının sağlık sistemlerinin incelenen değişkenler açısından etkin olduğuna karar verilmiştir. VZA yönteminin her bir ülkeyi referans karar birimlerinin girdi ve çıktılarına göre değerlendirdiği göz önüne bulundurulduğunda; bu araştırmada tam etkinlik gösterdiği bulunan ülkelerin (20) diğer ülkelere (35) kıyasla girdi miktarlarının daha az olduğu, buna karşın çıktı miktarlarının ise daha fazla ya da benzer olduğu görülmüştür. Buna göre sağlık sistemi etkin olarak bulunan 20 ülkenin KBDSH ortalamasının 2988,83, HS ortalamasının 3,11 ve YS ortalamasının 4,01 olduğu bulunurken; sağlık sistemi etkin

olmayan 35 ülkenin KBDSH ortalamasının ise 4079,45, HS ortalamasının 3,42 ve YS ortalamasının 4,22 olduğu bulunmuştur. Diğer ülkelere kıyasla girdi miktarları daha düşük bulunan bu 20 ülkenin çıktı miktarlarının ise DBYS ortalaması açısından daha yüksek (etkin ülkelerin DBYS ortalaması 80,76; etkin olmayan ülkelerin DBYS ortalaması 79,31), BÖH ortalaması açısından da benzer (etkin ülkelerin BÖH ortalaması 4,90; etkin olmayan ülkelerin BÖH ortalaması 4,79) olduğu görülmüştür. Analiz neticesinde ayrıca etkin olmadığı bulunan 35 ülkenin (%64) VZA skor ortalamasının %77,04 olduğu sonucuna da ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonuca göre söz konusu ülkelerin sağlık sistemlerinin performanslarının yükseltilmesinde %22,96'lık bir iyileştirme açığının olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sisteminin performansında arzulanan iyileşmenin gerçekleşmesi için bu ülkeler araştırma kapsamında âtil olarak kullandıkları tespit edilen KBDSH'yi ortalama %13,12, YS'yi ortalama %27,10 ve HS'yi ortalama %23,03 oranında azaltması gerekmektedir.

Araştırma kapsamında ikinci olarak Dünya Bankası'na göre orta-yüksek gelirli ülkelerin sağlık sistemi performansları VZA ile karşılaştırılmış ve bu grupta yer alan 40 ülkeden sadece 9'unun (%22,5) teknik açıdan etkin olduğu ortaya konmuştur. Teknik etkinlik kavramının mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılması (Durán vd., 2012) anlamına geldiği dikkate alındığında, bu 9 ülkenin daha az girdi ile daha fazla ya da benzer çıktı elde ettikleri görülmüştür. Buna göre etkin bulunmayan ülkelerin KBDSH ortalaması etkin bulunan ülkelerin KBDSH ortalamasından %38,78; etkin bulunmayan ülkelerin YS ortalaması etkin bulunan ülkelerin YS ortalamasından %18,38; etkin bulunmayan ülkelerin HS ortalaması etkin bulunan ülkelerin HS ortalamasından %52,91 daha fazla olduğu bulunmuştur. Buna karşın etkin ve etkin olmayan ülkelerin çıktı miktarlarının ise birbirine oldukça yakın (etkin ülkelerin DBYS ortalaması 74,92 ve BÖH ortalaması 12,63; etkin olmayan ülkelerin DBYS ortalaması 74,80 ve BÖH ortalaması 12,01) olduğu tespit edilmiştir. Orta-yüksek gelir grubunda yer alan ve sağlık sisteminin etkin olmadığı bulunan 31 ülkenin teknik etkinlik skor ortalamasının %64,41 olduğu da bu araştırma kapsamında ortaya konan bir diğer bulgudur. Dolayısıyla bu ülkelerin sağlık sistemi performansının yükseltilmesinde %35,59'luk bir potansiyel iyileştirme açığının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu açığın kapatılmasında söz konusu ülkeler âtil olarak kullandıkları girdi miktarlarını (âtil kullanılan ortalama KBDSH %10,62, YS %18,71 ve HS %21,30) azaltmaları gerekmektedir.

Araştırmada son olarak Dünya Bankası'nın yapmış olduğu gruplamada orta-düşük ve düşük gelir grubunda yer alan 46 ülkenin sağlık sistemi performansları kıyaslanmış ve bu gelir grubundaki ülkelerin %30,43'ünün (14) teknik açıdan etkin olduğu görülmüştür. VZA sonucunda sağlık sisteminin etkin olduğu tespit edilen 14 ülkenin girdi miktarlarının etkin olmayan ülkelere kıyasla daha az (KBDSH %17,98, YS %87,16, HS %75 oranında daha az) olduğu, ancak çıktı miktarlarının ise bu ülkelere daha iyi (etkin ülkelerde DBYS ortalaması 69,88 ve BÖH ortalaması 27,61 iken etkin olmayan ülkelere DBYS ortalaması 67,95 ve BÖH ortalaması 31,76'dır) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Analiz neticesinde sağlık sisteminin etkin olmadığı anlaşılan, orta-düşük ve düşük gelir grubunda yer alan 32 ülkenin teknik etkinlik skor ortalamasının %53,85 değeri ile oldukça düşük olduğu da bu araştırmada tespit edilmiştir. Bu ülkelerin teknik etkinlik skorunun yükseltilmesinde âtil olarak kullanılan KBDSH (ortalama %13,98), YS (ortalama %17,50) ve HS (ortalama %23,17) miktarlarının göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Araştırmada elde edilen bir diğer önemli bulgu ise Dünya Bankası'na göre yüksek gelirli grupta yer alan ülkelerin genel etkinlik skor ortalamasının diğer gelir gruplarına göre daha yüksek olduğudur. Buna göre yüksek gelirli ülkelerin genel teknik etkinlik skor ortalaması %85,39 iken orta-yüksek gelirli ülkelerin %72,43 ve orta-düşük ile düşük gelirli ülkelerin %67,90 olduğu tespit edilmiştir. Sevk zinciri zayıflığı, bakım koordinasyonunun yetersizliği (Marx vd., 2007; Raikhel, 2010), sağlık hizmetine olan güvenin ve inancın düşüklüğü gibi nedenlerin orta-yüksek, orta-düşük ve düşük gelirli ülkelere birinci basamak sağlık hizmetlerinin yüksek gelirli ülkelere göre daha az tercih edilmesine sebep olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmeti ile karşılanabilecek olan sağlık ihtiyaçları bu sağlık hizmetlerine kıyasla daha pahalı ve karmaşık olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile karşılanmakta ve bu durum da orta ve düşük gelir gruplarındaki ülkelerin âtil kullandıkları kaynak miktarlarını arttırmaktadır. Yüksek gelir grubundaki ülkelerin teknik etkinlik skorunun diğer ülkelere kıyasla daha yüksek olmasının bu durumdan kaynaklanabileceği ön

görülmektedir. Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak Jordi ve diğerlerinin (2020) 172 ülke üzerinde yapmış olduğu çalışmada da yüksek gelirli ülkelerin etkinlik skorlarının orta-düşük ve düşük gelirli ülkelere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ahmed ve diğerlerinin (2019) 50 Asya ülkesi üzerinde yapmış olduğu çalışmada da yüksek gelirli ülkelerin teknik etkinlik skorlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. See ve Yen (2018) tarafından 121 ülke üzerinde yapılmış olan çalışmada da yüksek gelirli ülkelerin sağlık sistemlerinin diğer ülkelere kıyasla daha etkin olduğu ifade edilmiştir. Benzer şekilde Gün ve diğerleri (2021) tarafından 177 ülke üzerinde yapılmış olan çalışmada da yüksek gelirli ülkelerin sağlık sistemlerinin orta ve yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha etkin olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla bu çalışmadan elde edilen sonuçların literatürdeki diğer çalışmalar tarafından da desteklendiği göz önünde bulundurulduğunda orta-düşük ve düşük gelirli ülkelerde sağlık sistemi performansının yükseltilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerine verilen önemin artırılması, bu noktada söz konusu hizmetlere erişimin kolaylaştırılması ve ülke genelinde yaygınlaştırılması önerilmektedir. Ancak sağlığın belirleyicileri ile ilgili yapılan çalışmalar dikkate alındığında; çevre, genetik faktörler ve kültür gibi fizyolojik ve sosyal bazı faktörlerin sağlığın temel belirleyicileri arasında yer aldığı görülmektedir. Bu açıdan ele alındığında; sağlık çıktı ve sonuçlarının iyileştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin yanı sıra sanitasyon, sterilizasyon ve ilaçlandırma gibi çevre sağlığı ile ilgili çalışmaların içerik ve kapsamının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca bireylerin genetik özelliklerindeki farklılıkların da dikkate alınabileceği kişiselleştirilmiş sağlık hizmetlerine de yatırım yapılması bu anlamda oldukça önemlidir. Öte yandan ülke sağlık sistemlerinde kültürel farklılıkların etkisinin de incelenebileceği yeni çalışmaların yapılması da gerekmektedir. Bu kapsamda gelecek çalışmalarda, ülkeler farklı birtakım kültürel özelliklere göre sınıflandırılarak sağlık sistemleri performansı açısından karşılaştırılabilir.

Araştırmada son olarak tüm ülke grupları içerisinde kişi başına düşen sağlık harcaması açısından en âtil olan ülkelerin sırayla Amerika (%34,16), İran (%26,38) ve Kamboçya (%26,21) olduğu görülmüştür. Ayrıca düşük sağlık harcamasına sahip olan ülkelerin sağlık çıktılarının görece olarak düşük olduğu söylenebilir. Bu nedenle; öncelikle ülkelerin içsel dinamikleri göz önünde bulundurarak kapasitelerini değerlendirmeleri ve ihtiyaç duydukları ideal sağlık harcaması düzeylerini belirleyerek kaynak kullanım düzeylerini gözden geçirmeleri gerekmektedir. Tüm ülkelerin âtil kapasite kullanım düzeyleri yatak sayısı açısından karşılaştırıldığında, hastane yataklarını en âtil kullanan ülkelerin sırayla Gambiya (%51,82), Azerbaycan (%50,71) ve Macaristan (%41,68) olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde ülkeler hekim sayısı açısından kıyaslandığında ise en atıl kapasiteye sahip ilk üç ülkenin Suriye (%58,96), Azerbaycan (%53,60) ve Gürcistan (%48,78) olduğu tespit edilmiştir. Bu ülkeler çıktı sayılarında herhangi bir artışa gitmeden özellikle yatak sayısında veya hekim sayısında azalma yaparak etkinlik düzeylerini yükseltebilirler. Söz konusu ülkelerin sağlık politikacılarının bu durumu dikkate alması gerekir.

Sonuç olarak; Dünya Bankası'nın yapmış olduğu gelir gruplarına göre ülkelerin sağlık sistemi etkinliklerini VZA ile değerlendiren bu çalışmanın, karar verme birimlerinin homojenliğinin sağlanarak ele alınması ve etkin olmadığı tespit edilen ülkelerin sağlık sistemlerinin performansının artırılması noktasında âtil kullanılan girdi miktarlarının da verilmesi bu çalışmanın güçlü yönleridir. Bu çalışmada girdi olarak sadece sağlık hizmetlerine ilişkin değişkenler kullanıldığından, çalışmadan elde edilen sonuçlar ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde sağlık hizmetlerine atfedilebilir etkinlik skorlarını göstermektedir. Neticede de bu çalışma kapsamında ortaya konan tüm performans iyileştirme önerileri sağlık hizmetleri gibi spesifik bir alana yönelik olduğundan, çalışma sonuçlarının direkt olarak sağlık politika yapıcılar ve karar vericileri için önemli ip uçları sunacağı düşünülmektedir. Ancak gelecekte yapılacak olan çalışmalarda sağlık kurumları özelinde de bu türden çalışmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca farklı veri tabanlarından elde edilebilecek verilerin ve sonuçlarının da karşılaştırılması ülke sağlık sistemlerinin etkinliğinin/verimliliğinin farklı bakış açıları ile ortaya konulabilmesi noktasında son derece önemlidir. Dahası bu tür çalışmalar Stokastik Sınır Analizi ya da Pabon Lasso gibi farklı performans değerlendirme yöntemleri ile de ele alınabilir. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda ayrıca ülke genelinde uygulanan politika ve uygulamaların söz konusu ülkelerin sağlık sistemleri etkinlik ve verimlilikleri üzerindeki etkileri de incelenebilir.

Etik Kurul Onayı: Kamuoyuna açık, ikincil veri kullanıldığı için etik kurul izni gerekmemektedir.

KAYNAKLAR

- Ahmed, S., Hasan, M. Z., MacLennan, M., Dorin, F., Ahmed, M. W., Hasan, M. ..., & Khan, J. A (2019). Measuring the efficiency of health systems in Asia: a data envelopment analysis. *BMJ Open*, 9, e022155.
- Anderson, G., & Hussey, P. S. (2001). Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*, 20(3), 219-232.
- Ayanoglu, Y., Atan, M., & Beylik, U. (2010). Hastanelerde veri zarflama analizi (VZA) yöntemiyle finansal performans ölçümü ve değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2, 40-62.
- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30(9), 1078-1092.
- Baş, İ. M., & Artar, A. (1991). *İşletmelerde verimlilik denetimi, ölçme ve değerlendirme modelleri*. Milli Prodüktive Yayınları.
- Caves, D. W., Christensen, L. R., & Diewert, W. E. (1982). Multilateral comparisons of output, input, and productivity using superlative index numbers. *The Economic Journal*, 92(365), 73-86.
- Charnes, A., Cooper, W. W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2(6), 429-444.
- Chern, J. Y., & Wan, T. T. (2000). The impact of the prospective payment system on the technical efficiency of hospitals. *Journal of Medical Systems*, 24(3), 159-172.
- Chowdhury, H., Wodchis, W., & Laporte, A. (2011). Efficiency and technological change in health care services in ontario: an application of malmquist productivity index with bootstrapping. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(7), 721-745.
- Collins, C., Green, A., & Hunter, D. (1999). Health sector reform and the interpretation of policy context. *Health Policy*, 47(1), 69-83.
- Cylus, J., Papanicolas I., & Smith, P. C. (2017). Using data envelopment analysis to address the challenges of comparing health system efficiency. *Global Policy*, 8(Supplement 2), 60-68.
- Demirci, Ş., Yetim, B., & Konca, M. (2020). OECD ülkelerinde uzun dönemli bakım hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 305-313.
- Doğan, İ. F., Bakan, İ., & Hayva, S. (2017). Sağlık sektörünün temel aktörleri olan hastanelerde rekabet stratejilerinin kaliteye etkisi. *Electronic Journal of Social Sciences*, 16(62), 817-835.
- Durán, A., Kutzin, J., Martin-Moreno, J. M., & Travis, P. (2012). Understanding health systems: scope, functions and objectives. In J. Figueras & M. McKee (Eds.), *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems* (pp. 19-36). Open University Press.
- Gencer, H. (2006). *Genel işletme performansı ve finansal performans ilişkisi: çimento sektöründe bir uygulama* [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Goldstein, H., & Spiegelhalter, D. J. (1996). League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 159(3), 385-409.

- Gökbunar, A. R., & Koç, Ö. E. (2009). Demografik değişimlerin sosyal güvenlik kurumlarına etkisi ve türkiye’de sosyal güvenlik kurumlarının mali yapısının analizi. *Sosyal Bilimler*, 7(1), 15-34.
- Gün, İ., Yılmaz, F., & Şenel, İ. K. (2021). Efficiency analysis of health systems in World Bank countries. *Archives of Health Science and Research (Online)*, 8(2), 147-152.
- Hakkinen, U., & Joumard, I. (2007). *Cross-country analysis of efficiency in OECD health care sectors: options for research*. OECD Publishings.
- İlgün, G., Yetim, B., Demirci, Ş., & Konca, M. (2020). Türkiye’deki eğitim ve araştırma hastanelerinde verimlilik değişimi: 2014-2017 döneminin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 523-536.
- Jordi, E., Pley, C., Jowett, M., Abou Jaoude, G. J., & Haghparast-Bidgoli, H. (2020). Assessing the efficiency of countries in making progress towards universal health coverage: a data envelopment analysis of 172 countries. *BMJ Global Health*, 5(10), e002992.
- Klazinga, N. (2010). Health system performance management: quality for better or for worse. *Eurohealth*, 16(3), 26-28.
- Kruk, M. E., & Freedman, L. P. (2008). Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy*, 85, 263–276.
- LaPlante, A. E., & Paradi, J. C. (2015). Evaluation of bank branch growth potential using data envelopment analysis. *Omega*, 52, 33-41.
- Marx, F. M., Atun, R. A., Jakubowiak, W., McKee, M., & Coker, R. J. (2007). Reform of tuberculosis control and DOTS within Russian public health systems: an ecological study. *European Journal of Public Health*, 17(1), 98–103.
- Maynard, A., & Bloor, K. (1995). Health care reform: informing difficult choices. *The International Journal of Health Planning and Management*, 10(4), 247–264.
- Mohamadi, E., Manesh, A. O., Takian, A., Majdzadeh, R., Lotfi, F. H., Sharafi, H., ..., & Freidoony, L. (2020). Technical efficiency in health production: A comparison between Iran and other upper middle-income countries. *Health Policy and Technology*, 9(3), 335-347.
- Ng, Y. C. (2008). The productive efficiency of the health care sector of China. *Review of Regional Studies*, 38(3), 381-393.
- Novignon, J., & Nonvignon, J. (2015). *Fiscal space for health in sub-saharan african countries: an efficiency approach*. Munich Personal RePEc Archive.
- Ozcan, Y. A. (2008). *Health care benchmarking and performance evaluation: an assessment using data envelopment analysis (DEA)*. Springer.
- Ozcan, Y. A., & Khushalani, J. (2017). Assessing efficiency of public health and medical care provision in oecd countries after a decade of reform. *Central European Journal of Operations Research*, 25(2), 325-343.
- Raikhel, E. (2010). Post-Soviet placebos: epistemology and authority in Russian treatments for alcoholism. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34(1), 132–168.
- Retzlaff-Roberts, D., Chang, C. F., & Rubin, R. M. (2004). Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of oecd countries. *Health Policy*, 69, 55–72.

- Roh, C. Y., Moon, M. J., & Park, C. (2011). Measuring economic performance of Colorado community hospitals using the malmquist productivity change index. *International Review of Public Administration*, 16(1), 91-111.
- Samut, P. K., & Cafri, R. (2016). Analysis of the efficiency determinants of health systems in oecd countries by DEA and panel Tobit. *Social Indicators Research*, 129(1), 113-132.
- Sebastien, V. (2018). *Benchmarking the efficiency of healthcare systems among the oecd countries between the years 2000 and 2015 using data envelopment analysis with a focus on belgium* [Master's thesis]. Louvain Üniversitesi.
- See, K. F., & Yen, S. H. (2018). Does happiness matter to health system efficiency? A performance analysis. *Health Economics Review*, 8(33), 1-10.
- Sepehr, J. M., Haeri, A., & Ghousi, R. (2019). Evaluation of the OECD countries' healthcare system from the sustainable development perspective. *International Journal of Industrial Engineering & Production Research*, 30(4), 443-464.
- Sezen, B., & Gök, M. S. (2009). Veri zarflama analizi yöntemi ile hastane verimliliklerinin incelenmesi. *METU Studies in Development*, 36(2), 383.
- Sinimole, K. R. (2012). Evaluation of the efficiency of national health systems of the members of world health organization. *Leadership in Health Services*, 25(2), 139-150.
- Smith, P. C., & Papanicolas, I (2012). *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*. Open University Press.
- Smith, P., Mossialos, E., Papanicolas, I., & Leatherman, S. (2009). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge University Press, The Cambridge Health Economics, Policy and Management Series.
- Spinks, J., & Hollingsworth, B. (2009). Cross-country comparisons of technical efficiency of health production: A demonstration of pitfalls. *Applied Economics*, 41(4), 417-427.
- Storto, C., & Goncharuk, A. G. (2017). Efficiency vs effectiveness: a benchmarking study on European healthcare systems. *Economics and Sociology*, 10(3), 102-115.
- Sun, D., Ahn, H., Lievens, T., & Zeng, W. (2017). Evaluation of the performance of national health systems in 2004-2011: an analysis of 173 countries. *PloS One*, 12(3), e0173346.
- Şengün, H. (2016). Sağlık hizmetleri sunumunda inovasyon. *Med Bull Haseki*, 54, 194-198.
- Tekin, Ç. S., & Kara, F. (2016). Dünyada ve Türkiye'de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 219-229.
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, I., Remmen, R., Rosenthal, M. B., & Sermeus, W. (2010). Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*, 10, 247.
- Varabyova, Y., & Schreyögg, J. (2013). International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: panel data analysis of oecd countries using parametric and non-parametric approaches. *Health Policy*, 112, 70-79.
- World Bank. (2021, 25 Haziran). Sağlık istatistikleri. <https://data.worldbank.org/topic/health>.
- World Bank. (2022a, 30 Haziran). About the World Bank. <https://www.worldbank.org/en/about>.

World Bank. (2022b, 30 Haziran). *Member countries*.
<https://www.worldbank.org/en/about/leadership/members>.

World Health Organization [WHO]. (2000). *World health report: health systems improving performance*. World Health Organization Publication.

Yesilaydin, G. (2019). Examination of differences in health indicators between efficient and inefficient countries. *Pak J Med Sci.*, 35(1), 172-176

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**PYGMALİON ALGISININ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
ÖZYETERLİLİK VE BİREYSEL YARATICILIKLARI ÜZERİNE
ETKİLERİ: BİR KAMU KURUMU ÖRNEĞİ ***

Gül MERSİNLİOĞLU SERİN *
Zekai ÖZTÜRK **

ÖZ

Sağlık hizmetlerinin ana ögesi olan sağlık çalışanları, örgüt başarısının anahtarı konumunda olup hizmet sektörünün değerli bir üyesidir. Değişen ve gelişen günümüz koşullarında sürdürülebilir örgüt başarısı için çalışan verimliliği daha da ön plana çıkmıştır. Yöneticilerin yönetsel davranış biçimlerini zenginleştiren ve çalışanların iş motivasyon ve performanslarına katkı sağlayan yeni yönetim yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu noktada, Pygmalion algısı yeni bir yönetim enstrümanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Pygmalion algısı, bireyin performansı veya yetenekleri hakkında olumlu beklentilerin sağladığı motivasyon ile bireyin daha yüksek performans göstermesidir. Bu çalışmada, sağlık sektöründe çalışan motivasyonuna ve performansına katkı sağladığı öne sürülen Pygmalion algısının ve bu algının çalışanların özyeterliliği ve bireysel yaratıcılığı üzerindeki etkilerinin ortaya çıkarılmasındaki ve değişkenlerin bu algıdaki aracılık rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar çerçevesinde, sağlık hizmeti sunan bir kamu kurumunda görev yapan 385 sağlık çalışanının katılımıyla demografik değişkenler, Pygmalion Tutum İndeksi, Özyeterlilik Ölçeği ve Bireysel Yaratıcılık Ölçeğinin yer aldığı anket formu ile veriler toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, Pygmalion algısının çalışanların bireysel yaratıcılıklarını olumlu ve pozitif yönde etkilediği ($\beta=0,157$; $t=2,537$; $p<0,05$), özyeterliliğin bireysel yaratıcılık üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunduğu ($\beta=0,553$; $t=7,197$; $p<0,05$) ve Pygmalion algısının özyeterlilik üzerine etkisinde bireysel yaratıcılığın aracı etkiye sahip olduğu ($\beta=0,087$; %95 GA [0,20, 0,159]) ortaya konmuştur. Ayrıca, elde edilen sonuçlar neticesinde birtakım öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Pygmalion algısı, Özyeterlilik, Yaratıcılık, Pygmalion

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma Gül MERSİNLİOĞLU SERİN'in Zekai ÖZTÜRK'ün danışmanlığında hazırladığı "Pygmalion Algısının Sağlık Çalışanlarının Özyeterlilik ve Bireysel Yaratıcılıkları Üzerine Etkileri: Bir Kamu Kurumu Örneği" adlı Doktora tezinden türetilmiştir.

* Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, gul.mersinlioglu@saglik.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8172-0429>

** Prof. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, zekai.ozturk@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2569-7249>

Gönderim Tarihi: 24.02.2022

Kabul Tarihi: 12.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Mersinlioglu Serin, G., & Öztürk, Z. (2022). Pygmalion Algısının Sağlık Çalışanlarının Özyeterlilik ve Bireysel Yaratıcılıkları Üzerine Etkileri: Bir Kamu Kurumu Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 565-590

THE EFFECTS OF PYGMALION PERCEPTION ON THE SELF-EFFICACY AND INDIVIDUAL CREATIVITY OF HEALTH WORKERS: A PUBLIC INSTITUTION CASE ‡

Gül MERSİNLİOĞLU SERİN*
Zekai ÖZTÜRK**

ABSTRACT

Health workers, main element of health services, are the key for the success in organizational success and are also valuable members of the service sector. In today's changing and developing conditions, employee productivity has come to the fore even more for sustainable organizational success. New management approaches that enrich the managerial behaviors of the managers and contribute to the work motivation and performance of the employees are needed. At this point, Pygmalion perception emerges as a new management instrument by which a person is able to deliver higher performance motivated by positive expectations about his/her own performance or abilities. This study aims to reveal the Pygmalion perception which is asserted to contribute to employee motivation and performance in the health sector, and the effects of this perception on employees' self-efficacy and individual creativity, and to determine the mediating role of the variables in this perception. Within the framework of these purposes, data have been collected through a questionnaire including demographic variables, Pygmalion Attitude Index, Self-Efficacy Scale and Individual Creativity Scale with the participation of 385 health workers working in a public institution providing health services. According to the results of the research, Pygmalion perception affects the individual creativity of employees ($\beta=0.157$; $t=2.537$; $p<0.05$) in a positive way, and self-efficacy has a positive and significant effect on individual creativity ($\beta=0.553$; $t=7.197$; $p<0.05$) and individual creativity has been found to have a mediating role on the effect of Pygmalion perception on self-efficacy ($\beta=0.087$; 95% CI [0.20, 0.159]). As a result of the results obtained, some suggestions have been made accordingly.

Keywords: Pygmalion perception, Self-efficacy, Creativity, Pygmalion

ARTICLE INFO

‡ This study is derived from Gül MERSİNLİOĞLU SERİN's the PhD thesis titled "The Effects of Pygmalion Perception on Self-Efficacy and Individual Creativity of Health Care Professionals: A Public Institution Example" which prepared in consultation with Zekai ÖZTÜRK.

* Dr., T.C. Ministry of Health, General Directorate of EU and Foreign Affairs, gul.mersinlioglu@saglik.gov.tr,

 <https://orcid.org/0000-0001-8172-0429>

** Prof. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli University, Health Management Department, zekai.ozturk@hbv.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0003-2569-7249>

Received: 24.02.2022

Accepted: 12.08.2022

Cite This Paper:

Mersinlioglu Serin, G., & Öztürk, Z. (2022). The Effects of Pygmalion Perception on The Self-Efficacy And Individual Creativity of Health Workers: A Public Institution Case. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 565-590

I. GİRİŞ

Örgütsel faaliyetlerin etkili ve verimli bir şekilde gerçekleşebilmesi için insan kaynağının iyi yönetilmesi gerekmektedir. Organizasyonların en önemli değerlerinden biri olan insan kaynaklarının motivasyonu kurum başarısının temelini oluşturmaktadır. Bu bilince sahip yöneticiler kurum başarısında önemli bir fark oluşturabilmektedir (Osibanjo ve Adeniji, 2012). Düşünceler, davranışları etkileme gücüne sahiptir. Yöneticilerin astlarına yönelik beklentileri de astların davranışları üzerinde bir etki oluşturmaktadır (Livingston, 1988). Bu etkinin yönü ve şiddeti benimsenen yönetsel davranış biçimiyle yakından ilişkilidir. Bu nedenledir ki bazı yöneticilerin astlarının performanslarını artırıcı yönde davranış sergilemekte olduğu, bazı yöneticilerin ise astların potansiyelinden daha düşük performans göstermelerine neden olacak davranışlar sergilemekte olduğu görülmektedir.

Pygmalion etkisi, bir kişinin beklentisinin başka bir kişinin davranışları üzerinde yarattığı güçlü bir etki ile bireyin kendinden beklenen davranışa yönelik performans sergilemesi olarak tanımlanmaktadır (Balcı, 2018). Pygmalion etkisi, bireyin kendisinden üstün olarak algıladığı kişiler tarafından bireyin performansı veya yapabileceğinden daha fazlasını başarabileceğine yönelik olumlu ve yüksek dış beklentilerin bireyin motivasyonunda ve performansında gelişme yaratmasıdır (Sabat vd., 2021). Yönetimde pygmalion etkisi ise, yöneticinin çalışanlarına yönelik olumlu ve yüksek beklentilerinin çalışanların motivasyonlarını ve performanslarını artırıcı bir etkiye sahip olduğu olgusuna dayanmaktadır.

Pygmalion algısı Yunan mitolojisine dayanmakta olup, Merton (1948) tarafından yazına kazandırılmıştır. Pygmalion etkisi özellikle Rosenthal ve Jacobson'un eğitim alanında yaptığı çalışmalar ile tanınmaktadır. Bu etkinin gücü; okullar, iş organizasyonları, ordular, mahkeme salonları, yaz kampları ve bakım evleri, klinik psikolog ve danışmanlık uygulamalarının (Eden, 2018) yanı sıra turizm (Bayram, 2014; Manav ve Köroğlu, 2019; Orhan ve Mendi, 2019), spor (Siekanska vd., 2013) bankacılık (Bayrakçı, 2017), sinema ve sanat ve sağlık (Emad, 2020; Zhang, 2022) gibi farklı alanlar tarafından da incelenmiştir.

Günümüzde Pygmalion algısının gücünün birçok sektör tarafından kullanıldığı görülmektedir. Bir şeyin gerçek olduğuna inanırsan bir gün gerçek olur düşüncesini vurgulayan "Matrix" filmi, bilim kurgu filmi olan Azınlık Raporu, Yıldız Savaşları-3 filmi, Lorenzo'nun Yağı, Gross Anatomy ve ünlü Bollywood filmi "Om Shanti Om" Pygmalion algısının sinemaya yansması olarak örneklendirebilir. Özel bir bankanın internet sayfasında öznel ön yargıların bir kenara bırakılarak olumlu düşünce ve yaklaşımlar geliştirerek para biriktirme konusunda hedeflere daha kolay ulaşılabilirliğini vurgulamaktadır. Dolayısıyla bireyleri motive ederek harekete geçirmek için Pygmalion etkisinin yeni bir yaklaşım olarak kullanıldığı görülmektedir.

Pygmalion etkisinin önemi özellikle eğitim ve yönetim alanında yapılan değerli çalışmalar ile ortaya konmuştur. Bu çalışmalarda, öğretmenlerin öğrencilerine, yöneticilerin astlarına yönelik olumlu beklentilerinin davranışları olumlu etkilerken; olumsuz beklentilerin ise davranışları olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Özan, 2017).

Yöneticiler, Pygmalion etkisi ile liderlik ve temel yönetim becerilerini davranışa dönüştürerek çalışanların motivasyon ve performanslarına katkı sağlayabilmektedir. Yöneticiler çalışanlar üzerinde Pygmalion algısı oluşturarak çalışanların özyeterliliğini ve yaratıcı davranış sergileme potansiyelini açığa çıkarabilir ve nihayetinde çalışanların iş motivasyonunu ve performansını artırabilirler.

Bu çalışmada, yöneticilerin olumlu ve yüksek beklentilerinin itici bir güç olarak çalışanlar tarafından algılanmasının çalışanların özyeterlilik ve bireysel yaratıcılıkları üzerine etkileri incelenmiştir. Araştırmada elde edilen sonuçlar açıklanmış ve öneriler sunulmuştur.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde araştırmanın kavramsal çerçevesini ortaya koymak amacıyla, Pygmalion algısı, özyeterlilik ve bireysel yaratıcılık konularına ve yazındaki benzer konuları inceleyen çalışmalara yer verilecektir.

2.1. Pygmalion Kavramı ve Kapsamı

Pygmalion, Yunan efsanelerinde yer edinen Yunanlı bir heykeltıraşın adıdır. Yunan Mitolojisine dayanan bu mite göre, Pygmalion aşka inanmayan ve hayatında hiç aşk yaşamamış bir erkektir. Bir gün Pygmalion mermerden kadın bir heykeli yapmış ve ona Galetea ismini vermiştir. Galetea, o kadar güzeldir ki Pygmalion kendini ona aşık olmaktan alıkoyamamıştır. Geletea'ya öyle büyük bir aşk duymuştur ki ona hayat vermesi için aşk tanrıçası Afrodit'e yalvarmıştır. Afrodit Pygmalion'nun bu isteğini kabul ederek Galetea'ya hayat vermiştir (Orhan vd., 2020).

Bu mit, George Bernard Shaw'ın Pygmalion (1913) adlı eserinde ve 16. yüzyılda kaleme alınan Sheakespeare'in Macbeth adlı piyesinde ele alınmıştır (Balcı, 2018). Ayrıca, bir şeyin gerçek olduğuna inanırsan bir gün gerçek olur düşüncesini vurgulayan "Matrix" filmi, bilim kurgu filmi olan Azımlık Raporu, Yıldız Savaşları-3 filmi, Lorenzo'nun Yağı, Gross Anatomy, Patch Adams ve ünlü Bollywood filmi "Om Shanti Om" Pygmalion algısının sinemaya yansımaları olarak örneklendirilebilir.

Pygmalion kavramının bilimsel olarak başlangıcı 19. yüzyıla dayanmaktadır. Alman Psikiyatrist Albert Moll'un 1898 yılında yaptığı çalışmasında, Pygmalion mitosunun metaforik bir dayanağını oluşturan "Kendini Gerçekleştiren Kehanet" kavramı ilk kez dile getirmiştir. Yaptığı klinik araştırma sonucunda Moll, bireylerin gerçek anlamda iyileşeceğine inanmaları halinde bazı hastalıkları yenebileceğini belirtmiştir. Araştırmanın özünde, bireylerin kendilerinden nasıl davranılması bekleniyorsa, öyle davranmakta olduğu vurgulanmaktadır. Böylece, kehanetlerin kendini gerçekleştireceğini belirtmiştir (Balcı, 2018; Sezgin, 2018b).

"Pygmalion Etkisi"ni ilk olarak inceleyen Sosyolog Robert Merton (1948)'dur. Merton, bu etkiyi "kendini gerçekleştiren kehanet" olarak yeniden adlandırmış olup "eğer insanlar bir durumu gerçek olarak tanımlarsa, bu durumların sonuçlarının da gerçek olacağını" savunmuştur. Bir diğer tanımda Merton kendini gerçekleştiren kehaneti; "bir durumun yanlış tanımının, yeni bir davranışa yol açmasıyla birlikte, başlangıçta yapılan yanlış tanımın gerçekleşmesi" olarak ifade etmiştir. (Merton, 1948). Ayrıca Merton, Pygmalion etkisi ile belli bir duruma yönelik beklentilerin zamanla bu durumun bir parçası haline geldiğini ve sonraki süreçleri etkilediğini belirtmiştir (Merton, 1948).

Pygmalion etkisine yönelik ilk ampirik çalışma 1968 yılında "Sınıftaki Pygmalion" isimli araştırma ile Rosenthal ve Jacobson tarafından yapılmıştır. Çalışma, sınıf ortamında Pygmalion etkisini incelemiş ve büyük bir ilgi görmüştür. Çalışmada öğretmen beklentilerinin, öğrencilerin öğrenme performansının üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamında rastgele seçilen öğrenciler iki gruba ayrılmıştır. Araştırmaya katılan öğretmenlere bir grubun diğer gruba oranla daha zeki oldukları söylenmiş ve bu öğrencilerin daha başarılı olacağı ifade edilmiştir. Dönem sonunda zeki olarak adlandırılan gruptaki öğrenciler dikkate değer bir oranda diğer gruba göre daha başarılı olmuştur. Halbuki başlangıçta iki gruba ayrılan bu öğrencilerin zeka seviyesinde bir fark yoktur. Rosenthal'a göre bu fark tümüyle öğretmenlerin öğrencilerine yönelik zihninde oluşturduğu yüksek beklentilerden kaynaklanmaktadır. Öğretmenler daha zeki olduğu söylenen gruba karşı geliştirmiş oldukları olumlu ve yüksek beklentiler doğrultusunda daha sabırlı, şefkatli, destekleyici, ses tonu, yüz ifadesi, jest ve mimikleri ile pozitif ve sıcak bir iklim oluşturmuştur. Ayrıca, öğretmenlerin yüksek başarı beklediği öğrencilere daha fazla ve zorlayıcı eğitim materyalleri kullanması, rehberlik etmesi ve daha fazla açıklayıcı bilgiler vermesi öğrencilerin kendilerine ilişkin algılarını olumlu yönde etkileyerek onları daha fazla çalışmaya motive etmiştir (Rosenthal ve Jacobson, 1968; Özan, 2017; Boyd ve Macneill, 2020).

Rosenthal'ın araştırmasının özünde öğretmen-öğrenci profesyonel ilişkisinin önemi vurgulanmakta ve bir kişinin davranışına yönelik dış beklentilerin, farkında olmadan nasıl gerçekleşebileceği ele alınmaktadır (Boyd ve Macneill, 2020). Buna göre, bir insan başka bir insan hakkındaki beklentileri yönünde davranış ve tutum sergilerken; bu davranışlar hedef bireyde etki oluşturarak aslında kendine hizmet eden bir kehanet olarak gerçekleşmektedir (Schaedig, 2020). Ayrıca, Rosenthal'ın değerli çalışmalarından sonra Pygmalion etkisi "Rosenthal Etkisi" olarak da anılmaya başlamıştır.

Pygmalion etkisi, bireyin kendileri, dünyaya yönelik temsillerinin veya imajlarının gerçek olmasa bile önemini altını çizmekte; fakat elde edilen sonuçları bakımından gerçekliği vurgulamaktadır. Bu durum, düşünceyi gerçekleştirmek için bireyin koşullanmasıyla gerçekleşmektedir (Akmeşe, 2019).

2.2. Pygmalion Etkisi ve İlgili Kavramların Tanımı ve Kapsamı

Pygmalion etkisi, olumlu beklentiler ile olumlu sonuçlar elde edilmesi olarak özetlenebilmektedir. Bu etkinin; özbeklenti veya gözlemci beklentisi etkisinde olumlu/olumsuz beklenti ile yüksek/düşük beklenti etkilerine göre kendini gerçekleştiren kehanet, Galatea etkisi ve Golem etkisi olarak farklı yansımaları ile Wallenda Faktörü ve Matthew Etkisi gibi ilişkili kavramları aşağıda açıklanmıştır.

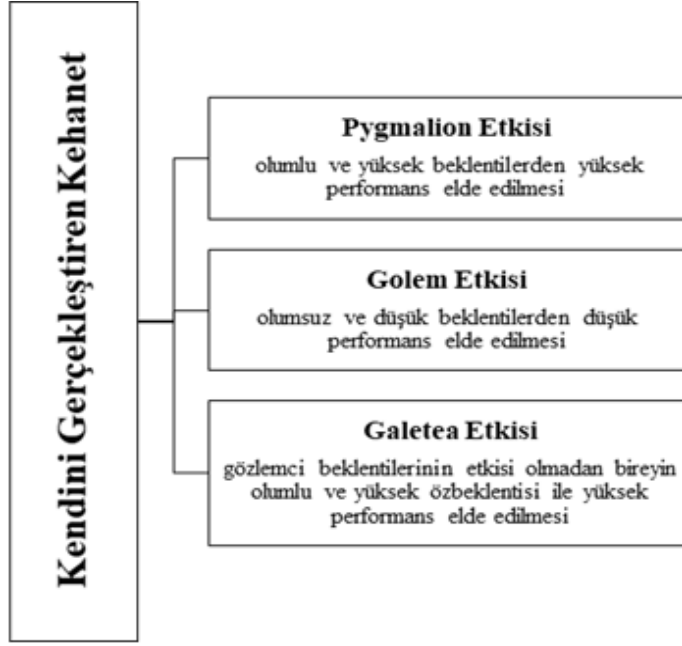
2.2.1. Kendi Kendini Gerçekleştiren Kehanet

Kendi kendini gerçekleştiren kehanete göre, bir kişinin diğer bireylere yönelik beklentilerinin gerçekleştiği süreç, o kişinin beklentileri doğrulayacak şekilde davranmasına yol açmaktadır (Schaedig, 2020). Kendi kendini gerçekleştiren kehanet, durumlar, olaylar veya insanlar hakkındaki herhangi bir olumlu ya da olumsuz beklentilerin, kişinin davranışlarını bu beklentilerin yerine getirilmesine neden olacak şekilde etkileyebilmesi olarak ifade edilmektedir (Thanapiyawanich, 2019). Kendini gerçekleştiren kehanet kavramına ilişkin alan yazında bağdaştırılan örnekler plasebo etkisi ve stereotip tehdidi olarak görülmektedir (Sharma, 2015; Schaedig, 2020; Ackerman, 2020).

Plasebo etkisi, gerçek bir tıbbi tedaviye benzeyen bir hap veya başka bir tür yöntem ile "sahte" tedavi uygulanması ve gerçek tedaviye benzer iyileşmelerin görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Plasebo etkisi örneğinde hastalar rastgele iki gruba ayrılmıştır. Bir grup "gerçek" tıbbi tedaviyi alırken diğer grup plasebo tedavisi yani "sahte tedavi" almaktadır. Plasebo ilacı verilen grupta, iyileşmeye neden olan herhangi bir aktif tıbbi ajan olmamasına rağmen bilimsel araştırmalar ve klinik araştırmalar neticesinde bu hastalarda iyileşmeler görüldüğü saptanmıştır (Sharma, 2015; Schaedig, 2020). Kişinin sahip olduğu inançların deneyimledikleri tedaviyi etkilediği ve bu kehanetin gerçekleşmesine yol açtığı değerlendirilmektedir.

Stereotip tehdidi, kişinin eylemlerinin ait olduğu grubun olumsuz bir kültürel klişesini yerine getirebileceği endişesini ifade etmektedir. Sosyal bir grubun ya da onun üyelerine etiketlenen ortak ve basitleştirilmiş kalıp yargıların, kişide oluşturduğu stres ve baskı neticesinde istemeyerek de olsa bu kalıp yargıların bireyin beklenti ve davranışlarını belirlemesi olarak tanımlanmaktadır (Limon vd., 2019).

Şekil 1. Kendini Gerçekleştiren Kehanet Çeşitleri



2.2.2. Galatea Etkisi

Galatea etkisi, Pygmalion etkisi ile ilişkili bir kavram olup kişinin kendi yeteneklerine olan inancının gücünü ifade etmektedir. Galatea etkisi, bireyin yüksek öz beklentilerinin kişiyi motive etmesi sonucunda performans artışının meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Orhan ve Mendi, 2019).

Yönetim biliminde Galatea etkisi, çalışanların performanslarına yönelik öz beklenti artışının, çalışanların performans seviyesini artıracak düşüncesidir. Galatea etkisinde birey, belli bir duruma yönelik davranış sergilerken başka birinin etkisinde değildir. Kişi kendi motivasyonunu kendi oluşturur, yeteneklerine güvenir ve öz beklentisinde artış meydana gelir (Ülgen, 2016). Buna bağlı olarak birey, yeteneklerini geliştirme çabasına girer ve performansına yönelik olumlu sonuçlar elde edilir (Eden, 1990; McNatt ve Judge, 2004).

2.2.3. Golem Etkisi

Pygmalion etkisi olumlu bir etki oluştururken bu etkinin olumsuz hali ya da tam tersi ise Golem etkisi olarak adlandırılmaktadır (Özan, 2017). Golem etkisi, düşük beklentilerin, birey üzerinde olumsuz etki yaparak motivasyonu düşürmesi, davranışları olumsuz yönde etkilemesi ve düşük performansa neden olmasıdır (Babad, 1982).

Golem etkisi, bir bireyin performansı ile ilgili olumsuz ya da düşük beklentilerin olduğu durumlarda ilişkilendirilmektedir. Bu etkiye göre, yöneticinin düşük veya olumsuz beklentileri, astın performansında olumsuz etkilere yol açmaktadır (Reynolds, 2002) Öyleyse, yöneticinin astlarına yönelik düşük performans beklentileri olumsuz sonuçlara sebebiyet verebilirken; bir öğretmenin öğrencisine yönelik düşük performans beklentisi öğrencilerin performansının düşmesine neden olmaktadır. Bu durum, Golem etkisine örnek verilebilmektedir.

Alex Leung ve Thomas Sy'nin (2018) çalışmasında grup düzeyinde 101 lider ve 202 takipçi üzerinde Örtülü Takipçi Teorileri (Implicit Followership Theories) ile doğal olarak oluşan Golem etkisi arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada, Golem sürecinde Örtülü Takipçi Teorilerinin takipçilerin biliş ve davranışlarının grup prototip özellikleri tarafından şekillendiğinin önemi

vurgulanmaktadır. Çalışmada, grup düzeyinde negatif örtülü takipçi teorileri bireysel düzeyde sırasıyla takipçilerin özyeterliliğini, çabasını ve performansını olumsuz etkilemiştir. Diğer bir ifadeyle, negatif beklentiler takipçilerde Golem etkisi oluşmasını tetiklemiş ve bu durumun çıktısı olarak takipçilerin performansları azalmıştır. Dolayısıyla, çalışma literatür ile uyumlu olarak negatif beklentilerin negatif sonuçlara yol açtığını saptamıştır (Leung ve Sy, 2018).

2.2.4. Wallenda Faktörü

Wallenda faktörü, ismini Karl Wallenda isimli bir ip cambazından almaktadır. Wallenda, yıllarca başarı ile gerçekleştirdiği gösterisinin birinde 75 metre yükseklikte ipten düşerek hayatını kaybetmiştir. Karl Wallenda'nın ölümünün ardından eşinin yaptığı açıklamalar oldukça dikkat çekmiştir. Bu açıklamaya göre, Karl Wallenda'nın, son gösterisinden önceki üç ay boyunca düşüncelerinin başarılı bir şekilde ipte yürümek yerine ipten düşmemek üzerine yoğunlaştığını belirtmiştir (Akmeşe, 2019, Balun ve Erbay, 2015). Wallenda örneğinde olduğu gibi başarısızlık düşüncesi bireyin kendini koşullaması nedeniyle istenmeyen sonuçları gerçekleştirmektedir. Dolayısıyla, düşünceler hangi noktaya yoğunlaşır ise sonuçlar da o noktaya gitmektedir.

“Wallenda Faktörü” yönetim bilimine Warren Gamaliel Bennis ve Burton Nanus tarafından kazandırılmış olup çalışmalarında, hedef yönetimi ve liderlik alanında beklentilerin ve kehanetlerin sonuçlar üzerindeki etkisinin önemine vurgu yapılmış ve Wallenda faktörü, “risk kabul etme yeteneği” olarak tanımlanmıştır (Balun ve Erbay, 2015). Ayrıca, Wallenda faktörü liderlikte hedef yönetimi sürecinin tanımlanmasında alternatif bir yaklaşım olarak ele alınmaktadır.

2.2.5. Matthew Etkisi (Birikimli Üstünlük)

Matthew Etkisi sosyolog Robert K. Merton tarafından 1968 yılında bilime kazandırılmıştır. Merton, İncil’de geçen Matthew Suresinin “... sahip olanlara daha çok verilecek ve onlar bereket sahibi olacaklar; ama hiçbir şeyi olmayanların ise sahip oldukları bile ellerinden alınacak ...” ayetine dayandırdığı Matthew etkisini birikimli üstünlük (accumulated advantage) olarak tanımlamıştır. Matthew Etkisi, “zenginlerin daha zengin, fakirlerin daha fakir olması” (Rigney, 2010) veya “Başarı başarıyı besler (Success breeds success.)” şeklinde kalıplar oluşturmaktadır.

Merton, ünlü araştırmacıların ünlü olmayan araştırmacılarla benzer çalışmalar yapsa dahi adı bilinen araştırmacıların daha fazla itibar kazandığını ifade etmektedir (Merton, 1968). Bir başka ifadeyle, Nobel Ödüllü tanınmış yazarların tüm makaleleri orantısız görünürlük kazanırken; eşit derecede geçerli veya üstün makalelerin tanınmayan yazarlar tarafından kaleme alınması ödüllü yazarlar kadar görünür olmaması Matthew etkisine örnek olarak verilebilir. Dolayısıyla Matthew etkisini bilimde; seçkin araştırmacılar yıllar geçtikçe ünlerine ün katmaya devam ederken diğerler araştırmacılar okyanusa açılmak yerine sığ sularda zaman geçirmesi ile açıklamak mümkündür (Taşkın, 2020).

Matthew etkisinin Türkçe konuşan çocukların okuma becerileri üzerinde etkisinin incelendiği bir çalışmada, iyi okuyucular ve zayıf okuyucular arasındaki performans farkının artarak devam ettiği görülmüştür. Okumayı öğrenmede zorluk yaşayan çocukların performanslarının daha da kötüleştiği saptanırken iyi okuyucuların başarısı Matthew etkisiyle açıklanmıştır. Fakat, çalışmada iyi ve zayıf okuyucular arasındaki farkın zamanla kapanabileceği sonucuna varılmıştır (Ergül vd., 2022).

2.3. Yönetimde Pygmalion Algısı

Yönetim biliminde Pygmalion etkisine ilişkin algıyı ilk kez 1969 yılında Livingston incelemiştir (Eden, 1984). Livingston, yaptığı farklı deneysel çalışmalar ile Pygmalion algısının yönetici-çalışan ilişkisindeki etkisini ortaya çıkarmıştır. Livingston, yönetici beklentilerinin astın performansının belirleyicisi olduğunu vurgulamış ve astın, yöneticinin beklentisi paralelinde performans gösterdiğinin

altını çizmiştir. Livingston çalışmaları sonucunda Pygmalion etkisini şu şekilde derlemiştir (Livingston, 1988):

- Yöneticilerin astlarına yönelik beklenti ve davranışlarının astların performanslarının ve kariyer gelişiminin belirleyicisi olduğu,
- Yöneticiyi benzersiz kılan özelliğin astlarından yüksek performans beklentisi oluşturma yeteneği olduğu,
- Daha az etkili yöneticilerin astlarından beklentiler oluşturmada başarısız olduğu ve onların üretkenliklerine zarar verebildiği,
- Astların beklentiler doğrultusunda davranışlar gösterdiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

İş organizasyonlarında Pygmalion etkisinin geçerliliği ve güvenilirliği hem McNatt'ın hem de Kierein ve Gold'un yapmış olduğu farklı meta analiz çalışmaları ile ispatlanmıştır (Eden, 2003). McNatt 2000 yılına kadar yapılan Pygmalion etkisi ile ilgili 17 çalışmada meta analizi uygulayıp bunun geçerlilik ve güvenilirliğini test etmiştir. Çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir (McNatt, 2000);

- Yöneticiler çalışanları hakkında yüksek beklentilere sahip olduğunda çalışanların iş çıktısının daha fazla olduğu,
- Yüksek beklenti duyulan çalışanların diğerlerinden üç kat daha fazla performans gösterdiği,
- Beklenti etkisinin en çok, düşük beklenti duyulan bir çalışana yönelik yüksek beklenti gösterildiğinde ortaya çıktığı,
- Askeri eğitim alanındaki kazanımların iş alanından daha fazla olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bununla birlikte, Pygmalion etkisinin büyüklüğü başlangıç beklenti düzeyi, kadın katılımcı yüzdesi ve askeri bir ortamın kullanımı ve diğer faktörlere (örneğin, eğitim bağlamı) bağlı olarak değişebilmektedir (McNatt, 2000). Yüksek beklentiye sahip yönetici davranışları; çalışanların fikir ve düşüncelerini ifade etmelerine teşvik etmek, eğitim programları ve proje gibi faaliyetler ile yeteneklerinin geliştirilmesini sağlamak ve iki yönlü-karşılıklı iletişimi özendirme olarak belirtilmektedir (Alkan, 2019).

Diğer yandan, liderin benimsediği koçluk davranışının Pygmalion etkisini tetikleyerek çalışanların performans başarısını artırdığı, olumlu iş davranışlarının oluşmasına teşvik ettiği, üretkenliği artırdığı ve gelecekteki yetenekleri güçlendirmeye hizmet ettiği sonuçlarına ulaşılmıştır (Hysmith, 2019).

Yönetimin temel işlevleri arasında farklı kültür, farklı statü ve farklı hedeflere sahip insanların örgütün amaç ve hedefleri için bir arada çalışmasını sağlamak bulunmaktadır. Bu farklılığa sahip çalışanları ortak bir hedefi başarma hevesi ile bir araya getirmek için Pygmalion algısı güçlü bir yönetim enstrümanı olarak düşünülebilir. Pygmalion etkisine ilişkin algı, yönetimin tüm süreçlerinde uygulanabilir özelliğe sahiptir. Ayrıca, yöneticinin çalışanlarına yönelik başarı beklentilerinin çalışanlarca algılanması, personelin yüksek performans göstermelerine imkan tanımaktadır (Wang ve Lin, 2014). Bu bakımdan, yöneticinin yüksek beklentileri yüksek performansa, düşük beklentileri ise düşük performansa yol açmaktadır. Yüksek beklenti ile oluşturulan bu etki kişilerarası motivasyonel bir fenomen olarak ifade edilmektedir (Nidhi ve Bani, 2016).

İşgörenlerin kendilerine ve etkili olduklarına inanmalarını sağlayan yöneticiler, işgören performansını geliştiren güçlü bir performans geliştirici araçtan yararlanmaktadır (Raiz vd., 2017). Çalışanlarına yönelik pozitif düşünceye sahip bir lider, çalışanların performansı üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. İsrail askeri eğitim kampında olumlu ve yüksek beklentili eğiticilerin, kursiyerlerin

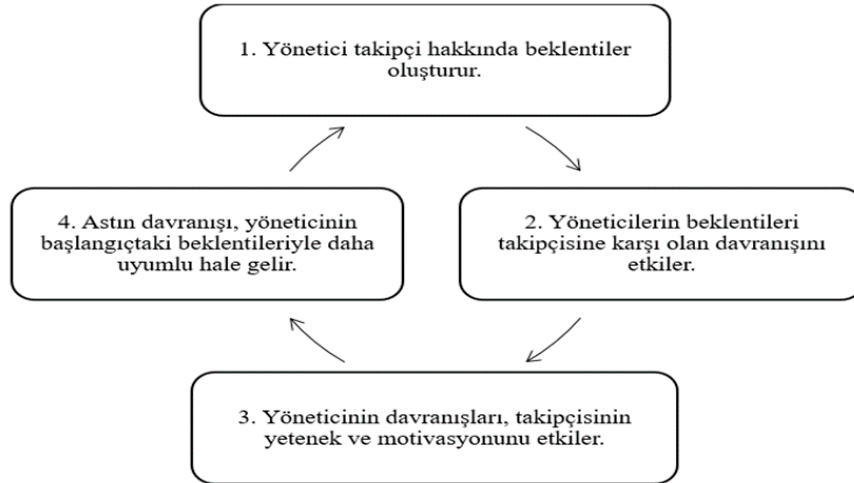
daha yüksek başarı elde etmelerinde ve daha pozitif tutum sergilemelerinde etkili olduğu saptanmıştır (Raiz vd., 2017).

Lunenburg'e göre çalışanları sözlü ikna etmede bir liderin kullanabileceği en etkili yol Pygmalion etkisidir (Lunenburg, 2011). Fakat bu etkiyi oluşturmada liderin güvenilirliği önem arz etmektedir.

Yönetici ve çalışanlar arasındaki beklenti düzeyi astların yeteneklerini ve performanslarını belirleyebilmektedir. Yöneticilerin çalışanları hakkında çalışkan, verimli ve başarılı gibi olumlu düşüncelerini bazen farkında olarak bazen de olmayarak sözlü veya sözlü olmayan iletişim yolu ile çalışanlarına iletildiği görülmektedir. Yöneticilerin bu tutum ve davranışlarının çalışanlar üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu ve çalışan verimliliğinde artış sağladığı görülmüştür. Tam tersi durumda ise, yöneticilerin çalışanlarına karşı başarısız, tembel gibi olumsuz düşüncelerinin yöneticinin astlarına yönelik tutum ve davranışlarına yansıdığı ve çalışanların performanslarını olumsuz etkilediği görülmüştür (Özan, 2017).

Yönetici beklentilerinin ve takipçi davranışlarını etkilediği süreç dört aşamadan oluşmaktadır (McShane ve Von Glinow, 2009). Bu süreç Şekil 2'de gösterilmektedir.

Şekil 2. Yönetici Beklentilerinin Takipçi Davranışlarını Ekileme Süreci



Kaynak: McShane ve Von Glinow (2016)

Pygmalion etkisi, klinik yönetim sürecinde de yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Kliniklerde, yöneticilerin hoşgörülü, rahatlatıcı, teşvik edici davranışları hemşirelerin motivasyonları üzerinde büyük etkiye sahipken; bu etkinin benzer şekilde hemşirelerden hastalara geçerek hastaların iyileşme sürecini etkilediği (Wang ve Lin, 2014) ve hastaların daha az depresyona girme eğiliminde oldukları görülmüştür (Raiz vd., 2017).

Pozitif beklentiler, liderin etkinliğini ve performansını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. Bu bakımdan yönetici beklentilerinin astın performansının ve gelişiminin anahtarı konumunda olduğu değerlendirilmektedir.

Diğer yandan, Pygmalion etkisine yönelik bazı eleştiriler de mevcuttur. Şöyle ki Pygmalion etkisi, beklenmedik bir olayda liderin yaratıcılığı sözlü ikna gücüne, işgören-yönetici ilişki geçmişi ve liderin organizasyondaki etkisine bağlı olduğundan; bu durum Pygmalion etkisinin önüne geçmekte ve beklentinin gücünü engellemektedir (Lunenburg, 2011). Ayrıca, Pygmalion etkisi ile yöneticilerin bilinçaltı operasyonu yaparak bilinçaltının doğasını sınırlandırmaktadır. Bu sebeple Pygmalion etkisi, iş yerinde etik olmayan bir davranışa manipüle ettiğinden aldatici olarak görülmektedir (White, 2000).

2.4. Pygmalion Etkisi ve Özyeterlilik İlişkisi

Özyeterlilik, öğrenme, motivasyon ve performans üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir (Bandura, 1977). Çünkü başarılı performans gösterebileceğine inanan kişiler, bu işi başarmak için öğrenme ve performans gösterme çabasına girmektedir (Boyd ve Macneill, 2020).

Özyeterlilik, bir duruma yönelik kişinin kendi kendini ikna etme sürecinin ürünü olarak görülmektedir. İkna süreci içsel ve dışsal birçok faktörü barındırmaktadır. Dışsal faktörleri ele aldığımızda, sözel ikna yolu ile birey güvendiği ve saygı duyduğu kişiler tarafından görevi başaracağına dair inandırılması bireyin özyeterliliğini olumlu etkilemektedir. Bu sayede bireyin özyeterliliği ve motivasyonu artarken görevi başarma konusunda potansiyelini gerçekleştirebileceği değerlendirilmektedir.

Özyeterlilik örgütsel anlamda incelendiğinde, performans, iş tatmini, girişimcilik, motivasyon, yaratıcılık, eğitim ve gelişim, liderlik gibi pek çok konuda örgütsel süreçlere katkı sağlamaktadır (Basım vd., 2008). Özyeterlilik, çalışanların eyleme geçip geçmeme kararlarını, zor görevler karşısında çaba azimlerini ve bireysel performanslarını olumlu yönde etkilemektedir (Bandura, 2001; Luszczynska vd., 2005; Lombardo, 2006).

Edwin Locke ve Gary Latham, Hedef Belirleme Kuramı ile Özyeterlilik Kuramı'nın birbirini tamamladığını ifade etmektedir. Bir yöneticinin çalışanı için zor hedefler belirlemesi çalışanın daha yüksek seviyede özyeterliliğe sahip olmasına katkı sağlarken aynı zamanda çalışanın performansına yönelik daha yüksek hedefler belirlemesine yol açmaktadır. Araştırmalara göre bu durum şu şekilde açıklanmaktadır; zor hedefler belirleme güveni etkilemekte, özyeterliliği yükseltmekte ve dolayısıyla daha iyi performans sergilemeye neden olmaktadır (Lunenburg, 2011).

Alanyazında özyeterlilik ve Pygmalion etkisini konu alan bazı araştırma sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Yıldız (2018), insan kaynakları yöneticilerinde Pygmalion etkisi ve özyeterlilik ilişkisini incelemiştir. Araştırmada mülakat yoluyla elde ettiği verileri içerik analiziyle değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda, özyeterliliği yüksek olan insan kaynakları yöneticilerinde ve astlarında Pygmalion etkisi görülmüştür. Bu duruma zemin hazırlayan yönetici davranışları incelendiğinde; geri bildirim unsurunun ast-yönetici ilişkisinde anahtar rol oynadığı tespit edilmiştir. Pygmalion etkisinin önemli bir bileşeni olan geri bildirim, insan kaynakları yöneticileri tarafından motivasyon aracı olarak görüldüğü tespit edilmiştir (Yıldız, 2018).

Bandura "Özyeterlilik: Kontrol Uygulaması" adlı kitabında, işle ilgili kişisel ve personel etkililikte özyeterliliğin hem yöneticiler hem de çalışanlar üzerinde önemli derecede doğrudan doğruya etkili olduğunu ifade etmektedir. Özyeterliliği yüksek olan yöneticilerin motivasyonlarının daha yüksek olduğu ve daha zor hedefler belirlediği tespit edilmiştir (Yıldız, 2018:37). Ayrıca özyeterliliği yüksek olan yöneticilerin, liderlik beklentilerin artmakta olduğu ve çalışanlarına yönelik yüksek beklentilere sahip olduğu görülmüştür (Eden, 2000). Özyeterliliği yüksek olan çalışanların; daha iyi performans göstermelerini sağlayacak davranışları sergileme motivasyonlarının yüksek olduğu, eğitime ve gelişime açık olduğu, daha yüksek hedef belirlediği ve daha yüksek performans gösterdiği belirtilmektedir (Lunenburg, 2011).

Reynolds'un yöneticinin pozitif ve negatif geribildiriminin astlarının özyeterliliği üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında; çalışanların performansı hakkında yapıcı geribildirim astların özyeterlilik seviyesini artırdığını, eleştirel geribildirim ise astların özyeterlilik seviyesini azalttığı saptanmıştır. Reynolds bu durumu, "pozitif geribildirim Pygmalion etkisini yaratır; negatif geribildirim Golem etkisini yaratır" ifadeleriyle açıklamıştır (Reynolds, 2006). Ayrıca Reynolds, yaptığı birçok çalışmada beklentilerin özyeterlilik üzerindeki etkili olduğunu belirtmiştir (Reynolds, 2002; Reynolds, 2007).

McNatt, özyeterlilik ve performans arasında iki yönlü sarmal bir etki olduğu vurgulanmaktadır. Buna göre, Galatea etkisinin çalışanların özyeterliliklerini ve performanslarını artırabileceği ifade edilmektedir (McNatt ve Judge, 2004).

Bireyin kendi yeteneklerinin farkında olarak neleri yapabileceği hakkındaki inançları özyeterliliği ifade etmektedir. Bireyin özyeterlilik inancı yüksek olduğunda kişi kendine güvenmekte ve motivasyonu artmaktadır (Acar, 2012).

2.5. Pygmalion Algısı ve Bireysel Yaratıcılık İlişkisinin Yönetsel Boyutu

Günümüz organizasyonları ekonomik, politik, siyasi, teknolojik, uluslararası ilişkiler, bilim vb. gibi birçok dış faktörlerden dolayı hızlı dinamik bir çevreye sahiptir. Örgütsel anlamda yaratıcılık, organizasyonların uzun dönemde yaşamlarını sürdürmesi ve başarılı olması, mevcut durumunu koruyabilmesi veya geliştirebilmesi için önem taşımaktadır (Martin ve Terblanche, 2003; Lin ve Chen, 2007; Zhou ve Shalley, 2008).

Teorik olarak bireysel yaratıcılık ile örgüt kültürü ve liderlik arasında pozitif bir ilişki olduğu savunulmaktadır (Pratoom ve Savatsomboon, 2010; Gubta ve Singh, 2014). Liderin yaratıcı bir örgüt iklimi oluşturması ve çalışanların ihtiyacı olan kaynakları sunması yaratıcılığın oluşmasını güçlendirmektedir. Bu sayede çalışanların, yaratıcı düşünme becerisi gelişmekte ve çalışanların yaratıcılık performansları artmaktadır (Yılmaz ve Karahan, 2010). Bunun bilincinde olan liderler bireysel yaratıcılıkta büyük fark yaratmaktadır (Gehani, 2011).

Liderler çalışanların davranışlarını şekillendirme potansiyeline sahiptir (Arslan, 2019). Yöneticilerin olumlu tutum ve davranışları, çalışanların hem yüksek performans göstermelerini hem de yaratıcılık becerilerini desteklemektedir (Mushtaq ve Khalidi, 2016). Araştırmalar, yöneticinin yüksek beklentilerinin çalışanlar tarafından algılanması ile oluşan Pygmalion algısının yaratıcılığın teşvik edilmesi amacıyla da kullanılabileceğini göstermiştir (Tierney ve Farmer, 2004). Yöneticilerin astlarına yönelik yaratıcılık beklentisi seviyesi, çalışanların yaratıcılık becerisini destekleyici yönetici davranışları sergileme derecesini belirlemektedir. Yöneticinin bu tür davranışları, çalışanların yaratıcı performans göstermelerini etkileyen ve çalışanların bireysel yaratıcılıklarına olan yargılarını şekillendiren bir araç olarak görülmektedir (Tierney ve Farmer, 2004). Bu bakımdan Pygmalion algısı, bireysel yaratıcılığın gelişmesini destekleyen ve besleyen bir yönetim enstrümanı olarak düşünülmektedir. Dolayısıyla, kişinin yaratıcılık yeteneğine sahip olduğuna inanması, kişinin daha özgün fikirleri takip etmesine ve sorunları yaratıcı bir şekilde çözme çabasına motive olmasına yol açmaktadır.

Bireysel yaratıcılığın gelişim sürecinde dış etkenlerden beslenen hususların yanında içsel motivasyon ve kendi kendine liderlik gibi bireysel faktörler ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, yaratıcılık yetenekleri konusunda yüksek özgüvene sahip bireylerin bilişsel kaynaklarını daha odaklı ve etkili bir şekilde kullandıkları görülmektedir (Redmond vd., 1993).

Bununla birlikte, astlarının yaratıcı performans göstermelerini teşvik etmek isteyen liderin, teknik bilgisinin yanında bazı becerilere de sahip olması gerekmektedir. Çünkü, liderin astların algıları üzerinde çok güçlü ve doğrudan doğruya etkisi vardır (Amabile vd., 2004). Amabile'ye (1983; 1997) göre lider, uygun davranış sergileyerek, uzmanlığını kullanarak, yaratıcı düşünme becerisini destekleyerek ve iş motivasyonunu sağlayarak çalışanların yaratıcılığını geliştirebilir. Bu kazanımları sağlamada içsel motivasyon önemli rol oynamaktadır. Ayrıca, işgörenlerin hem bireysel beklentilerinin yüksek olmasının hem de üstlerin çalışanlara yönelik beklentilerinin yüksek olmasının iş motivasyonu ve iş tatmini açısından değerli olduğu belirtilmektedir (Sezgin, 2018b).

Yöneticilerin sahip olduğu kaynakları etkili bir şekilde kullanıldığında çalışan yaratıcılığı üzerinde olumlu etki yarattığı görülmektedir. Ancak, çalışmalar yöneticilerin astlar üzerindeki bu etki nasıl ve ne şekilde oluştuğuna dair derin bir bilgi sunmamaktadır. Dolayısıyla, lider-çalışan-yaratıcılık

bağlantısı hakkında birçok soru akıllara gelmektedir. Bu kapsamda, liderin çalışanların yaratıcı performanslarını nasıl etkilediğini anlamak için Pygmalion algısı öne sürülmektedir (Hsu vd., 2009). Yani, Pygmalion algısı modeli çalışan ve lider etkileşimi ile yaratıcı sonuçlar kapsamında incelendiğinde zengin bir kavramsal çerçeve oluşturabileceği düşünülmüştür.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın yöntemi ilişkisel tarama modeli ile desenlenmiştir. İlişkisel tarama modeli, değişkenler arasındaki ilişkilerin araştırılması ve değişimin derecesinin belirlenmesi süreçlerini kapsamaktadır (Fraenkel ve Wallen, 2009; Karasar, 2016). Bu araştırma, Pygmalion algısı ile özyeterlilik ve bireysel yaratıcılık arasındaki ilişkiyi inceleyen ilişkisel tarama modelinde betimsel bir araştırmadır.

Bu araştırma, sağlık sektöründe işgören motivasyonuna ve performansına katkı sağladığı düşünülen Pygmalion algısını ortaya çıkarmayı, Pygmalion algısının oluşumunu ve bu etkinin çalışanların özyeterliliği ve bireysel yaratıcılığı üzerindeki etkilerini ortaya çıkarmayı, değişkenlerin bu etkideki aracılık rolünü belirlemeyi, özyeterlilik ve bireysel yaratıcılık ile Pygmalion algısının demografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki hipotezler ortaya konmuştur:

Hipotezler:

- H1: Sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları ile bireysel yaratıcılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H2: Sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları ile çalışan özyeterliliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H3: Sağlık çalışanlarının Pygmalion algılarının bireysel yaratıcılık üzerindeki etkisinde özyeterlilik aracı rol oynar.
- H4: Sağlık çalışanlarının Pygmalion algılarının özyeterlilik üzerindeki etkisinde bireysel yaratıcılık aracı rol oynar.
- H5: Sağlık çalışanlarının özyeterliliği ile bireysel yaratıcılığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırma evrenini, sağlık hizmeti veren bir kamu kurumunun farklı birimlerinde görev yapmakta olan toplam 4365 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Fakat kurumda daha önce taşeron işçi olarak görev yapmakta iken Devlet Memurları Kanuna göre 4/D statüsü alan kamu işçileri hizmet sunumu farklılığından dolayı çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın örnekleme ise evreni bilinen örneklem formülünden yararlanarak %95 güven düzeyinde %5 hata payı ile saptanan 354 çalışan oluşturmuştur.

3.1. Araştırmanın Anket Formu ve Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, birinci dereceden veri toplamada yaygın olarak kullanılan bir yöntem olan “anket yöntemiyle” toplanmış olup anket çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilere elden dağıtılmıştır. Ankette Kişisel Bilgi Formu, Dov Eden tarafından geliştirilen Pymalion Tutum Ölçeği, Fatma Yıldırım ve İlhan (2010) tarafından geliştirilen Özyeterlilik Ölçeği ve Balay (2010) tarafından geliştirilen Bireysel Yaratıcılık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Anket toplamda 49 önermeden oluşmaktadır.

Verilerin toplanma sürecinde ilk olarak Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 06.09.2019 tarih ve 12 sayılı toplantısı ile etik komisyon izni, daha sonrasında ise çalışmanın yürütülmesi planlanan ilgili kamu kurumundan 18.09.2019 tarih ve 190 sayılı yazısı ile anket uygulama izni alınmıştır. Daha sonra, bu anketler çalışmaya dâhil edilme koşullarını karşılayan ve çalışmaya katılımda gönüllü olan çalışanlardan onam alındıktan sonra elden dağıtılmıştır, veriler, form

ve ölçeğin dağıtıldığı aynı gün/saatler içinde çalışanlar ile yüz yüze görüşülerek 18 Eylül-31 Kasım 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.2. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS ve Amos istatistik programları kullanılarak analiz edilmiştir, veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Likert tipi ölçek kullanılan anketlerde, çoğu zaman veriler normal dağılmamaktadır. Bu tip durumlarda normal dağılıma uygunluk Q-Q Plot çizimi ile incelenebilmektedir (Chan, 2003). Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı saptamak için çarpıklık ve basıklık değerlerine de bakılmakta olup bu değerlerin ± 3 arasında olması gerekmektedir (Shao, 2002). Araştırmada kullanılan ölçekler normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Örneklem hacmi 30'dan küçük olup ana kütle dağılımı için normallik varsayımı yapılamıyorsa parametrik olmayan çalışmalar gündeme gelmektedir (Armutlulu, 2008). Buna bağlı olarak örneklem büyüklüğünün 30'dan küçük olduğu bölümlerde parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Nicel değişkenlerimizin iki ilişkisiz örneklemden elde edilen puanların birbirinden anlamlı bir şekilde farklılık gösterip göstermediğini test etmek için bağımsız t testi ve 30 örneklemden küçük ise Mann-Whitney U testi, ilişkisiz ikiden çok örneklem ortalamasının birbirinden anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi ve 30 örneklemden küçük ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Ölçek puanlarında ilişkiyi araştırmak için korelasyon analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapı geçerliliği test etmek için "Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)" ve modelin uygunluğunu test etmek için "Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)" yapılmıştır. Daha sonra yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak değişkenlerin aracılığını ölçmek amacı ile modeller yol (path) analizi ile test edilmiştir. Aracılık etkisinin anlamlılığını test etmek için Bootstrap testi uygulanmıştır.

IV ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu başlıkta anket ile elde edilen verilerin tanımlayıcı istatistiksel değerleri, ölçeklerin güvenilirlik sonuçları ve hipotez testi sonuçları yorumları ile birlikte verilmiştir.

4.1. Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının doğruluğunu test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu sayede elde edilen bulguların sonuçları güvenilir olacaktır. Ayrıca, doğrulayıcı faktör analizi, geçerlilik ve güvenilirlik testleri ispatlanmış ölçeklerin çalıştığını yinelemek için de kullanılmaktadır. Pygmalion Tutum Ölçeği, Özyeterlilik Ölçeği ve Bireysel Yaratıcılık Ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Pygmalion Tutum Ölçeği Birinci Düzey Tek Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum İyiliği Ölçümleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Pygmalion T. Ölçeği	Özyeterlilik Ölçeği	B.Yaratıcılık Ölçeği
CMIN/Df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	1,301	3,094	3,442
GFI	$\geq 0,90$	$\geq 0,80$	0,990	0,931	0,905
CFI	$0,90 \leq CFI \leq 1,00$	$0,80 \leq CFI \leq 0,90$	0,994	0,912	0,916
RMSEA	$\leq 0,05$	$\leq 0,08$	0,028	0,074	0,080
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,80 \leq NFI \leq 0,95$	0,974	0,877	0,886
Cronbach's Alpha (α)			0,750	0,891	0,922

Doğrulayıcı faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 6 madde ve tek faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.3.). Uyum indeksi hesaplamalarında uyum indisleri için kabul edilen değerlerin sağlandığı görülmüştür. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre Tablo 1’de Pygmalion tutum ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,028; GFI 0,990; CFI 0,994; NFI 0,974; χ^2 ise 1,301($p=0,000$) Özyeterlilik Ölçeğinin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,074; GFI 0,931; CFI 0,912; χ^2 ise NFI 0,877; 3,094 ($p=0,000$) ve Bireysel Yaratıcılık Ölçeğinin; RMSEA 0,080; GFI 0,905; CFI 0,916; NFI 0,886; χ^2 ise 3,442($p=0,000$) uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; değerleri ile kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilmektedir (Brown ve Cudeck, 1993; Dehon vd., 2005; Simon vd., 2010).

4.2. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve görev pozisyonuna ilişkin bulgular Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Genel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=385)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	197	51,2
	Erkek	188	48,8
Yaş	20-30	59	15,3
	31-40	173	44,9
	41-45	69	17,9
	46 ve üzeri	84	21,8
Medeni durum	Evli	270	70,1
	Bekar	115	29,9
Eğitim durumu	Lise	27	7,0
	Üniversite	231	60,0
	Lisansüstü	127	33,0
Meslekte çalışma süresi	1-5	47	12,2
	6-10	102	26,5
	11-15	69	17,9
	16+	167	43,4
Görev pozisyon	Yönetici	21	5,5
	Çalışan	364	94,5

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının genel özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de ayrıntılı bir şekilde yer almıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların %51,2’si kadın, %48,8’i erkek, %44,9’u 31-40 yaş aralığında, %21,8’i 46 yaş ve üzeri, %17,9’u 41-45 yaş aralığında, %15,3’ü 20-30 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Eğitim durumlarına bakıldığında, katılımcıların %60’ı üniversite mezunu, %33’ü lisansüstü mezunu ve %7’sinin lise mezunu olduğu görülmektedir. Meslekte çalışma süreleri, %43,4’ü 16 ve üstü, %26,5’i 6-10 yıl, %17,9’u 11-15 yıl, %12,2’si 1-5 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların görev pozisyonlarına bakıldığında ise %94,5’inin çalışan ve %5,5’inin yönetici pozisyonunda olduğu tespit edilmiştir.

4.3. Pygmalion Algısı, Özyeterlilik ve Bireysel Yaratıcılık Arasındaki İlişki

Bilimsel araştırmalarda değişkenler arası ilişkilerin yönünün ve büyüklüğünün incelenmesi amacıyla korelasyon analizi yapılmaktadır. Korelasyon analizinde -1 ve +1 aralığında değişen değerler alan korelasyon katsayıları 1’e yaklaştıkça değer olarak büyümekte 0’a yaklaştıkça değer olarak küçülmektedir. Değişkenler arası katsayının – (eksi işareti) olması negatif yönlü ilişkiyi, + (artı işareti) olması pozitif yönlü ilişkiyi göstermektedir. Pygmalion Algısı, Özyeterlilik Ölçeği ve Bireysel Yaratıcılık Ölçeğinin korelasyon analizi sonuçları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Pygmalion Tutum, Özyeterlilik ve Bireysel Yaratıcılık Arasındaki İlişki (*p<0.05)

Değişkenler	1	2	3
1. Pygmalion tutum	-		
2. Özyeterlilik	0,064	-	
3. Bireysel yaratıcılık	0.137*	0,495*	-

Pygmalion tutum, özyeterlilik ve bireysel yaratıcılık arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon katsayısına bakıldığında Pygmalion algısı ile bireysel yaratıcılık arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,137$; $p<0,05$) bir ilişki, özyeterlilik ile bireysel yaratıcılık arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,495$; $p<0,05$) bir ilişki vardır.

Pygmalion algısı ve özyeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Buna göre, Pygmalion algısının özyeterlilik üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı, Pygmalion algısının bireysel yaratıcılığı artırıcı bir etkiye sahip olduğu ve özyeterliliğin ise bireysel yaratıcılığı artırıcı bir etkiye sahip olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca, özyeterlilik ile bireysel yaratıcılık ilişkisinin Pygmalion algısı ile bireysel yaratıcılık ilişkisine göre daha kuvvetli olduğu görülmektedir (Tablo 5.34.). Bu sonuçlara göre, sağlık çalışanlarının Pygmalion algısı arttıkça bireysel yaratıcılıkları da artmaktadır. Yine, sağlık çalışanlarının özyeterlilikleri arttıkça bireysel yaratıcılığı da artmaktadır. Bu doğrultuda, H1 ve H5 hipotezleri kabul, H2 hipotezi ise reddedilmiştir.

4.4. Pygmalion Algısı, Özyeterlilik ve Bireysel Yaratıcılık Arasındaki Aracılı Yapısal Model

Araştırma hipotezlerinin test edilmesinde aracılık etkisine yönelik Aracılık Etki Modeli kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları ile özyeterlilik ve bireysel yaratıcılık arasında aracılık etkisinin araştırılmasında hangisinin aracı role sahip olabileceğinin belirlenmesi amacıyla her iki ölçeğin (özyeterlilik ve bireysel yaratıcılık) de aracılı yapısal model oluşturulmuştur. Kurulan aracılı yapısal modelin test edilmesinde çağdaş yaklaşımın aşağıda belirtilen dört adımı takip edilmiştir (Gürbüz, 2019).

Özyeterliliğin aracı etkisi:

1. Pygmalion algısının bireysel yaratıcılık üzerinde ideal olarak anlamlı bir etkisinin olması beklenir. Fakat anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmemektedir.

2. Pygmalion algısının özyeterlilik üzerinde ideal olarak anlamlı bir etkisinin olması beklenir. Fakat anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmemektedir.

3. Pygmalion algısının ve özyeterliliğin bireysel yaratıcılığı etkilediği üzerinde kurulan modelde, özyeterliliğin bireysel yaratıcılık üzerinde ideal olarak anlamlı bir etkisinin olması beklenir. Fakat anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmemektedir.

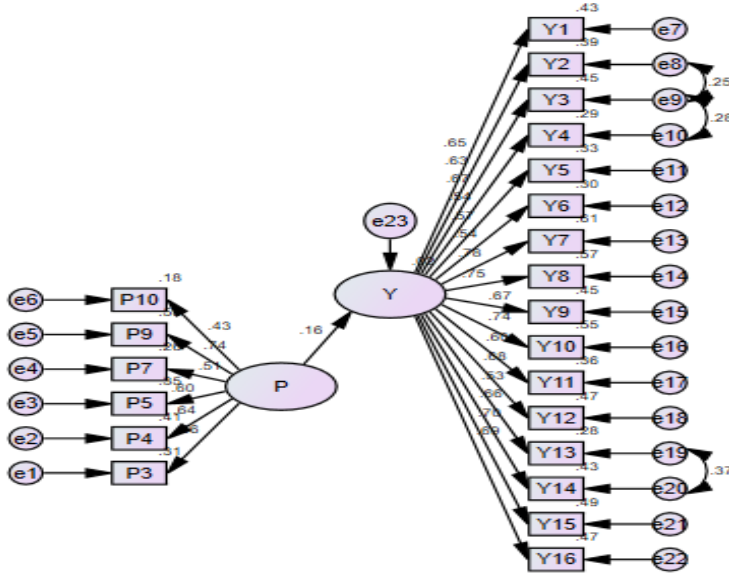
4. Pygmalion algısının özyeterlilik vasıtasıyla bireysel yaratıcılığı üzerindeki dolaylı etkisi, bootstrap tekniği ile test edilmelidir. Aracılık ya da dolaylı etkiden söz edebilmek için dolaylı etkiye ait bootstrap testi sonuçlarının anlamlı olması (%95 güven aralıklarının 0 (sıfır) değerini içermemesi) gerekmektedir.

Pygmalion algısının bireysel yaratıcılık üzerindeki toplam etkiyi belirlemek için Şekil 4'teki model geliştirilmiştir. Bu model basit etkiyi temsil etmektedir.

Pygmalion algısının bireysel yaratıcılık üzerindeki etkisinde özyeterliliğin aracı etkisine ilişkin geliştirilen modelde (Şekil 4) sağlık çalışanının bireysel yaratıcılığı bağımlı değişken, sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları bağımsız değişken ve çalışan özyeterliliği ise aracı değişken olarak ele alınmıştır. Elde edilen sonuçlar Şekil 4’te sunulmuştur.

Modelin test edilmesi sonucu elde edilen uyum değerleri ($\chi^2/sd=2,457$; $p<0,05$; $RMSEA=0,062$; $CFI=0,912$; $NFI= 0,860$; $GFI=0,897$) modelin iyi düzeyde uyum değerlerine sahip olduğunu göstermiştir. Modelde, Pygmalion algısının bireysel yaratıcılık üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($\beta=0,157$; $t=2,536$; $p<0,05$). Toplam etkinin 0,157 olduğu görülmüştür (Şekil 4).

Şekil 4. Pygmalion Algısının Bireysel Yaratıcılık Üzerindeki Toplam Etkiyi Belirlemek İçin Geliştirilen Model

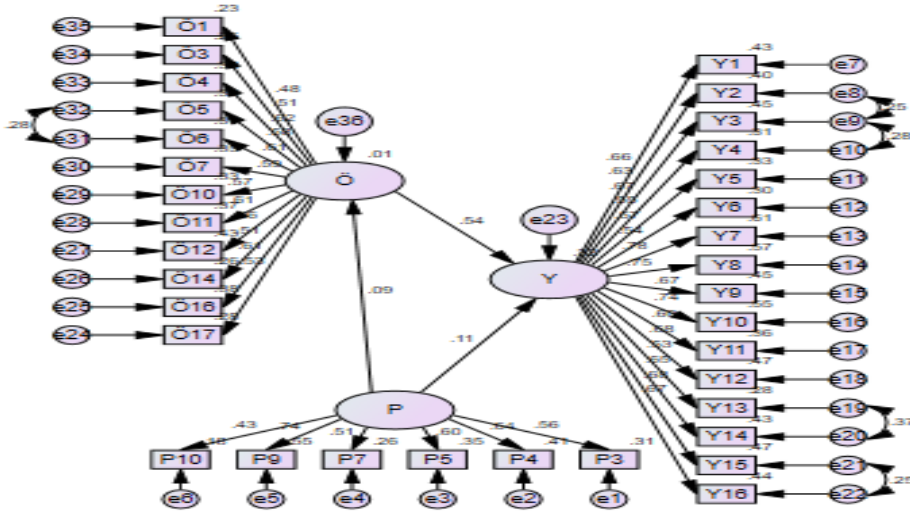


P: Pygmalion Algısı, Y: Bireysel yaratıcılık

Pygmalion algısının bireysel yaratıcılık üzerindeki etkisinde özyeterliliğin aracı etkisine ilişkin modelin test edilmesi sonucu elde edilen uyum değerleri ($\chi^2/sd=2,457$; $p<0,05$; $RMSEA=0,052$; $NFI= 0,807$; $CFI=0,891$; $GFI=0,865$) modelin iyi düzeyde uyum değerlerine sahip olduğunu göstermektedir (Şekil 4). Modelde, Pygmalion tutumunun özyeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($\beta=0,091$; $t=1,428$; $p>0,05$). Pygmalion tutumunun bireysel yaratıcılık üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($\beta=0,108$; $t=2,003$; $p<0,05$). Özyeterliliğin bireysel yaratıcılık üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($\beta=0,544$; $t=7,176$; $p<0,05$). Doğrudan etkinin 0,108 olduğu görülmüştür.

Dolaylı etkiye bakıldığında güven aralığı 0 (sıfır) değerini içerdiği için anlamsız olduğu, aracılık etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ($\beta=0,049$; %95 GA [-0,17, 0,116]). Buna göre, sağlık çalışanlarının Pygmalion algılarının bireysel yaratıcılık üzerindeki etkisinde özyeterlilik aracı role sahip değildir. Bu sonuçlara göre H3 hipotezi reddedilmiştir.

Şekil 4. Pygmalion Algısının Bireysel Yaratıcılık Üzerindeki Etkisinde Özyeterliliğin Aracı Etkisine İlişkin Model



P: Pygmalion tutum, Ö: Özyeterlilik, Y: Bireysel yaratıcılık

Bireysel Yaratıcılığın Aracı Etkisi:

1) Pygmalion algısının özyeterlilik üzerinde ideal olarak anlamlı bir etkisinin olması beklenir. Fakat anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmemektedir.

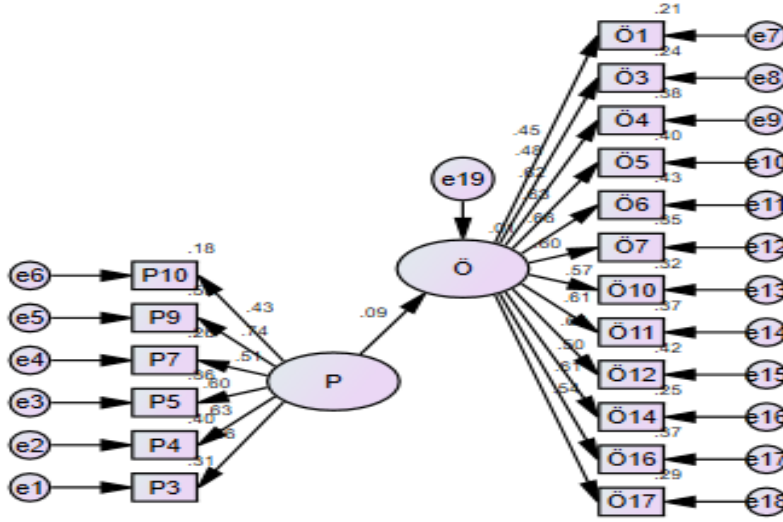
2) Pygmalion algısının bireysel yaratıcılık üzerinde ideal olarak anlamlı bir etkisinin olması beklenir. Fakat anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmemektedir.

3) Pygmalion ve bireysel yaratıcılığın özyeterliliği etkilediği üzerinde kurulan modelde bireysel yaratıcılığın özyeterlilik üzerinde ideal olarak anlamlı bir etkisinin olması beklenir. Fakat anlamlı olmaması, aracılık etkisinin olmadığı anlamına gelmemektedir.

4) Pygmalion algısının bireysel yaratıcılık vasıtasıyla özyeterlilik üzerindeki dolaylı etkisi, bootstrap tekniği ile test edilmelidir. Aracılık ya da dolaylı etkiden söz edebilmek için dolaylı etkiye ait bootstrap testi sonuçlarının anlamlı olması (%95 güven aralıklarınının 0 (sıfır) değerini içermemesi) gerekmektedir.

Şekil 5'te ise Pygmalion algısının özyeterlilik üzerindeki toplam etkiyi belirlemek için geliştirilmiştir. Bu modelin test edilmesi sonucu elde edilen uyum değerleri ($\chi^2/sd=2,147$; $p<0,05$; $RMSEA=0,055$; $CFI=0,910$; $NFI= 0,846$; $GFI=0,923$) modelin iyi düzeyde uyum değerlerine sahip olduğunu göstermiştir. Modelde, Pygmalion tutumunun özyeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($\beta=0,086$; $t=1,354$; $p>0,05$). Bu nedenle, toplam etkinin anlamlı olmadığı görülmüştür.

Şekil 5. Pygmalion Algısının Özyeterlilik Üzerindeki Toplam Etkiyi Belirlemek İçin Geliştirilen Model



P: Pygmalion tutum, Ö: Özyeterlilik

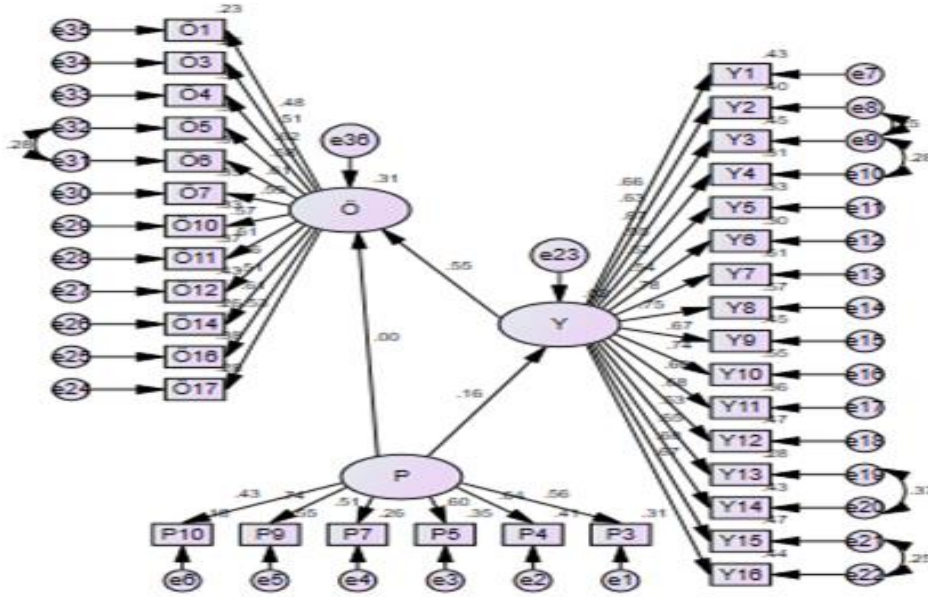
Pygmalion algısının özyeterlilik üzerindeki etkisinde bireysel yaratıcılığın aracı etkisine ilişkin geliştirilen modelde (Şekil 5) ise, sağlık çalışanının özyeterliliği bağımlı değişken, sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları bağımsız değişken ve çalışan bireysel yaratıcılığı ise aracı değişken olarak ele alınmıştır. Elde edilen sonuçlar Şekil 5’te sunulmuştur.

Pygmalion algısının özyeterlilik üzerindeki etkisinde bireysel yaratıcılığın aracı etkisine ilişkin modelin test edilmesi sonucu elde edilen uyum değerleri ($\chi^2/sd=2,457$; $p<0,05$; $RMSEA=0,052$; $NFI=0,807$; $CFI=0,891$; $GFI=0,865$) modelin iyi düzeyde uyum değerlerine sahip olduğunu göstermektedir (Şekil 6). Modelde, Pygmalion algısının özyeterlilik üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır ($\beta=0,004$; $t=0,064$; $p>0,05$). Pygmalion tutumunun bireysel yaratıcılık üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($\beta=0,157$; $t=2,537$; $p<0,05$). Özyeterliliğin bireysel yaratıcılık üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($\beta=0,553$; $t=7,197$; $p<0,05$). Doğrudan etkinin olmadığı görülmüştür.

Dolaylı etkiye bakıldığında güven aralığı 0 (sıfır) değerini içermediği için anlamlı olduğu, aracılık etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,087$; %95 GA [0,20, 0,159]). Bootstrap analizi ile bulunan dolaylı etkinin 0,087 olduğu görülmüştür. Pygmalion tutum ve bireysel yaratıcılık, özyeterlilikteki değişimin %31’ini açıklamaktadır ($R^2=0,31$). Buna göre, sağlık çalışanlarının Pygmalion algılarının özyeterlilik üzerindeki etkisinde bireysel yaratıcılık aracı rol oynamaktadır. Bu nedenle, H4 hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmada, Pygmalion etkisi beklentiler, iletişim, liderlik, motivasyon ve performans gibi farklı yönetsel ve kişisel değişkenleri barındırmakta beraber çalışanların bireysel yaratıcılığı ve özyeterliliği üzerinde anlamlı etki oluşturduğu görülmektedir. Yöneticiler ve çalışanların beklentilerini bir araya getiren Pygmalion etkisi çalışan verimliliğinin artmasına yardımcı olacak davranışların oluşmasına ve çalışanların performansına yönelik iyileştirici etkiler sağlamaktadır. Bireysel yaratıcılık ve özyeterlilik değişkenlerinin ayrı ayrı aracılık etkisi incelendiğinde ise bireysel yaratıcılığın aracı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak yöneticiler çalışanların Pygmalion algısı yoluyla bireysel yaratıcılıklarını desteklediğinde aslında özyeterliliklerinin de desteklenmekte olduğu söylenebilir.

Şekil 6. Pygmalion Algısının Özyeterlilik Üzerindeki Etkisinde Bireysel Yaratıcılığın Aracı Etkisine İlişkin Model



V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmamıza Pygmalion algısının sağlık çalışanlarının bireysel yaratıcılığını olumlu ve pozitif yönde etkilediği saptanmıştır ($r=0,137$; $p<0,05$). Pygmalion algısının bireysel yaratıcılık performansı üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, tez danışmanlarının öğrencileri hakkındaki yüksek beklentilerinin, danışmanların öğrencilerinin yaratıcılıklarını destekleyici davranışlar sergilemesine yol açtığı ve bu durumun tez çalışması sürecinde danışmanların rehberlik ettiği lisansüstü öğrencilerin daha yüksek düzeyde yaratıcı etkinlik seviyesine ve yaratıcı performansa sahip olmasına yol açtığı tespit edilmiştir (Yan, 2009). Üretim ve imalat sektörü çalışanları üzerinde yapılan bir diğer çalışmada, yöneticilerin astları üzerinde oluşturduğu Pygmalion etkisinin çalışanların yaratıcılığını artıracak, işten ayrılma niyetini azaltacak ve iş stresinin sebep olduğu negatif duyguları azaltacak sonuçlarına ulaşılmıştır (Chou, 2013). Benzer şekilde, COVID-19 hastaları üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise Pygmalion etkisine dayalı psikolojik hemşirelik girişimlerinin hastaların depresyon ve anksiyete duygularını hafiflettiği sonucuna ulaşılmıştır (Zhang vd., 2022).

Bireylerin başkalarının beklentilerinde olumlu bir yer edinmesi onların motivasyonlarını artırıcı bir etki oluşturmaktadır (Isamail vd., 2022). Bu etkinin gücüyle başarı çıktısına yönelik çabalar artmakta ve yaratıcı performans elde edilmektedir. Yaratıcı bir iş için liderin çalışanlarına yönelik beklentileri önem taşımaktadır. Yöneticilerin astlarına yönelik yaratıcı düşünce ve yaratıcı performans beklentileri ile çalışanların yaratıcı davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Adil ve Ab Hamid, 2019). Dolayısıyla yöneticilerin olumlu ve yüksek beklentileri, yani yaratıcılık beklentileri hem yöneticilerin yaratıcılığı destekleyici davranış göstermelerini tetiklemekte hem de çalışanların bireysel yaratıcılık potansiyellerini açığa çıkarmada katalizör görevi görmektedir (Kalyanasundaram, 2017). Bu nedenle, yönetici-işgören ilişkileri ile örgüt motivasyonuna ve performansına katkı sağlayacak yöntemlerin önemini ortaya koymaktadır. Yöneticiler, çalışan potansiyelini en üst düzeyde tutacak yeni veya eski yönetim yaklaşımlarını günün ihtiyaçlarına göre kullanmalı ve yönetim biçimini zenginleştirmelidir.

Araştırmamızdaki bir başka bulgumuz, sağlık çalışanlarının Pygmalion algısı ile özyeterliliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığıdır ($p>0,05$). Bunun nedeni olarak, çalışmamıza katılan çalışanların özyeterliliklerini bireysel çabalarıyla geliştirebilecekleri düşüncesine sahip oldukları düşünülmektedir. Oysa, Pygmalion algısı ile özyeterlilik ilişkisi birçok çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve Pygmalion algısı ile özyeterliliğin birbirlerini pozitif yönde etkilediği sonucuna

ulaşmıştır (Eden, 2000; Brodersen, 2001; McNatt ve Judge, 2004; Reynolds 2007; Yıldız, 2018). Pygmalion algısı ile özyeterliliği arasında literatüre paralel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasında çalışanların, yöneticilerin çalışan özyeterliliğini destekleyecek düzeyde yönetsel davranış sergileyemedikleri yönündeki değerlendirmelerinin rol oynadığı da düşünülmektedir.

Çalışmamızda Pygmalion algısının oluşmasında aracı etkiyi belirlemeye yönelik geliştirilen modellerden birincisi olan Pygmalion algısının özyeterlilik üzerindeki etkisinde bireysel yaratıcılığın aracı role sahip olup olmadığına yönelik yapılan model analizinde bireysel yaratıcılığın aracı rol oynadığı saptanmıştır ($\beta=0,087$; %95 GA [0,20, 0,159]). Geliştirilen ikinci model olan özyeterliliğin aracı etkiye sahip olup olmadığına yönelik yapılan model analizinde ise, sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları ile bireysel yaratıcılığı arasındaki ilişkide özyeterlilik aracı role sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($\beta=0,086$; $t=1,354$; $p>0,05$). Özyeterliliğin aracı etkisinin incelendiği bir diğer çalışmada, özyeterliliğin sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları ile çalışan motivasyonu arasında kısmi aracı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Sezgin, 2018a). Bu sonuçlardan hareketle, aracı etkiyi tespit etmeye yönelik analizler sonucunda, sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları ile özyeterlilik ve/veya bireysel yaratıcılıkları arasındaki ilişkide, başka değişkenlerin de aracı etkiye sahip olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza göre, özyeterliliğin bireysel yaratıcılık üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı bir etkisi bulunmaktadır ($\beta=0,553$; $t=7,197$; $p<0,05$). Şöyle ki çalışanların özyeterlilik algı düzeyi arttıkça çalışanların yaratıcı düşünce ve yaratıcı performanslarının da arttığı görülmektedir. Özyeterlilik ile yaratıcılık arasındaki ilişkiyi tespit etmeye yönelik farklı sektör çalışanlarına yapılan araştırma sonuçlarında da çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (Vural ve Özkan, 2017; Çöp ve Topcu, 2019). Perakende, finans, enerji ve havacılık sektöründe çalışanların özyeterliliğinin yaratıcı ve yenilikçi iş davranışları sergilemeleri üzerinde etkili olduğu (Vural ve Özkan, 2017), turizm sektörü çalışanlarında özyeterliliğin, bireysel yaratıcılığı etkileyen bir unsur olduğu (Çöp ve Topcu, 2019) görülmektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, örgüt çalışanlarının özyeterlilik düzeyi arttıkça yaratıcı davranışlarının da arttığı ve bu durumun daha fazla yenilikçi davranış sergilemelerini etkileyeceği değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda Pygmalion algısının sağlık çalışanlarının bireysel yaratıcılığını olumlu ve pozitif etkilediği saptanmış ($r=0,137$; $p<0,05$) ve H1 hipotezi desteklenmiştir. Araştırmamızda sağlık çalışanlarının Pygmalion algısı ile özyeterliliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p>0,05$) ve H2 hipotezi desteklenmemiştir. Aracı etkiyi tespit etmeye yönelik analizler sonucunda, sağlık çalışanlarının Pygmalion algısı ile bireysel yaratıcılığı arasındaki ilişkide özyeterliliğin aracı rol oynamadığı belirlenmiş ve H3 hipotezi desteklenmemiştir. Bir diğer aracı etkide, sağlık çalışanlarının Pygmalion algıları ile özyeterliliği arasındaki ilişkide bireysel yaratıcılığın aracı rol oynadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının özyeterlilik düzeyinin bireysel yaratıcılıklarını etkilediği belirlenmiştir.

Yöneticiler, beklentilerinin etkisiyle potansiyelinin daha yüksek olduğunu düşündüğü çalışanına ister istemez yapabileceğinden daha fazla sorumluluk yüklemekte ve bu durum, çalışanın kendisini geliştirmeye yönelik itici bir güç oluşturmaktadır. Bireylerin beklenti ile uyumlu gelişimi arttıkça kendisinden beklentiler de artmaktadır. Bu durum, Pygmalion algısının etkisiyle oluşan geri bildirim döngüsüyle yani, birine daha iyisini yapabileceği söylediğinde bu kişi potansiyelini zorlayarak daha iyisini yapmasıyla açıklanmaktadır.

Bununla birlikte, yaratıcılık ve özyeterlilik kişinin kendisine yönelik yoğun bir içsel inanç kaynağının yanı sıra dışsal kaynaklarının beklenti ve inancıyla da beslenmektedir. Pygmalion etkisine göre olumlu ve yüksek beklentilere dair inanç hem çalışanın kendinde (Galetea etkisi) hem de yöneticisinde bulunması gerekmektedir. Dolayısıyla çalışanların daha yaratıcı ve özyeterli olmasında Pygmalion algısı gizli bir silah gibidir.

Olumlu ve yüksek beklentiler hedef bireylerde istenilen davranış değişikliğini elde etmede kritik rol oynamaktadır (Aydın ve Ok, 2022). Araştırma sonuçları doğrultusunda, yöneticiler çalışanlarının daha yaratıcı ve yenilikçi iş davranışları sergilemeleri için Pygmalion etkisinden yararlanabilir. Yöneticiler, Pygmalion algısının gücünden yararlanarak çalışanların yaratıcı düşünme becerisini geliştirebilir, özyeterliliklerini güçlendirebilir ve örgütsel yaratıcılık performansını artırabilir. Fakat Pygmalion algısında beklentiler sübjektif olduğundan başarı inancı ile ulaşılması mümkün olmayan gerçekdışı beklentiler birbirine karıştırılmaması ve dikkat edilmesi gereken önemli hususlardır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, Pygmalion algısı örgütsel davranış yöntemlerinde yenilikçi uygulamaların kullanımına yönelik kültürün oluşturulmasında kullanılabilir. Yöneticilerin liderlik davranışlarının güçlendirilmesine katkı sağlayabilir. Yönetim bilimlerinde ve fayda sağlayıcıların tümüne Pygmalion algısına yönelik farkındalık oluşturulmalıdır. Araştırma genişletilerek kamu, üniversite ve özel sektör çalışanlarının Pygmalion algıları değerlendirilebilir ve karşılaştırılması yapılabilir. Pygmalion algısı çalışmalarının farklı demografik ölçülere uygulanması önerilmektedir. Ayrıca, anti-Pygmalion algısına yönelik çalışmalarının araştırılması önerilmektedir. Son olarak, alanyazına daha fazla katkı sağlanabilmesi ve tüm fayda sağlayıcıların kullanılabilmesi açısından Pygmalion algısına yönelik daha kapsamlı yeni ölçek çalışmalarının keşfedilmesi önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 06.09.2019 tarih ve 12 sayılı toplantısı ile etik komisyon izni alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Acar, T. (2012). *Özyeterlilik (Self-Efficacy) kavramı üzerine*. <https://docplayer.biz.tr/2094979-Ozyeterlilik-self-efccacy-kavrami-uzerne-tulin-acar.html> adresinden 15 Eylül 2021 tarihinde erişilmiştir.
- Akmeşe, Z. (2019). Pygmalion etkisi ve sinemaya yansımaları. *1. Uluslararası İletişim ve Yönetim Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı*, 26-28, Malatya.
- Alkan, D. P. (2019). Çalışan motivasyonuna yeni bir bakış açısı: Pygmalion etkisi, *İş'te Davranış Dergisi*, 4(1), 1-10.
- Amabile, T. M. (1983). *The social psychology of creativity*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Amabile, T. M. (1997). Motivating creativity in organizations: on doing what you love and loving what you do. *California Management Review*, 10(1), 39-58.
- Amabile, T. M., Schatzel, E. A., Moneta, G. B., & Kramer, S. J. (2004). Leader behaviors and the work environment for creativity: perceived leader support. *Leadership Quarterly*, 15, 5-32.
- Armutlulu, İ. H. (2008). *İşletmelerde uygulamalı istatistik: sayısal yöntemler 1*. (3. Bs.). Alfa Yayınları.
- Aydın, Ö., & Ok, A. (2022). A systematic review on teacher's expectations and classroom behaviors. *International Journal of Curriculum and Instructional Studies*, 12(1), 247-274.
- Balay, R. (2010). The organizational creativity perceptions of academic staff. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences*, 43(1), 41-78.
- Balcı, O. (2018). Kendini gerçekleştiren kehanet kavramını anlamak. *Sosyal Bilimler Dergisi / The Journal of Social Science*, 5(30), 500-510.

- Balun, B., & Erbay, G. (2015). Liderlik hedef yönetimi sürecinin tanımlanmasında alternatif bir yaklaşım: "Wallenda faktörü". *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 5(2), 40-43.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (2001). A cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Basım, H. N., Korkmazıyrek, H., & Tokat, A. O. (2008). Çalışanların öz-yeterlilik algılamasının yenilikçilik ve risk alma üzerine etkisi: kamu sektöründe bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19, 121-130.
- Bayrakçı, E. (2017). Kehanet kendini gerçekleştirir mi? Banka çalışanlarının pigmalyon, golem ve galatea etkileri üzerine bir olgubilim araştırması. *Journal of Current Researches on Social Sciences (JoCRess)*, 7(4), 409-434.
- Bayram, Ü. (2014). *Turizm sektörü yönetici ve işgörenleri arasında pygmalion etkisi: otel işletmelerinde bir uygulama* [Doktora Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Boyd, R., & Macneill, N. (2020, July 24). *How teachers' self-fulfilling prophecies, known as The Pygmalion Effect, influence students' success.* <https://www.educationtoday.com.au/news-detail/How-teachers-4986>.
- Chan, D. W. (2003). Hardiness and its role in the stres-burnout relationship among prospective chinese teachers in hong kong, *Teaching and Teacher Education*, 19, 280-285.
- Dehon C., Weems C. F., Stickle T. R., Costa N. M., & Berman L. (2005). A cross-sectional evaluation of the factorial invariance of anxiety sensitivity in adolescents and young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 799-810.
- Eden, D. (1984). Self-fulfilling prophecy as a management tool: harnessing pygmalion. *The Academy of Management Review*, 9(1), 64-73.
- Eden, D. (1990). Pygmalion in management: productivity as a self-fulfilling prophecy. *The Academy of Management Review*, 6(1), 209-212.
- Eden, D. (2000). Implanting pygmalion leadership style through workshop training: seven field experiments. *Leadership Quarterly*, 11(2), 171-210.
- Eden, D. (2003). *Self-fulfilling prophecies in organizations.* In J. Greenberg (Ed.), *Organizational behavior: The state of the science* (91-122), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Emad, B., M. (2020). To every nerve there is a needle—the threat of a pygmalion effect. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 35(1), 137-138.
- Ergül, C., Kılıç Tülü, B., Aydın, B., Ökcün-Akçamuş, M. Ç., Akoğlu, G., & Bahap Kudret, Z. (2022). Does the matthew effect have an impact on the reading skills of Turkish-speaking children? *Education*, 3(13), 1-15.
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (2009). *How to design and evaluate research in education (7th ed.)*. New York, NY: McGraw-Hill Higher Education.

- Gehani, R., R. (2011). Individual creativity and the influence of mindful leaders on enterprise innovation. *Journal of Technology Management & Innovation*, 6(3), 82-92.
- Gupta, V., & Singh, S. (2014). Leadership and creative performance behaviours in R&D laboratories: examining the role of justice perceptions. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 22(1), 21-36.
- Hsu, C., Fei, W., C. & Yan, K., J. (2009). A study of the pygmalion effect on creative performance: a case of graduate students among military colleges, Public and Private Universities. 17. *National Defense Management Academic and Practical Seminar*, 1-17, China.
- Hysmith, D. S. (2019). *Constructing employee potential: an examination of managers' implicit person and espoused theories* [Doktoral Thesis]. Fielding Graduate University.
- Isamail, M. Z., Rahim, S. A., Othman, N., Daud, N. M., & Yamin, A. Bin. (2022). Exploring learners' motivation through the pygmalion effect. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 12(5), 973-988.
- Karasar, N. (2016). *Bilimsel araştırma yöntemi (31. Bs.)*. Ankara, Nobel Yayıncılık.
- Leung, A., & Sy, T. (2018). I am as incompetent as the prototypical group member: an investigation of naturally occurring Golem effects in work groups. *Frontiers in Psychology*, 9, 1581
- Limon, S., Kara, O., N., & Antalyalı, Ö., L. (2019). Yönetim literatüründe stereotip (kalıpyargı) kavramı: ulusal ve uluslararası alandaki yönetim araştırmaları üzerine bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(23), 195-211.
- Lin, Y.Y., & Chen, Y.G. (2007). Does innovation leads to performance? An empirical study of SMEs in Taiwan. *Managing Research News*, 30(2), 115-132.
- Livingston, S. J. (1988). *Pygmalion in management*. Harvard Business Review.
- Lunenburg, F. C. (2011). Self-efficacy in the workplace: implications for motivation and performance. *International Journal of Management, Business, and Administration*, 14(1), 1-6.
- Luszczynska, A., Gutie' Rrez-Don~A, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Manav, S., & Köroğlu, Ö. (2019). Yiyecek içecek işletmelerinde pygmalion ve golem etkisinin işgörenlerin davranışsal uyumu açısından değerlendirilmesi. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 7(1), 3-24.
- Martin, E. C., & Terblanche, F. (2003). Building organizational culture that stimulated creativity and innovation. *European Journal of Innovation Management*, 6(1), 64-74.
- McNatt, D. B. (2000). Ancient pygmalion joins contemporary management: a metaanalysis of the result. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 314-22.
- McNatt, D. B., & Judge, T. A. (2004). Boundary conditions of the galetea effect: a field experiment and constructive replication. *The Academy of Management Journal*, 47(4), 550-565.
- Mcshane, S. L., & Von Glinow, M. A. (2009). *Organizational behavior (5th Ed.)*. Mc Graw-Hill Irwin Press, New York.

- Merton, R. K. (1948). The self-fulfilling prophecy. *Antioch Review*, 8(2), 193-210.
- Merton, R. K. (1968). The matthew effect in science. *Science*, 159(3810), 56-63.
- Mushtaq, Y., & Khalidi, M. (2016). A study on pygmalion effect: a case of academic training in a military unit. *Market Forces College of Management Sciences*, 11(1), 35-48.
- Nidhi, C., & Bani, N. (2016). Pygmalion effect: fostering performance among adolescents. Pygmalion effect: Fostering performance among adolescents. *Educational Quest*, 7(1), 1-4.
- Orhan, U., & Mendi, Y. (2019). *Akademide pygmalion etkisi*. Akademisyen Kitabevi.
- Orhan, U., Mendi, Y., & İlideniz, S. (2020). Pygmalion etkisinde yeni temalar: K.K.T.C. turizm sektöründe bir nitel içerik analizi. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(1), 123-137.
- Osibanjo, O. A., & Adeniji, A. (2012). *Human resource management: theory and practice. (1st Ed.)* Pumarik Nigeria Limited.
- Özan, M. B., & Gündüzalp, S. (2017). Pygmalion etkisi ve liderlik. *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(9), 69-79.
- Pratoom, K., & Savatsomboon, G. (2010). Explaining factors affecting individual innovation: the case of producer group members in Thailand. *Asia Pacific Journal of Management*, 27(1), 47-64.
- Raiz, M., Zubair, A., & Shahbaz, K. (2017). Leadership styles and pygmalion effect among banking employees. *Journey of Psychol Psychother*, 7(10.4172), 2161-0487.
- Redmond, M. R., Mumford, M. D., & Teach, R. (1993). Putting creativity to work: Effects of leader behavior on subordinate creativity. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 55(1), 120–151.
- Reynolds, D. (2002). The good, the bad and the ugly of incorporating, my fair lady in the workplace. *Sam Advanced Management Journal*, 67(3), 4-14.
- Reynolds, D. (2006). To what extent does performance-related feedback affect managers' self-efficacy? *International Journal of Hospitality Management*, 25(1), 54-68.
- Reynolds, D. (2007). Restraining golem and harnessing pygmalion in the classroom: a laboratory study of managerial expectations and task design. *Academy of Management Learning and Education*, 6(4), 475-483.
- Rigney, D. (2010). *The matthew effect.how advantage begets further advantage*. Columbia University Press.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the Classroom*. NewYork:Holt Rinehart and Winston Press.
- Sabat, I. Goldberg, C. B., King, E., Dawson, J., & Zhang L. (2021). Pygmalion in the pipeline: how managers' perceptions influence racial differences in turnover. *Human Resource Management*, 60(2), 1-14.
- Schaedig, D. (2020, August 24). *Self-fulfilling prophecy and the pygmalion effect*. <https://www.simplypsychology.org/self-fulfilling-prophecy.html#types>

- Sezgin, E. E. (2018a). *Çalışanların pygmalion algısının motivasyon üzerindeki etkisinde özyeterlilik ve liderliğin aracı rolü: Trb1 Bölgesi Sağlık Çalışanları Araştırması*, [Doktora Tezi]. Fırat Üniversitesi.
- Sezgin, E. E. (2018b). Sağlık hizmetlerinde pygmalion etkisi teorik bir çalışma. *Turkish Studies - Economics, Finance, Politics*, 13(14), 193–210.
- Shao, J. (2002). Professor of statistics, University of Wisconsin Madison. *Journal of the American Statistical Association*, 97(457), 193-200.
- Siekanska, M., Blecharz, J., & Wojtowicz, A. (2013). The athlete's perception of coaches' behavior towards competitors with a different sports level. *Journal of Human Kinetics*, 39(2013), 231-242.
- Simon, D., Kriston, L., Loh, A., Spies, C., Scheibler, F., Wills, C., & Härter, M. (2010). Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the Autonomy-Preference-Index (API). *Health Expectations*, 13(3), 234-243.
- Taşkın, Z. (2020). Birikimli üstünlük ve “bilimin seçkinleri” cumulative advantage and “science elites. *Türk Kütüphaneciliği*, 34(2), 249-254.
- Thanapiyawanich, U. (2019). *Guidelines of growth mindset and self-fulfilling prophecy development to enhance cooperative education students' self-efficacy* [Doctoral Thesis]. University of Technology.
- Tierney, P., & Farmer, S. M. (2004). The pygmalion process and employee creativity. *Journal of Management*, 30(3), 413–432.
- Wang, Y., & In, L. (2014). Pygmalion effect on junior english teaching. *Australian International Academic Centre*, 5(6), 19-23.
- White, S. S., & Locke, E. A. (2000). Problems with the pygmalion effect and some proposed solutions. *Leadership Quarterly*, 11(3), 389-415.
- Yıldırım, F., & İlhan, Ö., İ. (2010). Genel özyeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308.
- Yıldız, F. Z. (2018). Pygmalion etkisi ve öz yeterlilik ilişkisi: insan kaynakları yöneticileri örneği. 4. *International Caucasus-Central Asia Foreign Trade And Logistics Congress*, 29-40, AYDIN.
- Yılmaz, H., & Karahan, A. (2010). Liderlik davranışı, örgütsel yaratıcılık ve işgören performansı. *Yönetim ve Ekonomi*, 17(2), 145-158.
- Zhang, S., Liu, Y., Song, S., Peng, S., & Xiong, M. (2022). The psychological nursing interventions based on pygmalion effect could alleviate negative emotions of patients with suspected Covid-19 patients: a retrospective analysis. *International Journal of General Medicine*, 15,513-522.
- Zhou, J., & Shalley, C. E. (2008). *Handbook of organizational creativity*. Taylor ve Francis Group.

DEĞİŞİM YORGUNLUĞU, PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İŞ DOYUMU ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA

Seval SELVİ SARIGÜL*
Özgür UĞURLUOĞLU**


ÖZ

Bu çalışma ile aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının değişim yorgunluğu düzeylerinin belirlenmesi ve değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda Erzincan'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire, ebe ve hekimlerden anket yöntemiyle araştırma verileri elde edilmiştir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evreni oluşturan 180 çalışandan 162'sine ulaşılarak veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda katılımcıların iş doyumunu düzeylerinin orta derecede, değişim yorgunluğu ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ise orta derecenin üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda değişim yorgunluğu ile psikolojik dayanıklılık değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı, iş doyumunu ile değişim yorgunluğu arasında negatif yönlü ve psikolojik dayanıklılık ile pozitif yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca psikolojik dayanıklılık, iş doyumunu, kişisel ve örgütsel değişkenlerin değişim yorgunluğundaki toplam varyansın %55,5'ini; değişim yorgunluğu, iş doyumunu, kişisel ve örgütsel değişkenlerin psikolojik dayanıklılıktaki toplam varyansın %59,4'ünü ve değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık, kişisel ve örgütsel değişkenlerin iş doyumundaki toplam varyansın %67,7'sini açıkladığı ortaya konulmuştur. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının toplam çalışma süresinin artmasıyla değişim yorgunluğu düzeylerinin azaldığı, kadınların erkeklere göre ve lisans ve ön lisans mezunlarının lisansüstü mezunlara göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha az olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık, iş doyumunu, sağlık sektörü, aile hekimliği.

MAKALE HAKKINDA

*Öğr. Gör., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, seval.selvi@erzincan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8363-3097>

** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, ougurlo@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9453-9925>

Gönderim Tarihi: 01.03.2022

Kabul Tarihi: 05.09.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Selvi Sarigül, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2022). Değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Sağlık sektöründe bir uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 591-608

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN CHANGE FATIGUE, PSYCHOLOGICAL RESILIENCE AND JOB SATISFACTION: AN APPLICATION IN FAMILY HEALTH

Seval SELVİ SARIGÜL *
Özgür UĞURLUOĞLU **

ABSTRACT

In this study, it is aimed to determine the level of change fatigue of health workers working in family health centers and to examine the relationships between variables on change fatigue, psychological resilience and job satisfaction. In this context, research data were obtained from nurses, midwives and physicians working in family health centers in Erzincan via questionnaire method. The sample selection was not preferred in the research, and the data collection procedure was ended by reaching 162 of the 180 employees who made up the universe. The obtained data were transferred to the computer environment and analyzed as using the SPSS 22.0 package program. As a result of the analysis, it was determined that the level of job satisfaction of the participants was moderate, and the levels of change fatigue and psychological resilience were above moderate. As a result of the regression analysis, it was determined that there was no statistically significant relationship between change fatigue and psychological resilience variable, and there were negatively significant relationships between job satisfaction and change fatigue, and positive relationships between psychological resilience. In addition, psychological resilience, job satisfaction, personal and organizational variables accounted for 55.5% of the total variance in change fatigue; it was revealed that change fatigue, job satisfaction, personal and organizational variables explained 59.4% of the total variance in psychological resilience, and change fatigue, psychological resilience, personal and organizational variables explained 67.7% of the total variance in job satisfaction. On the other hand, it has been determined that the level of change fatigue decreases with the increase in the total working time of health workers, and the psychological resilience levels of women are lower than men and undergraduate and associate degree graduates are lower than postgraduate graduates.

Keywords: Change fatigue, psychological resilience, job satisfaction, health sector, family medicine.

ARTICLE INFO

*Lecturer, Erzincan Binali Yıldırım University, Department of Health Management, seval.selvi@erzincan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8363-3097>

** Prof. Dr. Hacettepe University, Department of Health Management, ougurlu@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9453-9925>

Received: 01.03.2022

Accepted: 05.09.2022

Cite This Paper:

Selvi Sarıgül, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2022). Değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Sağlık sektöründe bir uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 591-608

I. GİRİŞ

Açık sisteme sahip olan günümüz örgütleri çevrelerinde meydana gelen baş döndürücü değişim ve dönüşüm faaliyetlerine kayıtsız kalamamaktadır. Özellikle rekabetin artması ve küreselleşme faaliyetlerinin hız kazanmasının yanı sıra; politik, ekonomik, sosyokültürel, teknolojik, demografik ve uluslararası platformlarda meydana gelen dinamik gelişmeler örgütleri bu süreçte yaşanan değişimlerle kendi faaliyetlerini uyumlaştırmaya zorlamaktadır.

Değişim kavramı en genel ifade ile “yeni bir yola giriş” olarak tanımlanmaktadır (Puccio vd., 2011). Bir başka tanımlamaya göre ise, mevcut bir durumu olduğu halden farklı bir boyuta getirmek (Olkun, 1996) ya da herhangi bir şeyin dengesini etkileyen başkalaşma sürecine eğilimli olmak (Pathak, 2011) şeklinde ifade edilmektedir.

Değişim sürecinin başarıyla yönetilmesi örgüt çalışanlarının yetenekleri, bu süreçte sergilemiş oldukları çabaları ve istekleriyle yakından ilişkili olduğundan, yaşanan değişimler de doğal olarak en fazla örgüt çalışanlarını etkilemektedir. Fakat bu süreçte meydana gelen değişimlerin sıklığının ve miktarının gün geçtikçe artış göstermesi başta örgütlerin verimliliğini ve performansını artırmaya yönelik girişimlerini, sonrasında ise çalışanların bu sürece adapte olabilmeye yeteneklerini olumsuz yönde etkileyerek bilişsel ve duygusal açıdan birçok problemin yaşanmasına zemin hazırlamaktadır. Yaşanan bu problemlerin başında aşırı değişim girişimi ile karakterize edilen uygulamalar sonucu çalışanlarda tükenmişlik veya bıkkınlık gibi belirtilerle ortaya çıkan “*değişim yorgunluğu (change fatigue)*” yer almaktadır (Brown, 2016; McMillan, 2018).

Değişim yorgunluğu ilk kez 1970 yılında Toffler tarafından ortaya atılan, 1990’lı yıllardan sonra örgütsel davranış disiplini çerçevesinde birçok çalışmaya konu edilen güncel bir kavramdır. Toffler (1970)’a göre değişim yorgunluğu aşırı değişim girişimleri neticesinde çalışanlarda stresle ortaya çıkan bir yönelim bozukluğu şeklinde ifade edilmektedir. McMillan ve Perron (2013) kavramı hızı ve sürekliliğindeki artışla karakterize edilen haddinden fazla değişimler neticesinde çalışanlarda ortaya çıkan bıkkınlık ve tükenmişlik duygusu olarak nitelendirmekte, Winter (2013) ise; çalışanların örgütte meydana gelen sayısız değişimleri kayda değer bulmamaları sonucunda bıkkınlık hissetmeleri ve bu sürece kayıtsız kalmaları şeklinde tanımlamaktadır.

Değişim yorgunluğu ilk etapta bireysel düzeyde bir tepki olarak ortaya çıkmakta, fakat sonraki zamanlarda örgütün performansını olumsuz yönde etkileyen yönetsel bir problem haline gelmektedir (Stensaker vd., 2002). Bu durum daha çok yaşanan değişimlerin niteliğine ve niceliğine bağlı olarak şekillenmektedir. Nicelik ve nitelik bakımından artışın yaşandığı bu sürecin yıkıcı etkisi çalışanların işlerine yönelik kontrolün kendilerinde olmadığı kanaatine varmasına, üst yönetimin değişime yönelik baskısı karşısında daha pasif yönde davranış sergilemesine ve dolayısıyla değişim sürecinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olmaktadır (Chung vd., 2017).

Temeli tıp alanına dayanan “*psikolojik dayanıklılık (psychological resilience)*” kavramı bireyin yaşamı boyunca karşılaştığı tüm zorluklar karşısında güçlü durması, yaşadığı her türlü duruma ve olaya karşı kolayca kendisini adapte etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Basım ve Çetin, 2011). Bir başka tanımlamaya göre ise, bireyin zorluklar karşısında kendini gerçekleştirmesine ve dolayısıyla başarı elde etmesine olanak sağlayan bireysel bir yetenek olarak ifade edilmektedir (Connor ve Davidson, 2003).

Psikolojik dayanıklılık kavramı bağlanma, kontrol ve güçlük olmak üzere üç temel alt boyuttan oluşmaktadır. Bağlanma boyutu herhangi bir amaç doğrultusunda günlük olaylara aktif olarak katılımı ifade etmektedir. Birey bağlanma boyutunda hayatı ya da kendini anlamaya yönelik yaşamın süregelen olaylarına katılma eğilimi göstermektedir. Özellikle aile, çevre, insan ilişkileri, inanç ve değerlere yönelik hissedilen bağlanma duygusu bireyin hayatın getireceği tüm zorluklar karşısında güçlü kalabilmesinde en önemli motive edici faktör olarak nitelendirilmektedir (Kavi ve Karakale, 2018; Terzi, 2006). Kontrol boyutu karşılaşılan gündelik problemler karşısında yılmayıp bu sürecin başarıyla

yönetileceğine dair inanç olarak tanımlanmaktadır. Bu boyutta birey herhangi bir zorlukla karşılaştığında sonuçları etkileyebileceğine inanarak pes etmek yerine mücadelecî yönde bir tavır sergilemektedir (Kayacı ve Özbay, 2016). Güçlük boyutu ise değişimin gündelik hayatın doğal bir parçası olduğunu kabullenmeyi ve bu sürecin hâlihazırdaki durumu bozmak yerine ilerleme kat etmek için gerekli bir durum olduğuna ilişkin inancı ifade etmektedir (Sezgin, 2012).

1920’li yıllarda ortaya atılan ve yönetim ve örgütsel davranış disiplininde 1930-1940’lı yıllardan sonra önem kazanan “iş doyumunu (*job satisfaction*)” kavramı ise en genel ifade ile örgüt çalışanlarının icra ettikleri işlerine yönelik hissetmiş oldukları memnuniyet olarak tanımlanmaktadır (Karakuş ve Yardım, 2014; Sevimli ve İşcan, 2005). Bir başka tanımlamaya göre, çalışanların işle ilgili deneyimleri neticesinde edinmiş oldukları değerler ve bu değerlerin çalışmada yaratmış olduğu hoşnutluk olarak ifade edilmektedir (Oshagbemi, 2003). Solmuş (2004) iş doyumunun göz ile gözlenemeyen fakat çalışanın davranışlarından hissedilen olumlu bir duygu durumu olduğunu, bu durumun ise daha çok çalışanın hak ettiğini düşündüğü herhangi bir ödüle ulaşma gibi birtakım kazanımlar elde ettiği zamanlarda yaşandığını belirtmektedir.

Literatür incelendiğinde değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ileri süren çalışmalar yer almaktadır. Değişim yorgunluğu ile iş doyumunu arasındaki ilişki dikkate alındığında, değişimin hızının ve şiddetinin artmasına bağlı olarak çalışanlarda değişim yorgunluğu düzeylerinde meydana gelen artış beraberinde çalışanların iş doyumlarını da azaltmaktadır (Kuokkanen vd., 2009; Rafferty ve Griffin, 2006). Brown vd. (2018)’nin yapmış oldukları çalışmada değişim yorgunluğu ile iş doyumunu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Dool (2006)’un örgütsel değişim, değişim yorgunluğu ve iş doyumunu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında değişim yorgunluğunun artmasıyla iş doyumunun azaldığı belirlenmiştir.

Değişim yorgunluğu ile psikolojik dayanıklılık arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu literatürde ifade edilmektedir (Brown vd., 2018). Winter (2013) değişim yorgunluğu, değişime direnç ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkileri ortaya koymak amacıyla yapmış olduğu çalışmasında değişim yorgunluğu ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde Brown (2016) değişim yorgunluğu, iş doyumunu ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkileri ele aldığı çalışmasında psikolojik açıdan dayanıklı olan çalışanların değişimin getirdiği yıkıcı etkiden daha az etkilendiklerini ve böylelikle bu çalışanlarda daha az değişime bağlı yorgunluk yaşandığını belirlemiştir.

Son olarak literatürde psikolojik dayanıklılık ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koyan birçok çalışma yer almaktadır. Larrabee vd. (2010) iş stresi, iş doyumunu, psikolojik güçlülük ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkileri inceledikleri çalışmalarında iş doyumunu ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuşlardır. Benzer şekilde Brown (2016) değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu değişkenleri arasındaki ilişkileri ele aldığı çalışmasında psikolojik açıdan dayanıklı olan çalışanların iş doyumunun da beraberinde arttığını tespit etmiştir. Hansen vd. (2015)’nin psikolojik sermaye, iş doyumunu, psikolojik iyi oluş ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkileri değerlendirdikleri çalışmalarında ise, iş doyumunu yüksek olan çalışanların psikolojik açıdan da oldukça dayanıklı oldukları belirlenmiştir.

Dünyanın hemen hemen bütün ülkelerinde değişimin en fazla yaşandığı sektörlerin başında sağlık sektörü yer almaktadır (Ürek vd., 2019). Toplumu oluşturan bireylerde görülen hastalıkların çeşitlilik göstermesi, yaşlanan nüfusa bağlı kronik hastalıkların ve genç nüfusun artmasına bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının artması, politik, ekonomik, kültürel ve uluslararası platformlarda meydana gelen birtakım gelişmeler bu sektörde gerçekleştirilen değişimlerin hızının yönünü ve şiddetini önemli ölçüde etkilemektedir. Bununla birlikte özellikle teknolojik alanda meydana gelen sınırsız yenilikler başta tanı ve tedavi yöntemlerine ilişkin uygulamalarda köklü değişikliklerin gerçekleşmesini zorunlu hale getirmektedir (Omachonu ve Einspruch, 2010).

Türkiye’de sağlık sektöründe uygulamaya geçildiği andan itibaren aile hekimliği sisteminde de sağlık hizmeti sunan diğer kurum ve kuruluşlarda olduğu gibi gerek örgüt yapısı gerekse de insan

kaynakları ve süreçlere ilişkin sayısız radikal değişimlerin meydana geldiği görülmektedir (Bostan vd., 2012). Aile hekimlerinin görevlerine ilişkin yapılan değişiklikler başta olmak üzere; gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve bağışıklama programlarında meydana gelen yeni uygulamalar, çalışma saatlerine yönelik yeni düzenlemelerin getirilmesi ve performans değerlendirme ölçütlerinde yaşanan değişimler aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin en sık karşılaştığı değişikliklerin başında gelmektedir. Bunun yanı sıra yaşanan diğer değişiklikler eğitim programları, kullanılan bilişim sistemleri, aile hekimliği uygulamasında atama ile ilgili usul ve esaslar ile aile hekimi ve diğer sağlık profesyonellerinin özlük haklarında meydana gelen hukuki süreçlerdeki değişimlerdir. Fakat bu baş döndürücü değişim girişimleri sağlık çalışanlarının özellikle mesleki uygulamalarını olumsuz yönde etkilemekte ve dolayısıyla değişime bağlı yorgunluk yaşama potansiyellerini artırmaktadır. Değişime bağlı yorgunluk düzeyinin artması çalışanların mesleki uygulamalarında hata yapma olasılıklarının artmasına ve dolayısıyla hastaların yaşamını tehdit edebilecek birtakım sorunların ortaya çıkmasına, örgüte olan bağlılıkları, iş doyum düzeyleri ve motivasyonlarının azalmasına ve beraberinde örgütsel performansın da azalarak değişim sürecinin başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle değişim yorgunluğuna neden olan faktörlerin belirlenerek ortadan kaldırılması sağlık hizmetlerinin etkili ve kaliteli bir şekilde sürdürülmesi açısından oldukça önemlidir.

Bununla birlikte psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu çalışanın iş performansı ile yakından ilişkili olup, örgütlerin verimlilik sağlama ve performanslarını artırma noktasında önemli bir faktör olarak görülmektedir (Luthans, 2002). Psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunun öneminin anlaşıldığı modern iş dünyasında çalışanlarının iyi oluşlarını dikkate alan ve bu yönde gelişmelerini sağlayan örgütlerin diğer örgütlerden bir adım önde yer alacağı tartışılmaz bir gerçektir. Çünkü bu özelliklere sahip olan çalışanlar örgütsel faaliyetlerin sürdürülebilirliğine katkı sağlamakta, yaşanan değişimlere kolaylıkla uyum göstermekte ve değişimleri fırsata çevirme konusunda yoğun çaba sarf etmektedirler. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim, ebe ve hemşireler özellikle erken tanı ve tedavi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin verilmesinin yanı sıra, temiz besin ve suya erişim, çevre kirliliğinin önlenmesi gibi toplum sağlığını dolaylı yollardan etkileyen hizmetlerin yerine getirilmesinde de görev almaktadırlar. Bu çalışanların dayanıklı ve iş doyumlarının yüksek olmasının verilen hizmetin kalitesini artırabileceği gibi, artan maliyetlerin de azalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu öncülerini tespit etmeleri ve çalışanların iş doyumları ile dayanıklılıklarını arttıracak ölçme sistemleri, destek ve müdahale mekanizmaları geliştirmeleri büyük önem taşımaktadır.

Yapılan bu çalışma ile aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin değişim yorgunluğu yaşama düzeylerini belirlemek ve değişim yorgunluğu ile psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amaçlanmaktadır. Sağlık sektöründe değişim yorgunluğu kavramı son yıllarda örgütsel davranış disiplini kapsamında tartışılmaya başlanan yeni bir kavramdır. Alan yazın incelendiğinde sağlık sektöründe değişim yorgunluğu kavramı ile ilgili yapılan sınırlı sayıda çalışmanın olduğu; bununla beraber iş doyumunu ve psikolojik dayanıklılık değişkenlerinin ele alınarak sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışma sayısının da oldukça az olduğu görülmektedir. Bu nedenle yapılan bu çalışmanın literatürdeki ilgili boşluğa katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının değişim yorgunluğu düzeylerini belirlemek ve değişim yorgunluğu ile psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu değişkenleri arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır. Ulusal literatür incelendiğinde sağlık sektöründe değişim yorgunluğu kavramının incelendiği oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmakta, fakat psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu ile ilişkisinin ele alınarak incelendiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle yapılan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Erzincan ilinde faaliyette bulunan aile sağlığı merkezlerinde Kasım 2021-Aralık 2021 tarihlerinde görev yapan aile hekimi, hemşire ve ebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde aile sağlığı merkezlerinde 75 aile hekimi ve 105 hemşire-ebe olmak üzere toplamda 180 çalışan görev yapmaktadır. Araştırma kapsamında örneklem seçimine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmış ve anketler araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara e-posta yolu ile gönderilmiş ve tekrar aynı yolla geri toplanmıştır. Veri toplama süreci sonrasında 162 adet kullanılabilir anket elde edilerek evrenin %90'ına ulaşılmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu'ndan (20.10.2021 tarihli 08/10 protokol numaralı) gerekli etik kurul izni ve Erzincan Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli uygulama izni alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu toplamda 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, toplam çalışma süresi ve çalışma şekli gibi toplamda 10 sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" bulunmaktadır. İkinci bölümde Değişim Yorgunluğu Ölçeği, üçüncü bölümde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve son bölümde ise İş Doyumu Ölçeği yer almaktadır. Anket formunda sosyo-demografik bilgilerin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu hariç, Değişim Yorgunluğu ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri "1=Kesinlikle Katılmıyorum" ve "5=Kesinlikle Katılıyorum" ile İş Doyumu Ölçeği "1=Hiç Memnun Değilim" ve "5=Çok Memnunuz" arasında değerler alan 5'li Likert tipi özellikte olan ölçeklerdir.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından gerekli literatür taraması yapılarak katılımcıların cinsiyet, meslek, yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam çocuk sayısı, toplam çalışma süresi, birime kayıtlı toplam hasta sayısı ve çalışma şekline ilişkin verileri elde etmek amacıyla oluşturulmuştur.

Değişim Yorgunluğu Ölçeği: Araştırmaya katılan katılımcıların değişim yorgunluğu düzeylerini belirleyebilmek için Bernerth vd. (2011) tarafından geliştirilen "Değişim Yorgunluğu Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçeğin ilk Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ekingen ve Yıldız (2021) tarafından bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin eğitim sektöründe çalışanlar üzerinde geliştirilen versiyonu da bulunmaktadır (Limon, 2019). Toplamda 6 ifadeden oluşan ve alt boyutları bulunmayan ölçekte "kurumumda çok fazla değişim girişimi yapılır" ve "bu kurumdaki tüm değişikliklerden yoruldum" gibi ifadeler yer almaktadır. Ölçekteki maddelerden elde edilen puanın artması değişime bağlı yorgunluk düzeyinde de artışın olması anlamına gelmektedir.

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği: Katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirleyebilmek için Connor ve Davidson (2003) tarafından geliştirilen "Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" kullanılmıştır. Başlangıçta 25 maddeden oluşan ölçek sonrasında Campbell-Sills ve Stein (2007) tarafından yapılan faktör analizi neticesinde 10 maddeye indirgenerek kısa formu oluşturulmuştur. Türkçeye uyarlaması Kaya ve Odacı (2021) tarafından yapılan ölçekte "değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim", "stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim" ve "yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm" gibi ifadeler yer almaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanın yüksek olması psikolojik açıdan dayanıklılığın yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçek tek boyutlu bir ölçüm aracı olup alt boyutları bulunmamaktadır.

İş Doyumu Ölçeği: Katılımcıların iş doyumunu düzeylerini belirleyebilmek için Weiss vd. (1967) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Baycan (1985) tarafından yapılan "Minnesota İş Doyum Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek içsel ve doyum olmak üzere toplamda iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 20 madde bulunmaktadır ve bu maddelerin toplamından elde edilen

puanın aritmetik ortalaması işe karşı hissedilen genel doyum düzeyini belirlemektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan ortalamasının “3,00” olması iş doyumunun nötr olduğu, “3”ün üzerinde olması iş doyumunun yüksek olduğu ve son olarak “3”ün altında olması iş doyumunun düşük olduğu anlamına gelmektedir.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 22,0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bulguları elde etmek için frekans ve yüzdelik değerler dikkate alınmış, ölçeklere ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik değerlerini hesaplamak için ise açıklayıcı faktör analizi ve Cronbach Alpha katsayısından yararlanılmıştır. Ayrıca değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu arasındaki ilişkilerin varlığı ve yönünü belirleyebilmek için korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizinden faydalanılmıştır.

III. BULGULAR

3.1. Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerini test etmek amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizi ve Cronbach Alpha katsayılarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Değişim Yorgunluğu Ölçeği: Değişim Yorgunluğu Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmadan önce orijinal hali İngilizce olan ölçeğin “çeviri-tekrar çeviri yöntemi” ile dil geçerliliği yapılmış ve anlam geçerliliği açısından da değerlendirildikten sonra ölçeğe nihai hali verilmiştir. Dil geçerliliği sonrasında ölçeğin yapı geçerliliğini test edebilmek için faktör analizinden yararlanılmıştır. Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını belirleyebilmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik testi yapılmış, yapılan analiz sonucunda KMO değerinin 0,882 ve Barlett Küresellik testi sonuçlarının anlamlı olduğu (Ki kare: 989,305, $p < 0,001$) görüldüğünden ölçeğe faktör analizinin yapılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Ölçeğin 6 maddesi faktör analizine dâhil edilmiş ve elde edilen sonuçlara göre Değişim Yorgunluğu Ölçeği'nin maddelerinin toplam varyansın yaklaşık %79'unu açıklayan tek bir faktörde toplandığı görülmüştür. Ayrıca ölçeğe ilişkin faktör yüklerinin en düşük 0,785 ve en yüksek ise 0,930 arasında değerler aldığı tespit edilmiştir. Değişim Yorgunluğu Ölçeği'nin Cronbach Alpha katsayısı 0,946 olarak bulunmuştur.

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin yapı geçerliliğini test edebilmek amacıyla ölçeğe faktör analizi yapılmıştır. Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı değerlendirilmiş, yapılan analiz neticesinde KMO değerinin 0,882 ve Barlett Küresellik testi sonucunun anlamlı olduğu (Ki kare: 1143,334, $p < 0,001$) görüldüğünden ölçeğe faktör analizi yapılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Ölçekte yer alan toplam 10 madde faktör analizine dâhil edilmiş ve elde edilen sonuçlara göre Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin maddelerinin toplam varyansın %58,5'ini açıklayan tek bir faktörde toplandığı görülmüştür. Ayrıca ölçeğe ilişkin faktör yüklerinin en düşük 0,679 ve en yüksek ise 0,878 arasında değerler aldığı belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,921 olarak hesaplanmıştır.

İş Doyumu Ölçeği: İş Doyumu Ölçeği'nin yapı geçerliliğini tespit etmek amacıyla faktör analizinden yararlanılmıştır. Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı değerlendirilmiş ve yapılan analiz neticesinde KMO değerinin 0,877 ve Barlett Küresellik testi sonucunun anlamlı olduğu (Ki kare: 1943,088, $p < 0,001$) tespit edildiğinden ölçeğe faktör analizi yapmaya karar verilmiştir. Ölçekte yer alan toplam 20 madde faktör analizine dâhil edilmiş ve elde edilen sonuçlara göre İş Doyumu Ölçeği'nin maddelerinin toplam varyansın %41,7'sini açıklayan tek bir faktörde toplandığı görülmüştür. Ayrıca ölçeğe ilişkin faktör yüklerinin en düşük 0,472 ve en yüksek 0,803 arasında değerler aldığı tespit edilmiştir. Literatürde genellikle sosyal bilimlerde yapılan çalışmalar için açıklanan toplam varyansın %40'ın üzerinde olmasının yeterli bir değer olduğu ifade edilmektedir.

(Kline, 1994). Dolayısıyla bu bulgulardan hareketle İş Doyumu Ölçeği'nin geçerli bir ölçüm aracı olduğunu söylemek mümkündür. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,925 olarak hesaplanmıştır.

3.2. Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular ile değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve korelasyon değerlerine yer verilmiştir.

Tablo 1'de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Tabloya göre katılımcıların %62,3'ü kadın ve %37,7'si erkek ve %40,7'si hekim, %59,3'ü hemşire ve ebedir. Yaş açısından bakıldığında %34'ü 32 yaş ve altı; eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde ise %67,3'ü lisans mezunudur. Medeni durum ve toplam çocuk sayısı açısından değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%71,6) evli olduğu, %44,8'inin ise 1-2 çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte toplam çalışma süresi açısından %35,8'i 9 yıl ve altı mesleki tecrübeye sahipken, çalışma şekli açısından %65,4'ü sürekli gündüz çalışmaktadır. Birime kayıtlı toplam hasta açısından değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%25,9) 3250 ve altı hastaya sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarına İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	101	62,3
	Erkek	61	37,7
Meslek	Hekim	66	40,7
	Hemşire ve ebe	96	59,3
Yaş	32 yaş ve altı	55	34,0
	33-38 yaş arası	53	32,7
	39 yaş ve üzeri	54	33,3
Medeni Durum	Evli	116	71,6
	Bekâr	46	28,4
Eğitim Durumu	Lise ve Ön Lisans	22	13,6
	Lisans	109	67,3
	Lisansüstü*	31	19,1
Toplam Çocuk Sayısı	Çocuk yok	58	35,8
	1-2 arası çocuk	72	44,8
	3 ve üzeri çocuk	32	19,8
Toplam Çalışma Süresi	9 yıl ve altı	58	35,8
	10-15 yıl arası	52	32,1
	16 yıl ve üstü	52	32,1
Birime Kayıtlı Toplam Hasta Sayısı	3250 ve altı	42	25,9
	3251 ve 3750 arası	40	24,7
	3751 ve 3900 arası	45	27,8
	3901 ve üzeri	35	21,6
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	106	65,4
	Nöbetli	56	34,6
TOPLAM		162	100

*Lisansüstü: Lisansüstü değişkeni yüksek lisans ve doktora mezuniyetini ifade etmektedir.

Tablo 2'de araştırma değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların değişim yorgunluğu değişkenine verdikleri cevapların puan ortalaması $3,80 \pm 1,26$; psikolojik dayanıklılık değişkenine verdikleri cevapların puan ortalaması $3,48 \pm 1,04$ ve iş doyumunu değişkenine verdikleri cevapların puan ortalaması $2,93 \pm 0,88$ 'dir. Elde edilen bu bulgulara göre katılımcıların iş doyumunu düzeylerinin orta derecede, değişim yorgunluğu ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ise orta düzeyin üzerinde olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca

yapılan korelasyon analizi neticesinde elde edilen bulgulara göre değişim yorgunluğu ile psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde ve orta düzeyde ($r=-0,547$, $p<0,001$), değişim yorgunluğu ile iş doyumunu arasında negatif yönde ve yüksek düzeyde ($r=-0,712$, $p<0,001$) ve son olarak psikolojik dayanıklılık ile iş doyumunu arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r=0,725$, $p<0,001$) anlamlı ilişkinin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Değişkenlere Ait Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Değerleri

Değişken	Ort.	S.S.	Değişim Yorgunluğu	Psikolojik Dayanıklılık	İş Doyumu
Değişim Yorgunluğu	3,80	1,26	1,000	-0,547	-0,712
Psikolojik Dayanıklılık	3,48	1,04	-0,547	1,000	0,725
İş Doyumu	2,93	0,88	-0,712	0,725	1,000

3.3. Çoklu Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmanın temel amacı doğrultusunda değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3'te değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu değişkenleri arasındaki ilişkileri ve bununla birlikte araştırmaya katılan katılımcıların kişisel özellikleri ile örgütsel özelliklerinin değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu düzeylerini etkileyip etkilemediklerini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Kurulan regresyon modellerinde cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, toplam çalışma süresi ve sahip olunan toplam çocuk sayısı gibi kişisel nitel değişkenler ve birime kayıtlı toplam hasta sayısı ve çalışma şekli gibi örgütsel nitel değişkenlerin etkilerini belirleyebilmek için kukla değişkenler kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların değişim yorgunluğu düzeylerinin, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu değişkenleri ile kişisel ve örgütsel özelliklerden etkilenip etkilenmediğini tespit etmek amacıyla yürütülen regresyon analizi sonuçları Tablo 3'te görülmektedir. Regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğuna işaret etmektedir ($F=13,119$, $p<0,05$). Bununla birlikte psikolojik dayanıklılık, iş doyumunu, kişisel ve örgütsel değişkenlerin tümü değişim yorgunluğundaki toplam varyansın %55,5'ini açıklamaktadır. Sonuçlar dikkate alındığında değişim yorgunluğu ile psikolojik dayanıklılık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olmadığı ($p>0,05$), fakat iş doyumunu ile anlamlı ve negatif yönde bir ilişkinin olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının toplam çalışma sürelerinin artmasıyla değişim yorgunluğunun istatistiksel olarak azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Bir başka ifade ile çalışanların iş tecrübesinin artmasına bağlı olarak değişim yorgunluğu yaşama olasılıklarının azaldığını söylemek mümkündür.

Tablo 3'te katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin, değişim yorgunluğu ve iş doyumunu değişkenleri ile kişisel ve örgütsel özelliklerinden etkilenip etkilenmediğini ortaya koyan regresyon sonuçları da yer almaktadır. Regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=15,363$, $p<0,05$). Değişim yorgunluğu, iş doyumunu, kişisel ve örgütsel değişkenlerin hepsi birlikte psikolojik dayanıklılıktaki toplam varyansın %59,4'ünü açıklamaktadır. Sonuçlar incelediğinde psikolojik dayanıklılık ile iş doyumunu değişkeni arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir. Bu bulguya göre katılımcıların iş doyumunu düzeylerinin artması ile psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de artış gösterdiği ifade edilebilir. Bununla beraber katılımcıların kişisel özelliklerinden biri olan cinsiyet değişkeninin psikolojik dayanıklılık düzeyi üzerinde anlamlı etkisinin olduğunu gösteren bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre kadınların erkeklere göre psikolojik açıdan dayanıklılık düzeylerinin daha az olduğunu söylemek mümkündür ($p<0,05$). Tabloya göre psikolojik dayanıklılık ile katılımcıların bir diğer kişisel özelliği olan eğitim durumu ile de anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Elde edilen

sonuçlara göre lisans ve ön lisans mezunu olan katılımcıların lisansüstü mezunu olan katılımcılara göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha az olduğu söylenebilir.

Son olarak araştırmaya katılan katılımcıların iş doyumu düzeylerinin, değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık, kişisel ve örgütsel özelliklerden etkilenip etkilenmediğini ortaya koyan sonuçlar Tablo 3'te görülmektedir. Regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğuna işaret etmektedir ($F=22,040$, $p<0,05$). Değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık, kişisel ve örgütsel değişkenlerin tümü birden iş doyumundaki toplam varyansın %67,7'sini açıklamaktadır. Sonuçlar incelendiğinde iş doyumu ile değişim yorgunluğu arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişkinin olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Bir başka ifade ile katılımcıların değişim yorgunluğunun artması ile iş doyumlarının azaldığı söylenebilir. Ayrıca iş doyumu ile psikolojik dayanıklılık değişkeni arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki ($p<0,05$) bulunmaktadır. Elde edilen bu bulguya göre katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin artmasıyla iş doyum düzeylerinin de arttığı ifade edilebilir.

Tablo 3. Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişkenler		Değişim Yorgunluğu		Psikolojik Dayanıklılık		İş Doyumu	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Değişim Yorgunluğu	-	-	-0,111	0,159	-0,421	<0,001		
Psikolojik Dayanıklılık	-0,121	0,159	-	-	0,502	<0,001		
İş Doyumu	-0,581	<0,001	0,631	<0,001	-	-		
Toplam Çalışma Süresi	-0,204	0,010	-0,074	0,332	0,040	0,560		
Cinsiyet								
Kadın	0,036	0,656	-0,153	0,048	0,001	0,987		
Erkek (Referans)	R	-	R	-	R	-		
Meslek								
Hekim (Referans)	R	-	R	-	R	-		
Hemşire ve ebe	-0,088	0,329	0,167	0,052	-0,041	0,596		
Medeni Durum								
Evli (Referans)	R	-	R	-	R	-		
Bekâr	0,002	0,986	-0,167	0,063	0,061	0,447		
Eğitim Durumu								
Lise ve Ön lisans	-0,086	0,251	-0,146	0,040	0,068	0,287		
Lisans	-0,111	0,116	-0,091	0,177	0,002	0,972		
Lisansüstü (Referans)	R	-	R	-	R	-		
Toplam çocuk sayısı								
Çocuk yok	-0,086	0,372	0,049	0,590	-0,059	0,469		
1-2 arası çocuk (Referans)	R	-	R	-	R	-		
3 ve üzeri çocuk	-0,021	0,737	-0,110	0,064	-0,014	0,786		
Birime kayıtlı toplam hasta sayısı								
3250 ve altı	0,006	0,938	0,070	0,359	-0,017	0,808		
3251 ve 3750 arası	-0,030	0,650	0,009	0,891	-0,016	0,781		
3751 ve 3900 arası (Referans)	R	-	R	-	R	-		
3901 ve üzeri	-0,007	0,919	0,063	0,322	0,006	0,922		
Çalışma şekli								
Sürekli gündüz (Referans)	R	-	R	-	R	-		
Nöbetli	0,107	0,072	0,097	0,090	-0,009	0,864		
Modele İlişkin İstatistikler	$R^2 = 0,555$ $F = 13,119$ $p < 0,001$		$R^2 = 0,594$ $F = 15,363$ $p < 0,001$		$R^2 = 0,677$ $F = 22,040$ $p < 0,001$			

β = Standardize Edilmiş Beta Katsayısı

R=Referans kategori

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Değişim yorgunluğu kavramı küreselleşme ve yenilikçi düşünce anlayışının artmasına bağlı olarak özellikle son zamanlarda uluslararası literatürde çalışmalara konu edilen, ulusal literatürde ise yönetim, insan kaynakları ve örgütsel davranış disiplininde henüz yeteri kadar keşfedilmemiş oldukça yeni bir kavramdır. Bu kapsamda yapılan bu çalışma ile aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının değişime bağlı yorgunluk düzeylerini belirlemek ve bununla birlikte değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu arasındaki ilişkileri ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Erzincan'da aile sağlığı merkezlerinde çalışan 162 aile hekimi, hemşire ve ebeden elde edilen veriler analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının değişim yorgunluğu ortalamaları $3,80 \pm 1,26$ olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu bulguya göre çalışanların değişim yorgunluğu düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu ifade edilebilir. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalar elde edilen bu bulguyu destekler niteliktedir. Örneğin, Brown (2016)'ın çalışmasında hemşirelerin değişim yorgunluğu düzeylerinin yapılan bu çalışma ile benzer şekilde orta düzeyin üzerinde olduğu bulunmuştur. Ekingen ve Yıldız (2021) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların değişim yorgunluğu düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır. Değişim yorgunluğu çalışanların iş yapma davranışlarını ve bununla birlikte hem bireysel performanslarını hem de örgütün performansını olumsuz yönde etkileyen önemli bir problemdir. Bu düzeyin oldukça düşük olması ise arzu edilen bir durumdur. Yapılan bu çalışmada değişim yorgunluğu düzeyinin orta düzeyin üzerinde bulunmasının nedeninin aile hekimliği biriminde görevli sağlık çalışanlarının mesleki uygulama kapsamında oldukça fazla değişim girişimi ile karşı karşıya kalmalarından ve bu sebeple zaman içerisinde yorgunluk düzeylerinin artış göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu kapsamda sağlık çalışanlarında değişim yorgunluğunun önlenmesi için değişim süreci boyunca yapılacak faaliyetler, bu süreç içerisinde gerçekleştirilecek değişikliklerin niteliği ve niceliği hakkında çalışanlara bilgi verilmesi, ortaya çıkabilecek problemlerin çözümü noktasında ise etkili iletişimle beraber çalışanların desteklenmesi önerilebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık ortalamaları $3,48 \pm 1,04$ şeklinde belirlenmiştir. Bu bulguya göre çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Elde edilen bu bulguya benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar dikkate alındığında Demren (2020) sağlık çalışanları üzerinde psikolojik dayanıklılık ile işe bağlılık değişkenleri arasındaki ilişkiyi ele aldığı çalışmada katılımcıların psikolojik dayanıklılık ortalamasının orta düzeyin üzerinde olduğunu tespit etmiştir. Çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olması örgüt bazında gerçekleştirilen tüm değişimler karşısında uyum sağladıklarının önemli bir göstergesidir ve bu süreç sonunda hedeflenen amaçlara ulaşmada önemli bir etkidir. Bu kapsamda özellikle sağlık kurumları yöneticileri çalışanları hizmet içi eğitim programlarıyla psikolojik dayanıklılık konusunda bilgilendirebilirler ve çalışanların motivasyonlarını artırarak dayanıklılık algılarının gelişmesine katkıda bulunabilirler. Ayrıca konu hakkında daha büyük örneklem grupları ile çeşitli araştırmalar yapılarak ve psikolojik dayanıklılığı etkileyen diğer faktörler belirlenerek çalışanlar bu konuda güçlendirilebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının iş doyumunu ortalamaları ise $2,93 \pm 0,88$ olarak belirlenmiştir. Buna göre çalışanların iş doyumunu düzeyinin orta derecede olduğunu söylemek mümkündür. Elde edilen bu bulgu literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalarla benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Gigantesco vd. (2003)'nin ruh sağlığı çalışanları üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında sağlık çalışanlarının iş doyum düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Mizmizlioğlu (2018)'nin bir kamu hastanesinde sağlık çalışanları üzerinde yürütmüş olduğu çalışmada ise çalışanların iş doyum düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu değişkenleri arasındaki ilişkilerin varlığını ve yönünü tespit etmek ve araştırmaya katılan katılımcıların kişisel özellikleri ile örgütsel özelliklerinin değişim yorgunluğu, psikolojik dayanıklılık ve iş doyumunu düzeylerini etkileyip etkilemediklerini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda

değişim yorgunluğu ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ($p>0,05$), fakat iş doyumunu ile anlamlı ve negatif yönde karşılıklı bir ilişkinin olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Benzer şekilde Brown vd. (2018)'nin hemşireler üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında değişim yorgunluğu ile iş doyumunu ile anlamlı ve negatif yönde bir ilişkinin olduğu, fakat psikolojik dayanıklılık ile arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Winter (2013) eğitim sektöründe çalışan akademisyenler ile öğretmenlerin değişim yorgunluğu, değişime direnç ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelediği çalışmada, psikolojik dayanıklılığın artmasıyla değişim yorgunluğunun azaldığını tespit etmiştir. Bu durumun psikolojik açıdan kendilerini güçlü hisseden çalışanların değişimi kendilerini geliştiren bir süreç olarak görmeleri ve bu süreçte ortaya çıkabilecek bütün olumsuzlukların üstesinden gelme konusunda kendilerine güvenmeleri neticesinde değişim yorgunluğu yaşama olasılıklarının azalacağından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Değişim yorgunluğu ile iş doyumunu arasında anlamlı ve negatif yönde karşılıklı bir ilişki bulunmuştur ve değişim yorgunluğunun artmasına paralel olarak iş doyumunu azalmaktadır. Bunun nedeni ise, değişim yorgunluğu düzeyinin artmasıyla çalışanların işlerine karşı duyarsız hale gelmesi, iş olanaklarından beklentilerinin azalması, yorgunlukla beraber stres ve anksiyete düzeylerindeki artışa bağlı olarak mesleki uygulamalara kayıtsız kalmaları, kendilerini mutsuz ve değersiz hissetmeleri gibi faktörlere bağlı olabilir. İş doyumunun artması ile değişim yorgunluğunun azalması ise, iş doyumunun çalışanın performansı ve motivasyonu ile yakinen ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bir başka ifade ile çalışanların uygun çalışma ortamlarına sahip olmaları, yöneticileri ve iş arkadaşları tarafından değer gördüklerini hissetmeleri, elde ettikleri başarı neticesinde ödüllendirilmeleri gibi olumlu gelişmeler motivasyonlarının ve buna paralel olarak iş doyumlarının da artmasına neden olabilir. İş doyumunu yüksek olan çalışanların performanslarında da olumlu bir artışın meydana gelmesiyle beraber değişim süreci boyunca karşılaşılabilecekleri bütün problemlerle baş etme konusunda kendilerini daha güçlü hissedebilirler ve böylelikle değişime bağlı yorgunluk yaşama düzeyleri azalabilir. Sağlık çalışanlarının motivasyonlarının yüksek olması ve bununla birlikte iş doyumunu konusunda tatmin olmaları verdikleri bakımın kalitesini, hasta ile ilişkilerini ve dolayısıyla örgütün performansını önemli düzeyde etkilemektedir. Bu nedenle çalışanların iş doyum düzeylerini artırabilmek için sağlık kurumu yöneticilerinin değişim yorgunluğuna neden olan faktörleri belirleyip ortadan kaldırmaları, değişim süreci boyunca yapılacak işleri analiz etmeleri ve çalışan yeteneği ile uyumlu iş paylaşımı yapmaları önerilebilir.

Yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre psikolojik dayanıklılık ile iş doyumunu arasında anlamlı ve pozitif yönde karşılıklı bir ilişki olduğu ($p<0,05$) belirlenmiş ve psikolojik dayanıklılığın artması ile iş doyumunun da arttığı tespit edilmiştir. Literatürde elde edilen bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Judkins ve Rind (2005) hemşireler üzerinde gerçekleştirmiş oldukları çalışmalarında hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin artmasıyla iş doyumlarının da arttığını belirlemişlerdir. Farklı sektörlerde yapılan çalışmalar da araştırma kapsamında elde edilen bu bulguyu destekler niteliktedir (Çetin ve Basım, 2011; Larrabee vd., 2010; Kanbur vd., 2017). Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan çalışanlar değişim sürecini kendilerini geliştiren önemli bir süreç olarak ele almakta, dolayısıyla bu sürecin olumsuz koşullarıyla baş etmede kendilerini kolaylıkla motive edebilmektedirler. Bu nedenle dayanıklılık düzeyleri yüksek olan bu çalışanlarda iş doyumunun da yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bunun yanında çalışanların iş doyum düzeylerinin artması da psikolojik dayanıklılık seviyelerini artırmaktadır. McCalister vd. (2006) kamu ve özel şirketlerde görev yapan çalışanlar üzerinde gerçekleştirmiş oldukları çalışmalarında bu çalışma bulguları ile benzer olarak çalışanların iş doyumunun artmasıyla psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de arttığını tespit etmişlerdir. İş doyumunun yüksek olması çalışanların örgüte olan bağlılıklarının artmasına ve bununla birlikte örgütün amaçlarını kendi amaçları gibi benimsemelerine zemin hazırlamaktadır. Bu süreçte doyum düzeyi yüksek olan çalışanların ortaya çıkabilecek herhangi bir problemi çözme konusunda istekli davranacakları ve bu yönde kendilerini geliştirerek psikolojik anlamda mevcut sorunlarla baş etmede daha dayanıklı hale gelecekleri düşünülmektedir.

Yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri kapsamında ele alınan toplam çalışma süresi ile değişim yorgunluğu arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişkinin olduğu

($p < 0,05$) tespit edilmiştir. Bir başka ifade ile toplam çalışma süresi arttıkça değişim yorgunluğu düzeyinde azalış meydana gelmektedir. Elde edilen bu bulgu literatürde bazı araştırmalar tarafından da desteklenmektedir. Vestal (2013) yeni mezun olan ve yeteri kadar iş tecrübesi bulunmayan hemşirelerin mesleki açıdan deneyimli hemşirelere göre değişimin yıkıcı etkileri karşısında daha savunmasız kaldıklarını ve bu çalışanlarda değişim yorgunluğu düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde Stensaker ve Meyer (2012) tecrübeli çalışanların değişim sürecine daha kolay uyum sağladıklarını ve böylelikle değişim yorgunluğu yaşama durumuna bu tür çalışanlarda rastlamanın daha az olası olduğunu ifade etmektedirler. Uzun yıllar boyunca mesleki faaliyetlerini icra eden çalışanlar bu süreç içerisinde sayısız problemle karşılaşmakta ve bir süre sonra bu problemleri çözebilme konusunda daha yetenekli hale gelmektedirler. Bu sebeple sayısız değişim girişimi gerçekleştirme sürecinde ortaya çıkan tüm krizleri çözerek bu süreç sonucunda ulaşılması gereken hedefler doğrultusunda yeni işe başlayan çalışanlara göre daha fazla çaba sarf etmeye istekli oldukları ve değişim sürecinin olası olumsuz sonuçlarından daha az etkilendikleri ifade edilebilir. Yeteri kadar mesleki tecrübeye sahip olmayan çalışanlarda değişim yorgunluğunu önleyebilmek için bu çalışanların değişim süreci öncesinde hizmet içi eğitim programı gibi destek programlarıyla gerçekleştirilecek değişim girişimleri hakkında bilgilendirilmeleri ve tecrübeli çalışanlarla etkili iletişim kurmalarının sağlanması önerilebilir.

Analiz sonucunda elde edilen bir diğer bulgu sağlık çalışanlarının kişisel özelliklerinden olan cinsiyet değişkeninin psikolojik dayanıklılık düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu yönündedir. Bu kapsamda yapılan regresyon analizi neticesinde kadınların erkeklere göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha az olduğu ($p < 0,05$) tespit edilmiştir. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalar araştırma kapsamında elde edilen bu bulgu ile benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Peng vd. (2012) tıp öğrencileri üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında kadınların erkeklere göre psikolojik açıdan daha dayanıksız olduklarını belirlemişlerdir. Yapılan bu çalışmadan farklı olarak Mizmizlioğlu (2018) bir kamu hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada cinsiyet değişkeni ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını tespit etmiştir. Memiş (2018)'in aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler üzerinde yapmış olduğu çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre; Chtibi vd. (2018)'nin sağlık çalışanları üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında kadın çalışanların erkek çalışanlara göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda kadın ve erkek sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin farklılık göstermesi toplumda kadın ve erkeğe atfedilen rollerin farklılaşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kadınların çevrelerinde meydana gelen çoğu olaya karşı duygu yüklü tepki vermeleri, fizyolojik ve ruhsal olarak daha kırılgan yapıda olmaları psikolojik açıdan daha dayanıksız olmalarına sebep olabilir. Başka bir ifade ile erkeklerin çevrelerinde meydana gelen çoğu olaya daha rasyonel, çoğunlukla duygulardan arınmış bir biçimde cevap vermeleri ve toplumun erkeklerin kadınlara nazaran daha güçlü olduklarına yönelik attığı rolle beraber çoğu problemi kimseden yardım almadan çözmeye çalışmaları kadınlara göre psikolojik açıdan daha dayanıklı olmalarına zemin hazırlayabilir.

Son olarak araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bireysel özelliklerinden bir diğeri olan eğitim durumları ile psikolojik dayanıklılıkları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulguya göre lisans ve ön lisans mezunu olan sağlık çalışanlarının lisansüstü mezunu olan sağlık çalışanlarına göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha az olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre eğitim durumu arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin de artış gösterdiğini söylemek mümkündür. Brown vd. (2018)'nin hemşireler üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında da benzer şekilde eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak psikolojik dayanıklılık düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Bozkurt (2021)'un hemşireler üzerinde gerçekleştirmiş olduğu çalışmada ise lisansüstü bir dereceye sahip hemşirelerin ön lisans mezunu hemşirelere göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Taş (2013)'in hemşireler üzerinde gerçekleştirmiş olduğu çalışmada ise, katılımcıların eğitim düzeyi ile psikolojik dayanıklılıkları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Eğitim düzeyinin psikolojik dayanıklılık düzeyi açısından istatistiksel olarak farklılık göstermesinin nedeninin eğitim düzeyi arttıkça çalışanların psikolojik dayanıklılık konusunda daha fazla bilgi sahibi olmaları, bu konuda farkındalıklarının artması ve kendilerini bu konuda geliştirme imkânı bulabilme potansiyellerinin olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan bu araştırmanın literatüre katkıları sağladığı düşünülmeyle beraber birtakım sınırlılıklarının olduğunu söylemek de mümkündür. Bu araştırma Erzincan'da aile hekimliği biriminde çalışan sağlık çalışanları ile sınırlıdır. Gelecekte benzer çalışmaların özel ve kamu hastanelerinde çalışan sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilmesi veya konu ile ilgili nitel çalışmaların yapılması değişim yorgunluğuna neden olan makro faktörlerin belirlenmesi ve buna yönelik daha geniş kapsamlı çözümler önerileri getirilmesi bakımından alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Etik Kurul İzni: Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sağlık ve Spor Bilimleri Etik Kurulu'ndan (20.10.2021 tarihli 08/10 protokol numaralı) gerekli etik kurul izni ve Erzincan Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli uygulama izni alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Basım, N. & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 1-12.
- Baycan, F.A. (1985). *Farklı gruplarda çalışan gruplarda iş doyumunun bazı yönlerinin analizi*. (Bilim Uzmanlığı Tezi). Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Bernerth, J. B., Walker, H. J., & Harris, S. G. (2011). Change fatigue development and initial validation of a new measure. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 25(4), 321-337.
- Bostan, S., Kılıç, T., & Acuner, T. (2012). Sağlıkta dönüşüm programının hastaneler üzerindeki değişim etkisi: Hastane yöneticilerinin görüşleri. *TISK Academy/TISK Akademi*, 7(14).
- Bozkurt, A. (2021). *Hemşirelerde sosyal zekâ ve psikolojik dayanıklılık düzeyinin karşılaştırılması ve farklı değişkenler ile ilişkisinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Brown, R. (2016). *Determining the relationship among change fatigue, resilience and job satisfaction of hospital staff nurses*. (PhD Thesis). South Dakota State University, Dakota.
- Brown, R., Wey, H., & Foland, K. (2018). The relationship among change fatigue, resilience and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 306-313.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson resilience scale (cd-ri-sc): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 1019-1028.
- Chtibi H., Ahami A., Azzaoui F.Z., Khadmaoui A., Mammad K., & Elmassioui F. (2018). Study of psychological resilience among health care professionals, in İbn Sina hospital/rabat/morocco. *Open Journal of Medical Psychology*, 7, 47.
- Chung, G. H., Choi, J. N., & Du, J. (2017). Tired of innovations? Learned helplessness and fatigue in the context of continuous streams of innovation implementation. *Journal of Organizational Behavior*, 38(7), 1130-1148.
- Connor, K. M., & Davidson, R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Çetin, F. & Basım, N. (2011). Psikolojik dayanıklılığın iş tatmini ve örgütsel bağlılık tutumlarındaki rolü. *İŞGÜÇ, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(3), 79-94.

- Demren, H. H. (2020). *112 acil sağlık hizmetleri personelinde psikolojik sağlamlık ve sosyo-demografik değişkenlerin işe bağlılıkla ilişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- Dool R., (2006). *Change fatigue: The impact of persistent change initiatives on job satisfaction*. Adelphia. University of Maryland (UC).
- Ekingen, E., & Yıldız, A. (2021). Değişim yorgunluğu ölçeği türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması: sağlık çalışanları örneği. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 43(6), 572-581.
- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A., & Morosini, P. (2003). Brief report: Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Mental Health Journal*, 39(4), 349-355.
- Hansen, A., Buitendach, J.H. & Kanengoni, H. (2015). Psychological capital, subjective well-being, burnout and job satisfaction amongst educators in the Umlazi region in South Africa. *SA Journal of Human Resource Management*, 3(1), 1-9.
- Judkins, S. & Rind, R. (2005). Hardiness, job satisfaction and stress among home health nurses. *Home Health Care Management and Practice*, 17, 113-118.
- Kanbur, E., Kanbur, A. & Özdemir, B. (2017). Psikolojik dayanıklılık ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkide iş doyumunun aracılık rolü: Havacılık sektöründe bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*, 4(2), 127-141.
- Karakuş, Ş. & Yardım, M. (2014). Algılanan örgütsel değişim, belirsizlik, iş doyumunu ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiler. *İş ve İnsan Dergisi*, 1(1), 21-31.
- Kavi, E. & Karakale, B. (2018). Çalışan psikolojisi açısından psikolojik dayanıklılık. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 7(17), 55-77.
- Kaya F, & Odacı H. (2021). Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği kısa formu: Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *HAYEF: Journal of Education*, 18(1), 38-54.
- Kayacı, Ü. & Özbay, Y. (2016). Üniversite öğrencilerinin travmatik yaşantı, psikolojik doğum sıraları ve sosyal ilgilerinin psikolojik dayanıklılıklarını yordaması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(1), 128-142.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Routledge: London.
- Kuokkanen, L., Suominen, T., Harkonen, E., Kukkurainen, M. & Doran, D. (2009). Effects of organizational change on work-related empowerment, employee satisfaction, and motivation. *Nursing Administration Quarterly*, 33(2), 116-124.
- Larrabee, J.H., Wu, Y., Persily, C.A., Simoni, P.S., Johnston, P.A., Marcischak, T.L., Mott, C.L. & Gladden, S.D. (2010). Influence of stress resiliency on RN job satisfaction and intent to stay. *Western Journal of Nursing Research*, 32(1), 81-102.
- Limon, İ. (2019). *Eğitim örgütlerinde değişim yorgunluğu, eğitim politikaları bağlamında moral yitimi ve iş performansı arasındaki ilişki*. (Doktora Tezi). Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Luthans, F., (2002), Positive organizational behavior: developing and managing psychological strengths. *Academy of Management Executive*, 16(1), 57-72.

- Memiş, E. (2021). *Aile hekimlerinde psikolojik dayanıklılık durumu ve etkili faktörler: Rize ili örneği*. (Uzmanlık Tezi). Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize.
- Mccalister, K. T., Dolbier, C. L., Webster, J. A., Mallon, M. W., & Steinhardt, M. A. (2006). Hardiness and support at work as predictors of work stress and job satisfaction. *American Journal of Health Promotion, 20*(3), 183-191.
- McMillan, K., & Perron, A. (2013). Nurses amidst change: The concept of change fatigue offers an alternative perspective on organizational change. *Policy, Politics, & Nursing Practice, 14*(1), 26–32.
- McMillan, K. (2018). *A critical organizational analysis of frontline nurses' experience of rapid and continuous change*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), University of Ottawa Faculty of Health Sciences School of Nursing, Ottawa.
- Mizmizlioğlu, E. (2018). *Bir grup ruh sağlığı çalışanında iş doyumunun psikolojik dayanıklılık ve sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, İstanbul.
- Olkun, S. (1996). Örgütsel değişimin yönetimi: Örgüt kültürü ve liderlik faktörü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 2*(4), 565-574.
- Omachonu K. V. & Einspruch, N.G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: A conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15*(1), 1-18.
- Oshagbemi, T. (2003). Personal correlates of job satisfaction: Empirical evidence form UK universities. *International Journal Of Social Economics, 30*(12), 1210-1232.
- Pathak, H. (2011). *Organizational change*. India: Dorling Kindersley Pvt. Ltd.
- Peng, L., Zhang, J., Li, M., Li, P., Zhang, Y., Zuo, X., & Xu, Y. (2012). Negative life events and mental health of Chinese medical students: The effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry Research, 196*(1), 138–141.
- Puccio, G. J., Mance, M. & Murdock, M. C. (2011). *Creative leadership: Skills that drive change* (2nd ed.). USA: Sage Publications Inc.
- Rafferty, A. & Griffin, M. (2006). Perceptions of organizational change: A stress and coping perspective. *Journal of Applied Psychology, 91*(5), 1154-1162.
- Sevimli, F. & İşcan Ö.F. (2005). Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. *EGE Akademik Bakış, 5*(1), 55-64.
- Sezgin, F. (2012). İlköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi, 20*(2), 489-502.
- Solmuş, T. (2004). *İş yaşamında duygular ve kişilerarası ilişkiler, psikoloji penceresinden insan kaynakları yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Stensaker, I., Meyer, C. B., Falkenberg, J., & Haueng, A. C. (2002). Excessive change: Coping mechanisms and consequences. *Organizational Dynamics, 31*, 296–312.
- Stensaker, I. G., & Meyer, C. B. (2012). Change experience and employee reactions: Developing capabilities for change. *Personnel Review, 41*(1), 106–124.

- Taş, S. (2013). *Düzce üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesi hemşirelerinde psikolojik dayanıklılık, depresyon ve algılanan stresin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Terzi, Ş. (2006). Kendini toparlama gücü ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 77-84.
- Toffler, A. (1970). *Future shock*. A Bantam Book. Published by arrangement with Random House, Inc. New York.
- Ürek, D., Bilgin Demir, İ. & Karaman, S. (2019). Sağlık kurumlarında değişim liderliği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(2), 89-103.
- Vestal, K. (2013). Change fatigue: A constant leadership challenge. *Nurse Leader*, 1(5), 10–11.
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., & England, G. W. (1967). Manual for the minnesota satisfaction questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 22, 120.
- Winter, A. J. (2013). *The human cost of change: Tales from the campus about personal change fatigue, resistance, and resilience*. (Master's Thesis). Queensland University of Technology, Brisbane City.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

COVID-19 YÖNETİM SÜRECİNE YÖNELİK BİREYLERİN BİLGİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ ¹

Merve TAVUKCU *
Erdal EKE **

ÖZ

İnsanlık tarih boyunca pek çok salgın hastalıkla mücadele etmiştir. 2019 yılının son aylarında Çin'de patlak veren Covid-19 salgını süratle ülkeler arası yayılım göstermiş kısa sürede pandemiye dönüşmüştür. Küresel tehdit haline gelen Covid-19 pandemisiyle mücadele etmek amacıyla ülkeler birtakım faaliyet ve uygulamalar geliştirmiştir. Bu araştırma bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik bilgi ve memnuniyet düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu kapsamda Isparta ve Muğla il merkezlerinde ikamet eden 18 yaşın üzerindeki erişkinler çalışma evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada toplam 861 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak nicel araştırma yönteminden anket tekniği tercih edilmiştir. Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu aracılığıyla veriler toplanmıştır. Anket formu aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda pandemi yönetimi sürecine yönelik bireylerin bilgi düzeyinin orta derecede, memnuniyet düzeyinin ise düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bilgi ve memnuniyet düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Covid-19 pandemi yönetimine yönelik bilgi düzeyi arttıkça memnuniyetin de arttığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, pandemi, pandemi yönetimi, sağlık yönetimi.

MAKALE HAKKINDA

¹ Bu çalışma Merve Tavukcu'nun "Covid-19 Salgın Sürecine Yönelik Bireylerin Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma" adlı tez çalışmasından üretilmiştir.

* Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, merve.tavukcu@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4716-3061>

** Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke03@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9529-5889>

Gönderim Tarihi: 13.04.2022

Kabul Tarihi: 11.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Tavukcu, M. & Eke, E. (2022). Covid-19 Yönetim Sürecine Yönelik Bireylerin Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 609-628

INFORMATION AND SATISFACTION LEVELS OF INDIVIDUALS FOR THE COVID-19 MANAGEMENT PROCESS ¹

Merve TAVUKCU *
Erdal EKE **

ABSTRACT

Humanity has struggled with many epidemics throughout history. The Covid-19 epidemic, which broke out in China in the last months of 2019, spread rapidly between countries and turned into a pandemic in a short time. In order to combat the Covid-19 pandemic, which has become a global threat, countries have developed some activities and practices. This research was conducted to examine the knowledge and satisfaction levels of individuals regarding the Covid-19 pandemic management process. In this context, adults over the age of 18 residing in the city centers of Isparta and Muğla constitute the study population. A total of 861 people were reached in the research. Questionnaire technique was preferred as a data collection tool in the research. Data were collected through a questionnaire created by the researcher. The data obtained through the questionnaire form were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) program. As a result of the study, it was concluded that the level of knowledge of the individuals about the pandemic management process is moderate and the level of satisfaction is low. It has been determined that there is a positive and significant relationship between the level of knowledge and satisfaction. It has been revealed that as the level of knowledge on the management of the Covid-19 pandemic increases, the satisfaction also increases.

Keywords: Covid-19, pandemic, pandemic management, healthcare management.

ARTICLE INFO

¹ This study was produced from Merve Tavukcu's thesis study titled "Study on the Knowledge and Satisfaction Levels of Individuals Regarding the Covid-19 Epidemic Process".

** Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, merve.tavukcu@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4716-3061>

** Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, erdaleke03@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9529-5889>

Received: 13.04.2022

Accepted: 11.08.2022

Cite This Paper:

Tavukcu, M. & Eke, E. (2022). Information and Satisfaction Levels of Individuals for the Covid-19 Management Process. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 609-628

I. GİRİŞ

Bir hastalığın ya da başka bir durumun belirli bir bölgede kısa sürede normalden daha süratle yaygınlaşması ve birçok kimseye bulaşması durumu salgın olarak açıklanmaktadır. Virüs ve bakteri gibi çeşitli mikroorganizmalar salgına dönüşen hastalıklara yol açarak bulaşıcı hastalıkları tetikleyen etmenler olarak karşımıza çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Belirli bir zaman dilimi içerisinde bulaşıcı hastalığın kontrolsüz ve hızlı biçimde yayılması epidemiy olarak ifade edilmektedir (Yükseköğretim Kurulu, 2020). Pandemi ise birden fazla kıtaya ya da bütün dünyaya yayılan salgın hastalığın insan popülasyonunun çok büyük bir kısmını etkilemesi olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 2010).

Salgınlar büyük ölçekli değişim ve gelişimlere yol açan etki alanına sahiptir. Bu bağlamda salgınlar geçmişten günümüze kadar bireysel, toplumsal ve ekonomik anlamda pek çok etkiye yol açmıştır. 11 Mart 2020'de ilan edilen ve halen yaşamakta olduğumuz Covid-19 pandemisi süratle yayılmış ve bütün ülkeleri etkilemiştir. Bu noktada Türkiye proaktif bir yaklaşım sergileyerek henüz Covid-19 vakası ülkede görülmeden önce tedbir almaya yönelik faaliyetler gerçekleştirilmiştir. İlerleyen günlerde Covid-19 pandemi yönetimi sürecinde alınan kararlar noktasında Cumhurbaşkanlığı belirleyici olmuştur. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde alınan çeşitli kararlar ve uygulamalarla Covid-19 yönetim sürecine katkı sağlanmıştır. Türkiye'de süreç zarfında kısıtlama, yasak, tam kapanma, aşılama ve karantina başta olmak üzere çok sayıda politika ve uygulama hayata geçirilmiştir.

II. COVID-19 YÖNETİM SÜRECİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edildikten sonra Türkiye'de pandemi yönetimine ilişkin süreç Tablo 1'de kısaca özetlenmeye çalışılmıştır.

Covid-19 virüsünün pandemi ilan edilmesiyle eş zamanlı olarak Türkiye'de ilk hasta 11 Mart 2020'de ortaya çıktığı saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020a). Henüz Covid-19 vakası görülmeden alınmaya başlanan önlem ve faaliyetler ilk vakanın ortaya çıkmasıyla birlikte farklı boyutlarıyla uygulanmıştır. Cumhurbaşkanlığı öncülüğünde sürdürülen Covid-19 yönetimi süreci çeşitli bakanlık ve kurumların katılımıyla hem merkezi hem de yerel düzeyde etkili şekilde sürdürülmüştür. Covid-19 yönetimi sürecinin koordinasyonu ve mücadele amacıyla alınan önlemler noktasında en önemli kurum hiç şüphesiz Sağlık Bakanlığı olmuştur. Bu süreçte belirleyici rolü bulunan diğer aktörler ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı Koronavirüs Bilim Kurulu ve Toplum Bilimleri Kurulu olmuştur. İçişleri Bakanlığı uygulanması gereken önlemlerin yer aldığı genelgeleri kamuoyuna duyurarak Covid-19 yönetim sürecinde önemli rol oynamıştır. İçişleri Bakanlığı tarafından Covid-19 pandemisinin kontrol altına alınması amacıyla oluşturulan genelgelerin iller bazında kamuoyuna duyurulması, belirtilen tedbir ile uygulamaların gerçekleştirilmesi ve denetlenmesi sürecine dahil olan bir diğer otorite ise İl Hıfzıssıhha Kurulları olmuştur. Yerel düzeyde Covid-19 yönetimi sürecine katkı sağlayan bir diğer aktör ise belediyeler olmuştur. Belediyeler tarafından Covid-19 hususunda çeşitli uygulama ve faaliyetler hayata geçirilmiştir.

Tablo 1. Türkiye’de Pandemi Yönetimi Süreci ve Uygulamaları

Faaliyet / Uygulama No	Faaliyet/ Uygulama Adı	Faaliyet/Uygulama İçeriği	Sorumlu/ Görevli Aktörler	Faaliyet/Uygulamanın Etkileri
1	Pandemik İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı	Oluşturulan hazırlık planı kapsamında pandemi döneminde sorumlu kurumlar ve takip edilmesi gereken önlemlerin çerçevesi oluşturulmuştur.	Sağlık Bakanlığı	Covid-19 pandemi yönetimi sürecinde en yetkili kurum Sağlık Bakanlığı olarak belirlenmiş ve müdahaleler bu plan doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.
2	Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi	Covid-19 hastalığının yayılımı ve dünyadaki gelişmelerin detaylı takip edildiği 15 kişilik bir merkez oluşturulmuştur.	Sağlık Bakanlığı	Bu faaliyet kapsamında Türkiye’de Covid-19 pandemi yönetimi sürecine dair ilk somut adım atılmıştır.
3	Koronavirüs Bilim Kurulu	Belirli alanlarda uzman kişilerden oluşan bu kurul Sağlık Bakanı Fahrettin Koca önderliğinde toplanmıştır. Pandemi yönetimi sürecinde karantina, izolasyon, uçuş yasağı, yurtdışı sınırlandırması, yüz yüze eğitimin belirli süre durdurulması gibi çeşitli tedbir önerileri sunulmuştur.	Sağlık Bakanlığı	Oluşturulduğu tarihten bu yana Koronavirüs Bilim Kurulu tarafından pek çok toplantı gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda Covid-19 pandemi yönetimi sürecine önemli katkılar sağlayacak tavsiye niteliğinde kararlar alınmıştır. Kurul tarafından belirlenen tavsiye kararları çeşitli bilgi platformları aracılığıyla kamuoyuna duyurulmuştur.
4	Covid-19 Rehberi	Bu rehber Covid-19 hakkında bilgiler, vaka tanımı, salgın yönetimi, enfeksiyon kontrolü, izolasyon, hasta bakımı ve tedaviye ilişkin bilgileri içermektedir.	Koronavirüs Bilim Kurulu	Rehber kazanılan bilgiler ve gerekli tavsiyeler doğrultusunda düzenli aralıklarla güncellenmektedir. Bu rehber çerçevesinde Türkiye’nin pandemi sürecine yön vermek amaçlanmıştır.
5	Havaalanlarında Alman Çeşitli Önlemler Ve Çin Uçuşlarının Durdurulması	Havaalanlarında kızılötesi taramalar, dezenfeksiyon hizmetleri, ücretsiz maskeler ve bilgilendirici broşürlerin dağıtılması tedbirleri alınmıştır. Hastalık belirtisi gösterenler karantina odalarına sevk edilmiştir.	Sağlık Bakanlığı	Türkiye’de henüz yerli korona virüs vakası görülmemesine rağmen bu önlemler ile proaktif bir süreç izlenmiştir.
6	Covid-19 Mücadelesine Yönelik Geliştirilen 14 İlke	Yeni korona virüs hastalığı riskini en aza indirmek için yapılması gerekenler 14 kural ile açıklanmıştır.	Sağlık Bakanlığı	Bireyleri Covid-19 risklerine karşı korumak, hastalık yayılımını düşük seviyede tutmak ve etkileri azaltmak amacıyla kurallar oluşturulmuştur.
7	Covid-19 Pandemi Sürecinde Bireysel Koruyucu Donanımlardan Etkili Yararlanılması Hakkında Rehber	Bu rehber Covid-19 pandemi sürecinde DSÖ’nün kişisel koruyucu ekipmanların doğru kullanımına ilişkin tavsiyeleri içermiştir.	Sağlık Bakanlığı	Pandemi sürecinde bireylerin ve sağlık çalışanlarının özellikle hastalıktan korunmak amacıyla başvurduğu kişisel koruyucu ekipmanların yönetimi, dağıtımı ve kullanımı kapsamında rehberde yer alan bilgilerden faydalanılmıştır.
8	Türkiye Genelinde Eğitime Ara Verilmesi	Okul ve üniversitelerde eğitime 3 hafta ara verilmesi kararı alınmıştır.	Cumhurbaşkanlığı	Covid-19 virüsü konulu toplantı doğrultusunda tedbir amaçlı Türkiye genelinde yüz yüze eğitimlere ara verilmiştir.
9	Covid-19 Tedbirleri Doğrultusunda Genelgeler	Yayınlanan genelgeler kısıtlama, yasa, tam kapanma, izolasyon, karantina, kurumların faaliyetlerinin durdurulması, hijyen, maske, sosyal mesafe başta olmak üzere çeşitli tedbirleri içermektedir.	İçişleri Bakanlığı	Pandemi yönetimi sürecinde yayınlanan genelgeler ile vaka sayısının düşük seviyede tutulması ve Covid-19 virüsünün bulaşma hızının azaltılması hedeflenmiştir.
10	İçişleri Bakanlığı Tarafından Oluşturulan Genelgeler	Covid-19 pandemisinin kontrol altına alınması amacıyla tedbir ve uygulamaların belirlendiği genelgeler İl Hıfzıssıhha Kurulları aracılığıyla kamuoyuna duyurulmuştur.	İl Hıfzıssıhha Kurulları	İl Hıfzıssıhha Kurulları tarafından kararların etkili bir şekilde uygulanması ve denetlenmesi pandemi kontrolünde büyük rol oynamıştır.
11	184 Koronavirüs Danışma Hattı	184 SABİM hattı güncellenmiş ve 184 Koronavirüs Danışma Hattı’na dönüştürülmüştür.	Sağlık Bakanlığı	Covid-19 hastalığıyla ilgili bireylere doğru ve güncel bilgiler sağlanmıştır. Ek olarak toplumun pandemi yönetimi sürecine dair şikâyet ve sorunları iletmeleri sağlanmış bu konuda ilgili yönlendirmeler gerçekleştirilmiştir.
12	Hastane Afet ve Acil Durum Planları Uygulama Yönetmeliği	Acil olay ve felaket süreçlerinde hastaneler tarafından uygulanacak önlemleri ve önceden planlanan hazırlıkları içermektedir.	Sağlık Bakanlığı	Yönetmelik doğrultusunda gerekli tedbirlerin alınması ve sağlık hizmetlerinin pandemiye uygun sunulmasını sağlanmıştır.
13	Pandemi Hastaneleri Genelgesi	Genelge kapsamında Enfeksiyon, göğüs, mikrobiyoloji ve iç hastalıkları alanlarında yetkin doktorlar, üçüncü düzey yetişkin yoğun bakım odası mevcut tüm özel ve devlet hastaneleri pandemi hastanesi olacak biçimde belirlenmiştir.	Sağlık Bakanlığı	Covid-19 pandemisi döneminde hastanelerin belirlenen kriterler çerçevesinde hazır olmaları sağlanmıştır.

Tablo 1. Türkiye’de Pandemi Yönetimi Süreci ve Uygulamaları – Devamı

Faaliyet / Uygulama No	Faaliyet/ Uygulama Adı	Faaliyet/Uygulama İçeriği	Sorumlu/ Görevli Aktörler	Faaliyet/Uygulamanın Etkileri
14	Covid-19 Test Merkezleri	Pandemiyle mücadele kapsamında yetkilendirilen laboratuvar birimleri Covid-19 şüphesi bulunan bireylere test yapmış ve tanı koymuştur.	Sağlık Bakanlığı	Covid-19 hastası olduğu kesinleşen kişilerin tedavisi ve izole edilmesiyle pandemi yönetiminde risk seviyesi düşürülmüş, hastalığın kontrolü sağlanmıştır.
15	Hayat Eve Sığar Uygulaması (HES)	Covid-19 mücadelesi kapsamında evde izole edilen vakaların HES uygulaması ile takip edileceği belirtilmiştir.	Sağlık Bakanlığı	Bulaşımı azaltmak ve risk durumunu kontrol altına almak amacıyla HES uygulaması pandemi yönetim sürecinde etkili bir araç olmuştur.
16	Türkiye Genelinde Eğitimde Çevrim İçi Platformlara Geçilmesi	Pandemi kısıtlamaları doğrultusunda yüz yüze sürdürülen eğitimin çevrim içi olarak devam edileceği açıklanmıştır.	Milli Eğitim Bakanlığı	Covid-19 virüsü nedeniyle eğitim faaliyetlerinin çevrim içi sürdürülmesi pandemi ile mücadeleyi olumlu etkilemiştir.
17	Covid-19 Bilgilendirme Platformu	Covid-19 bilgilendirme platformunda test, vaka, hasta, vefat, iyileşen ve aşı olan kişi sayıları yayınlanmakta ve günlük olarak güncellenmektedir.	Sağlık Bakanlığı	Bu platform aracılığıyla doğru ve güncel veriler güncel olarak kamuoyuna sunulmuştur.
18	Pandemi Kurulu	Covid-19 pandemisi doğrultusunda belirlenen önlemlerin en etkili biçimde uygulanması ve bireylerin önlemlere katılımını sağlamaya yönelik bütün illerde pandemi kurulu oluşturulmuştur.	Cumhurbaşkanlığı	Tüm illerde vali başkanlığında toplanan pandemi kurulları belirlenen tedbirlere ek olarak gerekli görülen noktalarda çeşitli önlemlerin alınmasıyla pandemi yönetimi sürecini etkili biçimde koordine etmiştir.
19	Psikososyal Destek Hattı	Bu faaliyet ile bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecinde psikososyal destek hizmetlerine ulaşması sağlanmıştır.	Sağlık Bakanlığı	Psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı ve çocuk gelişimci uzmanların yer aldığı bu faaliyet ile pandeminin sebep olduğu ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylere destek olunmuştur.
20	Maske Takma Zorunluluğu	Covid-19 virüsünden korunmak amacıyla bütün vatandaşları kapsayan maske takma zorunluluğu getirilmiştir.	Koronavirüs Bilim Kurulu	Maske takma zorunluluğu ile Covid-19 hastalığının bulaşım hızı azaltılmış ve vaka sayıları düşürülmüştür.
21	Sağlık Uygulama Tebliği'nin Güncellenmesi	Covid-19 hastalığı doğrultusunda yapılan tanı ve tedaviler ek ücret istenmeyen işlemler olacak biçimde düzenlenmiştir.	Sağlık Bakanlığı	Covid-19 tanı ve tedavi işlemlerinin ücretsiz olmasıyla pandemi mücadelesinde önemli bir adım atılmış aynı zamanda bireylerin yaşayabileceği mağduriyetlerin önüne geçilmiştir.
22	Salgın Denetim Merkezleri	Tüm illerde Covid-19 pandemi yönetimi süreci bağlamında denetleme faaliyetlerinin tek merkezden yönetiminin sağlandığı bir denetim birimi kurulmuştur.	İçişleri Bakanlığı	Covid-19 pandemisiyle ilgili şikayet, istek, sorunların iletildiği ve yürütülen denetim faaliyetlerinin tek elden yürütüldüğü bir sistem oluşturulmuştur.
23	Filyasyon Çalışmaları Takip Kurulları	İl bazında oluşturulan bu kurullar hasta ve karantinada olan bireylerin denetimi ile gerekli görülen noktalarda ek tedbirlerin alınması konusunda görevlendirilmiştir.	İçişleri Bakanlığı	Covid-19 hastalarının erken belirlenmesi, karantinada olan kişilerin kurallara uyması, hasta bireylerin takibi ve denetim faaliyetleri ile pandemi yönetimi sürecine olumlu etkiler yaratılmıştır.
24	Koronavirüs İl Denetim Uygulaması Modeli	Yetkili kişiler tarafından oluşturulan görevli ekipler covid-19 pandemisine yönelik İl bazında denetim faaliyetleri sürdürülmüştür.	İçişleri Bakanlığı	Covid-19 tedbirleri kapsamında sosyal mesafe, hijyen, maske, HES kodu başta olmak üzere çeşitli denetim çalışmaları uygulanmıştır.
25	Risk Grubuna Göre Alınacak Tedbirler Genelgesi	İllere göre dört farklı risk durumu belirlenmiştir. Bu risk grupları; çok yüksek, yüksek, orta ve düşük olmak üzere sınıflandırılmıştır.	İçişleri Bakanlığı	Covid-19 pandemi yönetimi bağlamında iller düzeyinde gerçekleştirilecek önlemler ve uygulanması gereken stratejiler risk durumları esasına göre düzenlenmiştir.
26	Yerli Covid-19 Aşı Geliştirme Çalışmaları	Covid-19 hastalığının tedavi edilmesine yönelik yerli aşı geliştirilme çalışmaları farklı birimler tarafından sürdürülmektedir.	Sağlık Bakanlığı	Türkiye'nin geliştirdiği Turkovac aşısı acil kullanım onayı almış ve bireyleri aşılama sürecine geçilmiştir.
27	Aşı Uygulama Stratejisi	Pandemiyle mücadelede en etkili yol olan aşılama süreci dört aşamadan oluşan strateji doğrultusunda sürdürülmüştür.	Sağlık Bakanlığı	Aşı stratejisinin ilk aşamasında sağlık çalışanları, yaşlılar, engelli bireyler ve 65 yaş üzerindeki vatandaşlara aşı uygulanmıştır. İkinci aşamada Covid-19 açısından risk altında bulunan sektörlerde çalışanlar ile 50 ve 64 yaş aralığındaki vatandaşlar aşılanmıştır. Üçüncü aşamada kronik rahatsızlığı bulunan bireyler ve 18 yaş üzerindeki vatandaşlara aşı yapılmıştır. Son olarak dördüncü aşamada ise aşı sırası gelen fakat aşı olmayan bireyler aşılanmıştır.

Kaynak: Anadolu Ajansı, 2020; Cansever, 2021; Evrensel, 2020; İçişleri Bakanlığı, 2020a; İçişleri Bakanlığı, 2020b; İçişleri Bakanlığı, 2021; Milli Eğitim Bakanlığı, 2020; Resmi Gazete, 2019; Resmi Gazete, 2020a; Resmi Gazete, 2020b; Resmi Gazete, 2020c; Sağlık Bakanlığı, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2020a; Sağlık Bakanlığı, 2020b; Sağlık Bakanlığı, 2020c; Sağlık Bakanlığı, 2020ç; Sağlık Bakanlığı, 2020d; Sağlık Bakanlığı, 2020e; Sağlık Bakanlığı, 2020f; Sağlık Bakanlığı, 2020g; Sağlık Bakanlığı, 2020h; Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2021a; Sağlık Bakanlığı, 2021b; Sağlık Bakanlığı, 2021c; Yavuz, 2020; Yener, 2020.

III. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik bilgi ve memnuniyet düzeylerinin araştırılması amaçlanmaktadır. Yapılan bu araştırma sonucunda Isparta ve Muğla illerinde yaşayan 18 yaş üstü bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi süreci çerçevesinde bilgi ve memnuniyet düzeyleri betimlenecektir. Elde edilen bilgiler doğrultusunda alt amaçlar ise sunulan faaliyetler noktasında eksik yönlerin tespit edilmesi ve gerçekleştirilen faaliyetler konusunda vatandaşları bilgilendirmektir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma kapsamında bütün çalışma evrenine ulaşma güçlüğü sebebiyle örneklem alma yoluna gidilmiştir. Bu bağlamda araştırmada örnekleme metodu olarak basit tesadüfi örnekleme yönteminden faydalanılmıştır. Basit tesadüfi örnekleme yönteminde evreni oluşturan her elemana verilecek ağırlık aynıdır (Arıkan, 2004). Buradan hareketle Isparta ve Muğla il merkezlerinde ikamet eden 18 yaşın üzerindeki erişkinler çalışma evrenini oluşturmaktadır. %95 güven aralığı ve %5 hata payı düşünüldüğünde 384 kişilik bir örneklem grubu çalışma için yeterli kabul edilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Toplam Türkiye nüfusu, Isparta ve Muğla merkez nüfusuna indirgenerek bir hesaplama yapılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verileri doğrultusunda 2020 yılı Türkiye nüfusu 83.614.362 olarak belirlenmiştir. Çalışmada Isparta il merkezinde yaşayan bireylerin toplam sayısı (440.304) göz önünde bulundurularak bu il için toplam 405 kişiye ulaşılmıştır. Muğla il merkezinde yaşayan bireylerin toplam sayısı (1.000.773) göz önünde bulundurularak bu il için toplam 456 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın verileri 2021 yılı Nisan ve Mayıs ayları arasında toplanmıştır. Çalışma verilerini toplama süreci hem yüz yüze hem de çevrim içi olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri toplanırken pandemi sürecinde gerçekleştirilen tam kapanma, kısıtlama ve karantina uygulamaları nedeniyle çoğunlukla çevrim içi anket tercih edilmiştir. Dijital yöntem olarak Google Forms platformu seçilerek gönüllü katılımcılara çevrim içi anket uygulanmıştır. Araştırma kapsamında 861 kişiye ulaşılmış ve anketler değerlendirilmeye tabi tutulmuştur.

3.3. Araştırmaya İlişkin Etik Bilgiler

Araştırma gerçekleştirilmeden önce Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 15.04.2021 tarihli ve 50526 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak nicel araştırma yönteminden anket tekniği tercih edilmiştir. Araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu aracılığıyla veriler toplanmıştır. Anket formunun geliştirilmesi sürecinde mevcut ulusal ve uluslararası düzeyde literatürde yer alan çalışmalar incelenmiştir. Gerçekleştirilen literatür taraması kapsamında Covid-19 pandemi yönetimi süreci kapsamında bireylerin bilgi ve memnuniyet düzeyini ölçmeye yönelik herhangi bir ankete ulaşılamamıştır. Bu noktada sosyoloji, işletme ve sağlık yönetimi bölümlerinde alanında uzman kişiler ve 4 akademisyenin katılımıyla uzman görüşü toplantısı gerçekleştirilmiştir. Bu neticede araştırmacı tarafından konuya ilişkin soru formu oluşturulmuştur. Oluşturulan soru formu kotalı örnekleme yöntemiyle seçilen 50 kişilik grup ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Soru formunun geçerliliği ve güvenilirliği, Alpha değeri esas alınarak Cronbach Alpha katsayısının hesaplanmasıyla değerlendirilmiştir. Ölçeğin “oldukça güvenilir” ölçekler kategorisine girebilmesi için Cronbach Alpha katsayısının 0,60 ile 0,80 arası bir değerde olması gerekmektedir. 0,80 ve üzeri katsayılar için “yüksek düzeyde” güvenilir nitelendirilmesinde bulunulabilir (Kayış, 2010). Pilot çalışmanın Cronbach Alpha katsayısına bakıldığında 0,94 olduğu görülmüş ve bu bağlamda soru formunun güvenilir olduğu söylenebilmektedir. Pilot uygulama sonucunda anlaşılması güç ifadeler yeniden düzenlenerek anket formunun son hali meydana getirilmiştir.

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak tercih edilen anket formu üç kısımdan oluşmaktadır. Birinci bölüm, bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik bilgi düzeyi ile ilgilidir ve 21 ifadeden oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümünde bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik memnuniyet düzeyine ilişkin 23 ifade ve açık uçlu soru yer almaktadır. Katılımcılara yöneltilen açık uçlu soru Covid-19 pandemisi döneminde gözlemlenen sorunları ve geliştirilen önerileri belirlemeye yöneliktir. Açık uçlu soruya verilen cevaplar sorunlar ve öneriler şeklinde iki başlık altında betimlenmiş, içeriğine göre kategorize edilmiştir. Belirlenen kategoriler en fazla tekrar edilenden en aza doğru olacak biçimde sırayla betimlenmiştir. Bu iki bölümde 1-5 arasında derecelendirme yapılmıştır. “1: Hiç Katılmıyorum”, “2: Katılmıyorum”, “3: Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, “4: Katılıyorum”, “5: Tamamen Katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Anketin son kısmını yaş, cinsiyet ve eğitim durumu başta olmak üzere farklı demografik değişkenler oluşturmaktadır.

Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik katılımcıların bilgi ve memnuniyet düzeyine ilişkin ortaya 7 boyut çıkmıştır. Mevcut boyutlara dair geçerlilik ve güvenilirlik değerleri ile ilgili bilgiler şu şekildedir:

Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutu: Boyut, 7 ifadeden meydana gelmiştir. Bu boyutta yer alan ifadeler ile katılımcılardan belediye hizmetlerindeki sağlık algısı ve beklentisi üzerine değerlendirmeye alınmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutunun aritmetik ortalaması 2,070, standart sapma 1,244 ve güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,974 olarak tespit edilmiştir. Boyutun yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir.

İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutu: Boyut, 5 ifadeden meydana gelmiştir. Bu boyutta yer alan ifadeler ile katılımcıların belediyelerdeki sağlık hizmetleri bilgisi değerlendirilmeye alınmıştır. İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutunun aritmetik ortalaması 4,344 standart sapma 0,716 ve güvenilirlik derecesi ise 0,885 olarak tespit edilmiştir. Boyutun yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Belediyelere Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutu: Boyut, 3 ifadeden meydana gelmiştir. Bu boyuttaki ifadeler ile katılımcıların belediyelere bakışları değerlendirmeye alınmıştır. Belediyelere Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutunun aritmetik ortalaması 4,607 standart sapma 0,795 ve güvenilirlik derecesi ise 0,900 olarak tespit edilmiştir. Boyutun yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na Yönelik Memnuniyet Boyutu: Boyut, 8 ifadeden meydana gelmiştir. Bu boyutta yer alan ifadeler ile katılımcıların belediyelerdeki sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri değerlendirilmeye alınmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na Yönelik Memnuniyet Düzeyi Boyutunun aritmetik ortalaması 2,802 standart sapma 0,783 ve güvenilirlik derecesi ise 0,948 olarak tespit edilmiştir. Boyutun yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na Yönelik Memnuniyet Boyutu: Boyut, 6 ifadeden meydana gelmiştir. Bu boyutta yer alan ifadeler ile katılımcıların belediyelerdeki dolaylı sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri değerlendirilmeye alınmıştır. İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na Yönelik Memnuniyet Düzeyi Boyutunun aritmetik ortalaması 2,145 standart sapma 1,041 ve güvenilirlik derecesi ise 0,971 olarak tespit edilmiştir. Boyutun yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Belediyenin Dolaylı Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet Boyutu: Boyut, 6 ifadeden meydana gelmiştir. Bu boyutta yer alan ifadeler ile katılımcıların belediyelerdeki dolaylı sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri değerlendirilmeye alınmıştır. Belediyenin Dolaylı Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet Düzeyi Boyutunun aritmetik ortalaması 2,497 standart sapma 0,860 ve güvenilirlik derecesi ise 0,933 olarak görülmektedir. Bu boyut yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Belediyenin Doğrudan Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet Boyutu: Boyut, 3 ifadeden meydana gelmiştir. Bu boyutta yer alan ifadeler ile katılımcıların belediyelerdeki dolaylı sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri değerlendirilmeye alınmıştır. Belediyenin Doğrudan Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet Düzeyi Boyutunun aritmetik ortalaması 3,378 standart sapma 1,004 ve güvenilirlik derecesi ise 0,943 olarak görülmektedir. Boyutun yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

3.5. Analiz Yöntemi

Anket formu aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan faydalanılmıştır. Anket formunda 5’li likert tipi ölçek kullanılmış olup madde ya da boyutlardan alınan ortalama puanlar değerlendirilirken puan aralıkları şu şekilde kategorize edilmiştir (Kaplanoğlu, 2014): 1,00-1,80 “Çok Düşük”, 1,81-2,60 “Düşük”, 2,61-3,40 “Orta”, 3,41-4,20 “Yüksek”, 4,21-5,00 “Çok Yüksek” şeklindedir. Toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı bilgiler elde etmek için aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Çalışmada elde edilen veriler, normallik testiyle sınanmıştır. Yapılan normallik testi sonuçları Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) katsayılarına göre yorumlanmıştır. Herhangi bir veri setinin normal dağılım sergilediğini yorumlayabilmek için basıklık ve çarpıklık katsayılarının -1,50 ile +1,50 arasında bir değer alması gerekmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu duruma göre belediyelere yönelik bilgi düzeyi boyutu haricinde bütün boyutlarda verilerin normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle parametrik ve parametrik olmayan testler birlikte uygulanmıştır. Covid-19 pandemi yönetimi sürecine ilişkin bireylerin bilgi ve memnuniyet düzeylerine ilişkin ifadeler ve bu ifadelerin toplandığı boyutların demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında iki grubu karşılaştırmak için “T-testi”; üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında “ANOVA (varyans analizi) testi” kullanılmıştır. Varyans analizi sonucunda gruplar arasında fark bulunduğu farkın kaynağı “Tukey’s-b testi” ile tespit edilmiştir. Parametrik olmayan testlerden ikili grupların karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U testi”; üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında “Kruskal Wallis H testi” kullanılmıştır. Analizler sonucunda gruplar arasında fark bulunduğu farkın kaynağı “Ki-Kare testi” ile belirlenmiştir.

IV. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Tablo 2’de görüleceği gibi katılımcıların %51,7’i erkekler ve %48,3’ü kadınlar tarafından oluşturulmaktadır. Yaş grubuna göre katılımcıların yüzdelerine bakıldığında 18 ile 30 yaş arası bireylerin 34,4’ü, 31 ile 45 yaş arası bireylerin %36,7’yi, 46 ile 60 yaş arası bireylerin %23,2’yi ve 61 yaş üzeri bireylerin %5,7’lik bir kısmı oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların %51,8’i evli ve %48,2’si evli değil grubunda yer almaktadır. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %12,3’ünün ilkökul, %13,1’inin ortaokul, %19,4’ünün lise, %14,3’ünün ön lisans, %28,5’nin lisans ve %12,4’ünün lisansüstü olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında %14,9’unun 2.000 TL ve altı, %26,6’sının 3.001-4.000 TL arasında, %43,9’unun 4.001 TL ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcılar meslek gruplarına göre kategorize edildiğinde %6,2’yi memurlar, %10,1’i emekliler, %7,5’i esnaf, %3,3’ü emekliler, %5’i ev hanımları, %9,8’i öğrenciler ve %61,4’ü ise diğer mesleklerden (diyetisyen, avukat, mühendis, fizyoterapist, veteriner, satış danışmanı, optisyen, kaptan, serbest meslek, işletmeci vd.) olduğu ortaya çıkmıştır. Son olarak katılımcıların yaşadıkları illere göre dağılımı ise; %47’si Isparta ve %54’ü Muğla olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
18-30	296	34,4
31-45	316	36,7
46-60	200	23,2
61+	49	5,7
Cinsiyet		
Erkek	445	51,7
Kadın	416	48,3
Medeni Durum		
Evli	446	51,8
Evli Değil	415	48,2
Eğitim Durumu		
İlkokul	106	12,3
Ortaokul	113	13,1
Lise	167	19,4
Ön Lisans	123	14,3
Lisans	245	28,5
Lisansüstü	107	12,4
Gelir Miktarı (TL)		
=<2000 TL	128	14,9
2.001-3.000 TL	229	26,6
3.001-4.000 TL	126	14,6
4.001+ TL	378	43,9
Meslek		
Memur	53	6,2
Emekli	87	10,1
Esnaf	65	7,5
Ev Hanımı	43	5
Öğrenci	84	9,8
Diğer	529	61,4
İl		
Isparta	405	47
Muğla	456	53

Covid-19 pandemi yönetimi sürecine ilişkin bireylerin bilgi ve memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmış olan ankette yer alan ifadelerin faktör analizi uygulanmıştır. Yapılan analizde Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Faktör yükü 0,30'dan düşük ifadeler, 0,10'dan daha az farkla birden fazla faktöre dahil olan ve binişik ifadeler boyutlardan çıkarılmıştır.

Tablo 3. Bireylerin Covid-19 Pandemi Yönetimi Sürecine Yönelik Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesine İlişkin Faktör Analizi

No	Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans (%)
1.Faktör: Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na Yönelik Bilgi Düzeyi			
5	Koronavirüs Bilim Kurulu'nun görev ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibiyim,	0,876	22,951
6	Koronavirüs Bilim Kurulu'nun hangi amaçla kurulduğunu biliyorum,	0,872	
1	Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19 ile mücadele noktasındaki yükümlülüklerini biliyorum,	0,819	
7	Koronavirüs Bilim Kurulu'nun almış olduğu kararlar hakkında bilgi sahibiyim,	0,759	
2	Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19 mücadele sürecinde toplumu korumaya yönelik önlemler aldığını biliyorum,	0,658	
2.Faktör: İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na Yönelik Bilgi Düzeyi			
13	Toplum Bilimleri Kurulu'nun hangi amaçla kurulduğunu biliyorum,	0,941	40,593
11	Toplum Bilimleri Kurulu'nun görev ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibiyim,	0,941	
12	Toplum Bilimleri Kurulu'nun yürüttüğü faaliyetleri biliyorum	0,941	
10	Toplum Bilimleri Kurulu'nun çalışma alanlarını biliyorum,	0,937	
16	İl Hıfzıssıhha Kurulu'nun Covid-19 virüsüne yönelik vatandaşları bilgilendirici faaliyetlerde bulunduğunu biliyorum,	0,902	
15	İl Hıfzıssıhha Kurulu'nun almış olduğu kararlar hakkında bilgi sahibiyim,	0,899	
14	İl Hıfzıssıhha Kurulu'nun görev ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibiyim,	0,898	
3.Faktör: Belediyelere Yönelik Bilgi Düzeyi			
20	Belediyelerin Covid-19 virüsüne yönelik vatandaşları bilgilendirici faaliyetlerde bulunduğunu biliyorum,	0,901	17,399
19	Belediyelerin Covid-19 tedbiri kapsamında maske, dezenfektan ve kolonya dağıtımını yaptığını biliyorum,	0,889	
18	Belediyelerin Covid-19 tedbiri kapsamında temizlik ve dezenfeksiyon hizmetleri verdiğini biliyorum,	0,844	

Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını tespit etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin testi (KMO) ve Bartlett testi yapılmıştır. KMO değeri örneklem büyüklüğünün faktör elde etmek için uygun olup olmadığını ortaya koyarken, Bartlett testi değişkenler arasında ilişkinin olup olmadığını ortaya koymaktadır. KMO değerinin 0,50 ve üstünde çıkması örneklemin faktör elde edebilmek için yeterli olduğunu göstermektedir. Bartlett testinin p değerinin de 0,05'ten küçük olması değişkenlerin birbiri ile ilişkili olup olmadığını ortaya koymaktadır (Padem vd., 2012). Tablo 3'te görüldüğü üzere, bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik bilgi düzeyinin değerlendirilmesi anketinde yer alan 3 boyutun faktör yükleri ve varyans yüzdelerine yer verilmiştir. KMO testi sonucunda KMO değerinin 0,879 olduğu belirlenmiştir. Buradan hareketle değer örneklem büyüklüğünün analiz için uygun olduğu görülmektedir. Bartlett testi sonucuna ($p < 0,000$) bakıldığında ise değişkenlerin birbiri ile ilişkili olduğu ve bu değişkenlerin analiz için uygun olduğu ortaya çıkmıştır. Bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik bilgi düzeyinin değerlendirilmesi anketinde yapılan faktör analizi sonucunda 3 faktör belirlenmiştir. Belirlenen faktörler sonucunda açıklanan varyans değeri %80,943'tür.

Tablo 4. Bireylerin Covid-19 Pandemi Yönetimi Sürecine Yönelik Memnuniyet Düzeyine İlişkin Faktör Analizi

No	Faktörler	Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans (%)
1.Faktör: Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na Yönelik Memnuniyet Düzeyi			
5	Sağlık Bakanlığı'nın pandemiye yönelik paylaşmış olduğu istatistiki verilere güveniyorum,	0,876	25,631
6	Koronavirüs Bilim Kurulu'nun almış olduğu kararlardan memnunum,	0,872	
1	Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19 pandemisi sürecinde yürütmüş olduğu faaliyetlerden memnunum,	0,819	
7	Koronavirüs Bilim Kurulu'nun yayınlamış olduğu çalışmalardan memnunum,	0,759	
2	Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19 pandemi sürecine yönelik kamuoyu ile iletişim faaliyetlerinden memnunum,	0,658	
2.Faktör: İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na Yönelik Memnuniyet Düzeyi			
12	İl Hıfzıssıhha Kurulu'nun yürütmüş olduğu tedbirlerden memnunum,	0,932	23,773
13	İl Hıfzıssıhha Kurulu'nun Covid-19 pandemisi konusunda uyguladığı faaliyetlerden memnunum,	0,932	
11	İl Hıfzıssıhha Kurulu'nun almış olduğu kararlardan memnunum,	0,931	
14	İl Hıfzıssıhha Kurulu'nun alınan tedbir ve kısıtlamalara ilişkin denetim çalışmaları yürütmesinden memnunum,	0,912	
9	Toplum Bilimleri Kurulu'nun pandemi mücadele sürecine sağladığı katkıdan memnunum,	0,808	
10	Toplum Bilimleri Kurulu'nun pandemi ile mücadele noktasında olumlu bir rol üstlendiğini düşünüyorum,	0,797	
3.Faktör: Belediyenin Dolaylı Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet Düzeyi			
21	Belediyelerin tarafından pandemi ile mücadelede sunulan sosyaletkinlik (kültür, sanat, spor) hizmetlerinden memnunum,	0,878	19,424
20	Belediye tarafından pandemi ile mücadelede sunulan psikolojik destek hizmetlerinden memnunum,	0,871	
19	Pandemi sürecinde belediye tarafından yürütülen sosyal yardım (geçinmekte güçlük çeken ailelere, engellilere, yaşlılara yönelik vb.)	0,853	
18	Belediyenin Covid-19 mücadelesine ayırdığı mali kaynaktan memnunum,	0,770	
22	Belediyelerin Covid-19 pandemisine yönelik sunmuş olduğu hizmetler beklentilerimi karşılamaktadır,	0,728	
23	Belediyelerin Covid-19 pandemisine yönelik sürdürdüğü faaliyetlerin etkili olduğunu düşünüyorum,	0,727	
4.Faktör: Belediyenin Doğrudan Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet Düzeyi			
17	Belediyelerin Covid-19 virüsüne yönelik vatandaşları bilgilendirici faaliyetlerinden memnunum,	0,879	13,052
16	Belediyelerin sunduğu maske, dezenfektan ve kolonya dağıtım hizmetlerinden memnunum,	0,878	
15	Belediyenin sunduğu temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerinden memnunum,	0,873	

Tablo 4'te görüldüğü üzere, bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesi anketinde yer alan 4 boyutun faktör yükleri ve varyans yüzdelere yer verilmiştir. KMO testi sonucunda KMO değerinin 0,915 olduğu belirlenmiştir. Buradan hareketle değer örneklem büyüklüğünün analiz için uygun olduğu görülmektedir. Barlett testi sonucuna ($p < 0,001$) bakıldığında ise değişkenlerin birbiri ile ilişkili olduğu ve bu değişkenlerin analiz için uygun olduğu ortaya çıkmıştır. Bireylerin Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik bilgi

düzeyinin değerlendirilmesi anketinde yapılan faktör analizi sonucunda 4 faktör belirlenmiştir. Belirlenen faktörler sonucunda açıklanan varyans değeri %81,881'dir.

Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik katılımcıların bilgi ve memnuniyet düzeyine ilişkin ortaya çıkan tüm boyutların psikometrik özelliklerine ait bulgular Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Boyutların Psikometrik Özellikleri

Ölçek	Boyutlar	İfade Sayısı	Max-Min	Cronbach Alpha	\bar{x}	SS	Normallik Testi	
							Basıklık	Çarpıklık
Bilgi Düzeyi Boyutları	Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutu	7	1-5	0,974	2,124	1,143	-0,167	1,012
	İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutu	5	1-5	0,885	4,344	0,716	0,534	-0,954
	Belediyelere Yönelik Bilgi Düzeyi Boyutu	3	1-5	0,900	4,607	0,795	4,589	2,216
Memnuniyet Boyutları	Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na Yönelik Memnuniyet Boyutu	8	1-5	0,948	2,802	0,783	0,250	0,370
	İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na Yönelik Memnuniyet Boyutu	6	1-5	0,971	2,145	1,041	0,099	0,816
	Belediyenin Dolaylı Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet Boyutu	6	1-5	0,933	2,497	0,860	0,914	0,774
	Belediyenin Doğrudan Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet Boyutu	3	1-5	0,943	3,378	1,004	-0,545	-0,229

Araştırma neticesinde ortaya çıkan veri setinin normal dağılım sergileyip sergileyemediği konusunda yorum yapabilmek amacıyla basıklık ve çarpıklık katsayılarının -1 ile +1 arasında bir değer alması gerekmektedir (Morgan vd., 2011). Aşağıda yer alan Tablo 5'te görüldüğü üzere belediyelere yönelik bilgi düzeyi boyutu normal dağılım göstermemektedir. Bu boyut haricindeki tüm boyutların basıklık ve çarpıklık katsayılarının -1 ile +1 arasında değerler aldığı görülmektedir. Buradan hareketle verilerin analizinde parametrik ve parametrik olmayan testler birlikte kullanılmıştır.

Tablo 6'da Pearson korelasyonu ile ilgili sonuçlar yer almaktadır. Bu analizde alt boyutların hem kendi alt boyutları hem de diğer alt boyutlar ile korelasyonu incelenmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Bilgi Düzeyi ve Memnuniyetleri Arasındaki İlişki

BOYUTLAR		1	2	3	4	5	6	7
Bilgi Düzeyi	1. Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na Yönelik Bilgi Düzeyi	1,000						
	2. İl Hıfzıssıhha Kurulu'na Yönelik Bilgi Düzeyi	r=0,230** p=0,000	1,000					
	3. Belediyelere Yönelik Bilgi Düzeyi	r=0,152** p=0,000	r=0,423** p=0,000	1,000	r=0,076** p=0,026	r=0,112** p=0,001		
Memnuniyet Düzeyi	4. Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na Yönelik Memnuniyet	r=0,266** p=0,000	r=0,051 p=0,135	r=0,076** p=0,026	1,000	r=0,544** p=0,000	r=0,439** p=0,000	
	5. İl Hıfzıssıhha Kurulu'na Yönelik Memnuniyet	r=0,667** p=0,000	r=0,228** p=0,000	r=0,112** p=0,001	r=0,544** p=0,000	1,000	r=0,390** p=0,000	r=0,043 p=0,203
	6. Belediyenin Dolaylı Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet	r=0,189** p=0,000	r=0,144** p=0,000	r=0,118** p=0,001	r=0,439** p=0,000	r=0,390 p=0,000	1,000	r=0,473** p=0,000
	7. Belediyenin Doğrudan Hizmetlerine Yönelik Memnuniyet	r=0,079** p=0,020	r=0,024 p=0,482	r=0,321** p=0,000	r=0,399** p=0,000	r=0,043** p=0,203	r=0,473** p=0,000	1,000

“Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi” boyutundan alınan puan ile “Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik memnuniyet” arasındaki korelasyon analizine bakıldığında bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,266$, $p=0,000$). Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi arttıkça Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir. “Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi” boyutundan alınan puan ile “İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na yönelik memnuniyet” arasındaki korelasyon analizine bakıldığında bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,667$, $p=0,000$). Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi arttıkça İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir. “Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi” boyutundan alınan puan ile “Belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet” arasındaki korelasyon analizine bakıldığında bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,189$, $p=0,000$). Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi arttıkça belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir. “Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi” boyutundan alınan puan ile “Belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet” arasındaki korelasyon analizine bakıldığında ise bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,079$, $p=0,020$). Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi arttıkça belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir.

“İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi” boyutundan alınan puan ile “İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na yönelik memnuniyet” arasındaki korelasyon analizine bakıldığında bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,228$, $p=0,000$). İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi arttıkça İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na yönelik memnuniyetin arttığı sonucuna ulaşılabilir. “İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi” boyutundan alınan puan ile “belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet” arasındaki korelasyon analizine bakıldığında ise bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,144$, $p=0,000$). İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu’na yönelik bilgi düzeyi arttıkça belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir.

“Belediyelere yönelik bilgi düzeyi” boyutundan alınan puan ile “Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu’na yönelik memnuniyet” arasındaki korelasyon analizine bakıldığında bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,076$, $p=0,026$). Belediyelere yönelik bilgi

düzeyi arttıkça Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir. "Belediyelere yönelik bilgi düzeyi" boyutundan alınan puanlar ile "İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet" arasındaki korelasyon analizine bakıldığında bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r= 0,112$, $p= 0,001$). Belediyelere yönelik bilgi düzeyi arttıkça İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir. "Belediyelere yönelik bilgi düzeyi" boyutundan alınan puanlar ile "Belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet" arasındaki korelasyon analizine bakıldığında bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r= 0,118$, $p= 0,001$). Belediyelere yönelik bilgi düzeyi arttıkça belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir. "Belediyelere yönelik bilgi düzeyi" boyutundan alınan puanlar ile "Belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet" arasındaki korelasyon analizine bakıldığında ise bu iki boyut arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r= 0,321$, $p= 0,000$). Belediyelere yönelik bilgi düzeyi arttıkça belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir.

Boyutların kendi aralarındaki ilişkiye bakıldığında ise bütün boyutlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir ($p= 0,001$). Örneğin Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutunun puanları arttıkça İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi ile Belediyelere yönelik bilgi düzeyinin arttığı yorumu yapılabilir. Memnuniyet düzeyi boyutlarında ise Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet arttıkça İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet, belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet ile belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyetin arttığı ifade edilebilir.

V. TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde yapılan analizler neticesinde elde edilen bulgular tartışılacaktır. Yapılan araştırmalar doğrultusunda Covid-19 pandemisine yönelik bireylerin bilgi ve memnuniyet düzeylerinin incelendiği benzer çalışmaların olmadığı görülmüştür. Bu sebeple karşılaştırma yapılırken Covid-19 pandemi süreci kapsamında bireylerin bilgi ve memnuniyet düzeyleri ile ilgili analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutunda yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. 18-30 yaş arası katılımcıların Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na dair bilgi seviyesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun Covid-19 pandemisi sürecinde düzenli şekilde yürütülen toplumu bilgilendirme çalışmalarına genç bireylerin daha hâkim olmalarından kaynaklı ortaya çıktığı yorumu yapılabilir.

Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutunda eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi ilkökul olan katılımcılar Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na dair bilgi seviyesi en düşük olurken eğitim seviyesi lisansüstü olan bireylerin en yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyinin de yükseldiği görülmüştür. Bu durumun lisansüstü eğitim seviyesinde olan katılımcıların Covid-19 pandemi yönetiminde düzenli şekilde yürütülen faaliyetlere daha fazla ilgi göstermeleri, incelemeleri ve araştırmalarından kaynaklı ortaya çıktığı yorumu yapılabilir.

İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutunda meslek durumuna göre anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mesleği memur olan katılımcıların İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda memur olan katılımcıların daha yüksek bilgi düzeyine sahip olması İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'nun Covid-19 pandemisi sürecinde gerçekleştirmiş olduğu faaliyetler hakkında farkındalık seviyelerinin yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Belediyelere yönelik bilgi düzeyi boyutunda il değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Muğla ilinde bulunan katılımcıların belediyelere yönelik bilgi düzeyinin daha yüksek

olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu bağlamda Muğla ilinde yaşayan katılımcıların Isparta ilinde bulunan katılımcılara göre daha fazla bilgi düzeyine sahip olmasının nedeni Muğla belediyesinin Covid-19 pandemi yönetim süreci doğrultusunda sunmuş olduğu faaliyetleri daha etkin yürütmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Belediyelere yönelik bilgi düzeyi boyutunda meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğrenci olan katılımcıların belediyelere yönelik bilgi düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle öğrenci katılımcıların belediyelere yönelik düşük bilgi düzeyine sahip olmasının nedeni belediyelerin gerçekleştirdiği Covid-19 müdahale faaliyetlerinden daha az haberdar olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca bu durum gelecek çalışmalarda araştırılabilir.

Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunda meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ev hanımı katılımcıların Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunda ev hanımı katılımcıların daha yüksek memnuniyete sahip olmasının nedeni pandemi döneminde paylaşılan verileri daha yakından takip etmeleri ve sürdürülen faaliyetleri yeterli kaynaklanıyor olabilir.

İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunda eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerin İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyetinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ek olarak eğitim düzeyi yükseldikçe İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet seviyesinin yükseldiği belirlenmiştir. Bu bağlamda lisansüstü eğitim düzeyinde olan bireylerin daha çok memnun olmasının sebebi Covid-19 pandemi yönetiminde rol oynayan İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu hakkında araştırma olanağı bulmalarından kaynaklanabilir.

İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunda meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Esnaf katılımcıların İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyetinin diğer meslek gruplarına göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunda esnaf katılımcıların daha düşük memnuniyete sahip olmasının nedeni Covid-19 pandemi yönetimi döneminde verilen kararlardan ve gerçekleştirilen çalışmalardan olumsuz etkilenmelerinden kaynaklı ortaya çıktığı yorumu yapılabilir.

Belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutunda yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet düzeyinde 18-30 yaş grubu katılımcılar en düşük memnuniyet oranına sahipken 61 yaş ve üstündeki bireylerin yüksek derecede memnun olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu durumun nedeni belediyenin Covid-19 pandemisi kapsamında sunmuş olduğu hizmetler yaşlı bireylerin beklentilerini karşılarken 18-30 yaş gurubunda yer alan katılımcıların beklentilerinin gerçekleşmemesinden kaynaklı olabilir.

Belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutunda gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. 2000 TL altı gelir seviyesine sahip bireylerin Belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda Belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutunda 2000 TL altı gelir düzeyi bulunan bireylerin daha yüksek memnuniyete sahip olmasının nedeni pandemi döneminde dar gelirli vatandaşlara yapılan ekonomik ve sosyal yardım faaliyetlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutunda medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Evli katılımcıların belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet düzeyinin evli olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet

boyutunda evli katılımcıların daha memnun olmasının nedeni belediyenin sunmuş olduğu hizmetlerden daha çok yararlanmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutunda cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Kadın katılımcıların belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet düzeyinin erkek katılımcılara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun nedeni kadın katılımcıların belediyenin Covid-19 ile ilgili vermiş olduğu hizmet mekanizmalarından daha fazla faydalanmalarından kaynaklanıyor olabilir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamında Covid-19 pandemi yönetimi sürecine ilişkin bireylerin bilgi ve memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Bu doğrultuda Isparta ve Muğla il merkezinde yaşayan toplam 861 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma kapsamında katılımcılara demografik sorular dışında, 52 ifadeden ve açık uçlu sorudan meydana gelen araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu yöneltilmiştir. Gerçekleştirilen analizler ışığında araştırmanın sonuçları ifade edilmiş ve bu sonuçlardan hareketle birtakım öneriler geliştirilmiştir.

Çalışmada ilk olarak katılımcıların Covid-19 pandemi süreci kapsamında Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutu incelenmiştir. Daha sonra İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi, belediyelere yönelik bilgi düzeyi, Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet, İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet, belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet ve belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutları bireyler tarafından değerlendirmeye alınmıştır. İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutu ile belediyelere yönelik bilgi düzeyi boyutu incelendiğinde katılımcıların yüksek seviyede bilgi düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi, Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet, İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet ile belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutları değerlendirildiğinde katılımcıların bilgi ve memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet ve belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutlarındaki değerlendirmeler dikkate alındığında ise orta seviyede memnuniyetin olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutunda yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir, meslek ve il değişkenlerine göre farklılık tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutunun yalnızca cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutunda yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir, meslek ve il değişkenlerine göre farklılık tespit edilmiştir. İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi boyutunun sadece cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Belediyelere yönelik bilgi düzeyi boyutunda yaş, medeni durum, gelir, meslek ve il göre farklılık tespit edilmiştir. Belediyelere yönelik bilgi düzeyi boyutunun cinsiyet ve eğitim durumu değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunda yaş, gelir ve meslek göre farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunun cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve il değişkenlerine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunda yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir, meslek ve ile göre farklılık tespit edilmiştir. İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunun sadece cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Belediyenin dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutunda yaş, gelir ve mesleğe göre farklılık tespit edilmiştir. İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet boyutunun cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve il değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve mesleğe göre farklılık gösterdiği sonucu çıkarılmıştır. Belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet boyutunun gelir ve il değişkenlerine göre farklılık göstermediği elde edilmiştir.

Yapılan korelasyon analizi incelendiğinde, bilgi düzeyi boyutları ile memnuniyet boyutları arasında pozitif yönde anlamlı (İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi ile Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet ve belediyenin doğrudan hizmetlerine yönelik memnuniyet hariç) bir ilişki mevcuttur. Belediyelere yönelik bilgi düzeyi yükseldikçe belediyenin doğrudan ve dolaylı hizmetlerine yönelik memnuniyetin yükseldiği, Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik bilgi düzeyi yükseldikçe Sağlık Bakanlığı ve Koronavirüs Bilim Kurulu'na yönelik memnuniyet ile İl Hıfzıssıhha ve Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyetin yükseldiği ortaya çıkmıştır.

Çalışmada yer alan açık uçlu soru ile katılımcıların Covid-19 pandemisi sürecinde gözlemlediği sorunlar ve öneriler belirlenmiştir. Alınan yanıtlar sorun ve öneri nitelikleri altında yer alacak biçimde kategorize edilmiş, en çok tekrarlanandan en az tekrarlanana doğru sıralanmıştır. Araştırmanın sonuçlarından ve katılımcıların açık uçlu soruya verdikleri yanıtlar dikkate alınarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Araştırma kapsamında Koronavirüs Bilim Kurulu'nun Covid-19 konusunda yayınlamış olduğu çalışmalar hakkında bireylerin bilgi düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Buradan hareketle Sağlık Bakanlığı tarafından Koronavirüs Bilim Kurulu'nun Covid-19 konusunda yayınlamış olduğu çalışmaların topluma tanıtılmasına yönelik faaliyetler sağlanabilir.
2. Çalışma verilerinden hareketle Koronavirüs Bilim Kurulu'nun önerileriyle uygulanan kararların denetlenmesi hakkında bireylerin yeterli ve doğru bilgi seviyesine sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bu noktada uygulanan kararların denetlenebilir olduğu konusunda toplumun bilgi ve farkındalık düzeyini yükseltmeye yönelik çalışmalar faydalı olabilir.
3. Çalışma sonucunda ortaya konulduğu üzere belediyelerin Covid-19 mücadelesine ayırdığı mali kaynaktan memnuniyetin düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda belediyeler tarafından Covid-19 pandemisiyle mücadelede gerçekleştirilen faaliyetlere daha fazla kaynak aktarılması sağlanabilir.
4. Araştırma sonucu doğrultusunda bireylerin Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik bilgi seviyesinin düşük olduğu görülmüştür. Bu kapsamda Toplum Bilimleri Kurulu'nun amacı, görevleri, sorumlulukları, çalışma alanları ve faaliyetleri konusunda bireylerin bilgi düzeyini yükseltecek çalışmalar geliştirilebilir.
5. Çalışmanın verilerinden hareketle bireylerin Toplum Bilimleri Kurulu'na yönelik memnuniyet düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Toplum Bilimleri Kurulu'nun amacı, görevleri, sorumlulukları, çalışma alanları ve faaliyetleri konusunda bireylerin memnun olmadığı noktalar tespit edilerek memnuniyeti arttıracak uygulamalar yapılabilir.

6. Çalışma verileri doğrultusunda belediyeler tarafından pandemi yönetimi sürecinde sunulan psikolojik destek hizmetlerinden memnuniyetin düşük olduğu tespit edilmiştir. Covid-19 pandemisi sürecinde kaygı ve olumsuz duyguların artması sebebiyle belediyeler tarafından ücretsiz psikolojik destek hizmetlerinin yaygınlaştırılması sağlanabilir.
7. Araştırma verileri doğrultusunda belediye tarafından pandemi yönetimi sürecinde sağlanan sosyal etkinlik hizmetlerinden bireylerin memnun kalmadığı tespit edilmiştir. Bu kapsamda belediyeler tarafından kültür, sanat ve spor alanlarında sunulan sosyal etkinlik hizmetleri Covid-19 önlemleri çerçevesinde düzenlenerek yaygınlaştırılabilir.
8. Araştırma sonucundan hareketle Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19 pandemi yönetimi sürecine yönelik kamuoyu ile iletişim faaliyetlerinden memnuniyetin orta seviyede olduğu çıkarımına ulaşılmıştır. Türkiye'de Covid-19 pandemi yönetimi sürecinde en önemli aktör Sağlık Bakanlığı olmuştur. Bu bağlamda toplumun uygun bilgi kaynaklarına doğru şekilde yönlendirilmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı tarafından üstlenilerek, toplumun güvenilir ve şeffaf bilgi kaynağına erişmesi sağlanabilir.
9. Çalışma sonucu kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19 pandemi yönetimi sürecini koordine etme biçimi ve yürütülen faaliyetlerden memnuniyetin orta seviyede olduğu ortaya konulmuştur. Covid-19 pandemi yönetimi sürecinde sürdürülen faaliyetlerde toplumun tam katılım sağlaması önem taşımaktadır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından memnuniyetin yükseltilmesi için toplumun gönüllülük esasıyla katılım sağlayacağı ve destek göstereceği bir pandemi yönetim süreci yönetilmesi sağlanabilir.
10. Araştırma sonucundan hareketle bireylerin İl Hıfzıssıhha Kurulu'na yönelik bilgi ve memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Covid-19 pandemi yönetiminde İl Hıfzıssıhha Kurulu'nun amacı, görevleri, kararları ve bilgilendirici faaliyetleri hakkında bireyler daha çok bilgilendirilmeli ve memnuniyeti azaltan noktalar belirlenerek memnuniyet düzeyinin artırılmasına dair uygulamalar yürütülmesi sağlanabilir.
11. Araştırmanın verileri Isparta ve Muğla il merkezlerinde yaşayan katılımcılardan toplandığı için genelleme yapılamamaktadır. Bu sebeple araştırmanın Türkiye genelinde uygulanması daha kapsamlı sonuçlar elde edilmesine neden olacaktır. Böylece, Türkiye genelinde bireylerin bilgi ve memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik bir araştırma yapılarak genel bir şekil ortaya koyulabilir.
12. Covid-19 pandemi yönetimi doğrultusunda bireylerin bilgi ve memnuniyet düzeyini ölçmeye yönelik bir ölçeğin mevcut olmaması nedeniyle araştırmacılar ölçek geliştirmeye yönelik çalışmalar yapabilir.

Etik Kurul Onayı: Bu araştırma için Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulu'nun 15.04.2021 tarih ve 50526 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

Anadolu Ajansı. (2020, 24 Ocak). *Çin'den gelen yolcular İstanbul Havalimanı'nda termal kameralarla kontrol edildi.* <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/cinden-gelen-yolcular-istanbul-havalimaninda-termal-kameralarla-kontrol-edildi/1711905>.

Arıkan, R. (2004). *Araştırma teknikleri ve rapor hazırlama*. Asil Yayın.

Cansever, İ. H. (2021). Covid-19 sürecinde Türkiye'de sağlık politikaları. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(Özel Sayı), 86-104.

- Evrensel. (2020, 12 Mart). *Koronavirüs Türkiye'de son gelişmeler ve açıklamalar*.
<https://www.evrensel.net/haber/399239/koronavirus-turkiyede-son-gelismeler-ve-aciklamalar-12-mart>.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.
- İçişleri Bakanlığı. (2020a, 16 Mart). *81 il valiliğine koronavirüs tedbirleri konulu ek bir genelge daha gönderildi*.
<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-koronavirus-tedbirleri-konulu-ek-genelge-gonderildi>.
- İçişleri Bakanlığı. (2020b, 8 Eylül). *81 il valiliği'ne koronavirüs tedbirleri konulu ek genelge gönderildi*.
<https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-koronavirus-tedbirleri-konulu-ek-genelge-gonderildi-08-09-20>.
- İçişleri Bakanlığı. (2021, 2 Mart). *Koronavirüs ile mücadelede kontrollü normalleşme süreci*.
<https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ile-mucadelede-kontrollu-normallesme-sureci>.
- Kayış, A. (2010). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri güvenilirlik analizi*. Asil Yayın.
- Milli Eğitim Bakanlığı. (2020, 12 Mart). *Koronavirüs'e karşı eğitim alanında alınan tedbirler*.
<https://www.meb.gov.tr/bakan-selcuk-koronaviruse-karsi-egitim-alaninda-alinan-tedbirleri-acikladi/haber/20497/tr#:~:text=%22Milli%20E%C4%9Fitim%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%2C%20yeni%20tip,e%C5%9F%20zamanl%C4%B1%20hijyen%20%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmalar%C4%B1%20yap%C4%B1ld%C4%B1>.
- Morgan, G. A., Leech, N. L., Gloeckner, G. W., & Barrett, K. C. (2011). *IBM spss for introductory statistics use and interpretation*. Taylor and Francis Group.
- Padem, H., Göksu, A., & Konaklı, Z. (2012). *Araştırma yöntemleri spss uygulamalı*. International Burch University Publications.
- Resmi Gazete. (2019). *Küresel grip salgını (pandemi) genelge 2019/5*. Tarih: 13.04.2019; Sayı: 30744.
- Resmi Gazete. (2020a). *Hastane afet ve acil durum planları (hap) uygulama yönetmeliği*. Tarih: 18.03.2020; Sayı: 31072.
- Resmi Gazete. (2020b). *Cumhurbaşkanı ek kararı*. Tarih:14.04.2020; Sayı: 31099.
- Resmi Gazete. (2020c). *Sosyal güvenlik kurumu sağlık uygulama tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ*. Tarih: 09.04.2020; Sayı: 31094.
- Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi. (2020). *Sabim alo 184 işleyiş*.
<https://sabim.gov.tr/Kurumsal#tarihce>.
- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele rehberi*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Pandemik influenza ulusal hazırlık planı*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2020a, 7 Aralık). *Covid-19 (sars-cov-2 enfeksiyonu) rehberi genel bilgiler*.
<https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyojivetanipdf.pdf>.

Sağlık Bakanlığı. (2020b, 6 Ocak). *Basın açıklamaları*. <https://www.saglik.gov.tr>.

Sağlık Bakanlığı. (2020c, 14 Ocak). *Covid-19 bilgilendirme platformu*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid-19-rehberi.html>.

Sağlık Bakanlığı. (2020ç, 27 Şubat). *Koronavirüs hastalığı için kişisel koruyucu ekipmanların doğru kullanımı geçici rehber*. <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/Eklenti/36950/0/koronavirus-hastaligi-icin-kisisel-koruyucu-ekipmanlarin-dogru-kullanimi-2019-covid-19pdf.pdf>.

Sağlık Bakanlığı. (2020d, 20 Mart). *Hasta hakları ve tıbbi sosyal hizmetler*. <https://hasta.saglik.gov.tr/Eklenti/36907/0/pandemi-hastaneleripdf.pdf>.

Sağlık Bakanlığı. (2020e, 4 Haziran). *81 il psikososyal destek hat bilgileri*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66158/81-il-psikososyal-destek-hat-bilgileri.html>.

Sağlık Bakanlığı. (2020f). *Hayat eve sığar (güvenli alan, hes kodu, ihbar) rehberi*.

Sağlık Bakanlığı. (2020g, 13 Ekim). *Sağlık bakanı yerli aşı ortak çalışma grubu toplantısına başkanlık etti*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,75070/saglik-bakani-koca-yerli-asi-ortak-calisma-grubu-toplantisina-baskanlik-etti.html>.

Sağlık Bakanlığı. (2020h, 2 Temmuz). *Koronavirüs riskine karşı 14 kural kamu spotu*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66177/koronavirus-riskine-karsi-14-kural-kamu-spotu.html>.

Sağlık Bakanlığı. (2021a). *Covid-19 bilgilendirme platformu*. <https://covid19.saglik.gov.tr/>.

Sağlık Bakanlığı. (2021b, 13 Ocak). *İlk koronavirüs aşısı sağlık bakanı Fahrettin Koca'ya yapıldı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,78148/ilk-koronavirus-asisi-saglik-bakani-fahrettin-kocaya-yapildi.html>.

Sağlık Bakanlığı. (2021c). *Covid-19 aşısı bilgilendirme platformu*. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77706/covid-19-asisi-ulusal-uygulama-stratejisi.html>.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson Education Publishing.

World Health Organization. (2010, 13 Nisan). https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/.

Yavuz, C. I. (2020, 17 Eylül). *Türk tabipleri birliği covid-19 pandemisi altıncı ay değerlendirme raporu: merkezi örgütsel yapı ve salgınlarla mücadele*. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6.pdf.

Yener, D. (2020, 24 Mart). *Türkiye'nin koronavirüsle mücadele politikasına bilim kurulu yön veriyor*. <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turkiyenin-koronavirusle-mucadele-politikasina-bilim-kurulu-yon-veriyor/1777215>.

Yükseköğretim Kurulu. (2020). *Küresel salgın bağlamında yükseköğretim kurumlarında sağlıklı ve temiz ortamların geliştirilmesi klavuzu*.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HASTA HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI ÇALIŞANLARIN KARIYER PLANLAMASI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ *

Eyüp KALAFAT **
Yıldırım Beyazıt GÜLHAN ***

ÖZ

İnsan kaynağının en önemli üretim faktörlerinden biri olduğu yönetim bilimi tarafından kabul edilmesi sonucu insan kaynağına verilen önem giderek daha da artmıştır. Kariyer planlama ile insan kaynağının daha etkin ve verimli kullanılabileceğinin anlaşılması üzerine kariyer planlamanın önemi günümüzde daha önemli hale gelmiştir. Bu çalışma, hastane içerisinde hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı olarak görev ve sorumluluklarını yerine getiren kişilerin kariyer planlama konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya 4 özel hastane ve 2 vakıf üniversitesi hastanesinde hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı olarak çalışmakta olan 176 kişi dâhil edilmiştir. Kesitsel bir araştırma tipi olarak tasarlanmış olan bu çalışmada, araştırma verileri Demografik Bilgi Formu ve Kariyer Planlama Ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşan anket formu kullanılarak yüz yüze anket aracılığıyla toplanmıştır. Araştırma bulguları doğrultusunda, hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanların %77,8'ini kadın çalışanların oluşturduğu ve kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha yüksek kişisel özellikler puanına sahip oldukları görülmüştür. Hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanların %46'sını lisans ve üzeri mezunu ve %39,8'inin sağlık yönetimi bölümü mezunu oldukları görülmüştür. Lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki çalışanların diğer eğitim düzeyindeki çalışanlara göre ve sağlık yönetimi bölümünden mezun olan çalışanların diğer bölümlerden mezun olan çalışanlara göre daha yüksek kariyer planlama alt boyutları puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanların %42'si çalıştıkları kurum içerisinde kariyer planlama çalışmalarının kısmen yapıldığı görüşündedirler. Çalıştıkları kurum içerisinde kariyer planlama çalışmalarının yapıldığını düşünen çalışanların diğer çalışanlara göre daha yüksek kariyer planlama alt boyutları puanlarına sahip oldukları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kariyer, kariyer planlama, hasta hizmetleri.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma Eyüp KALAFAT'ın "Hasta Hizmetleri Müdürlüğüne Bağlı Çalışanların Kariyer Planlaması" adlı yüksek lisans tez çalışmasından türetilmiştir.

**Yüksek Lisans, İstanbul Okan Üniversitesi, İstanbul, eyupkalafat96@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5216-5830>

*** Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Okan Üniversitesi, İstanbul, yildirim.gulhan@okan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9681-0248>

Gönderim Tarihi: 27.04.2022

Kabul Tarihi: 29.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Kalafat, E., & Gülhan, Y.B. (2022). Hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanların kariyer planlaması konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 629-642

DETERMINING THE KNOWLEDGE LEVELS OF THE EMPLOYEES OF THE PATIENT SERVICES DIRECTORATE ON CAREER PLANNING *

Eyüp KALAFAT **
Yıldırım Beyazıt GÜLHAN ***

ABSTRACT

As a result of the acceptance by the science of management that human resource is one of the most important production factors, the importance given to human resources has increased. The importance of career planning has become more important today as it is understood that human resources can be used more effectively and efficiently with career planning. This study was carried out in order to evaluate the opinions of people who fulfill their duties and responsibilities under the patient services directorate in the hospital on career planning. 176 people working under the patient services directorate in 4 private hospitals and 2 foundation university hospitals were included in the study. In this study, which was designed as a cross-sectional research type, research data were collected through a face-to-face questionnaire using a questionnaire consisting of two parts, the Demographic Information Form and the Career Planning Scale. In line with the research findings, 77.8% of the employees affiliated to the patient services directorate are female employees, and it has been observed that female employees have higher personal characteristics points than male employees. It has been observed that 46% of the employees affiliated to the patient services directorate have a bachelor's degree or higher and 39.8% are graduates of the health management department. It has been observed that employees with undergraduate and higher education level have higher career planning sub-dimensions scores than employees with other education levels and employees who graduated from the health management department. 42% of the employees affiliated to the patient services directorate are of the opinion that career planning studies are partially carried out within the institution they work. Employees who think that career planning studies are carried out in the institution they work for have higher career planning sub-dimensions scores than other employees.

Keywords: Career, career planning, patient services.

ARTICLE INFO

* This study is produced from Eyüp KALAFAT's master's thesis named "Career Planning for the Employees of The Directorate of Patient Services".

**Master, Istanbul Okan University, Istanbul, eyupkalafat96@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5216-5830>

*** Asst. Prof., Istanbul Okan University, Istanbul, yildirim.gulhan@okan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9681-0248>

Received: 27.04.2022

Accepted: 29.08.2022

Cite This Paper:

Kalafat, E., & Gülhan, Y.B. (2022). Hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanların kariyer planlaması konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 629-642

I. GİRİŞ

Kurumların başarıya ulaşabilmeleri noktasında insan kaynağının yerine getirdiği faaliyetlerin önemi yadsınamaz düzeydedir (Taşlıyan vd., 2011). Şüphesiz kurumların faaliyetlerini verimli bir şekilde yerine getirebilmeleri sahip olduğu insan kaynağının performansı ile doğrudan ilişkilidir (Tengilimoğlu vd., 2015).

Sürekli ve hızlı bir değişimin yaşandığı günümüzde kurumların değişim karşısında duyarlı olmaları ve değişimi yakinen takip etmeleri son derece önemli hale gelmiştir (İrmiş ve Bayrak, 2004). Kurumların değişime karşı adapte olabilmeleri ve rekabet üstünlüğü sağlayabilmeleri iyi yönetilmiş ve tatmin edilmiş bir iş gücü sağlamalarıyla mümkün olacağına inanılmaktadır (Kır ve Er, 2017).

Teknolojide hızla meydana gelen değişim ve dönüşümler, işlerin niteliksel olarak değişmesi, yeni iş yapış yöntemlerinin ortaya çıkması, iş tatmin düzeylerinde meydana gelen değişiklikler, kurumların ihtiyaçlarında değişimler ve insan kaynağının daha etkin ve verimli çalışmalarının istenmesi sonucu kariyer planlama kavramı gündeme gelmiştir (Kır ve Er, 2017; Can vd., 2012; Soysal, 2007).

Hem yapısal hem de işlevsel açıdan en karmaşık yapılar arasında olan sağlık kurumları içerisinde pek çok farklı disipline sahip çalışan bir arada bulunmaktadır (Kaplan ve Köksal, 2017; Ünal vd., 2006). Uzmanlaşma seviyesinin yüksek olduğu ve emeğin ön planda olduğu sağlık kurumlarında insan faktörü önem arz etmektedir (Yılmaz ve Söyük, 2022; Tengilimoğlu vd., 2015). Sağlık kurumlarında sunulan hizmetin uzmanlaşma seviyesinin yüksek olması, multidisipliner bir yapının hâkim olması ve hizmet sunumunun kesintisiz olarak sürdürülmesi gerekliliği sağlık kurumlarında kariyer planlamanın önemini arttırmıştır (Erigüç vd., 2018; Sunter, 2019).

1.1. Kariyer ve Kariyer Planlaması

1.1.1. Kariyer

Günlük yaşamımızda sıkça kullanmakta olduğumuz ve iş yaşamımızda sıklıkla karşımıza çıkan, Türkçeye “Kariyer” olarak geçmiş olan bu kavram, Fransızca “Carrierre” (yarış yolu), İngilizce “Career” (meslek), Latince “Carrus” (at arabası) ve “Carrera” (yol) kelimelerinden türetilmiştir. Bireyin herhangi bir kolundaki durmaksızın ilerleme katetmesidir (Aytaç ve Keser, 2017). Türk Dil Kurumu (TDK) kariyer kavramını, “bir meslekte zaman ve çalışmayla elde edilen aşama, başarı ve uzmanlık” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu [TDK], 2021).

Kariyer kavramı, bireyin faaliyette bulunduğu işte yavaş yavaş ve sürekli olarak yol alması, beceri ve tecrübe kazanmasıdır. Yani kariyer kavramı, bireylerin iş yaşamları süresi boyunca faaliyette buldukları işler, hareketlilikler ve yükselmeleridir (Aytaç, 2001; Cevher, 2015). Kariyer kavramını kısaca; bireyin yaşam süresince işle ilgili edinmiş olduğu deneyimlerdir şeklinde tanımlanabilir (Tüz, 2003).

Birey açısından kariyer kavramı, bireyin faaliyette bulunduğu iş kolunda ilerlemesi ve işte ilerlemesi sonucunda daha çok maddi kazanç elde etmesi, sorumluluk altına girmesi ve itibar kazanmasıdır. Kurum açısından kariyer kavramı ise bireylerin iş yaşamları süresi boyunca faaliyette buldukları işleri, geçiş yaptıkları pozisyonları ve gelişimlerini ifade etmektedir. Kariyer kavramını hem faaliyette buldukları kurum içerisinde başarı elde etmek isteyen bireyler açısından ve hem de insan kaynağının kariyer planlamasına yardımcı olarak kurumsal verimliliğin artırılmasını amaç edinen kurumlar için önem arz etmektedir (Tüz, 2003; Gökdeniz, 2017).

Kariyer yalnızca yüksek pozisyonlarda faaliyette bulunulması ve sürekli olarak yukarıya doğru ilerlemenin esas alınması durumu olmayıp bireylerin iş yaşamları süresi boyunca faaliyette buldukları tüm işleri ve yatay hareketlilikleri kapsamaktadır (Aytaç ve Keser, 2017; Koçer, 2019).

1.1.2. Kariyer Planlaması

Kariyer planlama öncelikle bireyin kendisini tanımasıyla başlayan bir süreçtir (Fındıkcı, 2002). Birey kariyer yaşam süresi boyunca ne yapmak isteğine ve neyi başarma arzusu içerisinde olduğuna karar vermesi gerekmektedir. Bireyler sahip oldukları güçlü ve zayıf yönleri ile çalışma arkadaşlarının yani rakiplerinin sahip olduğu güçlü ve zayıf yönlerini analiz etmelidirler. Bireyler sahip oldukları bilgi, beceri ve yeteneklerin neler olduğunun farkında olurlarsa fırsatları daha iyi değerlendirebilir ve kendilerine daha kolay yeni fırsatlar yaratabilirler (Anafarta, 2001).

Kariyer planlama, kurumsal hedefler ile bireysel hedefler arasında eşgüdüm sağlanarak, bireyin yapmakta olduğu işi daha iyi yapabilmesi için sahip olduğu bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirilmesi ve ileride üstlenebileceği yeni pozisyonlar için gerekli olacak bilgi, beceri ve yeteneklerin kazandırılması sürecidir (Soysal, 2007; Çavuş ve Kaya, 2015).

Kariyer planlama, hem bireyleri hem de kurumları doğrudan etkilemektedir ve kariyer planlamada hem bireylerin hem de kurumların ayrı sorumlulukları bulunmaktadır. Kariyer planlama sürecinde birey bu planın hazırlayıcısı ve uygulayıcısı konumunda bulursa da bu sürecin kurumlar tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Kariyer planlama sürecinde hem bireysel hem de kurumsal ihtiyaçlar arasında denge oluşturmak son derece önem arz etmektedir (Soysal, 2007; Adekola, 2001).

Sağlık kurumları içerisinde hasta hizmetleri birimi çalışanları, hastaların hastaneye kabulünden hastaneden ayrılışına kadar olan süreçte önemli görev ve sorumluluklara sahiptirler (Ünalın vd., 2006). Hasta hizmetleri birimi çalışanları, hasta ve hasta yakınlarıyla ilk temasın kurulduğu alanlarda görev almaları sebebiyle hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan ilk iletişimin temellerini oluşturmaktadır ve hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan ilk iletişim alınan hizmetin kalite algısına doğrudan etki etmektedir (Şahin vd., 2013). Sağlık kurumları içerisinde önemli görev ve sorumlulukları bulunan hasta hizmetleri birimi çalışanlarının, görev ve sorumluluklarına daha bağlı ve görev ve sorumluluklarını yerine getirme noktasında daha başarılı olmaları açısından kariyer planlama yapmaları önem arz etmektedir.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma hastanelerde önemli görev ve sorumluluklara sahip olan hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı olarak çalışmakta olan kişilerin kariyer planlama konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu yakasında faaliyet gösteren 4 özel hastane ve 2 vakıf üniversitesi hastanesi olmak üzere toplam 6 hastanede çalışmakta olan 201 kişi oluşturmaktadır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş olup araştırmaya toplam 176 kişi dâhil edilmiştir. Araştırma verileri 31.01.2021 tarihi ile 31.03.2021 tarihleri arasından toplanmıştır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerinin toplandığı anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, araştırmacılar tarafından hazırlanmış demografik bilgi formu yer almaktadır. İkinci bölümde, Aytac'ın (1997) Çalışma Yaşamında Kariyer kitabından yararlanılarak Şahin (2007) tarafından geliştirilen Kariyer Planlama Ölçeği yer almaktadır. Şahin (2007) Ölçek'in kapsam geçerliliği yapmış ve iç tutarlılık analizi sonucu Cronbach Alpha ile incelenmiş 0,711 olarak saptamıştır. Bu çalışmada elde edilen Cronbach Alpha değeri ise ölçek toplamı üzerinden 0,872'dir (Aytac, 1997; Şahin, 2007).

Kariyer Planlama Ölçeğinin kariyer planlama, mesleki gelişim ve kişisel özellikler olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Kariyer Planlama alt boyutundan alınan puan yükseldikçe kişinin kariyeri üzerine planlama yaptığını ve hedefleri bulunduğunu göstermektedir. Mesleki Gelişim alt boyutundan alınan puan arttığında ise kişinin icra ettiği mesleğinin kişisel gelişimine katkı sağladığı fikrinde olduğunu ifade etmektedir. Kişisel Özellikler alt boyutunda alınan puanlar artması ise kişinin icra ettiği mesleğe ve kariyer planına dair doğal yeteneği olduğuna ve kişisel özelliklerinden ötürü başarılı olabileceğine yönelik inancının artması anlamına gelmektedir.

2.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24 programıyla yapılmış olup verilerin değerlendirilmesi %95 güven düzeyi ile %5 hata payıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov test incelemesiyle yapılmış olup her üç boyutunda normal dağılımın göstermemesi üzerine parametrik olmayan testler seçilmiştir. Karşılaştırma analizlerinde Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis-H testleri kullanılmıştır. İlişki analizlerinde Sperman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. 3 ve üzeri kategorili değişkenlerde anlamlılık kaynağını belirleyen post-hoc analizi, U testi ile kategoriler arası çift karşılaştırması yapılarak belirlenmiştir.

2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Okan Üniversitesi Etik Kurulundan ve çalışmanın yapıldığı özel hastanelerin ve vakıf üniversitesi hastanelerinin yönetimlerinden kurum izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

III. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamından elde edilen verilere ilişkin yapılmış olan analizlere yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	39	22,2
	Kadın	137	77,8
Yaş	18-23	52	29,5
	24-29	87	49,4
	30-35	27	15,3
	36 ve üzeri	10	5,7
Medeni Durum	Evli	57	32,4
	Bekâr	119	67,6
Eğitim Düzeyi	Lise	44	25,0
	Ön lisans	51	29,0
	Lisans ve üzeri	81	46,0
Mezun Olunan Bölüm	Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	13	7,4
	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	12	6,8
	Sağlık Yönetimi	70	39,8
	İşletme	10	5,7
	Diğer	71	40,3
Kurum Türü	Özel Hastane	100	56,8
	Vakıf Üniversitesi Hastanesi	76	43,2
Kurumdaki Göreviniz	Hasta Kayıt Kabul/Hasta Danışmanı	163	92,6
	Hasta Hizmetleri Ekip Lideri/Sorumlusu/Yöneticisi	13	7,4
Kurumda Çalışma Süreniz	1-5 yıl	158	89,8
	6 yıl ve üzeri	18	10,2
Toplam Mesleki Deneyim Süreniz	1-5 yıl	134	76,1
	6 yıl ve üzeri	42	23,9
Kurumunuzda Kariyer Planlama yapıyor mu?	Evet	63	35,8
	Hayır	39	22,2
	Kısmen	74	42,0

Katılımcıların 137'si (%77,8) kadın, 87'si (%49,4) 24-29 yaş arası, 119'unun (67,6) medeni durumu bekâr, 79'u (%44,9) lisans mezunu, 70'i (%39,8) sağlık yönetimi bölümü mezunu, 100'ü (%56,8) özel hastanede, 163'ü (%92,3) hasta kayıt kabul yetkilisi/hasta danışmanı, 158'inde (%89,8) 1-5 yıl arası aynı kurumda çalışmakta, 134'ünde 1-5 yıl arası toplam mesleki deneyim süresi bulunmaktadır. Çalıştıkları kurumda kariyer planlaması yapılıp yapılmadığı konusunda katılımcıların 74'ü (%42,0) kısmen yapıldığı görüşündedir (Tablo 1).

Tablo 2. Katılımcıların Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar

	n	$\bar{x}\pm\sigma$	Alt	Üst
Kariyer Planlama	176	3,66±0,58	1,67	5,0
Mesleki Gelişim	176	3,83±0,63	1,57	5,0
Kişisel Özellikler	176	4,10±0,66	1,50	5,0

Katılımcıların Kariyer Planlama Ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde; Kariyer Planlama alt boyutundan ortalama 3,66±0,58; Mesleki Gelişim alt boyutundan ortalama 3,83±0,63; Kişisel Özellikler alt boyutundan ortalama 4,10±0,66 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyete Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Cinsiyet	n	Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
		Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p
Erkek	39	3,67 (3,17-4,00)	-1,09	0,276	3,86 (3,42-4,14)	-0,542	0,588	4,00 (3,50-4,33)	-3,341	0,001
Kadın	137	3,67 (3,33-4,17)			3,86 (3,57-4,29)			4,33 (3,83-4,29)		

Katılımcıların cinsiyete göre aldıkları Kariyer Planlama ve Mesleki Gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların cinsiyete göre aldıkları Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha yüksek Kişisel Özellikler puanına sahip oldukları görülmüştür (Bkz: Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların Yaşa Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Yaş	n	Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
		Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p
18-23	52	3,67 (3,33-4,17)	8,169	0,043	4,00 (3,61-3,39)	5,887	0,117	4,17 (3,83-4,67)	14,891	0,002
24-29	87	3,83 (3,33-4,17)			3,86 (3,43-4,29)			4,33 (3,83-4,67)		
30-35	27	3,50 (3,17-3,83)			3,86 (3,43-4,29)			4,00 (3,33-4,33)		
36 ve üzeri	10	3,58 (2,83-3,88)			3,71 (3,29-3,86)			3,50 (3,25-4,00)		

Katılımcıların yaşa göre aldıkları Mesleki Gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların yaşa göre aldıkları Kariyer Planlama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ve anlamlılığın kaynağı araştırıldığında 24-29 yaş arasındaki çalışanların, 30-35 yaş arasındaki çalışanlara göre daha fazla Kariyer Planlama puanına sahip oldukları görülmüştür. Katılımcıların yaşa göre aldıkları Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ve anlamlılığın kaynağı araştırıldığında 18-23 ve 24-29 yaş arasındaki çalışanlar daha ileri yaş grubundaki çalışanlara göre daha yüksek Kişisel Özellikler puanına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Medeni Durum	n	Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
		Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p
Evli	57	3,50 (3,17-3,83)	-3,361	0,001	3,86 (3,43-4,14)	-1,96	0,051	3,83 (3,33-4,33)	-3,369	0,001
Bekâr	119	3,83 (3,50-4,17)			4,00 (3,57-4,29)			4,33 (3,83-4,67)		

Katılımcıların medeni duruma göre aldıkları Mesleki Gelişim puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların medeni duruma göre aldıkları Kariyer Planlama ve Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Medeni

durumu bekâr olan çalışanların evli olan çalışanlara göre daha yüksek Kariyer Planlama ve Kişisel Özellikler puanlarına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

		Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
Eğitim Düzeyi	n	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p
Lise	44	3,50 (3,33-3,83)	25,400	0,001	3,85 (3,32-4,14)	11,714	0,003	3,91 (3,33-4,46)	21,937	0,001
Ön Lisans	51	3,50 (3,17-4,00)			3,71 (3,43-4,00)			4,00 (3,67-4,33)		
Lisans ve üzeri	81	4,00 (3,67-4,17)			4,00 (3,71-4,36)			4,50 (4,08-4,67)		

Katılımcıların eğitim düzeyine göre aldıkları Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan çalışanların, ön lisans ve lise olan çalışanlara göre daha yüksek Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanlarına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların Mezun Olunan Bölüme Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

		Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
Mezun Olunan Bölüm	n	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p
Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik	13	3,50 (2,83-4,00)	21,866	0,006	3,71 (3,14-3,93)	14,606	0,006	3,50 (3,17-3,92)	29,599	0,001
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	12	3,67 (3,33-4,00)			3,79 (3,61-4,00)			4,08 (3,88-4,58)		
Sağlık Yönetimi	70	4,00 (3,67-4,17)			4,00 (3,86-4,43)			4,50 (4,17-4,71)		
İşletme	10	3,25 (2,46-4,04)			3,79 (2,65-4,00)			3,75 (3,46-4,67)		
Diğer	71	3,50 (3,33-3,83)			3,86 (3,29-4,14)			4,00 (3,50-4,50)		

Katılımcıların mezun oldukları bölüme göre aldıkları Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Sağlık Yönetimi bölümünden mezun olan çalışanların diğer (Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, İşletme ve diğer) bölümlerden mezun olan çalışanlara göre daha yüksek Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanlarına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların Kurum Türüne Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

		Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
Kurum Türü	n	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p
Özel Hastane	100	3,83 (3,50-4,17)	-3,166	0,002	4,00 (3,72-4,29)	-3,812	0,000	4,33 (3,88-4,67)	-2,829	0,005
Vakıf Üniversitesi Hastanesi	76	3,50 (3,04-4,00)			3,71 (2,29-4,00)			4,00 (3,50-4,33)		

Katılımcıların kurum türüne göre aldıkları Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Özel hastanelerde çalışanların vakıf üniversitesi hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanlarına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 9. Katılımcıların Kurumdaki Görevine Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

		Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
Kurumdaki Göreviniz	n	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p
Hasta Kayıt Kabul/Hasta Danışmanı	163	3,67 (3,33-4,00)	-0,043	0,966	3,86 (3,57-4,29)	-0,687	0,492	4,17 (3,67-4,67)	-0,673	0,501
Hasta Hizmetleri Ekip Lideri/Sorumlusu/Yöneticisi	13	3,83 (3,25-4,09)			3,86 (3,36-4,07)			4,00 (3,50-4,50)		

Katılımcıların kurumdaki görevine göre aldıkları Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların Kurumda Çalışma Süresine Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

		Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
Kurumda Çalışma Süreniz	n	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p
1-5 yıl	158	3,67 (3,33-4,17)	-2,707	0,007	3,86 (3,57-4,29)	-1,005	0,315	4,17 (3,79-4,67)	-1,715	0,086
6 yıl ve üzeri	18	3,50 (2,88-3,83)			3,71 (3,29-4,18)			4,00 (3,33-4,42)		

Katılımcıların kurumda çalışma sürelerine göre Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların kurumda çalışma sürelerine göre Kariyer Planlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ve anlamlılığın kaynağı araştırıldığında kurumda çalışma süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların, 6 yıl ve üzeri olan çalışanlara göre daha yüksek Kariyer Planlama puanına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 11. Katılımcıların Toplam Mesleki Deneyim Süresine Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

		Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
Toplam Mesleki Deneyim Süreniz	n	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p	Medyan (Ç1-Ç3)	z	p
1-5 yıl	134	3,83 (3,46-4,17)	-3,025	0,002	4,00 (3,57-4,29)	-2,27	0,023	4,33 (3,83-4,67)	-3,122	0,002
6 yıl ve üzeri	42	3,50 (3,17-3,83)			3,71 (3,43-4,00)			3,92 (3,33-4,33)		

Katılımcıların toplam mesleki deneyim sürelerine göre aldıkları Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Anlamlılığın kaynağı araştırıldığında toplam mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların, 6 yıl ve üzeri olan çalışanlara göre yüksek Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanlarına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 12. Katılımcıların Kurumlarında Kariyer Planlama Çalışmalarının Yapılıp Yapılmama Durumuna Göre Kariyer Planlama Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar

Kurumunda Kariyer Planlama Yapılıyor mu?	n	Kariyer Planlama			Mesleki Gelişim			Kişisel Özellikler		
		Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p	Medyan (Ç1-Ç3)	x ²	p
Evet	63	4,00 (3,67-4,17)	17,575	0,001	4,14 (3,86-4,57)	32,391	0,000	4,33 (4,00-4,67)	7,712	0,021
Hayır	39	3,33 (3,00-4,00)			3,43 (3,14-3,86)			4,17 (3,50-4,67)		
Kısmen	74	3,67 (3,33-4,00)			3,86 (3,57-4,14)			4,00 (3,50-4,67)		

Katılımcıların kurumunuzda kariyer planlama çalışmaları yapılıyor mu soruna vermiş oldukları cevaplara göre aldıkları Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çalıştığı kurumda kariyer planlama çalışmalarının yapıldığını düşünen çalışanların, kısmen yapıldığını ve yapılmadığını düşünen çalışanlara göre daha yüksek Kariyer Planlama, Mesleki Gelişim ve Kişisel Özellikler puanına sahip oldukları görülmüştür (Tablo 12).

IV. TARTIŞMA

Kariyer planlama ölçeği alt boyutlarından ortalama alınabilecek en üst puan 5 ve en düşük puan 1 olduğu düşünüldüğünde; araştırmaya katılan hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanların kişisel özellikler alt boyutundan yüksek kabul edilebilecek puan alırken, kariyer planlama ve mesleki gelişim alt boyutlarından geliştirilmeye ihtiyacı bulunan puan almışlardır.

Katılımcıların cinsiyete göre aldıkları kişisel özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanırken, kariyer planlama ve mesleki gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Çetiner'in (2014) ve Hepsev'im'in (2019) yapmış olduğu çalışmalarda, katılımcıların cinsiyetine göre aldıkları kariyer planlama, mesleki gelişim ve kişisel özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Vergili (2015) yapmış olduğu çalışmada, cinsiyet ile kariyer planlama ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulamamasına rağmen kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla kişisel özelliklerinin daha baskın olduğunu saptamıştır.

Bay (2017), Al-Atiyat (2019) ve Aydın'ın (2021) yapmış olduğu çalışmalarda, çalışanların cinsiyetleri ile kariyer planlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Cinsiyet ile kişisel özellikler puanları arasındaki bulmuş olduğumuz anlamlı farklılık literatürdeki diğer yapılmış çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanlarının büyük çoğunluğunun kadın ağırlıklı çalışanlardan oluşması ve kadın çalışanların erkek çalışanlara göre sahip oldukları kişisel özelliklerinden ötürü başarılı olabileceklerine yönelik inançlarının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların yaşa göre aldıkları kariyer planlama ve kişisel özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanırken, mesleki gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır.

Çetiner (2014) yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların yaşa göre aldıkları mesleki gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmışken, kariyer planlama ve kişisel özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Yaş ile kariyer planlama ve kişisel özellikler puanları arasında bulmuş olduğumuz anlamlı farklılık literatürde Çetiner'in (2014) yapmış olduğu çalışmaya göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanların büyük çoğunluğunun 24-29 yaş arasındaki çalışanlardan oluşmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı 24-29 yaş arasındaki çalışan kişilerin, yeni mezun olmaları ve iş yaşamlarında yeni tecrübe kazanmaya başlamaları sebebiyle kendilerine kariyer hedefi belirledikleri, belirlemiş oldukları kariyer hedefi doğrultusunda kariyer planı yaptıkları ve kişisel özelliklerinden ötürü başarılı olabileceklerine yönelik inançlarının daha fazla olması önemli etmendir.

Katılımcıların medeni duruma göre aldıkları kariyer planlama ve kişisel özellikler puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken, mesleki gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çetiner (2014) yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların medeni duruma göre aldıkları mesleki gelişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmuştur. Yapmış olduğumuz çalışmanın Çetiner'in (2014) yapmış olduğu çalışmaya göre farklılık göstermesi, çalışmamıza katılan kişilerin büyük çoğunluğunun bekâr olan kişilerden oluşması ve bekâr olan kişilerin evli olan kişilere göre daha az sorumluluk duygusuna sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada, katılımcıların önemli bir kısmının lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olan kişiler olması ve eğitim düzeyi lisans ve üzeri olan kişilerin, ön lisans ve lise olan kişilere göre daha yüksek kariyer planlama puanına sahip olmalarından kaynaklı olarak eğitim düzeyi ile kariyer planlama arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bay (2017) tarafından yürütülen çalışmada, yüksek lisans eğitim düzeyindeki kişilerin kariyer planlamasına daha fazla önem verdikleri gözlemlenmiştir. Mutlu (2010) tarafından yapılan çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça kariyer planlama ile ilgili görüşlerde olumlu düzeyde bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Yapmış olduğumuz çalışmadan elde ettiğimiz bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla da paralellik göstermektedir.

Sağlık yönetimi bölümünden mezun olan kişilerin, diğer bölümlerden mezun olan kişilere göre (Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, İşletme, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve diğer) daha yüksek kariyer planlama, mesleki gelişim ve kişisel özellikler puanına sahip oldukları görülmüştür. Sağlık yönetimi bölümünden mezun olan kişilerin diğer bölümlerden mezun olan kişilere göre daha yüksek puan almaları, hastanelerin sağlık yönetimi bölümü mezunları için en önemli çalışma alanlarından biri olması, hastane içerisinde kariyer hedeflerinin bulunması ve kariyer planı oluşturmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz bu çalışmada, özel hastanelerin hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışan kişilerin, vakıf üniversitesi hastanelerinin hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışan kişilere göre daha fazla kariyer planlama, mesleki gelişim ve kişisel özellikler puanına sahip oldukları görülmüştür. Özel hastanelerin hasta hizmetleri müdürlüğünde çalışan kişilerin, vakıf üniversitesi hastanelerinin hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışan kişilere göre daha yüksek puanlara sahip olmaları özel hastanelerdeki rekabet ortamının vakıf üniversitesi hastanelerindeki rekabet ortamına göre daha yoğun yaşanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların kurumda çalışma süresiz sorusuna vermiş oldukları cevaplar neticesinde çalışanların önemli bir kısmının kurumda çalışma süresinin 1-5 yıl olduğu görülmüş. Kurumda çalışma süresinin

1-5 yıl arası olması, hastanelerin hasta hizmetlerinin personel devir hızlarının yüksek olmasına neden olacağı düşünülmektedir.

V. SONUÇ

Hasta hizmetleri birimi çalışanlarının, hastaların hastaneye kabul işlemlerinin yapılmasından çıkış işlemlerinin yapılmasına ve hastaların hastaneye kabulü ve hastaneden ayrılması süreci içerisinde önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hasta hizmetleri birimi çalışanları, hasta ve hasta yakınlarıyla ilk temasın kurulduğu yerde görev almalarından kaynaklı olarak hasta ve hasta yakınlarıyla kurulacak olan iletişimin temellerinin oluşmasında önemli etkileri bulunmaktadır. Aynı zamanda hem yapısal hem de işlevsel açıdan en karmaşık yapılar arasında yer alan, uzmanlaşma seviyesi yüksek olan ve birbirinden farklı birçok disipline sahip grup çalışanlarının faaliyetlerini barından hastanelerdeki süreç içerisinde hasta hizmetleri birimi çalışanları aktif rol almaktadırlar.

Araştırmanın yapıldığı özel hastanelerin ve vakıf üniversitesi hastanelerinin hasta hizmetleri müdürlüğüne bağlı çalışanların büyük çoğunluğu; kadın ağırlıklı, 24-29 yaş arası, bekâr, lisans eğitim düzeyinde, sağlık yönetimi mezunu, kurumda çalışma süresi ve mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arası olan kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu kısmen de olsa kurumlarında kariyer planlama çalışmalarının yapıldığı görüşündedirler.

Kadın çalışanlar erkek çalışanlara göre daha yüksek kişisel özellikler puanına sahiptirler. Çalışanların yaşları ilerledikçe kariyer planlama ve kişisel özellikler puanları azalmaktadır. Bekâr çalışanlar evli çalışanlara göre daha yüksek kariyer planlama ve kişisel özellikler puanlarına sahiptirler.

Çalışanların büyük çoğunluğu lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olan çalışanlardan oluşsa da önemli bir kısmını ön lisans ve lise eğitim düzeyinde olan çalışanlar oluşturmaktadır.

Çalışanların önemli bir kısmı sağlık yönetimi bölümü mezunlarıdır. Sağlık kuruluşlarının hasta hizmetleri müdürlüklerine bağlı kadroları sağlık yönetimi bölümü mezunları için önemli bir çalışma alanıdır.

Aynı kurum içerisinde çalışma süresi ve toplam mesleki deneyim süresi 1-5 yıl arası olan çalışanların 5 yıl ve üzeri olan çalışanlara göre daha fazla kariyer planı yapmaktadırlar.

Faaliyette buldukları kurum içerisinde kariyer planlama çalışmalarının yapıldığını düşünen çalışanlar, kısmen yapıldığını ve yapılmadığını düşünen çalışanlara göre daha yüksek kariyer planlama ölçeği alt boyutları puanlarına sahiptirler.

Araştırma verileri doğrultusunda elde edilen bulgulardan hareketle kurumlar; çalışanlarının tüm eğitim süreçlerine destek olmaları, bireysel kariyer planlama çalışmalarını desteklemelerini ve kurumsal kariyer planlama çalışmaları yapmaları konusuna ağırlık vermeleri önerilmektedir. Aynı zamanda çalışanların faaliyette buldukları kurum içerisinde 1-5 yıldan daha uzun süre çalışmalarının sağlanması ve kurumsal bağlılığın artırılması için gerekli aksiyonların alınması önerilir.

Etik Kurul İzni: İstanbul Okan Üniversitesi Fen, Sosyal ve Girişimsel olmayan Sağlık Bilimleri araştırmaları etik kurulu tarafından, 23.12.2020 tarihinde 130/14 nolu karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Adekola, B. (2011). Career planning and career management as correlates for career development and job satisfaction. *Australian Journal of business and management research*, 2(1),100-112.
- Al-Atiyat, Y. (2019). *Örgütsel güvenin kariyer planlamasına etkisi özel hastanelerde bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Anafarta, N. (2001). Orta düzey yöneticilerin kariyer planlamasına bireysel perspektif. *Akdeniz İ.İ.B.F Dergisi*, 1(2), 1-17.
- Aydın, Y. (2021). *İnsan kaynakları yönetimi uygulamalarının kariyer planlama ve kariyer tatmini üzerine etkisi: bankacılık ve finans sektörü üzerine uygulama* [Yüksek Lisans Tezi]. KTO Karatay Üniversitesi.
- Aytaç, S. (1997). *Çalışma yaşamında kariyer yönetimi planlaması geliştirilmesi sorunları*. Yeni Çizgi Yayın Dağıtım.
- Aytaç, S. (2001). *Çift kariyerli eşler ve çalışma yaşamındaki yeri*. Ezgi Kitabevi.
- Aytaç, S., & Keser, A. (2017). *Çalışma yaşamında kariyer*. Umuttepe Yayınları.
- Bay, S. M. (2017). *Kariyer planlamasının birey ve kurum açısından önemi* [Yüksek Lisans Tezi]. Yaşar Üniversitesi.
- Can, H., Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). *Kamu ve özel kesimde insan kaynakları yönetimi*. Siyasal Kitabevi.
- Cevher, E. (2015). Üniversitelerde kariyer planlama faaliyetleri ekseninde kariyer merkezlerine yönelik bir araştırma. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 164-177.
- Çavuş, Ş., & Kaya, A. (2015). Turizm lisans eğitimi alan öğrencilerin kariyer planları ve turizm sektörüne yönelik tutumu. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(5), 101-117.
- Çetiner, M. (2014). *Bireysel kariyer planlaması ile kişilik arasındaki ilişkinin iş tatmini üzerindeki etkisi: Süleyman Demirel Üniversitesi örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Erigüç, G., Şahinbaş, F., Demirci, Ş., & Şantaş, G. (2018). Sağlık kurumlarında insan kaynakları alanında yapılan çalışmaların incelenmesi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1), 49-64.
- Fındıkcı, İ. (2002). *İnsan kaynakları yönetimi*. Alfa Yayınları.
- Gökdeniz, İ. (2017). Özel sektör ve kamu yönetiminde kariyer planlaması. *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19(32), 123.
- Hepsevim, A. (2019). *Otel çalışanlarının kariyer planlama hedeflerinin incelenmesi: İstanbul ili örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Arel Üniversitesi.
- İrmiş, A., & Bayrak, S. (2004). İnsan kaynakları yönetimi açısından kariyer yönetimi. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 1(1-2), 177-186.
- Kaplan, A., & Köksal, A. (2017). Türkiye’de tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik eğitiminin incelenmesi, mesleki uygulamalar. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(2), 63-68.

- Kır, A., & Er, A.S. (2017). Organizasyonlarda kariyer planlaması ve kariyer engelleri. *Ejovoc (Electronic Journal Of Vocational Colleges)*, 7(2), 14-23.
- Koçer, G. (2019). *Gençlik ve Spor Bakanlığında görev yapan uzmanların birey örgüt uyumları ile bireysel kariyer planlamaları arasındaki ilişkilerin farklı değişkenler arasından incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- Mutlu, A. (2010). *Hemşirelerin kariyer planlamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Soysal, A. (2007). Örgütlerde kariyer planlama ve geliştirme. M.Ş. Şimşek., A. Çelik., & A. Atakay (Eds.), *Kariyer yönetimi ve insan kaynakları yönetimi uygulamaları*. Gazi Kitabevi.
- Sunter, M. (2019). Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetiminin önemi. *Verimlilik Dergisi*, (3), 143-160.
- Şahin, D., Küçükaltan, D., Kaya, T. K. (2013). Özel hastanelerdeki hasta kabul biriminde çalışan profilini belirlemeye yönelik Trakya bölgesinde bir araştırma. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 4(3), 350-363.
- Şahin, F. (2007). *Eğitim örgütlerinde öğretmenlerin kişisel kariyer planlaması ve tükenmişlik düzeyleri ilişkisi* [Yüksek Lisans Tezi]. Yeditepe Üniversitesi.
- Taşlıyan, M., Arı, N. Ü., & Duzman, B. (2011). İnsan kaynakları yönetiminde kariyer planlama ve kariyer yönetimi: İİBF öğrencileri üzerinde bir alan araştırması. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 231-241.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2015). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Nobel Kitap.
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2021, Ocak 25). *Kariyer*. <https://www.tdk.gov.tr/>.
- Tüz, M. V. (2003). Kariyer planlamasında yeni yaklaşımlar. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(4), 169-176.
- Ünalın, D., Çetinkaya F., Özyurt Ö., & Kayabaşı A. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan sekreterlerde iş memnuniyeti. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 1-18.
- Vergili, A. (2015). *Mesleki kişilik özelliklerinin bireysel kariyer planlaması üzerine etkisi: sağlık yönetimi öğrencileri üzerine bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Yılmaz, S., & Söyük S. (2022). Determination of work–life balance in healthcare professionals: validity and reliability of the new work–life balance scale. *Arch Health Sci Res.*, 9(2), 130-137.

İNTERNET ÜZERİNDEN HEKİM RANDEVUSU ALMA DAVRANIŞININ BİREYSEL ÖZELLİKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şenol DEMİRCİ *
Özgür UĞURLUOĞLU **

ÖZ

Birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da teknolojideki ilerlemelerin etkisiyle önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu gelişmelerden birisi de hekim randevusu alma yöntemlerinde gerçekleşmiştir. Geleneksel olarak hekim randevuları, sağlık kurumu telefonla aranarak ya da bizzat sağlık kurumuna başvurularak alınmakta iken günümüzde bu yöntemlere ek olarak internet tabanlı randevu sistemleri de aktif şekilde kullanılmaktadır. İnternet tabanlı randevu sistemlerinin hem hastalar hem de sağlık kurumları açısından önemli faydaları bulunmaktadır. Ancak bu sistemlerin kullanımı kullanıcıların bireysel özelliklerine bağlı olarak değişebilmektedir. Bu bağlamda bu çalışmada, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yürütülen Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na (HBTA) katılan 19389 bireyin sosyo-demografik özelliklerinin (cinsiyet, yaş, eğitim, hanehalkı aylık gelir, yaşanılan bölge, çalışma durumu ve internet kullanım sıklığı) internetten hekim randevusu alma davranışı üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmadaki katılımcıların %33,4'ünün interneti bir hekimden randevu almak amacıyla kullandığı belirlenmiştir. Bu çalışmada, yaş, gelir, eğitim durumu, yaşanılan bölge, çalışma durumu ve internet kullanım sıklığı değişkelerinin internet üzerinden hekim randevusu alma davranışı üzerinde istatistiki açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetin ise istatistiki açıdan anlamlı bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Bu doğrultuda bireysel özellikler dikkate alınarak, internet tabanlı randevu sistemlerinin toplum ve bireyler tarafından yaygın şekilde kullanılabilmesi için çeşitli müdahalelere ihtiyaç olduğu ortaya koyulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Doktor randevusu, Web-tabanlı randevu, Sosyo-demografik değişkenler.

MAKALE HAKKINDA

* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi, senoldemrci@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8552-8151>

** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi, ougurlu@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9453-9925>

Gönderim Tarihi: 30.03.2022

Kabul Tarihi: 01.07.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Demirci, Ş. & Uğurluoğlu, Ö. (2022). İnternet Üzerinden Hekim Randevusu Alma Davranışının Bireysel Özellikler Açısından Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 643-654

EVALUATION OF THE BEHAVIOR OF MAKING A PHYSICIAN APPOINTMENT ON THE INTERNET IN TERMS OF INDIVIDUAL CHARACTERISTICS

Şenol DEMİRCİ *
Özgür UĞURLUOĞLU **

ABSTRACT

As in many areas, important developments have been recorded in the field of health services with the effect of developments in technology. One of these developments has been in the methods of making physician appointments. Traditionally, physician appointments were taken by calling the health institution by phone or by applying to the health institution in person, but today, in addition to these methods, Internet based appointment systems are also actively used. Internet based appointment systems have important benefits for both patients and healthcare institutions. However, the use of these systems may vary depending on individual characteristics. In this context, in this study, it was aimed to examine the effect on making a physician appointment on the Internet of socio-demographic characteristics of 19389 individuals (gender, age, education, monthly household income, region of residence, working status and frequency of Internet use) who participated in the Survey on Information and Communication Technology (ICT) Usage in Households conducted by the Turkish Statistical Institute (TSI). It was determined that 33.4% of the participants used the Internet to make an appointment with a physician. In this study, it was determined that the variables of age, income, education level, region of residence, working status and frequency of Internet use had a statistically significant effect on the behavior of making physician appointments on the Internet. It was found that there was no statistically significant effect of gender. In this direction, considering individual characteristics, various interventions are needed so that internet-based appointment systems can be used widely by society and individuals.

Keywords: Doctor appointment, Web-based appointment, Socio-demographic characteristics.

ARTICLE INFO

* Res. Assist., Hacettepe University, Health Management, senoldemrci@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8552-8151>

** Prof. Dr., Hacettepe University, Health Management, ougurlu@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9453-9925>

Received: 30.03.2022

Accepted: 01.02.2022

Cite This Paper:

Demirci, Ş. & Uğurluoğlu, Ö. (2022). Evaluation of the Behavior of Making a Physician Appointment on the Internet in Terms of Individual Characteristics. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(3): 643-654

I. GİRİŞ

Teknolojide yaşanan gelişmeler ve maliyetlerinin azalmasıyla bireylerin birçok teknolojik araç, gereç ve uygulamaya olan erişimi artmıştır. Söz konusu teknolojilere olan erişimin kolaylaşması bireylerin tutum ve davranışlarında önemli değişimlere sebep olmuştur (Demirci, 2019). Bireylerin yanı sıra teknolojide yaşanan gelişmeler, birçok sektörü de etkilemiş ve birçok sektörde iş yapma biçimleri önemli ölçüde değişmiştir (Dorn, 2015). Söz konusu sektörlerden biri olan sağlık sektörü, hizmet sunumunda teknolojinin yoğunlukla kullanılması sebebiyle teknolojiden en fazla etkilenen ve iş yapma biçimlerinin en fazla değiştiği sektörlerin başında gelmektedir. Ayrıca sağlık hizmet sunumunun sürekli olması ve birçok hizmetin entegrasyonunu gerektirmesi, çok sayıda teknolojiyle birlikte özellikle internet ve bilişim teknolojilerini sağlık sektörü için daha önemli kılmaktadır (Ascione, 2021). İnternet ve bilişim teknolojileri sağlık sektöründe, sağlık profesyonelleriyle ve sağlık kurumlarıyla iletişim kurulması, sağlık profesyonellerinin kendi aralarındaki iletişimin sağlanması, sağlık veri ve bilgilerinin her yerden erişime sunulması, hastaların sürekli olarak takip edilmesi, hekim randevusu alınması ve tetkik sonuçlarına ulaşılması gibi çeşitli amaçlar için etkin şekilde kullanılmaktadır (Kurşun ve Kaygısız, 2018).

Andreassen ve diğerleri (2007) tarafından Avrupa ülkeleri üzerinde internet teknolojilerinin sağlık hizmetleri ile ilgili kullanımının yaklaşık 8000 kişi üzerinde incelendiği araştırmada, bireylerin en fazla sağlık bilgisi arama ve hekim randevusu alma amacıyla interneti kullandığı belirlenmiştir. Geleneksel olarak hekim randevuları, sağlık kurumu telefonla aranarak ya da bizzat sağlık kurumuna başvurularak alınmaktadır. Her iki yöntemde de hekim randevularını planlayan personelle sözlü iletişim kurulmaktadır. Söz konusu yöntemler karmaşık durumlarda maksimum esnekliğe izin tanıdığından avantajlı görülmektedir. Ancak her iki yöntemde de insan gücü ihtiyacı artmakta, yeterli insan gücünün ve iletişim aracının bulunmadığı kurumlarda hekim randevusuna erişimde gecikme yaşanmasına ve neticesinde sağlık hizmetine erişimde uzun bekleme sürelerine neden olmakta ve sağlık kurumuna bizzat başvurularak randevu alınmaya çalışıldığında uzun kuyruklara sebep olmaktadır. Tüm bunların sonucunda ise hasta tatmini olumsuz şekilde etkilenmektedir (Praveena vd., 2019; Zhao vd., 2017). Hekim randevusu almada kullanılan bir diğer yöntem ise internet tabanlı randevu sistemleridir. İnternet tabanlı randevu sistemleri kendi içerisinde asenkron ve gerçek zamanlı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Asenkron sistemlerde, randevular e-posta veya sağlık kurumunun web sitesindeki elektronik form aracılığıyla istenmekte ve ilgili personel tarafından randevu planına işlenmektedir. Asenkron sistemler, telefonla randevu sistemine benzemektedir. Gerçek zamanlı sistemlerde ise hastalar, herhangi bir personele ihtiyaç duymadan doğrudan sağlık kurumunun internet tabanlı randevu sistemi üzerinden randevu almaktadır (Zhao vd., 2017). İnternet tabanlı hekim randevu sistemleri sayesinde sınırlı sayıda insan gücü ile randevu planlamasının etkili şekilde yapılabileceği, hastaların randevuya gelmeme ihtimalinin azaltılabileceği, bekleme sürelerinin kısalabileceği, hastaların sağlık hizmetlerine erişiminin artabileceği, kurum maliyetlerinin azalabileceği, hasta memnuniyetinin artabileceği, hekimler tarafından muayene sürelerinin daha etkin yönetilebileceği, sağlık profesyonellerinin atıl kalan zamanlarının azaltılabileceği veya etkin kullanılabileceği belirtilmektedir (Xie vd., 2020; Harper ve Gamlin, 2003; Zhang vd., 2014).

Türkiye’de özel ve kamu sağlık kurumlarında hekim randevularının çevrimiçi platformlardan alınabilmesine ilişkin çeşitli uygulamalar bulunmaktadır. Bu uygulamalardan en önemlisi, 2010 yılında uygulamaya alınan ve kamuya ait sağlık kurumlarının büyük bir çoğunluğundan randevu alınabilmesini mümkün kılan Merkezi Hastane Randevu Sistemi’dir (MHRS). MHRS üzerinden randevular Alo182, web sitesi ve mobil uygulama kanalları aracılığıyla verilmektedir. MHRS web sitesi veya mobil uygulaması üzerinden Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerinden internet üzerinden randevu alınabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Kamu sağlık kurumlarının yanı sıra özel sağlık kurumlarının büyük bir çoğunluğunun da internet tabanlı hekim randevu sistemlerinin bulunduğu bilinmektedir (Demirci ve Uğurluoğlu, 2020; Genç, 2019).

İnternet tabanlı hekim randevu sistemlerinin sağlık kurumlarının performansı ve hastaların memnuniyeti üzerindeki etkisi bilinmesine karşılık yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir, yaşanan

yer/bölge, çalışma durumu ve internete erişim durumu gibi bireysel ve sosyo-demografik özelliklerin söz konusu sistemlerin kullanımı üzerinde etkiye sahip olabileceği belirtilmektedir (Parmar vd., 2009; Cao vd., 2011; Grain vd., 2014; Zhang vd., 2014). Bu bilgiler ışığında bu çalışmada, bireylerin internet üzerinden hekim randevusu alma davranışını şekillendirmede etkili olduğu düşünülen sosyo-demografik özellikler ve internet üzerinden hekim randevusu alma davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca bu çalışma ile Türkiye ölçeğinde internet üzerinden hekim randevusu alma davranışını belirleyen faktörler ortaya konulmaya çalışılmış ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla karşılaştırmalar yapılmıştır.

II. YÖNTEM

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin (cinsiyet, yaş, eğitim, hanehalkı aylık gelir, yaşanılan bölge, çalışma durumu ve internet kullanım sıklığı) internetten (akıllı telefon, masaüstü bilgisayar, dizüstü bilgisayar, tablet vb. araçlar) hekim randevusu alma (sağlık kuruluşu veya hastane vb.) üzerine etkisinin incelendiği bu çalışmada, çalışma verilerini Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2018 yılında yürütülen Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması (HBTA) oluşturmaktadır. Söz konusu veriler ilgili kurumdan gerekli izinler alınarak elde edilmiştir. HBTA ile 16-74 yaş arasında yer alan bireylerin bilgisayar, akıllı telefon ve internet gibi araçları ne amaçla kullandıkları incelenmektedir. Bahsi geçen araştırmada sayılan amaçlardan biri de internet üzerinden hekim randevusu alma durumudur. Buna yönelik olarak araştırmada “Son üç ay içerisinde interneti web sitesi üzerinden bir doktordan randevu alma (sağlık kuruluşu veya hastane vb.) için kullandınız mı?” sorusu sorulmakta ve karşılığında “Evet” ya da “Hayır” cevaplarından biri alınmaktadır. Soruya “Evet” cevabı verenlerin internetten hekim randevusu aldığına, “Hayır” cevabı verenlerin ise almadığına karar verilmektedir. Bu çalışmada, bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin internet üzerinden hekim randevusu alma üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandığı için bireylerin son üç ay içerisinde internet üzerinden hekim randevusu alma durumu, bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. HBTA veri seti içerisinde yer alan, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, yaşanılan bölge, çalışma durumu ve internet kullanım sıklığı faktörleri ise bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

HBTA’da 2018 yılında 28888 katılımcı bulunmaktadır. Ancak 9499 katılımcı, üç aydan uzun süredir internet kullanmadığından araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Sonuç itibariyle çalışmaya 19389 katılımcı dahil edilmiştir.

Bu çalışmada tanımlayıcı istatistikler verilmiş ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini tespit amacıyla Lojistik Regresyon analiz yönteminden faydalanılmıştır. Regresyon yöntemleri, bir bağımlı değişken ile bir veya daha fazla bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi açıklayan veri analizlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Lojistik Regresyon yöntemi, verilerin analizinde en sık kullanılan regresyon yöntemlerinden biridir (Hosmer vd., 2013). Lojistik Regresyon genellikle üç amaç için kullanılmaktadır: Bağımlı değişkenin değişim olasılığını tahmin etmek, sonuçları sınıflandırmak ve model tahmini unsurları ile ilgili olasılık veya riske erişmek. Lineer veya normal regresyondan farklı olarak, Lojistik Regresyon kategorik değişkeni modellemek için uygundur. Lojistik Regresyon yönteminde kategorik değişken, genellikle bağımlı değişken olarak kullanılmaktadır (Hilbe, 2016). Bu çalışmadaki bağımlı değişkenin (internet üzerinden hekim randevusu alma durumu) kategorik/binary ve bağımsız değişkenlerin (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, yaşanılan bölge, çalışma durumu ve internet kullanım sıklığı) kategorik değişkenler olmasından ötürü en uygun analizin Lojistik Regresyon analizi olacağı belirlenmiştir ve kullanılmıştır (Hosmer vd., 2013).

III. BULGULAR

Tablo 1’de çalışma kapsamındaki katılımcıların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	9190	47,4
Erkek	10199	52,6
Yaş		
25 yaş ve altı	4708	24,3
26-35 yaş	4912	25,3
36-45 yaş	4816	24,8
46 yaş ve üstü	4953	25,5
Hanehalkı Aylık Gelir (TL)		
1900 ve altı	4902	25,3
1901 ve 3000 arası	3975	20,5
3001 ve 4000 arası	5840	30,1
4001 ve üstü	4672	24,1
Eğitim		
Bir okul bitirmedi	506	2,6
İlkokul	4788	24,7
Ortaokul	4564	23,5
Lise	4913	25,3
Önlisans ve Lisans	4119	21,2
Lisansüstü	499	2,6
Bölge		
İstanbul	3014	15,5
Batı Marmara	1090	5,6
Doğu Marmara	1893	9,8
Ege	2208	11,4
Akdeniz	2066	10,7
Batı Anadolu	2200	11,3
Orta Anadolu	1381	7,1
Batı Karadeniz	1331	6,9
Doğu Karadeniz	1006	5,2
Kuzeydoğu Anadolu	681	3,5
Ortadoğu Anadolu	1271	6,6
Güneydoğu Anadolu	1248	6,4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	10127	52,2
Çalışmıyor	9262	47,8
İnternet Kullanım Sıklığı		
Hemen her gün	16984	87,6
Haftada en az bir defa	1831	9,4
Haftada bir defadan az	574	3,0
Toplam	19389	100,0

Çalışma katılımcılarının %52,6’sı erkek ve %47,4’ü kadındır. Katılımcıların %24,3’ünü 25 yaş ve altında, %25,3’ünü 26-35 yaş arasında ve %50,4’ünü 36 yaş ve üstünde yer alan bireyler oluşturmaktadır. Bireylerin yaş ortalaması 36,6’dır (SS=13,25). Katılımcıların hanehalkı gelir düzeylerine bakıldığında %24,1’inin 4001 TL ve üzerinde bir gelire sahip oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde %24,7'sinin ilkokul, %23,5'inin ortaokul, %25,3'ünün lise, %21,2'sinin önlisans/lisans ve %2,6'sının lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaşadıkları bölgelerin başında İstanbul gelmektedir. Katılımcıların %52,2'sinin herhangi bir işte çalıştığı ve %47,8'inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Katılımcılara internet kullanım sıklıkları sorulduğunda %87,6'sının hemen her gün kullanıyorum cevabı verdiği saptanmıştır.

Tablo 2. Son 3 Ayda İnternet Üzerinden Bir Hekimden (Sağlık Kuruluşu veya Hastane vb.) Randevu Alanlar

Randevu Alma	n	%
Evet	6469	33,4
Hayır	12920	66,6
Toplam	19389	100,0

Çalışmanın yapıldığı tarih itibarıyla son 3 ay içerisinde katılımcıların %33,4'ünün interneti bir hekimden (sağlık kuruluşu veya hastane vb.) randevu almak amacıyla kullandığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 2).

Tablo 3'te katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin internet üzerinden bir hekimden randevu alma üzerine etkisini gösteren Lojistik Regresyon Analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo 3 incelendiğinde modelde yaş, gelir, eğitim, bölge, çalışma durumu ve internet kullanım sıklığı değişkenlerinin istatistiki açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yaş değişkeni incelendiğinde, 25 yaş ve altı (OR (Odds Ratio-Odds Oranı) = 1,21, CI (Confidence Interval-Güven Aralığı) [1,10-1,35]), 26-35 yaş (OR= 1,50, CI [1,36-1,65]) ve 36-45 yaş (OR= 1,20, CI [1,10-1,32]) arasında yer alan katılımcıların, 46 yaş ve üstündeki katılımcılara kıyasla internet üzerinden daha fazla randevu aldıkları tespit edilmiştir. Hanehalkı aylık geliri açısından, gelir düzeyi 1901 ve 3000 TL arası (OR= 1,15, CI [1,04-1,28]), 3001 ve 4000 TL arası (OR= 1,28, CI [1,17-1,41]) ve 4001 TL ve üzeri (OR= 1,38, CI [1,25-1,53]) olanların, 1900 TL ve altında bir gelire sahip olanlara göre internet üzerinden bir hekimden daha fazla randevu aldıkları ve gelirin artması ile randevu almada bir artış olduğu belirlenmiştir. Bir okul bitirmeyenlerle kıyaslandığında ilkokul (OR= 2,19, CI [1,55-3,08]), ortaokul (OR= 3,09, CI [2,20-4,35]), lise (OR= 5,63, CI [4,01-7,90]), önlisans ve lisans (OR= 8,79, CI [6,24-12,36]), lisansüstü (OR= 9,61, CI [6,55-14,10]) eğitimini tamamlayan katılımcıların interneti bir hekimden randevu almak amacıyla daha fazla kullandığı ve eğitim düzeyi arttıkça internet üzerinden randevu almada da önemli bir artış meydana geldiği saptanmıştır. İstanbul (OR= 3,27, CI [2,63-4,08]), Batı Marmara (OR= 1,77, CI [1,38-2,27]), Ege (OR= 3,56, CI [2,84-4,47]) ve diğer tüm bölgelerde (Batı Anadolu dışında sonuçlar istatistiki açıdan anlamlıdır) yaşayan katılımcıların Kuzeydoğu Anadolu'da yaşayanlara kıyasla daha fazla internet üzerinden hekim randevusu aldıkları tespit edilmiştir. Çalışan katılımcıların çalışmayanlara kıyasla (OR= 1,10, CI [1,01-1,18]) internet üzerinden daha fazla hekim randevusu aldıkları belirlenmiş olup sonuç istatistiki açıdan anlamlıdır. İnternet kullanım sıklığı açısından değerlendirildiğinde hemen her gün (OR= 2,94, CI [2,22-3,88]) ve haftada en az bir defa (OR= 1,46, CI [1,07-1,99]) interneti kullanan katılımcıların interneti iki ya da üç haftada bir kullanan katılımcılara kıyasla internet üzerinden daha fazla bir hekim randevusu aldıkları bulunmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin İnternet Üzerinden Hekim Randevusu Alma Davranışına Etkisine İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bireysel Özellikler	β	OR (%95 CI)*	p
Cinsiyet			
Kadın	0,039	1,04 (0,97-1,12)	0,289
Erkek (Referans)			
Yaş			
25 yaş ve altı	0,195	1,21 (1,10-1,35)	<0,001
26-35 yaş	0,405	1,50 (1,36-1,65)	<0,001
36-45 yaş	0,184	1,20 (1,10-1,32)	<0,001
46 yaş ve üstü (Referans)			
Hanehalkı Aylık Gelir (TL)			
1900 ve altı (Referans)			
1901 ve 3000 arası	0,144	1,15 (1,04-1,28)	0,005
3001 ve 4000 arası	0,249	1,28 (1,17-1,41)	<0,001
4001 ve üstü	0,325	1,38 (1,25-1,53)	<0,001
Eğitim			
Bir okul bitirmede (Referans)			
İlkokul	0,784	2,19 (1,55-3,08)	<0,001
Ortaokul	1,130	3,09 (2,20-4,35)	<0,001
Lise	1,728	5,63 (4,01-7,90)	<0,001
Önlisans ve Lisans	2,173	8,79 (6,24-12,36)	<0,001
Lisansüstü	2,263	9,61 (6,55-14,10)	<0,001
Bölge			
İstanbul	1,186	3,27 (2,63-4,08)	<0,001
Batı Marmara	0,572	1,77 (1,38-2,27)	<0,001
Doğu Marmara	0,712	2,04 (1,63-2,55)	<0,001
Ege	1,271	3,56 (2,84-4,47)	<0,001
Akdeniz	0,459	1,58 (1,26-1,98)	<0,001
Batı Anadolu	0,162	1,18 (0,93-1,48)	0,170
Orta Anadolu	0,687	1,99 (1,57-2,52)	<0,001
Batı Karadeniz	0,714	2,04 (1,61-2,59)	<0,001
Doğu Karadeniz	0,981	2,67 (2,09-3,41)	<0,001
Ortadoğu Anadolu	0,340	1,40 (1,10-1,80)	0,007
Güneydoğu Anadolu	0,556	1,74 (1,37-2,23)	<0,001
Kuzeydoğu Anadolu (Referans)			
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	0,087	1,10 (1,01-1,18)	0,026
Çalışmıyor (Referans)			
İnternet Kullanım Sıklığı			
Hemen her gün	1,077	2,94 (2,22-3,88)	<0,001
Haftada en az bir defa	0,379	1,46 (1,07-1,99)	0,016
İki ya da üç haftada bir (Referans)			

*OR: Odds Ratio (Odds Oranı), CI: Confidence Interval (Güven Aralığı)

Nagelkerke R²: 0,181Hosmer-Lemeshow: $\chi^2=8,714$; p=0,367

Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: %70,4

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

İnternet tabanlı hekim randevu sistemlerinin sağlık hizmetlerine olan erişimi kolaylaştırdığı bilinmesine karşılık yürütülen bu çalışmada internet üzerinden randevu alan bireylerin oranının yeterince yüksek olmadığı; Türkiye’de bireylerin %33,4’ünün internet üzerinden hekim randevusu aldığı belirlenmiştir. Google/Compete Hospital Study (2012) tarafından Amerika Birleşik

Devletleri'nde (ABD) gerçekleştirilen çalışmada, bireylerin %21'inin internet üzerinden hekim randevusu aldığı saptanmıştır. Eurostat tarafından Avrupa Birliği ülkeleri üzerinde yürütülen HBTA'da 2018 yılında 28 Avrupa Birliği ülkesinde internet üzerinden hekim randevusu alma oranının %17 olduğu tespit edilmiştir. Avrupa'da en yüksek internet üzerinden hekim randevusu alma oranına sahip ülkelerin %44 ile Finlandiya, %41 ile Danimarka ve %36 ile İspanya; en düşük oranlara sahip ülkelerin ise %2 ile Arnavutluk, %2 ile Bosna Hersek ve %3 ile Makedonya gibi Balkan ülkeleri olduğu belirlenmiştir (Eurostat, 2022). Avrupa ülkelerinde internet üzerinden hekim randevusu alma oranlarında bir artış olmasına rağmen hala söz konusu oranın düşük olduğu düşünülmektedir (Lundgren vd., 2020). Rogers'ın Yeniliklerin Yayılması Teorisi'ne göre bir yenilik, mevcut sosyal ve teknik çevre ile uyumlu ve halihazırda kullanılan uygulamalardan nispeten daha avantajlı ise bireyler veya toplumlar tarafından kabul edilme olasılığı daha yüksek olabilmektedir. Bu bakımdan internet üzerinden hekim randevusu alma oranlarının düşük olması, bireylerin tutum ve davranışlarıyla uyumlu olmamasından ya da telefonla veya bizzat sağlık kurumuna başvurularak randevu almak gibi mevcut uygulamalara kıyasla avantajlı görülmemesinden kaynaklı olabilir (Grain vd., 2014). Ayrıca diğer nedenler arasında başta bireysel özellikler olmak üzere, bilgisayar okuryazarlığı becerisine sahip olunmaması, internet tabanlı randevu sistemlerinin varlığından haberdar olunmaması ve internet erişiminin bulunmaması gibi durumlar sayılabilmektedir (Zhao vd., 2017; Grain vd., 2014).

Bireysel özelliklerin internet üzerinden hekim randevusu alma davranışı üzerinde etkisinin incelendiği bu çalışmada yaş, gelir, eğitim durumu, yaşanılan bölge, çalışma durumu ve internet kullanım sıklığı değişkenlerinin internet üzerinden hekim randevusu alma davranışı üzerinde istatistiki açıdan anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetin ise istatistiki açıdan anlamlı bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Ganguli ve diğerleri (2020), Zhang ve diğerleri (2015) ve AlHajeri ve diğerleri (2021) tarafından yürütülen araştırmalarda da internetten hekim randevusu alma üzerinde cinsiyetin istatistiki açıdan anlamlı bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir.

Bireylerin internet üzerinden hekim randevusu alma durumlarının yaşa bağlı olarak değişebileceği ve yaş arttıkça internet teknolojileri kullanımının azalabileceği bildirilmektedir (Lundgren vd., 2020). Zira Grain ve diğerleri (2014) tarafından yürütülen çalışma söz konusu durumu desteklemekte olup 20-40 yaş arasında yer alan bireylerin diğer yaş gruplarına kıyasla internet üzerinden hekim randevusu almaya daha eğilimli olduğu saptanmıştır. Cao ve diğerleri (2011) tarafından yürütülen çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuş olup 40 yaş altında yer alan bireylerin, 40 yaş üstündeki bireylere kıyasla internet üzerinden hekim randevusu alma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak AlHajeri ve diğerleri (2021) tarafından yürütülen araştırmada, yaşın internet üzerinden hekim randevusu alma davranışı üzerinde istatistiki açıdan anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Yürütülen bu çalışmada ise literatüre benzer sonuçlar elde edilmiş olup 25 yaş ve altı, 26-35 ve 36-45 yaş grubunda yer alan bireylerin 46 yaş ve üstü bireylere kıyasla internet üzerinden daha fazla randevu aldıkları tespit edilmiştir.

Montagnier ve Vincenzo (2011), gelir ile internet kullanımı ve erişimi arasında pozitif yönde bir ilişkinin bulunduğunu bildirmektedir. Ucar ve diğerleri (2021) tarafından yürütülen çalışmada da internet teknolojilerinin kullanımı üzerinde gelirin doğrudan etkisinin olduğu saptanmıştır. Pew Research Center (2010) tarafından ABD'de gerçekleştirilen bir araştırmada, üst gelir grubunda bulunanların internet kullanımlarının daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yürütülen bu çalışmanın sonuçları da söz konusu sonuçları desteklemekte olup hanehalkı aylık gelirin internet üzerinden randevu alma üzerine istatistiki açıdan anlamlı etki ettiği ve gelir arttıkça internet üzerinden randevu alma eğiliminin arttığı belirlenmiştir. Hale (2013) tarafından online sağlık davranışının belirleyicilerinin incelendiği araştırmada, içerisinde internet üzerinden hekim randevusu alma davranışının da bulunduğu sağlık davranışları ile gelir arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. Pekgör ve diğerleri (2017) tarafından Konya ilinde MHRS kullanımını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada, MHRS kullanımının gelir ile paralel şekilde arttığı belirlenmiştir. Ancak Zhang ve diğerleri (2014) ve Ganguli ve diğerleri (2020) tarafından yürütülen araştırmalarda gelirin internetten randevu alma üzerine istatistiki açıdan anlamlı etkide bulunmadığı saptanmıştır.

Hale (2013) eğitimin internet erişimini, internet kullanımını ve internet tabanlı sağlık teknolojileri kullanımını artırdığını belirtmektedir. Bu çalışmanın sonuçları söz konusu durumu desteklemekte olup çalışma kapsamında bir okul bitirmeyenlerle kıyaslandığında ilkokul mezunlarının 2,19, ortaokul 3,09, lise 5,63, ön lisans ve lisans 8,79 ve lisansüstü mezunların 9,61 kat daha fazla internet üzerinden hekim randevusu aldığı tespit edilmiştir. Eğitimi durumu artıkça internette hekim randevusu alma eğiliminin de arttığı görülmektedir. Ganguli ve diğerleri (2020), Zhang ve diğerleri (2015), Zhang ve diğerleri (2014) ve Grain ve diğerleri (2014) tarafından yürütülen araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup eğitim durumunun internet üzerinden randevu alma davranışı üzerinde istatistiki açıdan anlamlı etki ettiği belirlenmiştir.

Çalışmanın diğer önemli bir sonucu yaşanılan bölgenin internet üzerinden hekim randevusu alma davranışı üzerinde etkili olduğudur. Referans bölge olan Kuzeydoğu Anadolu bölgesine kıyasla Batı Anadolu haricinde tüm bölgelerde internet üzerinden randevu almanın daha fazla olduğu saptanmış olup sonuçlar istatistiki açıdan anlamlıdır. Referans bölgeye kıyasla Ege, İstanbul, Doğu Karadeniz, Doğu Marmara ve Batı Karadeniz bölgelerinde internet üzerinden hekim randevusu almanın daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bölgeler arasındaki bu farklılığın temel nedenleri, internet kullanımı ve sosyo-ekonomik gelişmişlik olabilir. TÜİK (2022) tarafından yürütülen HBTA sonuçları bu durumu desteklemekte olup 2018 yılında en yüksek internet kullanım oranına sahip bölgelerin sırasıyla İstanbul (%84), Batı Anadolu (%79,8), Doğu Marmara (%76,7), Ege (%73,5), Akdeniz (%71,7) ve Batı Marmara (%70,0); en düşük internet kullanım oranına sahip bölgelerin ise sırasıyla Kuzeydoğu Anadolu (%51,9), Güneydoğu Anadolu (%58,4) ve Ortadoğu Anadolu (%60,4) olduğu bildirilmektedir. Ünsal ve Nazman (2018) tarafından Türkiye'deki bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik açısından incelendiği araştırma da bu çalışmanın sonuçlarını desteklemekte olup, en yüksek sosyo-ekonomik gelişmişliğe sahip bölgelerin sırasıyla İstanbul, Batı Marmara, Batı Anadolu, Doğu Marmara ve Ege; en düşük sosyo-ekonomik gelişmişliğe sahip bölgelerin ise sırasıyla Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu olduğu belirtilmektedir.

Çalışmanın bir diğer önemli sonucu, herhangi bir işte çalışan bireylerin çalışmayan bireylere kıyasla 1,10 kat daha fazla internet üzerinden hekim randevusu aldığıdır. Zhang ve diğerleri (2015) tarafında yürütülen araştırmada da benzer sonuç elde edilmiş olup bu durumun temel nedeni olarak herhangi bir işte çalışan bireylerin internete erişebilmelerinin daha mümkün olması görülmektedir. Anıl ve Köksal (2016) tarafından HBTA verileri kullanılarak yürütülen araştırmada, bir işte çalışmanın internet kullanımı üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir.

İnterneti daha sık kullanan bireylerin daha az kullanan bireylere kıyasla internet üzerinden randevu almak gibi elektronik uygulamalara daha fazla ilgi duyacağı belirtilmektedir (Peña ve Gil, 2007). Nitekim Yin ve Neyens (2020) tarafından yürütülen araştırmanın sonuçları bu durumu desteklemekte olup interneti sık şekilde kullananların, hiç kullanmayanlara ve daha az kullananlara nazaran internet üzerinden randevu alma olasılıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Gerçekleştirilen bu çalışmada da interneti hemen her gün kullananlar, iki ya da üç haftada bir kullananlardan 2,94 kat daha fazla internet üzerinden randevu aldığı; haftada en az bir defa kullananların ise 1,46 kat daha fazla internet üzerinden randevu aldığı saptanmıştır.

Geleneksel randevu yöntemleriyle karşılaştırıldığında, internet tabanlı randevu sistemleri daha hasta merkezlidir ve erişim imkanını artırdığından birçok avantaja sahiptir. İnternet tabanlı randevu sistemlerinin pek çok uygulamada, randevuya gelmeme oranını azalttığı, bekleme sürelerini kısalttığı, iş gücüne olan ihtiyacı azalttığı ve hasta memnuniyetini artırdığı bildirilmektedir. Son zamanlarda bu tür sistemlerin kullanım eğilimi artmasına rağmen bireysel özellikler, bireylerin internet tabanlı randevu sistemlerini benimsemedeki isteksizliği, sistemlerin karmaşıklığı ve teknoloji okuryazarlığı gibi durumlar sebebiyle internet tabanlı randevu sistemlerinin kullanımının istenen düzeyde olmadığı düşünülmektedir (Zhao vd., 2017).

Türkiye üzerinde yürütülen bu çalışmada, yaş, gelir, eğitim durumu, yaşanılan bölge, çalışma durumu ve internet kullanım sıklığı gibi bireysel değişkenlerin internet üzerinden randevu alma davranışı üzerinde etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda bireysel özellikler dikkate

alınarak, internet tabanlı randevu sistemlerinin toplum ve bireyler tarafından yaygın şekilde kullanılabilmesi için çeşitli müdahalelere ihtiyaç bulunmaktadır. İlk olarak, internet erişiminin ve internet kullanımının düşük olduğu bölgelerde erişimi ve kullanımı artıracak altyapı yatırımlarının artırılması ve ayrıca bireylerin internet kullanımını artırmak için teknolojilerin ve internetin uygun maliyetle sunulması önerilmektedir. İkinci olarak, internet erişimine sahip olmayan bireylere ikametlerine yakın kamu kurum veya kuruluşlarda (muhtarlık gibi) ücretsiz internet erişim imkânı sunulmalı ve başta internet üzerinden randevu almak gibi elektronik hizmetlerinin kullanımı konusunda bilgilendirici ve eğitici faaliyetler yürütülmelidir. Üçüncü olarak, daha yüksek yaş grubunda bulunanların, eğitim durumu düşük olanların ve daha düşük gelir grubunda yer alanların internet üzerinden randevu alma düzeyinin daha düşük olduğu saptanmış olup söz konusu özelliklere sahip bireyler internet üzerinden randevu alma noktasında dezavantajlı grubu oluşturmaktadır. Bu sebepten dezavantajlı bireylerin teknoloji okuryazarlığını geliştirebilecek eğitimlerin düzenlenmesi veya belirli elektronik hizmetlerin nasıl kullanılacağına ilişkin kamu spotları hazırlanabilir. Bunun yanı sıra bu bireylerin internet üzerinden randevu alma davranışının ve farkındalığının oluşturulması için sosyal pazarlama faaliyetlerine daha fazla ağırlık verilmesi yararlı olabilir. Dördüncü olarak, birinci basamak sağlık kurumlarının işlevselliği artırılarak sevk sisteminin etkin şekilde işletilmesi ile randevu planlamasının aile hekimlikleri tarafından yapılması sağlanabilir. Beşinci olarak, farklı randevu türlerine göre simülasyonlar yürütülüp hasta bekleme sürelerine ilişkin tahminler gerçekleştirilebilir. Bu tahminlere bağlı olarak internet üzerinden randevular için ne kadar kontenjan ayrılacağı belirlenebilir. Son olarak internet tabanlı randevu sistemleri her yaş grubu için kullanım kolaylığına ve herhangi bir sorun durumunda canlı destek gibi çevrimiçi iletişim kanallarına sahip olmalıdır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlardan faydalanarak gelecekte yürütülecek çalışmalarda belirli özelliklere sahip bireylerin neden internet tabanlı randevu sistemlerini kullanmadıklarını ve internet tabanlı randevu sistemlerinin Türkiye'deki özel ve kamu sağlık kurumları ile hastalara sağladığı faydaları araştırmaları önerilmektedir. Ek olarak, internet tabanlı randevu sistemlerinin sağlık kurumları üzerinde doğrudan ya da dolaylı çeşitli etkileri göz önüne alındığında internet üzerinden randevu sistemlerini etkin kullanan sağlık kurumları ile kullanmayan sağlık kurumlarının etkinlik düzeylerinin karşılaştırılması önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Çalışma, etik kurul izni gerektirmemektedir.

KAYNAKLAR

- AlHajeri, K. K., Al-Hashimi, M., Badawi, S., & Hamdan, A. (2021). The impact of the online patient appointment system on the quality of health and medical services. A. Hamdan, A. E. Hassanien, R. Khamis, B. Alareeni, A. Razzaque, B. Awwad (Eds.), In *Applications of Artificial Intelligence in Business, Education and Healthcare* (pp. 239-253). Springer, Cham.
- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitru, R. C., Pudule, I., Santana, S., Voss, H., & Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health*, 7(1), 1-7.
- Anıl, B., & Köksal, E. (2016). Türkiye'de interneti kimler, ne için kullanıyor?. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 38(1), 1-13.
- Ascione, R. (2021). *The future of health: How digital technology will make care accessible, sustainable, and human*. John Wiley & Sons.
- Cao, W., Wan, Y., Tu, H., Shang, F., Liu, D., Tan, Z., Sun, C., Ye, Q., & Xu, Y. (2011). A web-based appointment system to reduce waiting for outpatients: A retrospective study. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-5.
- Demirci, Ş. (2019). Sağlıkın dijitalleşmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(26), 710-721.

- Demirci, Ş., & Uğurluoğlu, Ö. (2020). Dijital pazarlama kanalları: Özel sağlık kuruluşlarına yönelik bir inceleme. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 39, 339-351.
- Dorn, S. D. (2015). Digital health: Hope, hype, and Amara's Law. *Gastroenterology*, 149(3), 516-520.
- Eurostat. (2022, Mart 22). *ICT usage in households and by individuals*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/digital-economy-and-society/data/database>
- Ganguli, I., Orav, E. J., Lupo, C., Metlay, J. P., & Sequist, T. D. (2020). Patient and visit characteristics associated with use of direct scheduling in primary care practices. *JAMA Network Open*, 3(8), 1-10.
- Genç, Ç. (2019). Özel hastanelerin kurumsal iletişim faaliyetlerinde kurumsal web sitelerinin kullanımı. *Selçuk İletişim*, 12(2), 879-913.
- Google/Compete Hospital Study. (2012, Mart 22). *The digital journey to wellness*. https://www.thinkwithgoogle.com/_qs/documents/684/the-digital-journey-to-wellness-hospital-selection_research-studies.pdf
- Grain, H., Martin-Sanchez, F., & Schaper, L. K. (2014). *Investing in e-health: People, knowledge and technology for a healthy future: Selected papers from the 22nd Australian National Health Informatics Conference (HIC 2014)* (Vol. 204). IOS Press.
- Hale, T. M. (2013). Is there such a thing as an online health lifestyle? Examining the relationship between social status, internet access, and health behaviors. *Information, Communication & Society*, 16(4), 501-518.
- Harper, P. R., & Gamlin, H. M. (2003). Reduced outpatient waiting times with improved appointment scheduling: a simulation modelling approach. *OR Spectrum*, 25(2), 207-222.
- Hilbe, J. M. (2016). *Practical guide to logistic regression*. Chapman and Hall/CRC.
- Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression*. John Wiley & Sons.
- Kurşun, A., & Kaygısız, E. G. (2018). Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) uygulamalarına yönelik memnuniyet ve erişilebilirlik düzeyinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 401-409.
- Lundgren, A., Randall, L., & Norlén, G. (2020). *State of the Nordic Region 2020—Wellbeing, health and digitalisation edition*. Nordic Council of Ministers.
- Montagnier, P., & Vincenzo, S. (2011). The determinants of ICT expenditures by households: A micro data analysis. *Statistika: Statistics and Economy Journal*, 48(2), 60-77.
- Parmar, V., Large, A., Madden, C., & Das, V. (2009). The online outpatient booking system'choose and book'improves attendance rates at an audiology clinic: a comparative audit. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 17(3), 183-186.
- Pekgör, S., Eryılmaz, M. A., Solak, İ., Pekgör, A., Yaka, H., Kaya, İ. F. K., Korkusuz, D., Mercan, S., Bolatkale, K., & Koç, M. (2017). Evaluation of factors affecting the use of the Central Physician Appointment System. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 28(3), 204-211.
- Peña, J. L. M., & Gil, O. M. (2007). *E-Health for patient empowerment in Europe*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.

- Pew Research Center. (2010, Kasım 24). *Use of the internet in higher-income households*. <https://www.pewresearch.org/internet/2010/11/24/use-of-the-internet-in-higher-income-households/>
- Praveena, M. A., Krupa, J. S., & SaiPreethi, S. (2019, March). Statistical analysis of medical appointments using decision tree. In *2019 Fifth International Conference on Science Technology Engineering and Mathematics (ICONSTEM)* (Vol 1, pp. 59-64). IEEE.
- Sağlık Bakanlığı. (2022, Mart 21). *Merkezi hekim randevu sistemi*. <https://www.mhrs.gov.tr/hakkimizda.html>
- TÜİK. (2022, Mart 28). *İstatistiki bölge birimleri sınıflaması düzey 1'e ve cinsiyete göre bireylerin internet kullanım oranı*. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Bilim,-Teknoloji-ve-Bilgi-Toplumu-102>
- Ucar, I., Gramaglia, M., Fiore, M., Smoreda, Z., & Moro, E. (2021). News or social media? Socio-economic divide of mobile service consumption. *Journal of the Royal Society Interface*, *18*(185), 1-11.
- Ünsal, M. G., & Nazman, E. (2020). Investigating socio-economic ranking of cities in Turkey using data envelopment analysis (DEA) and linear discriminant analysis (LDA). *Annals of Operations Research*, *294*(1), 281-295.
- Xie, H., Prybutok, G., Peng, X., & Prybutok, V. (2020). Determinants of trust in health information technology: An empirical investigation in the context of an online clinic appointment system. *International Journal of Human-Computer Interaction*, *36*(12), 1095-1109.
- Yin, R., & Neyens, D. M. (2020). Online health resource use by individuals with inflammatory bowel disease: Analysis using the national health interview survey. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(9), 1-11.
- Zhang, M., Zhang, C., Sun, Q., Cai, Q., Yang, H., & Zhang, Y. (2014). Questionnaire survey about use of an online appointment booking system in one large tertiary public hospital outpatient service center in China. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, *14*(1), 1-11.
- Zhang, X., Yu, P., Yan, J., & Spil, T. A. (2015). Using diffusion of innovation theory to understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health innovations: a case study in a primary care clinic. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 1-15.
- Zhao, P., Yoo, I., Lavoie, J., Lavoie, B. J., & Simoes, E. (2017). Web-based medical appointment systems: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(4), 1-9.

HASTANE ÇALIŞANLARININ CAN SIKINTISI EĞİMLERİ İLE İŞ YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ *

Tuğçe DERE **
Ahmet ALKAN ***

ÖZ

Can sıkıntısı, birbirini tekrar eden aktivitelerden duyulan veya uyarıcılar arasındaki çatışmadan kaynaklanan tedirgin edici duygusal durumdur. İş yaşam kalitesi ise bireyin iş ve özel yaşamını bütün olarak değerlendiren bir yönetim felsefesidir. Sağlık hizmetlerinde can sıkıntısı eğiliminin görülebileceği ve can sıkıntısının iş yaşam kalitesi düzeyinde olumsuz sonuçlara neden olabileceği düşünülmektedir. Buradan hareketle bu çalışma ile hastane çalışanlarında can sıkıntısı eğiliminin var olup olmadığına cevap aranacaktır. Ayrıca hastane çalışanlarının can sıkıntısı ve iş yaşam kalitesinin demografik değişkenler açısından anlamlı farklılık arz edip etmeyeceği ve can sıkıntısının iş yaşam kalitesi boyutları ile ilişkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile ortaya konulmuştur. Veri toplama aracı olarak nicel araştırma yönteminden anket tekniğinin kullanıldığı çalışmanın evrenini, Isparta il merkezinde bulunan Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi çalışanları oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemiyle toplam 610 hastane çalışanına ulaşılmıştır. Araştırmada “İş Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile “Kısa Can Sıkıntısı Eğilimi Ölçeği” kullanılmıştır. Demografik bilgilere ek olarak iş memnuniyeti, yaşama dair amaç ve hayatın anlamına yönelik sorulara da yer verilmiştir. Araştırma sonucunda; hastane çalışanlarında can sıkıntısı eğiliminin uyarıcılar arasındaki çatışmadan ziyade birbirini tekrar eden monoton faaliyetler sonucunda ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Korelasyon analizi sonucunda hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimi ile iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, işi kontrol edebilme, iş yaşamında stres, çalışma koşulları ve aile iş yaşam dengesi boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda yaşamda belirli bir amacı olmayan, hayatı anlamlı bulmayan hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimine daha yatkın olduğu ve işinden daha az memnuniyet duyduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Can sıkıntısı eğilimi, can sıkıntısı akış diyagramı, iş yaşam kalitesi, hastane çalışanları.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma Tuğçe Dere'nin “Hastane Çalışanlarının Can Sıkıntısı Eğilimleri ile İş Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki” başlıklı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

** Doktora öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, tugcedere@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3686-2396>

*** Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetalkan_88@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4964-8591>

Gönderim Tarihi: 08.02.2022

Kabul Tarihi: 29.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Dere, T. & Alkan, A. (2022). Hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimleri ile iş yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 655-680

THE RELATIONSHIP BETWEEN HOSPITAL EMPLOYEES BOREDOM TENDENCIES AND QUALITY OF WORK LIFE *

Tuğçe DERE †*
Ahmet ALKAN ***

ABSTRACT

Boredom is an unsettling emotional state that results from repetitive activities or conflict between stimuli. Quality of work life is a management philosophy that evaluates the work and private life of the individual as a whole. It is thought that a tendency to boredom can be seen in health services and boredom may cause negative consequences at the level of work life quality. From this point of view, this study will seek to answer whether there is a tendency to boredom in hospital employees. In addition, it is aimed to reveal whether the boredom and work life quality of hospital employees will show a significant difference in terms of demographic variables and to reveal the relationship of boredom with the dimensions of work life quality. The relationship between the variables was revealed by Pearson correlation analysis. The population of the study, in which the survey technique from the quantitative research method was used as a data collection tool, consists of the employees of Süleyman Demirel University Hospital and Isparta City Hospital located in the city center of Isparta. A total of 610 hospital employees were reached with the convenience sampling method. "Quality of Work Life Scale" and "Short Boredom Tendency Scale" were used in the research. In addition to demographic information, questions about job satisfaction, purpose of life and meaning of life were also included. As a result of research; It has been determined that the tendency to boredom in hospital employees arises as a result of repetitive monotonous activities rather than conflict between stimuli. As a result of the correlation analysis; A negative significant relationship was found between the dimensions of "job and career satisfaction", "general well-being", "controlling the job", "stress at work", "working conditions", "family work-life balance". At the same time, there was a moderately negative significant relationship between "boredom tendency" and "quality of work life". In addition, it was concluded that hospital employees who do not have a specific purpose in life and do not find life meaningful are more tendency to boredom and are less satisfied with their work.

Keywords: Boredom tendency, boredom flow diagram, quality of work life, hospital employees.

ARTICLE INFO

* This study was produced from Tuğçe Dere's Master Thesis titled "The Relationship Between Hospital Employees Boredom Tendencies and Quality of Work Life".

** Süleyman Demirel University, tugcedere@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3686-2396>

*** Assist. Prof., Süleyman Demirel University, ahmetalkan_88@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4964-8591>

Received:08.02.2022

Accepted:29.08.2022

Cite This Paper:

Dere, T. & Alkan, A.(2022). The relationship between hospital employees boredom tendencies and quality of work life. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 655-680

I. GİRİŞ

Çalışma ortamında veya gündelik yaşamda bireylerin sık sık yaşayabildiği bir duygu durumu olan can sıkıntısı 1900'li yıllardan günümüze üzerinde durulan konular arasındadır. Özellikle uluslararası literatürde daha fazla çalışma alanına sahip olduğu görülen can sıkıntısı daha çok iş yaşamında tekdüze görevlerin yoğun olduğu montaj hattı gibi fabrikalarda incelemeye değer görülmüştür. İş-yaşam koşullarının değişmesinin yanı sıra çalışan bireylere yönelik olan mekanik algının daha insani yöne kaymasıyla can sıkıntısı kavramının psikoloji, endüstriyel psikoloji ve eğitim psikolojisi gibi alanlarda da çalışmaya değer konular arasına girdiği söylenilebilir. Ancak sağlık sektörünün bu alanların dışında kaldığı görülmüştür. Rutin işlerden, uyarıcılar arası çatışmadan, yapılan işin anlamı ve amacından yoksun olma gibi nedenlerden dolayı hastane çalışanlarında da can sıkıntısı eğilimi yaşanabilir. Can sıkıntısı eğiliminin artması dikkat dağınıklığı, stres, yorgunluk, yabancılaşma, saldırgan davranışlar sergileme, depresyon ve intihar gibi ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu doğrultuda can sıkıntısının pek çok psikolojik terimle etkileşim içerisinde olduğu ifade edilebilir. Ayrıca benzer psikolojik kavramlarla ilişkisinden söz edilmesine rağmen can sıkıntısı kavramının hem ulusal hem de uluslararası literatürde genel hatları ile çizilmiş bir akış diyagramının olmaması da dikkat çekmektedir. Bu doğrultuda can sıkıntısının nedenlerini ve sonuçlarını genel hatları ile anlamak ve diğer psikolojik terimlere göre yerini konumlandırmak adına can sıkıntısı akış diyagramı oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından oluşturulan akış diyagramı ile basit olarak nitelendirilen can sıkıntısının, önüne geçilmediği takdirde nasıl tehlikeli bir duruma neden olduğu aktarılmak istenmiştir.

İnsan ilişkilerinin yoğun olduğu ve hata payının olmadığı sağlık sektöründe üst kademe baskısı, rutin görevler, hekimlerin hastaları ile ilişkisi hastane çalışanlarında can sıkıntısı, stres gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olabilir. Bu olumsuz çıktılar düşünüldüğünde hastane çalışanlarının iş yaşam kalitesinin ölçülmesinin önem arz ettiği söylenilebilir. Sadece çalışma yaşamına ve ast-üst ilişkisine odaklanmayan, özel yaşam ile iş yaşamı çerçevesinde bireyin bir bütün olarak değerlendirilmesi ise iş yaşam kalitesi olarak ifade edilebilir.

Çalışmada, hastane çalışanlarında meydana gelen can sıkıntısı eğilimi ile bu ruh halinin ortaya çıkabileceği çalışanın iş ve özel yaşamı birlikte değerlendirilmek istenmiştir. Bu durumun altında ise can sıkıntısı duygusunun tekdüzelikten meydana geldiği, içsel ve dışsal uyartım eksikliğinden kaynaklandığı ve çoğunlukla olumsuz sonuçlar doğurduğu bilgileri yatmaktadır. Yaşanan can sıkıntısı ise hem özel hem de iş yaşamında mutsuz hissetme, işten uzaklaşma, performansta düşme, hata oranında artma ve iş memnuniyetinde azalma gibi olumsuz faktörlerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu doğrultuda bireyi bir bütün olarak ele alan iş yaşam kalitesi ile can sıkıntısı değişkenlerinin birlikte kullanılmasının hastane çalışanlarının genel iyilik ve iş memnuniyeti gibi düzeyleri hakkında değerli bilgiler sunacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile hastane çalışanlarında can sıkıntısı eğiliminin var olup olmadığına cevap aranacak; ayrıca hastane çalışanlarının can sıkıntısı ve iş yaşam kalitesinin demografik değişkenler açısından anlamlı farklılık arz edip etmeyeceğinin ve can sıkıntısının iş yaşam kalitesi boyutları ile ilişkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Can Sıkıntısı

Bireylerin isteklerinin karşılanmaması, istemedikleri şeylere maruz kalmaları, yapacak bir şey bulamamaları veya hayatı anlamlandıramadıkları durumlarda hissedilen ruh halini ifade etmek için can sıkıntısı kavramı sık sık kullanılmaktadır. O'Hanlon (1981) can sıkıntısının daha çok uyarıcılar arası çatışmadan kaynaklı ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Can sıkıntısına dair en genel tanımı ortaya süren Lipps (1903) ise, bireyin ihtiyaç duyduğu aktivitenin içsel ve dışsal uyarıcıların noksanlığından kaynaklı karşılanmaması durumunda can sıkıntısının meydana geldiğini ifade etmiş; içsel ve dışsal uyarıcıların can sıkıntısının farklı türlere ayrılmasında da paya sahip olduğunu belirtmiştir. Bu türlerden bazıları şunlardır; patolojik can sıkıntısı, basit can sıkıntısı (Fenichel, 1951), normal can sıkıntısı, kronik can sıkıntısı, boş zaman can sıkıntısı, iş yerinde can sıkıntısı (Bieber, 1951), duyarlı can sıkıntısı (Bernstein, 1975) durumsal can sıkıntısı, doyunluk sıkıntısı, varoluşsal sıkıntı ve

yaratıcı sıkıntıdır (Doehlman 1991'den akt. Svendsen, 1999). Ortaya konulan can sıkıntısı türleri içerik ve kapsam açısından değerlendirildiğinde basit can sıkıntısı (normal can sıkıntısı, duyarlı can sıkıntısı) ve kronik can sıkıntısı (varoluşsal can sıkıntısı, patolojik can sıkıntısı) olarak iki ana başlık altında ele almak mümkündür.

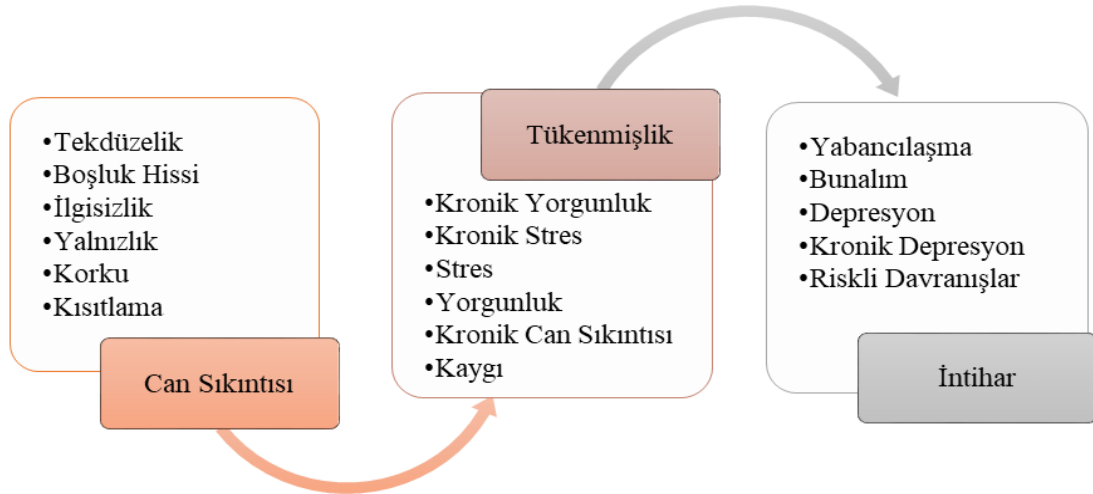
Görüldüğü üzere can sıkıntısı pek çok türe ayrılmıştır. Bu türlerin ayrımında ise teorik arka plandaki çeşitlilikten kaynaklandığı söylenebilir. Fisher (1993)'in de belirttiği gibi kapsamlı yapısından dolayı net bir tanımı bulunmayan can sıkıntısının özellikle örgütsel anlamda değer görmemesinden kaynaklı kesin bir teorisi de bulunmamaktadır. Bu yüzden çoğu araştırmacı can sıkıntısının doğasını anlamak için belirli yaklaşımlar benimsemişlerdir. Bunlar; bastırılmış dürtüler sonucunda can sıkıntısı yaşandığını ifade eden psikoanalitik yaklaşım (Corey, 2008; Fenichel, 1951), hayatın anlamı ve amacı üzerine odaklanan varoluşsal yaklaşım (Frankl, 2009; Fromm, 1990; Schopenhauer, 2007), monotonluğa bağlı uyarılmayı ve bireyi kendi tercihlerine göre değerlendiren seçim kuramını içine alan davranışsal yaklaşımdır (Csikszentmihalyi, 2018; Cüceloğlu, 2010; Glasser, 2002; O'Hanlon, 1981). Ek olarak can sıkıntısının zihinsel süreçler üzerindeki etkisini ele alan bilişsel yaklaşım ve insan unsurunu anlamada psikolojik faktörlerin birlikte değerlendirmesini savunan etkileşimsel yaklaşım (Esman, 1979; Fisher, 1993) bulunmaktadır.

Can sıkıntısını duygusal bir durum olarak düşündüğümüzde altında yatan nedenlerin çeşitlilik gösterebileceği söylenebilir. Can sıkıntısı eğiliminde cinsiyet (Vodanovich & Watt, 1999; Watt & Vodanovich, 1999), yaş (Bernstein, 1975), zihinsel kapasite düzeyi, içe ve dışa dönük yapı (Ahmed, 1990), tekrarlayan aktiviteler (Hill, 1975), düşük veya yüksek uyarılma (O'Hanlon, 1981), kısıtlama (Bieber, 1951; Ohlmeier vd., 2022), yalnızlık (Naftalin, 1962) ve ilgisiz iş-yaşam çevresi (Eastwood vd., 2012; Greenson, 1953) ve öz-farkındalık (Seib ve Vodanovich, 1998) gibi pek çok faktör neden olmaktadır. Can sıkıntısının altında yatan pek çok neden olduğu gibi bu duygunun yaşanmasından kaynaklı çeşitli sonuçlar da ortaya çıkabilmektedir. Bunlar bireylerin performansında eksiklik, tatminsizlik (O'Hanlon, 1981), sorumluluktan kaçınma, işi erteleme (Dursun, 2016; Metin vd., 2016), odaklanmada güçlük, artan bireysel hatalar (Ahmed, 1990), isteksizlik ve motive olmada güçlük (Watt ve Vodanovich, 1999) gibi can sıkıntısının neden olduğu daha çok kısa vadeli sonuçları iken; saldırgan tutum ve davranışlar, anlamsal boşluk, anksiyete, depresyon ve intihar (Bergler, 1945; Greenson, 1953; O'Hanlon, 1981) ise can sıkıntısının neden olduğu uzun vadeli sonuçlar olarak ele alınabilir.

Can sıkıntısının kısa vadeli sonuçları bir nevi uzun vadeli sonuçlarını besleyen kaynak olarak da görülebilir. Nitekim can sıkıntısı, nadasa bırakılmış bir tarla olarak düşünülebilir. Bazen üst üste ekime maruz kalan toprağın dinlenmesine, eski verimliliğini geri kazanmasına ihtiyacı vardır. Buldukları iklim özelliklerine göre ise her tarlanın nadasa bırakılma zorunluluğu yoktur. Nitekim yeterli su, ısı, güneş ışığı, gübre ve toprak için verim sağlayacak çeşitli kaynakların varlığı nadasa bırakmayı gerekli kılmayabilir. Can sıkıntısı da bir nevi her bireyin iklim özelliğine, bireysel farklılıklarına ya da çevresel etkilere göre ortaya çıkabilir. Eğer içeriden ve dışarıdan yeterli enerji kaynağı alamıyorsak bir süre tüm benliğimizi boşluğa, belirsizliğe yani nadasa bırakabiliriz. Ancak nadasa bırakılan sürenin uzaması toprağın sertleşmesine yani bireylerin toplumdan izole olmasına, yabancılaşmasına neden olabilir. Bundan dolayı daha verimli mahsul almak adına nadasa bırakma çok uzun tutulmamalıdır. Can sıkıntısı etkisi altında olan bireylerde de aynı şekilde sıkıntı süresinin uzaması yabancılaşmayı tetikleyebilirken, eskisinden daha iyi olmamızı sağlayacak faaliyetler aramak, toprağı işlemek ise can sıkıntısının olumlu anlamda harekete geçiren yönünü ortaya koyabilir.

Gerçekleştirilen kapsamlı literatür incelemesi sonucunda can sıkıntısına dair pek çok çalışmanın farklı yaklaşımlarla yapıldığı, farklı sonuçları doğurduğu ve farklı nedenlere dayandığı görülmektedir. Ancak bu çalışmalar içerisinde can sıkıntısı akış diyagramının yer almadığı fark edilmiştir. Aşağıda literatür taraması sonrası derlenen ve mevcut çalışmaların nedenleri ve sonuçlarıyla ilişkilendirilen can sıkıntısı akış diyagramı oluşturulmuştur.

Şekil 1. Can Sıkıntısı Akış Diyagramı



Ortaya konulan diyagram, can sıkıntısının altında yatan faktörlerin ve ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçların yer aldığı mevcut çalışmalar (Lewinsky, 1943; Bergler, 1945; Bieber, 1951; Fenichel, 1951; Greenon, 1953; Naftalin, 1962; Geiwitz, 1966; Bernstein, 1975; Smith, 1981; Ahmed, 1990; Ankey, 1992; Tolan, 1996; Ergen, 2002; Agombar, 2003; Sürgevil, 2006; Frankl, 2009; Sayar, 2009; Cüceloğlu, 2010; Eren, 2010; Ben-Zeev vd., 2012; Schaufeli ve Salanova, 2014; Burgess ve Chalder, 2017; Lee ve Zelman, 2019) doğrultusunda oluşturulmuştur. Diyagramda aslında can sıkıntısı duygusunun hafife alınabilecek genel geçer bir durum olmadığı mesajı verilmek istenmektedir. Şekil 1’de belirtilen psikolojik durumlar çoğaltılabilir ve hepsinin temelinde ortak faktörlere rastlanılabilir. Burada özellikle çalışma hayatındaki bireylerin maruz kaldığı belirli sağlık sorunlarına dikkat çekilmek istenmiştir. Özel yaşamda ve iş yaşamında meydana gelen ve basit olarak nitelendirdiğimiz duygular kartopu gibi ilerleyerek bireylerin ciddi sağlık problemleri ile psikolojik sorunlarla karşılaşmalarına neden olabilir. Bundan dolayı bireylerin sağlıklı ve kaliteli yaşam sürdürebilmeleri için gerek iş gerek özel yaşamında can sıkıntısı duygusuna tolerans gösterebilecek gücü kendilerinde bulmasının önem arz ettiği ifade edilmek istenmiştir.

2.2. İş Yaşam Kalitesi

Kavramsal olarak ülkelere göre farklılık gösteren iş yaşam kalitesi (İYK), Almanlar tarafından “işin insancillaştırılması”, Fransızlar tarafından “çalışma koşullarının iyileştirilmesi”, Doğu Avrupalılar tarafından ise “çalışanın korunması” şeklinde ifade edilmektedir (Yılmaz ve Tanrıverdi, 2017). Farklı kültürler açısından bakıldığında iş yaşam kalitesinin, çalışana göre şekillenen iş alanına ve çalışanların bu alanlardan sağladığı doyumunu artırma çabasına karşılık geldiği söylenebilir. İYK dar anlamda, çalışanların idari faaliyetlerde söz sahibi olmasını ifade etmektedir. Ancak yönetime katılımı artırmak için desteklenen yeterli ve adil tazminat, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamı, çalışan gelişimini artırma, iş yaşamındaki sosyal ortam ve iş dışı yaşam ile denge kurabilme faaliyetleri iş yaşam kalitesine daha geniş pencereden bakma olanağı sunmaktadır (Bhola, 2006). Rekabet ortamının hızla geliştiği dünyada çalışana verilen değerler arka planında yer alan söz hakkına sahip olma, ekonomik güvenlik, iş ve aile dengesi gibi faaliyetler iş yaşam kalitesinin düzeyini artırabildiği gibi çalışanı kurumda tutma yolları olarak da görülebilir (Dursun, 2019).

İYK ile ilgili çalışmalarda mevcut durumların da etkisiyle iş yaşam kalitesine dair farklı boyutlandırılmaların yapıldığı görülmüştür (Bakoğlu vd., 2016; Ferreira vd., 2014; Van Laar vd., 2007). İYK ile ilgili boyutların kurumlara ve ele alınan dönemlere göre farklılık göstermesi çalışma koşullarından ziyade değişen çalışan beklentilerinden kaynaklanmaktadır (Toplu, 1999). Ele alınan her bir boyutun iş yaşam kalitesini belirlemede etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak Van Laar ve diğerlerinin hastane çalışanları için yapmış oldukları iş yaşam kalitesi boyutları (iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, işi kontrol edebilme, iş yaşamında stres, çalışma koşulları ve iş yaşam

dengesi) hem hastane çalışanları üzerinde hem de günümüz şartları altında oluşturulmasından dolayı daha kapsayıcı olduğu düşünülmektedir.

III. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hastane çalışanlarını kapsayan bu çalışmanın evrenini Isparta il merkezinde bulunan Süleyman Demirel Üniversite Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi'nde olmak üzere toplam 4575 hastane çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmada, iki hastaneden toplam 664 hastane çalışanı (Hastane çalışanı olmamakla birlikte hastane nöbet süreçlerinde ve çalışma saatlerinde kurumda birebir yer almalarından dolayı intörn hekimler de çalışmaya dâhil edilmiştir) ulaşılmıştır. Ankette bulunan kontrol sorusuna (Bu maddeyi okuduysanız beş numaralı kutucuğu işaretleyiniz.) istenilen cevabı vermeyen ve eksik doldurulduğu fark edilen anketler çıkarılarak kalan 610 anket değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Mevcut anketin uygulanabilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan 27.07.2021 tarihli 110/2 sayılı karar ile gerekli etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca bahsi geçen hastanelerden veri toplanılabilmemesi için Isparta Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Isparta Şehir Hastanesi'nden ve Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Veriler toplanırken kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma için kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde Van Laar ve diğerlerinin (2007) geliştirdikleri 23 madde ve 6 boyuttan (iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, aile iş yaşam dengesi, iş yaşamında stres, işi kontrol edebilme ve çalışma koşulları) oluşan ve Türkçe'ye uyarlaması Akar ve Üstüner (2017) tarafından gerçekleştirilen "İş Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. 5'li likert tipi ölçekte ifadelere verilen katılma düzeyi katılmıyorlarsa "1", tamamen katılıyorlarsa "5" puan aralığında puanlandırılmıştır. Uyarlanan iş yaşam kalitesi ölçeğinin genel Cronbach Alpha değerini 0,93 ve alt boyutlarına dair Cronbach Alpha değerlerini 0,78 ile 0,91 arasında tespit etmişlerdir. Anketin ikinci bölümünde ise Struk ve diğerlerinin (2017) kısa formunu oluşturdukları ve Türkçe'ye uyarlaması Güner ve diğerleri (2021) tarafından yapılan 8 maddelik Kısa Can Sıkıntısı Eğilimi Ölçeği kullanılmıştır. 7'li likert tipi ölçekte ifadelere verilen katılma düzeyi kesinlikle katılmıyorum ise "1", kesinlikle katılıyorum ise "7" puan aralığında puanlandırılmıştır. Kısa Can Sıkıntısı Eğilimi Ölçeği'nin Cronbach Alpha değerini Güner ve arkadaşları 0,91 olarak tespit etmişlerdir. Anketin son bölümünde ise demografik değişkenlerden oluşan sorulara yer verilmiştir.

3.3. Araştırmanın Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığı ile yüz yüze toplanan veriler Statistical Package for the Social Sciences paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Toplanan veriler üzerinde analize başlamadan önce tanımlayıcı bilgiler elde etmek için aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları gerçekleştirilmiştir. Veriler normallik analizine tabi tutulmuş olup, her bir boyutun basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerlerine bakılmıştır. Söz konusu değerlerin kabul edilebilirlik sınırları genellikle sıfıra yakın olacak biçimde +1 ile -1 arasında dağılmasının özellikle likert tipi ölçekler için uygun olduğu söylenebilir (Gürbüz ve Şahin, 2018; Şencan, 2005). Yapılan normallik analizi sonucunda tüm boyutlar ve karşılaştırılan değişkenler normal dağılım gösterdiği için verilerin analizinde parametrik testlerden yararlanılmıştır. Boyutları değişkenlere göre karşılaştırırken ikili gruplarda "t testi" (independent t testi), üç ve üzeri değişkenli gruplarda ise "varyans analizi (ANOVA)" F Testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında farklılığın kaynağını tespit etmek için Tukey's (b) testi kullanılmıştır. Çalışmada can sıkıntısı eğilimi ve iş yaşam kalitesi boyutları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile ortaya konulmuştur.

IV. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	370	60,7
	Erkek	240	39,3
Yaş (Yıl)	<25	104	17,0
	26-30	136	22,3
	31-35	81	13,3
	36-40	87	14,3
	41-45	118	19,3
	46>	84	13,8
Medeni Durum	Evli	380	62,3
	Evli Değil	230	37,7
Eğitim Durumu	Lise	63	10,3
	Ön Lisans	147	24,1
	Lisans	286	46,9
	Lisansüstü	114	18,7
Aylık Gelir (TL)	<3000	143	23,4
	3001-5000	214	35,1
	5001-7000	151	24,8
	7001>	102	16,7
Çalışılan Hastane	Üniversite Hastanesi	273	44,8
	Şehir Hastanesi	337	55,2
İstihdam Türü	Kadrolu	450	73,8
	Sözleşmeli	160	26,2
Meslek	Hekim	95	15,6
	Hemşire ve Ebe	137	22,5
	İntörn Hekim	48	7,9
	Sağlık Teknikeri\Teknisyeni	65	10,7
	Tıbbi Sekreter	84	13,6
	Memur	65	10,7
	İşçi	69	11,3
	Diğer Hastane Çalışanı	47	7,7
Nöbet Tutma Durumu	Nöbet Tutuyor	327	53,6
	Nöbet Tutmuyor	283	46,4
Çalışılan Birim	Dâhili Birim	131	21,5
	Cerrahi Birim	112	18,4
	Poliklinik	72	11,8
	Acil	56	9,2
	İdari Birim	161	26,3
	Diğer Birimler	78	12,8
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	<5	222	36,4
	6-10	92	15,1
	11-15	79	13,0
	16-20	97	15,8
	21>	120	19,7
Mevcut Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	<3	245	40,2
	4-6	172	28,2
	7>	193	31,6
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	>40	263	43,1
	41>	347	56,9
Çalışanın İşinden Duyduğu Memnuniyet	İşimden Memnunum	473	77,5
	İşimden Memnun Değilim	137	22,5
Çalışanın Yaşama Dair Amacı	Amacı Var	555	91,0
	Amacı Yok	55	9,0
Çalışanın Hayatı Anlamlı Bulma Durumu	Hayat Anlamlı	504	82,6
	Hayat Anlamsız	106	17,4
Toplam		610	100,0

Tablo 1’de belirtildiği gibi, araştırmaya katılım sağlayan hastane çalışanlarının %60,7’si kadınlardan oluşurken, yarıdan fazlası (%52,6) 36 yaşından daha küçük ve evli olan katılımcıların (%62,3) çoğunlukta olduğu görülmektedir. Lisans eğitimine sahip katılımcıların (%46,9) diğer eğitim düzeylerine göre fazla olduğu ve çalışanların aylık gelir durumlarının ağırlıklı olarak (%35,1) 3001 ve 5000 TL arasında dağıldığı görülmektedir. Katılımcıların çoğunluğu (%55,2) şehir hastanesi çalışanlarından oluşurken, %73,8’i kadrolu çalışandır. Mesleklere göre dağılıma bakıldığında, hemşire ve ebelerin (%22,5) çoğunlukta olduğu görülmekte ve onları %15,6 ile hekimler takip etmektedir. Katılımcıların yarıdan fazlası (%53,6) nöbet tutmaktadır. Çalışmaya ağırlıklı olarak (%21,5) dâhili birimden katılım sağlanırken, en az (%9,2) poliklinik ve acil birimlerinden katılım sağlanmıştır. Katılımcıların meslekteki toplam çalışma süreleri incelendiğinde çoğunluğunun (%36,4) 5 yıl ve daha az; mevcut kurumda çalışma sürelerinde ise %40,2’sinin 3 yıl ve daha az süreden beri aynı kurumda çalışmalarını sürdürdükleri görülmektedir. Katılımcıların yarıdan fazlası (%56,9) haftada 41 saat ve üzerinde çalışmakta ve büyük çoğunluğu (%77,5) işinden memnuniyet duymaktadır. Katılımcıların %91,0’ı yaşamda belirli bir amaca sahip ve %82,6’sı hayatı anlamlı bulmaktadır.

4.2. Can Sıkıntısı ve İş Yaşam Kalitesi Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Araştırmada can sıkıntısı tek boyut, iş yaşam kalitesi altı boyut altında toplanmıştır. İş yaşam kalitesi iş kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, işi kontrol edebilme, iş yaşamında stres, çalışma koşulları ve aile iş yaşamı dengesi boyutlarından oluşmaktadır. Her bir boyutun aldığı değerler Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Can Sıkıntısı ve İş Yaşam Kalitesi Boyutlarının Psikometrik Değerleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Min Max	Cronbach Alpha (α)	\bar{X}	SS	Normallik Testi	
						Skewness	Kurtosis
Can Sıkıntısı	8	1-7	0,837	3,242	1,257	0,327	-0,180
İş ve Kariyer Memnuniyeti	6	1-5	0,763	3,081	0,847	0,025	-0,346
Genel İyilik Hali	6	1-5	0,839	3,165	0,917	-0,226	-0,345
İşi Kontrol Edebilme	3	1-5	0,773	2,469	1,056	0,397	-0,582
İş Yaşamında Stres	2	1-5	0,552	3,128	1,054	-0,330	-0,432
Çalışma Koşulları	3	1-5	0,811	2,916	1,039	0,068	-0,599
Aile İş Yaşamı Dengesi	3	1-5	0,764	2,923	1,081	0,060	-0,757

4.3. Can Sıkıntısı ve İş Yaşam Kalitesine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

Can sıkıntısı eğilimini ifade eden 8 madde bulunmaktadır ve araştırmaya katılan hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimine vermiş oldukları yanıtların tanımlayıcı bulguları incelenmiştir. “Yapmam gereken şeylerin çoğu birbirlerini tekrar eden, monoton şeyler.” ifadesi 4,501±1,834 ortalama ve “Yaptığım çoğu şey beni motive etmiyor.” ifadesi 3,562±1,922 ortalama ile katılım düzeyi en yüksek ifadeler olduğu tespit edilmiştir. “Çoğu zaman hiçbir şey yapmadan öylece otururum.” ifadesi ise çalışmaya katılanlar tarafından katılım düzeyi en düşük puana (2,672±1,841) sahip ifade olmuştur.

İş yaşam kalitesini ifade eden 23 madde bulunmaktadır ve katılımcıların iş yaşam kalitesine verdikleri cevapların tanımlayıcı bulguları incelenmiştir. “Mesleğimi etkin bir şekilde yapabilmem için bir dizi amaç ve hedeflerim vardır.” ifadesinden 3,832±1,143 puan ve “Mesleğimi yapabilmem için almış olduğum eğitimden memnunum.” ifadesinden 3,547±1,228 puan almışlardır. Ölçekte yer alan “Çalıştığım hastanedeki diğer çalışanları etkileyen kararlara dâhil edilirim.” ifadesi 2,255±1,230 puan ile en düşük düzeyken; 2,419±1,199 puanla “Çalışmakta olduğum hastanede çoğu zaman kendimi aşırı stres altında hissederim.” ifadesi ikinci sırada düşük düzey katılımın olduğu ifadedir. “Çalıştığım hastanede beni etkileyen kararlara dâhil edilirim” ifadesi 2,478±1,286 puan olarak ve “Çalıştığım hastane bana esnek çalışma saatleri/koşulları sağlar” ifadesi 2,477±1,313 puan olarak 3’ün altında değer alan diğer ifadeleri oluşturmaktadır.

4.4. Can Sıkıntısı Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların demografik değişkenleri ile can sıkıntısı eğilimi boyutunun karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. ANOVA’da farklılık tespit edildiği durumlarda farkın kaynağını bulmak için Tukey’s-b testi kullanılmıştır. Bu karşılaştırmalar sonucunda elde edilen istatistiksel olarak anlamlı bulgular Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Can Sıkıntısı Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	\bar{X}	SS	Test Değeri
Medeni Durum	Evli	380	3,090	1,162	p=0,000 t=-3,871
	Evli Değil	230	3,492	1,366	
Nöbet Tutma Durumu	Nöbet Tutuyor	327	3,343	1,266	p=0,032 t=2,145
	Nöbet Tutmuyor	283	3,125	1,238	
Mevcut Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	-3	245	3,363	1,306	p=0,037 F=3,310 1-3
	4-6	172	3,275	1,260	
	7+	193	3,057	1,173	
Çalışanın İşinden Duyduğu Memnuniyet	İşinden Memnunum	473	3,055	1,179	p=0,000 t=-7,099
	İşinden Memnun Değilim	137	3,887	1,306	
Çalışanın Yaşama Dair Amacı	Amacı Var	555	3,138	1,199	p=0,000 t=-6,702
	Amacı Yok	55	4,288	1,352	
Çalışanın Hayatı Anlamlı Bulma Durumu	Hayat Anlamlı	504	3,031	1,136	p=0,000 t=-9,706
	Hayat Anlamsız	106	4,245	1,322	

Evli olmayan katılımcıların puanının (3,492±1,366) evli olan katılımcıların puanına (3,090±1,162) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda evli olmayan hastane çalışanları can sıkıntısına daha yatkın olmaktadır. Nöbet tutan hastane çalışanlarının puanlarının (3,343±1,266) nöbet tutmayan hastane çalışanlarının puanlarına (3,125±1,238) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Nöbet tutan hastane çalışanları can sıkıntısı eğilimine daha yatkındır. Mevcut hastanede bulunma süresi 3 yıl ve daha az olan katılımcıların puanının (3,363±1,306) çalışma süresi 7 yıl ve üzeri olan çalışanların puanından (3,057±1,173) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İşinden memnun olmayan hastane çalışanlarının puanı (3,887±1,306) işinden memnun olan hastane çalışanlarının puanına (3,055±1,179) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İşten duyulan memnuniyetsizlik hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimini artırmaktadır. Hayatlarında belirli bir amacı olan katılımcıların puanlarının (3,138±1,199) hayatlarında belirli bir amacı olmayan katılımcıların puanına (4,288±1,322) göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Belirli bir amaç sahibi olmak hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimini azaltmaktadır. Hayatı anlamsız olarak gören katılımcıların puanları (4,245±1,322) hayatı anlamlı olarak gören katılımcıların puanlarına (3,031±1,136) göre daha yüksek bulunmuştur. Hayatı anlamsız bulan hastane çalışanları can sıkıntısı duygusuna daha çok kapılmaktadır.

Katılımcıların “can sıkıntısı” boyutundan aldıkları puanları cinsiyete (t=-1,099 p=0,272), yaşa (F=1,365 p=0,236), eğitim durumuna (F=2,230 p=0,084), aylık gelire (F=1,736 p=0,158), çalışılan hastaneye (t=-1,099 p=0,262), istihdam türüne (t=-1,725 p=0,085), mesleğe (F=1,078 p=0,376), hastanede çalışılan birime (F=1,202 p=0,307) ve haftalık çalışma süresine (t=-0,798 p=0,425) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ayrıca katılımcıların meslekteki toplam çalışma sürelerinin “can sıkıntısı” boyutuna göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmesine rağmen (F=2,654 p=0,037) yapılan ileri analizler sonucunda farkın kaynağı ortaya çıkmamıştır.

4.5. İş Yaşam Kalitesi Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların demografik değişkenleri ile iş yaşam kalitesi boyutlarının karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu karşılaştırmalar sonucunda elde edilen istatistiksel olarak anlamlı bulgular Tablo 4, Tablo 5, Tablo 6, Tablo 7, Tablo 8 ve Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 4. İş ve Kariyer Memnuniyeti Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	\bar{X}	SS	Test Değeri
Yaş (Yıl)	-25	104	3,096	0,804	p=0,016 F=2,798 2-6
	26-30	136	2,855	0,824	
	31-35	81	3,146	0,878	
	36-40	87	3,151	0,849	
	41-45	118	3,122	0,836	
	46+	84	3,234	0,868	
Medeni Durum	Evli	380	3,136	0,865	p=0,038 t=2,076
	Evli Değil	230	2,989	0,810	
Nöbet Tutma Durumu	Nöbet Tutuyor	327	3,010	0,814	p=0,026 t=-2,231
	Nöbet Tutmuyor	283	3,163	0,878	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	-5	222	3,009	0,850	p=0,016 F=3,077 2-3, 5
	6-10	92	2,904	0,891	
	11-15	79	3,227	0,832	
	16-20	97	3,101	0,804	
	21+	120	3,237	0,820	
Mevcut Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	-3	245	3,062	0,870	p=0,019 F=3,991 2-3
	4-6	172	2,963	0,849	
	7+	193	3,209	0,800	
Çalışanın İşinden Duyduğu Memnuniyet	İşimden Memnunum	473	3,287	0,767	p=0,000 t=12,528
	İşimden Memnun Değilim	137	2,368	0,713	
Çalışanın Yaşama Dair Amacı	Amacı Var	555	3,140	0,811	p=0,000 t=5,607
	Amacı Yok	55	2,484	0,967	
Çalışanın Hayatı Anlamlı Bulma Durumu	Hayat Anlamlı	504	3,187	0,802	p=0,000 t=7,000
	Hayat Anlamsız	106	2,577	0,877	

Hastane çalışanlarından oluşan katılımcıların “iş kariyer memnuniyeti” boyutundan aldıkları puanların yaşa göre karşılaştırılmasında 46 yaş ve üzerindeki katılımcıların ortalamalarının (3,234±0,868) 26-30 yaş arasındakilere (2,855±0,827) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Evli olmayan katılımcıların puanının (2,989±0,810) evli olan katılımcıların puanına göre (3,136±0,865) daha düşük olduğu görülmektedir. Evli olan çalışanlar, evli olmayanlara göre iş ve kariyer yaşamından daha çok memnundur. Nöbet tutmayan hastane çalışanlarının puanlarının (3,163±0,878) nöbet tutan hastane çalışanlarının puanlarına (3,010±0,814) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Nöbet tutmayan çalışanlar iş ve kariyer yaşamından memnundur. Meslekte çalışma süresi 6-10 yılları arasında olan çalışanların ortalamaları (3,237±0,820) çalışma yılı 11-15 arasında olanlara (3,227±0,832) ve 21 yıl ve üzeri olanlara (3,237±0,820) göre daha düşük bulunmuştur.

Mevcut kurumda çalışma süresi 7 yıl ve üzerinde çalışan katılımcıların ortalaması (3,209±0,800) 4-6 yıl arasında çalışanların ortalamasına (2,963±0,849) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı kurumda 7 yıl ve üzeri çalışanların 6 yıl ve altında çalışanlara göre iş ve kariyer memnuniyetinin daha yüksek olduğu söylenebilir. İşinden memnun olmayan hastane çalışanlarının puanının (2,368±0,713) işinden memnun olan hastane çalışanlarının puanına (3,287±0,767) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Hayatlarında belirli bir amacı olan katılımcıların puanlarının (3,140±0,811) hayatlarında belirli bir amacı olmayan katılımcıların puanına (2,484±0,967) göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Belirli bir amaca sahip olmak çalışanların iş ve kariyerinden duyduğu memnuniyeti de

artırmaktadır. Hayatı anlamsız olarak gören katılımcıların puanları (2,577±0,877) hayatı anlamlı olarak gören katılımcıların puanlarına (3,187±0,802) göre daha düşük bulunmuştur. Hayatı anlamlı bulan çalışanlarda iş ve kariyerinden duyduğu memnuniyet artmaktadır.

Katılımcıların “iş kariyer memnuniyeti” boyutundan aldıkları puanlar cinsiyete ($t=-0,654$ $p=0,513$), eğitim durumuna ($F=1,121$ $p=0,340$), aylık gelire ($F=0,104$ $p=0,958$), çalışılan hastaneye ($t=0,818$ $p=0,414$), istihdam türüne ($t=0,777$ $p=0,438$), mesleğe ($F=1,418$ $p=0,170$), hastanede çalışılan birime ($F=1,266$ $p=0,277$) ve haftalık çalışma sürelerine ($t=1,125$ $p=0,261$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 5. Genel İyilik Hali Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	\bar{X}	SS	Test Değeri
Yaş (Yıl)	-25	104	2,958	1,009	p=0,000 F=5,333 2, 1-5, 6
	26-30	136	2,938	0,955	
	31-35	81	3,251	0,894	
	36-40	87	3,206	0,918	
	41-45	118	3,320	0,765	
	46+	84	3,446	0,830	
Medeni Durum	Evli	380	3,271	0,867	p=0,000 t=3,719
	Evli Değil	230	2,989	0,971	
Aylık Gelir (TL)	-3000	143	3,057	0,905	p=0,011 F=3,777 1, 4, 2-3
	3001-5000	214	3,124	0,965	
	5001-7000	151	3,377	0,801	
	7001+	102	3,089	0,952	
İstihdam Türü	Kadrolu	450	3,230	0,888	p=0,003 t=2,944
	Sözleşmeli	160	2,983	0,973	
Nöbet Tutma Durumu	Nöbet Tutuyor	327	3,059	0,950	p=0,002 t=-3,088
	Nöbet Tutmuyor	283	3,288	0,862	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	-5	222	2,939	0,952	p=0,000 F=7,995 1-4 1, 2-4, 5 2-5
	6-10	92	3,101	1,045	
	11-15	79	3,238	0,828	
	16-20	97	3,290	0,818	
	21+	120	3,483	0,760	
Mevcut Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	-3	245	3,036	0,975	p=0,005 F=5,277 1-3
	4-6	172	3,174	0,917	
	7+	193	3,321	0,814	
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	-40	263	3,254	0,893	p=0,036 t=-2,096
	41+	347	3,098	0,930	
Çalışanın İşinden Duyduğu Memnuniyet	İşimden Memnunum	473	3,409	0,785	p=0,000 t=14,024
	İşimden Memnun Değilim	137	2,323	0,838	
Çalışanın Yaşama Dair Amacı	Amacı Var	555	3,248	0,876	p=0,000 t=7,355
	Amacı Yok	55	2,333	0,910	
Çalışanın Hayatı Anlamlı Bulma Durumu	Hayat Anlamlı	504	3,330	0,841	p=0,000 t=10,483
	Hayat Anlamsız	106	2,383	0,861	

Katılımcıların “genel iyilik hali” boyutundan aldıkları puanların yaşa göre karşılaştırılmasında 26-30 yaş arasındaki hastane çalışanlarının (2,938±0,955) ve 25 yaşın altındakilerin (2,958±1,008) ortalamalarının 46 yaş ve üzeri (3,446±0,830) ile 41-45 yaş aralığındaki katılımcıların ortalamalarına (3,320±0,765) göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Evli olmayan katılımcıların puanının (2,989±0,971) evli olan katılımcıların puanına (3,271±0,867) göre genel iyilik halinin daha düşük olduğu görülmektedir. Evli olma durumu hastane çalışanlarının genel iyilik halini artırmaktadır. Aylık geliri 5001-7000 TL arasında olan katılımcıların ortalamasının (3,377±0,801) geliri 3000 TL ve altında gelire sahip olanlara (3,057±0,905), 7001 ve üzerindekiilere (3,089±0,952) ve 3001-5000 TL arasındakilere (3,124±0,965) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadrolu çalışanların genel iyilik hali puanı (3,230±0,888) sözleşmeli çalışanların puanına göre (2,983±0,973) daha yüksektir. Kadrolu istihdam içerisinde yer alma hastane çalışanlarının genel iyilik halini artırmaktadır.

Meslekte çalışma süresi 5 yıl altında olanların (2,939±0,952) ortalamalarının meslekte çalışma süresi 16-20 yıl olanlara (3,290±0,818); meslekte çalışma süresi 5 yıl altı ve 6-10 yıl arasında olanların

(3,101±1,045) ortalamalarının 16-20 yıl ve 21 yıl üstündekilere (3,483±0,760) göre; 6-10 yıl arasında çalışanların ortalamalarının 21 yıl ve üstündekilere göre genel iyilik hali daha düşüktür. Kurumda çalışma süresi 7 yıl ve üzeri olan çalışanların ortalamasının (3,321±0,814) 3 yıl ve altında çalışanların ortalamasına (3,036±0,975) göre genel iyilik halinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Nöbet tutan çalışanların puanının (3,059±0,950) nöbet tutmayan çalışanların puanına göre (3,288±0,862) daha düşük olduğu görülmektedir. Nöbet tutma çalışanların genel iyilik halini azaltmaktadır. Çalışma süresi haftada 40 saat ve altında olan katılımcıların puanının (3,254±0,893) haftalık çalışma süresi 41 saat ve üstü katılımcıların puanına göre (3,098±0,930) daha yüksek olduğu görülmektedir. Haftalık çalışma saatinin azalması hastane çalışanlarının genel iyilik halini artırmaktadır.

İşinden memnun olan hastane çalışanlarının puanının (3,409±0,785) işinden memnun olmayan hastane çalışanlarının puanına (2,323±0,838) göre genel iyilik halinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastane çalışanlarının memnuniyet duyduğu işlerde çalışmaları genel iyilik halini artırmaktadır. Hayatlarında belirli bir amacı olan katılımcıların puanlarının (3,248±0,876) hayatlarında belirli bir amacı olmayan katılımcıların puanına (2,333±0,910) göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Belirli bir amaca bağlı olmak hastane çalışanlarının genel iyilik halini artırmaktadır. Hayatı anlamsız olarak gören katılımcıların puanları (2,383±0,861) hayatı anlamlı olarak gören katılımcıların puanlarına (3,330±0,841) göre daha düşük bulunmuştur. Hayatı anlamlı bulmak çalışanların genel iyilik halini artırmaktadır.

Katılımcıların “genel iyilik hali” boyutundan aldıkları puanlar cinsiyete ($t=-0,852$ $p=0,395$), eğitim durumuna ($F=0,680$ $p=0,564$), çalışılan hastaneye ($t=0,485$ $p=0,628$) ve mesleğe ($F=0,652$ $p=0,713$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların “genel iyilik hali” boyutundan aldıkları puanların çalışılan birimine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=2,319$ $p=0,042$). Ancak yapılan ileri analizler sonucunda farkın hangi gruplar arasında olduğu sonucuna ulaşılmamıştır.

Tablo 6. İşi Kontrol Edebilme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	\bar{X}	SS	Test Değeri
Meslek	Hekim	95	2,375	0,949	p=0,001 F=3,654 3, 4-8 6-7 3, 4, 6-8, 7
	Hemşire + Ebe	137	2,518	1,047	
	İntörn Hekim	48	2,125	0,764	
	Sağlık teknikeri\Teknisyeni	65	2,205	1,087	
	Tıbbi Sekreter	84	2,615	1,113	
	Memur	65	2,271	1,035	
	İşçi	69	2,826	1,047	
	Diğer Hastane Çalışanı	47	2,730	1,223	
Nöbet Tutma Durumu	Nöbet Tutuyor	327	2,351	0,986	p=0,003 t=-2,991
	Nöbet Tutmuyor	283	2,606	1,117	
Çalışılan Birim	Dâhili Birim	131	2,384	0,923	p=0,010 F=3,039 2-4
	Cerrahi Birim	112	2,258	0,935	
	Poliklinik	72	2,490	1,093	
	Acil	56	2,708	1,161	
	İdari Birim	161	2,622	1,143	
	Diğer Birimler	78	2,329	1,061	
Mevcut Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	-3	245	2,394	1,024	p=0,015 F=4,215 2, 1-3
	4-6	172	2,374	1,037	
	7+	193	2,651	1,095	
Çalışanın İşinden Duyduğu Memnuniyet	İşimden Memnunum	473	2,645	1,049	p=0,000 t=8,013
	İşimden Memnun Değilim	137	1,863	0,833	
Çalışanın Yaşama Dair Amacı	Amacı Var	555	2,501	1,051	p=0,019 t=2,352
	Amacı Yok	55	2,151	1,063	
Çalışanın Hayatı Anlamlı Bulma Durumu	Hayat Anlamlı	504	2,541	1,048	p=0,000 t=3,659
	Hayat Anlamsız	106	2,132	1,031	

İntörn hekimlerin ortalamaları (2,125±0,764) ile sağlık teknikeri\teknisyeni ortalamalarının (2,205±1,087) diğer hastane çalışanı ortalamasına (2,730±1,223); memurların ortalamasının (2,271±1,035) işçilere (2,826±1,047); intörn hekim, sağlık teknikeri\teknisyeni ve memurların ortalamasının ise diğer hastane çalışanları ve işçilerin ortalamasına göre işi kontrol edebilme becerisinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Nöbet tutan çalışanların puanının (2,351±0,986) nöbet tutmayan çalışanların puanına (2,606±1,117) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Nöbet tutma duru işi kontrol edebilme becerisini azaltmaktadır. Birime göre bakıldığında acil biriminin ortalamasının (2,708±1,161) cerrahi birim ortalamasına (2,258±0,935) göre işi kontrol edebilme becerisinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Kurumda 7 yıl ve daha fazla çalışan katılımcıların ortalamalarının (2,651±1,095) kurumda çalışma süresi 4-6 yıl arasındakilere (2,374±1,037) ve 3 yıl altındakilere (2,394±1,024) göre işi kontrol edebilme becerisi daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kurumda çalışma süresinin artmasının işi kontrol edebilme becerisini artırdığı söylenebilir.

İşinden memnun olmayan hastane çalışanlarının puanı (1,863±0,833) işinden memnun olan hastane çalışanlarının puanına (2,645±1,049) göre daha düşük bulunmuştur. İşten duyulan memnuniyet işi kontrol edebilme becerisini artırmaktadır. Hayatlarında belirli bir amacı olan katılımcıların puanlarının (2,501±1,051) hayatlarında belirli bir amacı olmayan katılımcıların puanına (2,151±1,063) göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hayatta belirli bir amaca sahip olmak hastane çalışanlarının işini kontrol etme durumunu artırmaktadır. Hayatı anlamsız olarak gören katılımcıların puanları (2,132±1,031) hayatı anlamlı olarak gören katılımcıların puanlarına (2,541±1,048) göre daha düşük bulunmuştur. Hayatı anlamlı bulmak hastane çalışanlarının işlerini kontrol edebilmesini artırmaktadır.

Katılımcıların “iş kontrol edebilme” boyutundan aldıkları puanlar cinsiyete ($t=-0,654$ $p=0,513$), yaşa ($F=1,036$ $p=0,395$), medeni duruma ($t=1,750$ $p=0,081$), eğitim durumuna ($F=0,828$ $p=0,479$), aylık gelire ($F=0,654$ $p=0,581$), çalışılan hastaneye ($t=0,054$ $p=0,957$), istihdam türüne ($t=-0,738$ $p=0,461$), meslekte toplam çalışma süresine ($F=1,636$ $p=0,163$) ve haftalık çalışma sürelerine ($t=-0,794$ $p=0,428$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 7. İş Yaşamında Stres Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	\bar{X}	SS	Test Değeri
Cinsiyet	Kadın	370	3,024	1,079	p=0,002 $t=-3,056$
	Erkek	240	3,289	0,996	
Medeni Durum	Evli	380	3,210	1,025	p=0,014 $t=2,474$
	Evli Değil	230	2,993	1,089	
İstihdam Türü	Kadrolu	450	3,210	1,014	p=0,001 $t=3,218$
	Sözleşmeli	160	2,900	1,131	
Nöbet Tutma Durumu	Nöbet Tutuyor	327	2,980	1,112	p=0,000 $t=-3,781$
	Nöbet Tutmuyor	283	3,300	0,957	
Çalışanın İşinden Duyduğu Memnuniyet	İşinden Memnunum	473	3,272	0,972	p=0,000 $t=6,476$
	İşinden Memnun Değilim	137	2,631	1,173	
Çalışanın Yaşama Dair Amacı	Amacı Var	555	3,166	1,043	p=0,005 $t=2,842$
	Amacı Yok	55	2,745	1,100	
Çalışanın Hayatı Anlamlı Bulma Durumu	Hayat Anlamlı	504	3,176	1,026	p=0,014 $t=2,456$
	Hayat Anlamsız	106	2,900	1,157	

“İş yaşamında stres” boyutundan aldıkları puanların değişkenlere göre karşılaştırılmasına erkek katılımcıların puanının (3,289±0,996) kadın katılımcıların puanına (3,024±1,079) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. İş yerinde erkekler kadınlara göre daha fazla stres altındadır. Evli olmayan katılımcıların puanının (2,993±1,089) evli olan katılımcıların puanına (3,210±1,025) göre iş yaşamında stres düzeyinin daha düşük olduğu görülmektedir. Evli olan hastane çalışanları iş yaşamında daha fazla streslidir. Kadrolu hastane çalışanlarının puanının (3,210±1,014) sözleşmeli çalışanların puanına (2,900±1,131) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadrolu istihdama sahip olma hastane çalışanlarının iş yaşamında yaşadığı stresi artırmaktadır. Nöbet tutmayan hastane çalışanlarının puanının (3,300±0,957) nöbet tutan çalışanların puanına göre (2,980±1,112) daha yüksek olduğu görülmektedir. Nöbet tutmayan çalışanların iş yaşamında yaşadıkları stres daha fazladır.

İşinden memnun olmayan hastane çalışanlarının puanının (2,631±1,173) işinden memnun olan hastane çalışanlarının puanına (3,272±0,972) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. İş memnuniyetinin artması iş yaşamında yaşanan stresi de artırmaktadır. Hayatlarında belirli bir amacı olan katılımcıların puanlarının (3,166±1,043) hayatlarında belirli bir amacı olmayan katılımcıların puanına (2,745±1,100) göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Belirli bir amaç sahibi olmak hastane çalışanlarının iş yaşamındaki stres düzeyini artırmaktadır. Hayatı anlamsız olarak gören katılımcıların puanları (2,900±1,157) hayatı anlamlı olarak gören katılımcıların puanlarına (3,176±1,026) göre daha düşük bulunmuştur. Hayatı anlamlı bulan hastane çalışanlarının iş yaşamında yaşadığı stres de fazladır.

Katılımcıların “iş yaşamında stres” boyutundan aldıkları puanlar yaşa (F=1,337 p=0,247), eğitim durumuna (F=1,369 p=0,251), aylık gelire (F=2,246 p=0,082), çalışılan hastaneye (t=0,337 p=0,736), mesleğe (F=0,934 p=0,479) çalışılan birime (F=1,108 p=0,355), meslekte toplam çalışma süresine (F=2,150 p=0,073) ve haftalık çalışma sürelerine (t=1,565 p=0,118) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 8. Çalışma Koşulları Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	\bar{X}	SS	Test Değeri
Yaş (Yıl)	-25	104	2,836	1,060	p=0,009 F=3,095 2-6, 4, 3
	26-30	136	2,666	1,021	
	31-35	81	3,102	1,078	
	36-40	87	3,088	1,053	
	41-45	118	2,912	0,968	
	46+	84	3,067	1,024	
Eğitim Durumu	Lise	63	3,338	1,127	p=0,000 F=9,411 4-3, 2 3-1 4-2, 1
	Ön Lisans	147	3,077	0,998	
	Lisans	286	2,880	1,002	
	Lisansüstü	114	2,567	1,023	
Aylık Gelir (TL)	-3000	143	2,983	1,076	p=0,003 F=4,603 4-2, 1, 3
	3001-5000	214	2,970	1,016	
	5001-7000	151	3,008	0,988	
	7001+	102	2,571	1,056	
Çalışılan Hastane	Üniversite Hastanesi	273	2,808	1,010	p=0,021 t=-2,319
	Şehir Hastanesi	337	3,004	1,056	
İstihdam Türü	Kadrolu	450	2,864	1,009	p=0,038 t=-2,075
	Sözleşmeli	160	3,062	1,111	
Meslek	Hekim	95	2,547	1,011	p=0,000 F=6,053 3, 1-5, 8, 7
	Hemşire + Ebe	137	2,868	0,951	
	İntörn Hekim	48	2,500	0,801	
	Sağlık Teknikeri\Teknisyeni	65	2,928	1,111	
	Tıbbi Sekreter	84	3,075	0,944	
	Memur	65	2,917	1,097	
	İşçi	69	3,362	1,007	
	Diğer Hastane Çalışanı	47	3,269	1,199	
Nöbet Tutma Durumu	Nöbet Tutuyor	327	2,753	1,015	p=0,000 t=-4,221
	Nöbet Tutmuyor	283	3,104	1,036	
Çalışılan Birim	Dâhili Birim	131	2,740	0,952	p=0,000 F=5,716 2-4 2, 1-4, 5 1-5
	Cerrahi Birim	112	2,636	0,984	
	Poliklinik	72	2,935	1,084	
	Acil	56	3,125	1,077	
	İdari Birim	161	3,211	1,006	
	Diğer Birimler	78	2,837	1,101	
Çalışanın İşinden Duyduğu Memnuniyet	İşinden Memnunum	473	3,150	0,956	p=0,000 t=11,388
	İşinden Memnun Değilim	137	2,107	0,902	
Çalışanın Yaşama Dair Amacı	Amacı Var	555	2,963	1,016	p=0,000 t=3,579
	Amacı Yok	55	2,442	1,153	
Çalışanın Hayatı Anlamlı Bulma Durumu	Hayat Anlamlı	504	3,013	1,016	p=0,000 t=5,155
	Hayat Anlamsız	106	2,442	1,153	

Yaş değişkeninde 26-30 yaş arasındaki katılımcıların ortalamalarının (2,666±1,021) 46 ve üzeri yaş (3,067±1,024), 36-40 yaş arasındakilere (3,088±1,053) ve 31-35 yaş arasındakilerin ortalamalarına (3,102±1,078) göre çalışma koşullarından duydukları memnuniyet daha düşüktür. Lisansüstü düzeye sahip katılımcıların ortalamalarının (2,567±1,023) lisans (2,880±1,002) ve ön lisans düzeyindeki çalışanların ortalamasına (3,077±0,998); lisans düzeyindekilerin ortalamalarının lise ortalamalarına (3,338±1,127); lisansüstü düzeye sahip katılımcıların ön lisans ve lise düzeyindekilere göre çalışma koşullarından duyduğu memnuniyetin daha düşük olduğu görülmüştür. Aylık geliri 7001 TL ve üzeri olan katılımcıların ortalamasının (2,571±1,056) geliri 3001-5000 TL arasındakilere (2,970±1,016), 3000 TL ve altında gelire sahip olanlara (2,983±1,076) ve geliri 5001-7000 TL olan katılımcıların ortalamasına (3,008±0,988) göre çalışma koşullarından duyduğu memnuniyetin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Gelir durumu yükseldikçe hastane çalışanlarının çalışma koşullarından duyduğu memnuniyetin azaldığı söylenebilir.

Üniversite hastanesinde çalışanların puanının (2,808±1,010) şehir hastanesinde çalışanların puanından (3,004±1,056) daha düşük olduğu görülmektedir. Üniversite hastanesinin çalışma koşullarından duyulan memnuniyet şehir hastanesine göre daha azdır. Kadrolu hastane çalışanlarının puanının (2,864±1,009) sözleşmeli çalışanların puanına göre (3,062±1,111) daha düşük olduğu görülmektedir. Sözleşmeli hastane çalışanları, kadrolu çalışanlara göre çalışma koşullarından daha çok memnundur. Katılımcıların “çalışma koşulları” boyutundan aldıkları puanların mesleklere göre karşılaştırılmasında intörn hekimlerin (2,500±0,801) ve hekimlerin ortalamasının (2,547±1,011) tıbbi sekreter (2,917±1,097), diğer hastane çalışanı (3,269±1,199) ve işçilerin ortalamasına (3,362 ±1,007) göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Nöbet tutan çalışanların puanının (2,753±1,015) nöbet tutmayan çalışanların puanına göre (3,104±1,036) daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Nöbet tutmama durumu çalışma koşullarından duyulan memnuniyeti artırmaktadır.

Birimler incelendiğinde cerrahi birimin ortalamasının (2,636±0,984) acil birimine (3,125±1,077); cerrahi (2,636±0,984) ve dâhili birimin ortalamasının (2,740±0,952) acil (3,125±1,077) ve idari birim ortalamasına (3,211±1,006); dâhili birimin ortalamasının (2,740±0,952) idari birim ortalamasına (3,211±1,006) göre çalışma koşullarından duydukları memnuniyetin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İşinden memnun olmayan hastane çalışanlarının puanı (2,107±0,902) işinden memnun olan hastane çalışanlarının puanına (3,150±0,956) göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. İşten duyulan memnuniyet düzeyi çalışma koşullarına karşı memnuniyeti de artırmaktadır. Hayatlarında belirli bir amacı olan katılımcıların puanlarının (2,963±1,016) hayatlarında belirli bir amacı olmayan katılımcıların puanına (2,442±1,153) göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaşama dair belirli bir amaç edinilmesi çalışma koşullarına olan memnuniyeti artırmaktadır. Hayatı anlamsız olarak gören katılımcıların puanları (2,452±1,091) hayatı anlamlı olarak gören katılımcıların puanlarına (3,013±1,002) göre daha düşük bulunmuştur. Hayatı anlamlı bulan katılımcıların, hayatı anlamlı bulmayan katılımcılara göre çalışma koşullarından daha çok memnundur.

Katılımcıların “çalışma koşulları” boyutundan aldıkları puanlar cinsiyete ($t=-0,643$ $p=0,521$), medeni durumuna ($t=1,725$ $p=0,085$), mevcut kurumda çalışma süresine ($F=2,668$ $p=0,070$) ve haftalık çalışma sürelerine ($t=0,575$ $p=0,565$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların “çalışma koşulları” boyutundan aldıkları puanların meslekteki toplam çalışma sürelerine göre karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmesine rağmen ($F=2,545$ $p=0,039$) yapılan ileri analiz sonucunda fark tespit edilememiştir.

Tablo 9. Aile İş Yaşam Dengesi Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	\bar{X}	SS	Test Değeri
Yaş (Yıl)	-25	104	2,759	1,088	p=0,001 F=4,227 2-5, 3, 6
	26-30	136	2,639	1,048	
	31-35	81	3,098	1,137	
	36-40	87	2,961	1,089	
	41-45	118	3,062	1,025	
	46+	84	3,178	1,038	
Medeni Durum	Evli	380	3,001	1,103	p=0,021 t=2,321
	Evli Değil	230	2,792	1,035	
Eğitim Durumu	Lise	63	3,259	1,152	p=0,021 F=3,273 4, 3-1
	Ön Lisans	147	3,013	1,097	
	Lisans	286	2,843	1,039	
	Lisansüstü	114	2,818	1,095	
Meslek	Hekim	95	2,757	1,102	p=0,000 F=4,020 3-6 2-7, 8 3, 2-6, 7, 8
	Hemşire + Ebe	137	2,698	1,048	
	İntörn Hekim	48	2,576	0,798	
	Sağlık Teknikeri\Teknisyeni	65	3,051	1,159	
	Tıbbi Sekreter	84	2,960	1,036	
	Memur	65	3,128	1,050	
	İşçi	69	3,246	1,115	
	Diğer Hastane Çalışanı	47	3,262	1,109	
Nöbet Tutma Durumu	Nöbet Tutuyor	327	2,706	1,076	p=0,000 t=-5,437
	Nöbet Tutmuyor	283	3,173	1,034	
Çalışılan Birim	Dâhili Birim	131	2,760	1,090	p=0,000 F=7,349 4, 5-3, 1, 6, 2
	Cerrahi Birim	112	2,642	1,012	
	Poliklinik	72	2,847	1,111	
	Acil	56	3,285	1,051	
	İdari Birim	161	3,254	0,994	
	Diğer Birimler	78	2,722	1,119	
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	-5	222	2,702	1,073	p=0,001 F=4,489 1-5
	6-10	92	2,887	1,116	
	11-15	79	3,088	1,138	
	16-20	97	3,051	1,063	
	21+	120	3,144	0,981	
Mevcut Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	-3	245	2,805	1,101	p=0,013 F=4,403 1-3
	4-6	172	2,883	1,127	
	7+	193	3,107	0,992	
Çalışanın İşinden Duyduğu Memnuniyet	İşimden Memnunum	473	3,145	1,006	p=0,000 t=10,230
	İşimden Memnun Değilim	137	2,153	0,978	
Çalışanın Yaşama Dair Amacı	Amacı Var	555	2,958	1,071	p=0,010 t=2,595
	Amacı Yok	55	2,563	1,127	
Çalışanın Hayatı Anlamlı Bulma Durumu	Hayat Anlamlı	504	3,002	1,054	p=0,000 t=4,016
	Hayat Anlamsız	106	2,544	1,133	

Hastane çalışanlarından oluşan katılımcıların “aile iş yaşam dengesi” boyutundan aldıkları puanların yaşa göre karşılaştırılmasında 26-30 yaş (2,639±1,048) arasındaki katılımcıların ortalamalarının 41-45 yaş (3,062±1,025), 31-35 yaş (3,098±1,137) ve 46 yaş üzerindeki katılımcıların ortalamalarından (3,178±1,038) daha düşük olduğu bulunmuştur. Evli olmayan katılımcıların puanının (2,792±1,035) evli olan katılımcıların puanına göre (3,001±1,103) daha düşük olduğu görülmektedir. Evlilik, aile iş yaşam dengesini artırmaktadır. Lisansüstü (2,818±1,095) ve lisans (2,843±1,039) eğitim düzeyine sahip katılımcıların ortalamasının lise düzeyindekilere (3,259±1,152) göre aile yaşam dengesini sağlama durumu daha düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyinin artması ile aile iş yaşam dengesini sağlamanın azaldığı söylenebilir.

İntörn hekimlerin ortalamasının (2,576±0,798) memurların ortalamasına (3,128±1,050); hemşire ve ebelerin ortalamasının (2,698±1,048) işçi (3,246±1,115) diğer hastane çalışanının ortalamasına (3,262±1,109); intörn hekim, hemşire ve ebelerin ortalamasının memur, işçi ve diğer hastane çalışanı ortalamasına göre aile iş yaşam dengesi puanlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Nöbet tutan çalışanların puanı (2,706±1,076) nöbet tutmayan çalışanların puanına göre (3,173±1,034) daha düşüktür. Nöbet tutma durumu hastane çalışanlarının aile iş yaşam dengesini sağlamasını azaltmaktadır. Katılımcıların “aile iş yaşam dengesi” boyutundan aldıkları puanların çalışılan birime göre karşılaştırılmasında acil (3,285±1,051) ve idari birim ortalamalarının (3,254±0,994) poliklinik (2,847±1,111), dâhili birim (2,760±1,090), diğer hastane birimleri (2,722±1,119) ve cerrahi birime (2,642±1,012) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Meslekte 21 yıl ve üzeri görev yapan çalışanların ortalamasının (3,144±0,981) 5 yıl ve altı (2,702±1,073) görev yapanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Meslekte çalışma süresinin artmasıyla iş yaşam dengesinin sağlanabildiği söylenebilir. Kurumda çalışma süresi 7 yıl ve üzeri (3,107±0,992) olan katılımcıların ortalamasının 3 yıl ve altı (2,805±1,101) çalışan katılımcıların ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Mevcut kurumda çalışma süresi arttıkça, hastane çalışanlarının aile iş yaşam dengesini sağlamaları da artmaktadır.

İşinden memnun olmayan hastane çalışanlarının puanı (2,153±0,978) işinden memnun olan hastane çalışanlarının puanına (3,145±1,006) göre daha düşük bulunmuştur. İşten duyulan memnuniyet arttıkça çalışanların aile iş yaşam dengesini sağlaması da artmaktadır. Hayatlarında belirli bir amacı olan katılımcıların puanlarının (2,958±1,071) hayatlarında belirli bir amacı olmayan katılımcıların puanına (2,563±1,127) göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hayatta belirli bir amacı olan hastane çalışanları, belirli bir amacı olmayanlara göre aile iş yaşam dengesini daha rahat kurabilmektedir. Hayatı anlamsız olarak gören katılımcıların puanları (2,544±1,133) hayatı anlamlı olarak gören katılımcıların puanlarına (3,002±1,054) göre daha düşük bulunmuştur. Hayatı anlamlı bulmak çalışanların aile iş yaşamı dengesini kurmasını artırmaktadır. Katılımcıların “aile iş yaşam dengesi” boyutundan aldıkları puanlar cinsiyete ($t=-1,752$ $p=0,080$), aylık gelire ($F=1,663$ $p=0,174$), çalışılan hastaneye ($t=0,153$ $p=0,878$), istihdam türüne ($t=0,256$ $p=0,798$) ve haftalık çalışma sürelerine ($t=1,913$ $p=0,056$) göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4.6. Can Sıkıntısı ve İş Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İlişki

Tablo 10’da Pearson korelasyonu ile ilgili sonuçlar görülmektedir. Yapılan bu analizde can sıkıntısı boyutunun iş yaşam kalitesi alt boyutları ile ilişkisi incelenmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Can Sıkıntısı ile İş Yaşam Kalitesi Boyutlarına İlişkin Korelasyon Analizi

Boyutlar	Can Sıkıntısı	İş ve Kariyer Memnuniyeti	Genel İyilik Hali	İşi Kontrol Edebilme	İş Yaşamında Stres	Çalışma Koşulları	Aile İş Yaşamı Dengesi
Can Sıkıntısı	1						
İş ve Kariyer Memnuniyeti	$r=-0,327^{**}$ $p=0,000$	1					
Genel İyilik Hali	$r=-0,551^{**}$ $p=0,000$	$r=0,667^{**}$ $p=0,000$	1				
İşi Kontrol Edebilme	$r=-0,226^{**}$ $p=0,000$	$r=0,742^{**}$ $p=0,000$	$r=0,514^{**}$ $p=0,000$	1			
İş Yaşamında Stres	$r=-0,317^{**}$ $p=0,000$	$r=0,330^{**}$ $p=0,000$	$r=0,427^{**}$ $p=0,000$	$r=0,291^{**}$ $p=0,000$	1		
Çalışma Koşulları	$r=-0,255^{**}$ $p=0,000$	$r=0,729^{**}$ $p=0,000$	$r=0,612^{**}$ $p=0,000$	$r=0,677^{**}$ $p=0,000$	$r=0,372^{**}$ $p=0,000$	1	
Aile İş Yaşamı Dengesi	$r=-0,236^{**}$ $p=0,000$	$r=0,589^{**}$ $p=0,000$	$r=0,567^{**}$ $p=0,000$	$r=0,522^{**}$ $p=0,000$	$r=0,347^{**}$ $p=0,000$	$r=0,675^{**}$ $p=0,000$	1

$p^{**}<0,01$

Can sıkıntısı ile iş yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında (iş kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, işi kontrol edebilme, iş yaşamında stres, çalışma koşulları ve aile iş yaşam dengesi) negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Can sıkıntısı ile genel iş yaşam kalitesi arasında da negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hastane çalışanlarında can sıkıntısı eğilimi arttıkça çalışanların iş yaşam kalitesi düzeyleri düşmektedir. Aynı zamanda iş yaşam kalitesi düzeylerinin yükselmesi de can sıkıntısı eğiliminin azalmasını sağlayabilir. Ayrıca iş yaşam kalitesinin tüm boyutlarının kendi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde bulguların tartışılmasına ve çıkarımlara yer verilmiştir. İş yaşam kalitesi ile can sıkıntısı eğilimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya hem sağlık sektöründe hem de diğer sektörlerde rastlanılmamıştır. Yapılan çalışma bu yönü ile basit gibi algılanan duygusal ifadelerin (can sıkıntısı) iş yaşamında nelere sebep olabileceğine dair sağlık sektörüne katkı sunacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın demografik değişkenlerinde kadın katılımcıların erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum hastanelerin kadın istihdamın yoğun olduğu organizasyonlar (Seçim, 1991) olmasından kaynaklanabilir. İki hastane üzerinde yapılan bu çalışmada şehir hastanesinden katılım sağlayanların (Şehir hastanesi personel sayısı 3101 ve katılımcı sayısı 337'dir) üniversite hastanesine (Üniversite hastanesi personel sayısı 1474 ve katılımcı sayısı 273'tür) göre sayıca fazla olduğu görülmektedir. Bu farkın oluşmasında hastanelerin istihdam kapasitelerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Nöbet tutan ve haftada 41 saatin üzerinde çalışan katılımcılar daha fazladır. Sağlık hizmetlerinin günde 24 saat hizmet veren organizasyonlar olması (Seçim, 1991) ve özellikle yataklı tedavi kurumlarında normal çalışma saati dışında uygulanan nöbet sisteminden (Tengilimoğlu vd., 2015) dolayı haftalık çalışma saatinin hastane çalışanlarında yüksek çıktığı söylenebilir. Çalışmaya katılan hastane çalışanlarının büyük çoğunluğu işinden memnuniyet duymaktadır. Burada çalışanların işinden (mesleğinden) memnuniyet duymasına rağmen çalıştıkları kurumdan memnun olmamaları da göz önünde bulundurulabilir. Şöyle ki birey işini seviyor ve yaptığı işten memnuniyet duyuyor olabilir ancak çalıştığı kurumdan, kurumun şartlarından veya kurumun kültüründen memnun olmayabilir. Yaşamda belirli bir amacı olan çalışanlar olmayanlara göre ve hayatı anlamlı bulan çalışanlar hayatı anlamlı bulmayanlara göre daha fazladır. Bu durum hastane çalışanlarının gerek iş, gerekse özel yaşamında belirli bir amaca ve hayatlarını anlamlı kılan değerlere sahip olduklarını göstermektedir.

Çalışmada kullanılan Kısa Can Sıkıntısı Eğilimi Ölçeği'nde bulunan; "*Yapmam gereken şeylerin çoğu birbirlerini tekrar eden, monoton şeyler*" ifadesi en yüksek ortalamaya sahip ifade olmuştur. Bundan hareketle hastane çalışanlarında can sıkıntısının, birbirini tekrar eden monoton faaliyetler sonucunda ortaya çıktığı söylenebilir. Can sıkıntısının çoğunlukla tekdüzelikten, tekrar gerektiren işlerden dolayı hissedildiğini belirten Melamed ve diğerleri (1995) de mavi yakalı işçilerde monotonluğun birbirini tekrar eden işler, düşük uyarılma ve iş tatmini ile ilişkisinin olduğunu saptamıştır. Can sıkıntısının monotonluğa bağlı görevler sonucunda ortaya çıktığı ve mavi yakalı çalışanlar dışında da hissedilebilen bir durum olduğu söylenebilir. "*Çoğu zaman hiçbir şey yapmadan öylece otururum*" ifadesi ise en düşük puana sahip ifade olarak hastane çalışanlarının aktif olduklarını göstermektedir. Böylece, aktif olan yani boş vakti olmayan hastane çalışanlarında sıkılma eğiliminin de az olduğu ifade edilebilir.

Katılımcıların iş yaşam kalitelerine dair en yüksek değeri "*Mesleğimi etkin bir şekilde yapabilmem için bir dizi amaç ve hedeflerim vardır.*" ifadesi almıştır. Buradan hastane çalışanlarının mesleklerini daha kaliteli icra edebilmek adına bireysel amaçlara sahip oldukları sonucu çıkarılabilir. Ancak "*çalıştığım hastanedeki diğer çalışanları etkileyen kararlara katılıyorum*" ifadesinin en düşük değere sahip olduğu görülmektedir. Buradan sağlık kurumlarında alınan kararların daha çok merkezîyetçi yönetim ile alındığı, çalışanların fikir ve düşüncelerinin geri plana itildiği anlaşılmaktadır.

Çalışmada can sıkıntısının demografik değişkenlere göre incelenmesinde evli olmayan hastane çalışanlarının evlilere göre daha fazla can sıkıntısı eğilimine sahip oldukları görülmüştür. Benzer

şekilde Chin ve diğerleri'de (2017) evli olan bireylerin evli olmayanlara göre daha az sıkılma eğilimi sergilediklerini saptamıştır. Evli bireylerin iş ve aile yaşantısının yoğunluğu, eşlerin birbirine karşı tutumu ve artan sorumluluklar can sıkıntısı yaşamaya zaman bırakmayabilir veya yaşanan huzursuzluk ve can sıkıntısı durumunun eşler arasındaki duygusal destekle aşıldığı düşünülebilir. Sağlık hizmetinin sunumun kesintisiz olması çalışanların mesai dışında nöbet tutmasını gerekli kılmaktadır. Bu çalışmada nöbet tutan hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğiliminin nöbet tutmayanlara göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık kurumları kesintisiz hizmet veren, dinamik yapılı organizasyonlardır (Seçim, 1991). Ancak mesai saati sonrasında acil gibi belirli birimler dışında yoğunluğun azaldığı söylenebilir. Bundan dolayı nöbet tutan hastane çalışanlarında çevredeki uyarıcı azlığının can sıkıntısı eğilimini artırdığı düşünülebilir.

Mevcut kurumda çalışma süresi 3 yıl ve altında olan katılımcıların 7 yıl ve üzerinde çalışanlara göre can sıkıntısı eğilimi daha fazladır. Mevcut kurumda bulunma süresi arttıkça can sıkıntısı eğiliminin azalmaktadır. Aslında can sıkıntısının daha çok aynı şeylere maruz kalmaktan ve tekdüzelikten meydana geldiği etkeni düşünüldüğünde kurumda çalışma süresi arttıkça can sıkıntısı eğiliminin de artması gibi bir sonuç beklenilebilirdi. Fakat hastane çalışanlarının çalışma süresi arttıkça çalıştıkları kurumu benimsedikleri, çalışma ortamına ve çalışma arkadaşlarına alıştıkları ve uyum sağladıkları gibi nedenlerle can sıkıntısı eğiliminin düştüğü yorumu yapılabilir.

İşinden memnun olmayan hastane çalışanlarının işinden memnun olanlara göre can sıkıntısı eğilimleri daha fazladır. Literatürdeki mevcut çalışmalar da çalışanlarda çeşitli nedenlerle (görevdeki yetersizlik, çalışma ortamı, çalışma arkadaşları, ücret, terfi olanakları, baskıcı yönetim uygulamaları, vs.) işten duyulan memnuniyetin azaldığını ve bu memnuniyetsizliğin iş yaşamında can sıkıntısına neden olduğunu ortaya koymuşlardır (Fisher, 1993; Kass vd., 2001). Buradan işten duyulan memnuniyetin hastane çalışanlarının duygusal durumlarını etkilediği ve artan memnuniyet oranının can sıkıntısı eğilimini azalttığı sonucuna varılabilir.

Yaşamda belirli bir amacı olmayan hastane çalışanlarının, amaçları olanlara göre can sıkıntısı eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde de belirli bir amacı olan bireylerin sıkılma eğilimlerinin daha az olduğunu ifade eden çalışmalara rastlanılmıştır (Bernstein, 1975; Csikszentmihalyi, 2018; Watt ve Vodanovich, 1999). Bir amaç peşinde koşmak bireylerin sürekli aktif halde kalmasını ve hep bir şeylerle meşgul olmasını sağlayacağından monotonluk sonucu kendisini hissettiren can sıkıntısı eğiliminin daha az görüleceği ifade edilebilir. Hayatı anlamlı bulan hastane çalışanlarının hayatı anlamlı bulmayanlara göre can sıkıntısı eğilimi daha düşüktür. Can sıkıntısının varoluşsal anlam eksikliğinden ortaya çıktığını savunan Sartre, Camus ve diğer filozoflar her ne koşulda olursa olsun hayatın anlamı olduğunu ve bu anlam doğrultusunda amaçlar edinildiğini ve hissedilen sıkıntının minimuma indiğini belirtmektedir (Martin vd., 2006). Hayatın anlamının tek bir manaya indirilmesi düşünülemeyeceği gibi bireylerin sahip olduğu iş, aile, çocuk sahibi olma, sağlık, dini değer, sosyal çevre gibi pek çok nedenin hayatın anlamını etkilediği söylenilebilir. Ayrıca hastane çalışanlarının insan yaşamını doğrudan etkileyen meslek gruplarından oluşması işlerine yükledikleri anlamı artırmakla birlikte yaşamlarındaki anlam boşluğunun da dolabileceği ve bu sayede can sıkıntısı eğilimlerinin azalabileceği düşünülebilir. Van Hooff ve van Hooff (2017) da iş yaşamında hissedilen can sıkıntısının işin anlamsız, tatsız ve çalışanın ilgisine hitap edilmediği durumlarda ortaya çıktığını ifade etmişlerdir.

Çalışmada erkek katılımcıların iş yaşamı stresinin kadın katılımcılardan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özcan ve diğerlerinin (2015) yapmış olduğu çalışmada ise kadın çalışanların erkek çalışanlara göre iş yaşamında daha fazla stres eğiliminde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma ile bizim çalışmamızın farklı sonuçlar vermesi sağlık sektörünün kendine has özellikleri ve hâlâ hekimlerin çoğunluğunu erkeklerin oluşturmasından ve hekimliğin stresli bir meslek olmasından kaynaklanabilir. Evli olan hastane çalışanlarının iş ve kariyer memnuniyetinin, genel iyilik halinin, iş yaşamında stres düzeyinin ve iş yaşam kalitelerinin daha yüksek; evli olmayanların aile iş yaşam dengesinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Morsy ve Sabra (2015) medeni durum değişkeni ile genel iyilik hali, çalışma koşulları ve aile iş yaşam dengesi arasında anlamlı bir farklılık tespit ederek bizim çalışmamızla benzer sonuca ulaşmışlardır. Bireylerin medeni durumlarının

yaşamlarındaki çoğu şeyi (genel memnuniyet düzeyi, iyilik hali, stres, aile ve iş yaşamı dengesi vs.) etkilediği söylenebilir. Buradan evlilik kurumunun bireyler üzerinde daha olumlu yansımaları olduğu çıkarımı yapılabilir.

Çalışmada katılımcıların eğitim düzeyinin artmasıyla çalışma koşullarından memnun olma durumunun düştüğü ve aile iş yaşam dengesini sağlamada azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tan ve diğerleri (2012)'nin çalışmalarında eğitim düzeyi ile iş ortamı arasında anlamlı ilişki tespit ederek eğitim düzeyi arttıkça iş ortamından duyulan memnuniyetin azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu durumda artan eğitim düzeyinin hastane çalışanlarının işten ve çalışma ortamından beklentilerini de arttırdığı ve bu yüzden çalışma koşullarından duyulan memnuniyetin düştüğü söylenebilir. Kadrolu hastane çalışanlarının iş yaşamında stres düzeylerinin ve genel iyilik hallerinin sözleşmeli olanlara göre daha yüksek olduğu; çalışma koşulları boyutunda ise sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre çalışma koşullarından daha çok memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadrolu çalışanların sözleşmeli çalışanlara göre iş yaşamında strese daha çok maruz kalmaları idarenin kadrolu personeline karşı baskıcı tutumuyla ilgili olabilir. Mosadeghrad ve diğerleri (2011) ise bizim çalışmamızdan farklı olarak sözleşmeli çalışanların iş yaşamında stres düzeylerinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir. İstihdam türü ve stres düzeyini ele alan çalışmalara çok rastlanılmamakla birlikte bireylerin kurumda kalıcı ve geçici çalışmalarının stres düzeyleri üzerinde etkisi olabileceği söylenebilir.

Nöbet tutan çalışanların nöbet tutmayanlara göre iş yaşamında stres düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada ayrıca nöbet tutmayan hastane çalışanlarının nöbet tutanlara göre iş ve kariyerinden memnun olduğu, genel iyilik hallerinin yüksek olduğu, işi kontrol edebilme becerisine sahip oldukları, çalışma koşullarından memnun oldukları, aile iş yaşam dengesini sağlayabildikleri ve iş yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özvurmaz ve Öncü (2018) de nöbet tutan hastane çalışanlarında uyku düzeni bozukluğunun, yoğunluğun, fiziksel ve zihinsel gerilimin çalışanların genel iyilik hallerini olumsuz etkilediğini tespit ederek bizim çalışmamızla benzer sonuca ulaşmışlardır. Kesintisiz hizmet kapsamındaki sağlık kurumlarında nöbet sisteminin iş yükü, bireysel ihtiyaçlara ayrılan vaktin daralması, uykusuzluk, yorgunluk, çalışma koşulları gibi faktörlerden dolayı çoğu alanda bireylerin yaşamını olumsuz etkilediği söylenebilir.

Sağlık hizmetleri, içerisinde farklı meslek gruplarını barındırmaktadır. Bu durum aynı örgüt içinde farklı mesleklerin bir arada yaşamasına imkân tanımakla birlikte otorite, kıdem, kontrol gibi unsurlarda rekabet ortamı oluşturabilmektedir. Hastane çalışanlarında yapılan bu çalışmada işi kontrol edebilme, çalışma koşulları ve aile iş yaşam dengesinin meslek gruplarına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. İşçi ve diğer hastane çalışanının işi kontrol edebilme potansiyelleri intörn hekim, sağlık teknikeri/teknisyeni ve memurlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma koşulları açısından meslekler incelendiğinde işçi, diğer sağlık çalışanı ve tıbbi sekreterlerin intörn hekim ve hekimlere göre çalışma koşullarından daha çok memnun olduğu görülürken; intörn hekim ile hemşire ve ebelerin diğer sağlık çalışanı, işçi ve memurlara göre aile iş yaşam dengesini sağlayamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Her iki durumda da (çalışma koşulları ve aile iş yaşam dengesi) intörn hekimlerin en düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durumun özellikle ülkemizdeki iş gücü açısından ve intörn hekimlerin çalıştıkları servislerde en alt tabakada yer almasından dolayı her türlü işe koşturmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada haftalık çalışma süresi 41 saatin üzerinde olan katılımcıların genel iyilik halleri 40 saat ve altındakilere göre düşük bulunmuştur. Özellikle sağlık çalışanlarında aşırı iş yüküne bağlı haftalık çalışma saatinin artması yorgunluk, uykusuzluk, stres gibi faktörleri tetikleyerek genel iyilik halinin bozulmasına neden olabilir. Katılımcıların iş yaşam kalitesi algılarını şekillendirmede çalıştıkları birim kadar mevcut kurumda çalışma süreleri de etkili olabilmektir. Nitekim yapılan bu çalışmada mevcut kurumda çalışma süreleri 7 yıl ve üstünde olan çalışanların iş kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, işi kontrol edebilme durumları ve aile iş yaşam dengesi düzeyleri 6 yıl altındakilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç Tan ve diğerleri (2012)'nin çalışma sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Aynı kurumda kalma süresi kurum ile özdeşleşme, kurumun çalışma şartlarına alışma ve informal ilişkilerde artma gibi durumlardan dolayı bireylerin iş yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

İşinden memnun katılımcıların iş ve kariyer memnuniyetlerinin, genel iyilik hallerinin, işi kontrol edebilme durumlarının, çalışma koşullarından duyduğu memnuniyetin ve aile iş yaşam dengesini sağlamalarının işinden memnun olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İşten duyulan genel memnuniyet düzeyi işin sunduğu kariyer fırsatları ile de ilişkilendirilebilir. İşini severek yapmak, mesleğini benimsemek çalışanların iş yaşamında kontrolü elinde bulundurmasını da etkileyebilir. Yaşamın bir parçası olan işten duyulan memnuniyetin bireylerde hem iş hem de iş dışı yaşamının kalitesini artırabileceği söylenebilir. Hayatı anlamlı bulan ve yaşamda belirli bir amacı olan katılımcıların iş ve kariyer memnuniyetlerinin, genel iyilik hallerinin, işi kontrol edebilme durumlarının, iş yaşamında streslerinin, çalışma koşullarından duydukları memnuniyetin ve aile iş yaşam dengesini sağlamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. O'Dea ve diğerleri (2022) de yaşamda anlam arayan bireylerin daha az sıkılma duygusuna yakalandıklarını tespit etmişlerdir. İnsan olarak varlığımızı sorgulama, hayatın anlamını arama ve bu anlam çerçevesinde belirli amaçlar edinme güdüsü içerisindeyizdir. Sayar (2009)'ın da ifade ettiği gibi, "*İnsan, anlam arayan bir varlıktır. Bizleri dünyada biricik kılan, diğer varlıklardan ayıran şey anlam arayan bir varlık oluşumuzdur*" ve bu anlam duygusu sayesinde belirli bir amaca sahip oluruz. Böylece anlam boşluğumuzu varlık amacımızı öğrendikçe doldurduğumuz; anlamlı şeylere de yeni yeni amaçlar yüklediğimiz söylenebilir. Amaç ister iş, ister aile, isterse bireysel beklentiler olsun bireyi bir sonraki güne mutlu veya aktif uyanmasını sağlayan güdü olarak ifade edilebilir. Bu güdülenme bireyin hem iş hem de yaşam kalitesinde olumlu artışlar meydana getirebileceği gibi olumsuz durumlara karşı bireyleri daha güçlü yapacağı söylenilebilir.

Hastane çalışanlarında can sıkıntısı eğiliminin varlığından söz edilebileceğini ortaya koyan çalışmada, yapılan korelasyon analizi sonucunda can sıkıntısı ile iş yaşam kalitesinin tüm boyutları arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hastane çalışanlarında can sıkıntısı eğilimlerinin artmasının iş yaşam kalitesinde düşüşe; tam tersi durumda, iş yaşam kalitesinin artmasının çalışanların can sıkıntısı eğiliminde düşüşe yol açabileceği söylenebilir. Ayrıca hastane çalışanlarının işi kontrol edebilme, çalışma koşullarından memnuniyet duyma ve aile iş yaşam dengesini sağlayabilme boyutlarını diğer boyutlara göre daha olumsuz değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Bu durumda boyutlara verilen puanlamalardan yola çıkarak çalışmaya katılan hastane çalışanlarının iş yaşam kalitesi düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak; hastane çalışanlarında can sıkıntısı eğiliminin var olduğu ve bu duygunun birbirini tekrar eden monoton faaliyetlerden dolayı ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Korelasyon analizi sonucunda ise hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimi ile iş ve kariyer memnuniyeti, genel iyilik hali, işi kontrol edebilme, iş yaşamında stres, çalışma koşulları ve aile iş yaşam dengesi boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda yaşamda belirli bir amacı olmayan, hayatı anlamlı bulmayan hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimine daha yakın olduğu ve işinden daha az memnuniyet duyduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada, hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimlerinin var olup olmadığı ve hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimi ile iş yaşam kaliteleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. İş yaşamında can sıkıntısını ele alan araştırma çalışmalarının görece az olduğu; ülkemizde özellikle sağlık hizmetlerinde can sıkıntısını ele alan çalışmanın ise mevcut olmadığı görülmüştür. Yapılan bu çalışma, sağlık hizmetlerinde iş memnuniyeti, stres, genel iyilik hali gibi duygusal tepkiler üzerinde can sıkıntısının önemli rolünü ortaya koymuştur. Bu doğrultuda ileriki araştırmaların durumsal çalışmalardan ziyade duygusal araştırmalara ağırlık vermelerinin insan unsurunu anlamada daha değerli bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde can sıkıntısının çoğunlukla tekrar gerektiren işlerden oluştuğu tespit edilmesine rağmen bu tekrar gerektiren işlerin neler olduğu çalışmada ortaya konulamamıştır. İleriki çalışmalar için sağlık hizmetlerinde tekrar gerektiren işlerin ve meslek gruplarının ayrıntılı irdelenmesi önerilebilir.

Etik Kurul İzni: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan 27.07.2021 tarihli 110/2 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Agombar, F. (2003). Sonsuz enerji (Endless Enegy) (Z. Yeke, Çev.; 1. Baskı). Beyaz Balina Yayınları.
- Ahmed, S. M. S. (1990). Psychometric properties of the boredom proneness scale. *Perceptual and Motor Skills*, 71(3), 963-966.
- Akar, H., & Üstüner, M. (2017). İş yaşam kalitesi ölçeğinin türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(2), 159-176.
- Ankay, A. (1992). Ruh sağlığı ve davranış bozuklukları (1. Baskı). Turhan Kitapevi.
- Bakoğlu, R., Aşkun, O. B., & Yıldırım, H. (2016). *Türkiye’de kamu kurum kültürü* (1. Baskı). Beta Basım Yayım.
- Ben-Zeev, D., Young, M. A., & Depp, C. A. (2012). Real-time predictors of suicidal ideation: Mobile assessment of hospitalized depressed patients. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 55-59.
- Bergler, E. (1945). On the disease entity boredom “alysosis” and its psychopathology. *Psychiatric Quarterly*, 19(1), 38-51.
- Bernstein, H. E. (1975). Boredom and the ready-made life. *Social Research*, 42(3), 512-537.
- Bhola, S. (2006). A study of quality of work life in casting and machine shop industry in kolhapur. *Finance India*, 20(1), 202-208.
- Bieber, I. (1951). Pathological boredom and inertia. *American Journal of Psychotherapy*, 5(2), 215-225.
- Burgess, M., & Chalder, T. (2017). Kronik yorgunluk (N. Yener, Çev.; 1. Baskı). Kuraldışı Yayıncılık.
- Chin, A., Markey, A., Bhargava, S., Kassam, K. S., & Loewenstein, G. (2017). Bored in the USA: Experience sampling and boredom in everyday life. *Emotion*, 17(2), 1-11.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik ve psikoterapi kuram ve uygulamaları danışma (Theory And Practice Of Counseling And Psychotherapy)* (T. Ergene, Çev.; 8. Baskı). Mentis Yayıncılık.
- Csikszentmihalyi, M. (2018). *Akış: Mutluluk bilimi* (B. Satılmış, Çev.). (2. Baskı). Buzdağı Yayınevi.
- Cüceloğlu, D. (2010). *İnsan ve davranışı: psikolojinin temel kavramları* (19. Basım). Remzi Kitabevi.
- Dursun, P. (2016). On the nature of boredom. *Mediterranean Journal of Humanities*, 6(2), 209-220.
- Dursun, T. N. (2019). *Toplam kalite yönetimi uygulamaları ile hastane çalışanlarının iş tatmini, iş yaşam kalitesi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: Özel-kamu hastanelerinde bir alan uygulaması*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Eastwood, J. D., Frischnen, A., Fenske, M. J., & Smilek, D. (2012). The unengaged mind: Defining boredom in terms of attention. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 482-495.
- Ergen, E. (2002). Yorgunluk ve başa çıkma yolları (1. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Esman, A. H. (1979). Some reflections on boredom. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 27(2), 423-439.

- Fenichel, O. (1951). On the psychology of boredom. In D. Rapaport (Ed.), *Organization and Pathology of Thought: Selected Sources* (ss. 349-361). Columbia University Press.
- Ferreira, C. A. A., Vasconcelos, F. C. W., Goulart, Í. B., Ituassu, C. T., & Christino, J. M. M. (2014). Quality of life at work. *Asian Journal of Business and Management Sciences*, 3(7), 47-57.
- Fisher, C. D. (1993). Boredom at work: A neglected concept. *Human Relations*, 46(3), 395-417.
- Frankl, E. V. (2009). *Man's search for meaning (İnsanın Anlam Arayışı)* (S. Budak, Çev.) (3. Baskı). Öteki Yayınevi.
- Fromm, E. (1990). *The sane society (Sağlıklı Toplum)* (Y. Salman & Z. Tannisever, Çev.) (2. Basım). Payel Yayınevi.
- Geiwitz, P. J. (1966). Structure of boredom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 592-600.
- Glasser, W. (2002). *Kişisel özgürlüğün psikolojisi: Seçim teorisi* (M. İzmirli, Çev.). Hayat Yayıncılık.
- Greenson, R. R. (1953). On boredom. *Journal of The American Psychoanalytic Association*, 1(1), 7-21.
- Güner, H., Okan, N., & Kardaş, S. (2021). Kısa can sıkıntısı eğilimi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik yönden incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 53(53), 326-341.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri felsefe-yöntem-analiz* (5. Baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Hill, A. B. (1975). Extraversion and variety-seeking in a monotonous task. *British Journal of Psychology*, 66(1), 9-13. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1975.tb01434.x>
- Van Hooff, M. L., & Van Hooft, E. A. (2017). Boredom at work: Towards a dynamic spillover model of need satisfaction, work motivation, and work-related boredom. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 26(1), 133-148.
- Kass, S. J., Vodanovich, S. J., & Callender, A. (2001). State-trait boredom: Relationship to absenteeism, tenure and job satisfaction. *Journal of Business and Psychology*, 16(2), 317-327.
- Lee, F. K. S., & Zelman, D. C. (2019). Boredom proneness as a predictor of depression, anxiety and stress: The moderating effects of dispositional mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 146, 68-75.
- Lewinsky, H. (1943). Boredom. *British Journal of Educational Psychology*, 13(3), 147-152.
- Lipps, T. (1903). *Leitfaden der psychologie*. Leipzig, W. Engelmann. <http://archive.org/details/leitfadenderpsyc00lipp>
- Martin, M., Sadlo, G., & Stew, G. (2006). The phenomenon of boredom. *Qualitative Research in Psychology*, 3(3), 193-211.
- Melamed, S., Ben-Avi, I., Luz, J., & Green, M. S. (1995). Objective and subjective work monotony: Effects on job satisfaction, psychological distress, and absenteeism in blue-collar workers. *The Journal of Applied Psychology*, 80(1), 29-42.

- Metin, U. B., Taris, T. W., & Peeters, M. C. W. (2016). Measuring procrastination at work and its associated workplace aspects. *Personality and Individual Differences*, 101, 254-263.
- Morsy, S. M., & Sabra, H. E. (2015). Relation between quality of work life and nurses job satisfaction at Assiut university hospitals. *Al-Azhar Assiut Medical Journal*, 13(1), 163-171.
- Mosadeghrad, A. M., Ferlie, E., & Rosenberg, D. (2011). A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research*, 24(4), 170-181.
- Naftalin, M. (1962). *The malady of boredom* (Doctoral dissertation), University of Glasgow.
- O'Dea, M. K., Igou, E. R., van Tilburg, W. A. P., & Kinsella, E. L. (2022). Self-compassion predicts less boredom: The role of meaning in life. *Personality and Individual Differences*, 186, 111360.
- O'Hanlon, J. F. (1981). Boredom: Practical consequences and a theory. *Acta Psychologica*, 49(1), 53-82.
- Ohlmeier, S., Klingler, C., Schellartz, I., & Pfaff, H. (2022). Having a break or being imprisoned: Influence of subjective interpretations of quarantine and isolation on boredom. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2207.
- Özcan, E. M., Ünal, A., & Çakici, A. B. (2015). Sağlık çalışanlarında işe bağlı stres: Konya numune hastanesi saha çalışması. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 125-132.
- Özurmaz, S., & Öncü, A. Z. (2018). Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklinde çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 39-46.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Sayar, K. (2009). *Ruh hali: Bireysel mutluluk-sosyal mutluluk* (5. Baskı). Timaş Yayınları.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2014). *Burnout, boredom and engagement at the workplace* (ss. 193-320). Wiley Blackwell; Chichester.
- Schopenhauer, A. (2007). *Hayatın anlamı-Toplu Eserleri-3* (A. Aydoğan, Çev.) (1-3. Baskı). Say Yayınları.
- Seçim, H. (1991). *Hastane yönetim ve organizasyonu: Türkiye'de hastanelerin organizasyonu için bir model önerisi* (Küre Ajansça). İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları Fakültesi.
- Seib, H. M., & Vodanovich, S. J. (1998). Cognitive correlates of boredom proneness: The role of private self-consciousness and absorption. *The Journal of Psychology*, 132(6), 642-652.
- Smith, R. P. (1981). Boredom: A review. *Human Factors*, 23(3), 329-340.
- Struk, A. A., Carriere, J. S. A., Cheyne, J. A., & Danckert, J. (2017). A Short boredom proneness scale: Development and psychometric properties. *Assessment*, 24(3), 346-359.
- Sürgevil, O. (2006). Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu: Tükenmişlikle mücadele teknikleri (1. Basım). Nobel Akademik Yayıncılık.

- Svendsen, L. Fr. H. (1999). *Petite philosophie de l'ennui (Sıkıntının Felsefesi)* (M. Erşen, Çev.) (1. Basım). Bağlam Yayınları.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik* (1. Baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Tan, M., Polat, H., & Şahin, Z. A. (2012). Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4(2), 67-78.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2015). *Sağlık işletmeleri yönetimi* (7. Basım). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tolan, B. (1996). *Toplum bilimine giriş* (4. Baskı). Murat & Adım Yayıncılık.
- Toplu, D. B. (1999). Çalışma yaşamının kalitesinin geliştirilmesi: Türkiye'deki kamu kurum arşivleri örneği. *Türk Kütüphaneciliği*, 13(3), 223-251.
- Van Laar, D., Edwards, J., & Easton, S. (2007). The work-related quality of life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 325-333.
- Vodanovich, S. J., & Watt, J. D. (1999). The relationship between time structure and boredom proneness: An investigation within two cultures. *Journal of Social Psychology*, 139(2), 143-152.
- Watt, J. D., & Vodanovich, S. J. (1999). Boredom proneness and psychosocial development. *The Journal of Psychology*, 133(3), 303-314.
- Yılmaz, A., & Tanrıverdi, H. (2017). Örgütsel destek algısı üzerinde iş yaşam kalitesinin rolü: Beş yıldızlı otel aşçıları üzerine ampirik bir araştırma. *International Journal of Management and Administration*, 1(2), 83-105.

UZUN DÖNEMLİ BAKIMDA TERCİHLER VE BELİRLEYİCİLER: FORMAL BAKIMA KARŞI İNFORMAL BAKIM

Özden GÜDÜK *

ÖZ

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık oranının düşmesinin etkisi ile uzun dönemli bakım hizmetlerinin planlanması, sunumu, finansmanı ve sürdürülebilmesi küresel bir sorun haline gelmiştir. Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere pek çok ülke kendine özgü bir sistem geliştirmektedir. Sistem geliştirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken en önemli konulardan biri ise bireylerin bakım hizmetleri yönündeki tercihleridir. Bu derleme çalışmasının amacı; uzun dönemli bakım hizmet çeşitleri hakkında bilgi vermek ve bireylerin bakım çeşidi tercihini etkileyen faktörleri incelemektir. Bakım çeşitleri; formal bakım (kurumsal bakım, evde formal bakım, gündüz bakım evleri) ve informal bakım olarak kategorize edilmiştir. Konu ile ilgili yapılan literatür taraması sonucunda, tercihleri etkileyen faktörler pek çok çalışmada kullanılan Andersen Modeline göre gruplandırılarak hazırlayıcı faktörler, etkinleştirici faktörler ve ihtiyaç faktörleri olarak ele alınmıştır. Bireylerin formal ya da informal bakım çeşitleri üzerine tercihini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bireylerin kendisinden kaynaklanan sebeplerin yanı sıra, bakım verebilecek kişinin mevcudiyeti ve istekliliği, bakım kuruluşlarının varlığı ve kapasitesi gibi farklı dış etkenler de bakım tercihinde rol oynamaktadır. Sürdürülebilir ve etkin bir uzun dönemli bakım sistemi oluşturulması ve geliştirilmesinde bu faktörlerin ülke ve bölge bazında incelenmesi gereklidir. Böylece maliyet hesaplaması, kapasite belirlenmesi, kaynakların etkin dağılımı ve hizmetlerin güçlendirilmesine imkân sağlanabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Uzun dönemli bakım, evde bakım, informal bakım, formal bakım, kurumsal bakım, tercih.

MAKALE HAKKINDA

*Dr. Öğr. Üyesi, Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ozdenguduk@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2268-0428>

Gönderim Tarihi: 10.01.2022

Kabul Tarihi: 16.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Güdük, Ö. (2022). Uzun Dönemli Bakımda Tercihler ve Belirleyiciler: Formal Bakıma Karşı İnformal Bakım. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 681-694

PREFERENCES AND DETERMINANTS IN LONG TERM CARE: FORMAL CARE VS. INFORMAL CARE

Özden GÜDÜK *

ABSTRACT

With the effect of prolonging life expectancy and decreasing fertility rate, planning, delivery, financing and sustainability of long-term care services has become a global issue. Many countries, especially developed countries, have been developing their own system. One of the most important issues to be considered in system development is the preferences of individuals in terms of care services. This review study aims to give information about long-term care service types and to examine the factors affecting the care type preference of individuals. Types of care were categorized as; formal care (institutional care, formal home care, day care homes) and informal care. As a result of the literature review on the subject, the factors affecting the preferences were grouped according to the Andersen Model used in many studies and discussed as predisposing factors, enabling factors and need factors. There are many factors that affect the preferences of individuals on formal or informal care types. In addition to the reasons arising from the individuals themselves such as age, gender, marital status, different external factors such as the availability and willingness of the person to provide care, the existence and capacity of care institutions also play a role in the care preference. It is necessary to examine these factors on the basis of country and region in the creation and development of a sustainable and effective long-term care system. Thus, it will be possible to calculate costs, determine capacity, effectively distribute resources and strengthen services.

Keywords: Long-term care, home care, informal care, formal care, institutional care, preference.

ARTICLE INFO

*Assist. Prof., Yuksek Ihtisas University, Health Sciences Faculty, Healthcare Management Department, ozdenguduk@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2268-0428>

Received: 10.01.2022

Accepted: 16.08.2022

Cite This Paper:

Guduk, O. (2022). Preferences and Determinants in Long-Term Care: Formal Care vs. Informal Care. Hacettepe Journal of Health Administration, 25(3): 681-694

I. GİRİŞ

Uzun dönemli bakım (long term care) sistemleri, fiziksel ve zihinsel kapasitelerinde düşüş yaşayan, kırılğan durumda olan ve/veya engelli kişilere, bireysel sağlığı korumayı ve kişisel refahı geliştirmeyi amaçlayan hizmetlerin tümünü kapsamaktadır (Costa-Font vd., 2008; OECD, 2020a). Bu tür hizmetler, engelliler ve çoğunlukla ise ileri yaştaki birçok bağımlı insan için çok önemlidir. Tipik olarak bakım; yemek yeme, banyo yapma, giyinme, yatağa girip çıkma veya tuvaleti kullanma gibi "Günlük Yaşam Aktiviteleri" (GYA) olarak adlandırılan yardımlardan oluşur. Ek olarak, bu kişisel bakım bileşenleri genellikle yara bakımı, ağrı yönetimi, ilaç tedavisi, sağlığı izleme, önleme, rehabilitasyon veya palyatif bakım hizmetleri gibi temel tıbbi hizmetlerle birlikte sağlanır. Ayrıca, uzun dönemli bakım hizmetleri yemek, alışveriş ve ev işleri gibi "Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri" (EGYA) olarak adlandırılan alt düzey yardımları da kapsayabilir (Lipszyc vd., 2012).

Uzun dönemli bakım türüne duyulan ihtiyaç her zaman yaşa bağlı değildir, genç yaştaki bireylerin de farklı nedenlerle bu tür bir bakıma ihtiyacı söz konusu olabilmektedir. Ancak yaş arttıkça ihtiyacın arttığı bilinmektedir (Cohen ve Feder, 2018). Daha yüksek yaşam beklentisi, yaş bağımlılık oranını ve bireysel bakıma bağımlı olma riskini artırmaktadır (Gusmano ve Okma, 2018). Ortalama yaşam süresinin uzaması ve doğurganlık hızının düşmesinin etkisiyle meydana gelen demografik değişim, toplum yaşlanmasına neden olmakta ve birçok ülkeyi uzun dönemli bakım hizmetlerinin sağlanması ve finansmanında zorluklarla karşı karşıya bırakmaktadır (Nadash, 2020).

Son yıllarda, 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı OECD ülkeleri genelinde ortalama olarak neredeyse iki katına çıkmıştır. Bu oran, 1960'ta %9'un altındayken 2019'da %17'nin üzerindedir ve 2050 yılında %26,7'e ulaşması beklenmektedir. 2019 yılında, 38 OECD üyesi ülke genelinde, 65 yaş ve üzerindeki insan sayısı 232 milyondan fazladır ve bunun 62 milyondan fazlası en az 80 yaşındadır. Özellikle gelişmiş ülkeler, toplum yaşlanmasından olumsuz yönde daha fazla etkilenmektedir. İtalya, Portekiz, Yunanistan, Japonya ve Kore'de 2050 yılına gelindiğinde en az her üç kişiden birinin 65 yaş ve üstü olacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2022).

Toplumun yaşlanması bakıma ihtiyacı olanlar ile bakım verenler arasındaki dengeyi bozmaktadır. Yaşlı nüfusun oranının yüksek olduğu ülkelerde bakıma muhtaç yaşlıların sayısı, potansiyel bakım sağlayıcılar grubundan daha hızlı artmaktadır (Broese van Groenou ve De Boer, 2016; Geerts vd., 2012). İş gücü ve insan kaynakları açısından değerlendirildiğinde, bu durumun gelecekte daha da kötüleşmesi muhtemeldir. Bakım talebinin artmaya devam edeceği ve uzun dönemli bakım sektörü üzerinde daha fazla baskı oluşturacağı tahmin edilmektedir. OECD'nin raporuna göre 28 OECD ülkesi ortalaması alındığında, 65 yaş ve üzeri her 100 kişiye ortalama beş uzun dönemli bakım çalışanı düşmektedir. Veriler Fransa'da, bazı Güney Avrupa ülkelerinde (İtalya, Portekiz, Yunanistan) ve Orta Avrupa ülkelerinde (Slovak Cumhuriyeti, Polonya) bakım veren sayısının çok daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu da bakıma erişim için bekleme listelerine ve ihtiyaçları karşılamak için yetersiz kapasiteye yol açmaktadır. Yapılan projeksiyonlara göre, şu anda var olan oranın, yani 65 yaş ve üstü her 100 kişi için beş bakım verici oranının korunabilmesi için sektördeki bakım verenlerin sayısının 2040 yılına kadar 13,5 milyon artması gerekmektedir (OECD, 2020b).

Bakıma ihtiyacı olan insanlara yeterli uzun dönemli bakım hizmetlerinin sağlanması pek çok ülke için kritik bir sosyal sorun haline gelmiştir. Birçok ülke uzun dönemli bakımın sağlanması ve finansmanı ile ilgili çeşitli ekonomik ve sosyal zorluklarla yüzleşmektedir (Lehnert vd., 2019; Sugimoto vd., 2017). Uzun dönemli bakım hizmetlerine olan talebi ve ilgili maliyetleri tahmin etmek ve sürdürülebilir bir sistem geliştirebilmek için bireylerin bakım ihtiyaçlarını araştırmak ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek gereklidir. Bakım tercihini etkileyen faktörlerin ülke ve bölge bazında değerlendirilmesi sayesinde bakım çeşidine göre kapasite belirlenmesi, kaynakların etkin dağılımı, mevcut hizmetlerin geliştirilmesi ve yeni hizmetlerin oluşturulması sağlanabilecektir. Bu çalışmada, uzun dönemli bakım hizmet çeşitleri kısaca açıklanarak, bireylerin bu hizmet çeşitleri hakkındaki tercihlerini etkileyen faktörler Andersen Modeline uygun olarak ele alınmıştır.

II. UZUN DÖNEMLİ BAKIM ÇEŞİTLERİ

Uzun dönemli bakım yatılı hizmet sunan bir kurumda, bireyin evinde veya gündüz bakım evleri gibi toplumla entegre bir şekilde sağlanabilir; profesyonel kişiler ve ajanslar yoluyla formal hizmetleri ya da profesyonel olmayan kişilerce sağlanan informal hizmetleri içerebilir (Ikegami, 2019). Hizmetin sunum yeri ve bakım verici tek ve sabit olabileceği gibi karma biçimler altında da sağlanabilir. Karma hizmetler -özellikle yarı yatılı bakım- bağımsız yaşama yeteneğinin teşvik edilmesini veya korunmasını amaçlamaktadır. İnsanlara gün içinde yemek, günlük sağlık, eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri gibi eksiksiz bir hizmet paketi sunan gündüz bakım merkezleri karma hizmetlere örnek olarak gösterilebilir. Sosyal rehabilitasyon ve entegrasyon için bakım merkezlerinde geçici olarak konaklama da karma biçimli uzun dönemli bakım hizmeti olarak tanımlanabilir (Lipszyc vd., 2012).

Formal ve informal bakım hizmetleri, genellikle bağımlılığın türüne bağlı olarak, birbirini tamamlayan veya ikame eden biçimde bir arada bulunabilir. Formal bakım, kamuda veya özel sektörde, bir tür iş sözleşmesi kapsamında ücret alan ve çoğunlukla düşük vasıflı bakım verenler veya hemşireler tarafından sağlanır. Aksine, informal bakım, bakıma ihtiyaç duyan bireyin ailesi, arkadaşları veya komşuları gibi yakın çevresinden bir kişinin herhangi bir yazılı sözleşme olmaksızın sunduğu bakım hizmetini tanımlar. Informal bakımda bakım veren bakımdan yararlanan kişiden bazı gayri resmi ödemeler alabilse bile, bir hizmet satın almış gibi bakım sunumu ödemesi gerçekleşmemektedir (Lipszyc vd., 2012).

Avrupa Birliği üye ülkeleri genelinde, sosyal politika bağlamında evde bakım ve toplum temelli bakım hizmetlerine öncelik verilmektedir. Ancak, uzun dönemli bakım politikaları, bazı yönleri ile üye ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin; bakım yardımları için uygunluk kriterleri, uzun dönemli bakım sunumunun yapısal organizasyonu, satın alınabilirlik veya bakım pazarındaki mevcut hizmetlerin türü, kapsamı ve çeşitliliği ülkeden ülkeye büyük ölçüde değişebilmektedir (Bakx vd., 2015; Montano ve Peter, 2021; Fischer vd., 2021).

Çoğu zaman, bireyler sosyal bağlarını koparmak veya aile, arkadaş ve komşu gibi tanıdık kişilerle çevrili çevresinden ayrılmak istememektedir. Bireyler mümkün olduğunca uzun süre kendi evinde yaşamayı ve bakım almayı tercih etmektedir. Böylece birey kendi evinde yüksek derecede özerkliğini sürdürebilmektedir. Uzun dönemli bakıma ihtiyaç duyulduğunda, evde bakım genellikle, bakım alanların tercihlerine uyan akrabalar veya arkadaşlar tarafından informal olarak sağlanmaktadır. Ancak bakım ihtiyacı şiddetlendiğinde, tercihler kurumsal hasta bakımına doğru kaymaktadır (Hajek vd., 2017).

Bakım çeşitleri genel olarak; formal bakım (kurumsal bakım, evde formal bakım, gündüz bakım evleri) ve informal bakım olarak kategorize edilmektedir. Bu bakım çeşitleri aşağıda açıklanmaktadır.

2.1. Kurumsal Bakım

Kurumsal uzun dönemli bakım yaşlılar için düzenlenmiş konutlar, bakımevleri, rehabilitasyon merkezleri veya huzurevlerinde geçici ve kalıcı kabullerden meydana gelmektedir. Yaşlılara yönelik hazırlanmış konutlarda günlük yaşam (enstrümental) aktivitelerine yardım sağlanırken huzurevlerinde aynı zamanda hemşirelik hizmeti de verilmektedir (de Meijer vd., 2015). Huzurevi, bağımlı yaşlı yetişkinlerin profesyonel sağlık çalışanlarının yoğun ve sürekli gözetimi altında yaşadığı bir toplu tesistir (Lu vd., 2021).

Huzurevine yerleştirmenin avantajları ve dezavantajları hakkında uzun süredir devam eden tartışmalar vardır (Lu vd., 2021). Huzurevleri, güvenliği ve sosyal aktiviteleri artırarak, savunmasız yaşlı yetişkinlerin tutarlı profesyonel bakım almasını sağlayarak ileri yaşta bireylerin yaşam kalitesine fayda sağlayabilir. Ancak, mahremiyet ve özerklik konusunda endişeler dile getirilmektedir (Gilbert vd., 2015). Huzurevine taşınma, yaşlılar arasında depresyon ve azalan refah gibi duygusal sıkıntılara yol açabilmektedir (Lu vd, 2021). Hatta Harmand ve arkadaşları (2014) huzurevinde kalmanın bireyin

uzun süre yaşadığı, alışık olduğu çevrede ve gün içinde farklı bireyler ile etkileşimde bulunabileceği toplulukta kalmaya kıyasla bilişsel gerileme ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir.

Huzurevine yerleşme, sağlıklı yaşlı yetişkinlerin çoğunluğunun tercih ettiği ilk seçenek değildir. Tersine, ileri yaştaki bireyler çoğunlukla evde bakım ve yerinde yaşlanmayı tercih etmektedir. Fakat, işlev bozukluğu olanlar için bir huzurevi veya bakımevi, profesyonel bakım ihtiyaçlarını karşılamak için optimal bir seçimdir (Guo vd., 2015). Bireyin bağımlılık derecesi ve sağlık durumu kurumsal bakım tercihinin etkileyen en önemli faktörler olmasına rağmen kurumsal bakım tercihinin açıklamakta tek başına yeterli değildir. Örneğin; ihtiyaç duyduğu informal bakım hizmetinden yoksun ve kapsamlı bir uzun dönemli bakım sigortasına sahip olan yaşlı yetişkinler, kurumsal bakımı aile bakımına tercih etmektedir (Mair vd., 2015).

Kurumsal bakım, informal bakım ve toplum temelli bakıma göre daha maliyetlidir (Carvalho vd., 2020). Toplam uzun dönemli bakım harcamalarının yaklaşık %70'ini oluşturur (de Meijer vd., 2015). Bu nedenle ülkeler uzun dönemli bakım sistemlerini geliştirirken mümkün olduğunca kurumsal bakım yerine evde bakımı desteklemektedir (Guo vd., 2015; Fernández-Carro, 2016; Mozhaeva, 2019; Sugimoto vd., 2017).

2.2. Evde Formal Bakım

Evde formal bakım; bakım ihtiyacı duyan kişiye kendi evinde, bakım verme konusunda eğitim almış bir ücretli çalışan tarafından sunulan bakım hizmetleridir. Bakım verenler arasında profesyonel bakım verenler, hemşireler, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları vb. çalışanlar bulunmaktadır. Bu hizmet kapsamında, günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olunmasının yanı sıra bireyin ihtiyacına göre farklı çeşitte hizmetler sunulabilmektedir (Özgöbek, 2019).

Etkili evde bakım hizmetleri, çeşitli sağlık ve güvenlik risklerinin önlenmesine yardımcı olabilmektedir. Bu hizmetler, planlanmamış hastane başvurularının ve acil servis ziyaretlerinin sayısını azaltarak sağlık hizmeti kullanımının azaltılmasına katkıda bulunabilmektedir. Bununla birlikte, yaşlıların acılarını ve ıstıraplarını, ailelerine bakan kişilerin yükünü azaltmanın yanı sıra halk sağlığı hizmetleri üzerindeki baskıyı ve maliyetlerini azaltmaya yardımcı olabilir (Fu vd., 2018). Hong Kong'da yapılan araştırmaya göre evde bakımın daha fazla kullanılması yaşlıların yaşam kalitesinde kayda değer bir iyileşme sağlamaktadır (Cheung vd., 2005).

2.3. Gündüz Bakım Evleri

Fonksiyonel bağımlılığı olan ancak akut bakım gerektirmeyen bireylere, bu amaçla faaliyet gösteren kuruluşlarda gündüz sunulan bakım hizmetleridir. Hem bakım alana hem de bakım vericilere yönelik hizmetleri kapsamaktadır. Kişisel hijyen, tıbbi, hemşirelik ve rehabilitasyon bakımı, iş-üçraş terapisi, eğitim ve psikososyal destek bu hizmetlerden bazılarıdır (Lopes vd., 2018). Bu tür bakımda birey kendi evinden ve yaşadığı çevreden tamamen kopmuş değildir. Bireyin, toplumla ve çevre ile ilişkisi hala aktif olarak devam ettiği için toplum temelli bakım olarak kabul edilmektedir. Bu tür toplum temelli bakım hizmetleri etkili sunulduğunda ileri yaştaki bireylerin erken ve gereksiz yere huzurevi ya da bakımevi gibi kurumsal bakıma yönelmesini önleyebilmektedir (Fu vd., 2018).

2.4. İnfomal Bakım

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çeken veya sürekli bakıma ihtiyaç duyan bireylere akraba, arkadaş veya komşular tarafından sağlanan bakım olarak tanımlanmaktadır. Yaşlı bireyler için ilk destek hattıdır ve bazı ülkelerde/bölgelerde en yaygın destek şeklidir. İnfomal bakım sağlanan kişilerin çoğu, ebeveynler, eşlerin anne-babası, kardeşler, eşler veya partnerler, diğer yakın akrabalar ve genel olarak bakım verenin güçlü bir duygusal bağa sahip olduğu kişilerdir (Montano ve Peter, 2021). İnfomal bakım veren, bakıma muhtaç bir kişiyle önemli kişisel ilişkisi olan ve ona geniş bir yelpazede yardım sağlayan kişidir.

İnformal bakım, çoğunlukla profesyonel olmayan ve ücretsiz bakımdır. Ortalama olarak 18 OECD ülkesinde, 50 yaş ve üzerindeki kişilerin yaklaşık %13'ünün en az haftada bir informal bakımdan yararlandığı bildirilmektedir (Budnick vd., 2021).

Birçok kültürde, ileri yaştaki bireylere bakmak evlatlık yükümlülüğüdür ve ailenin görevidir (Hong, 2016; Ikegami, 2019; Chou vd., 2015). İleri yaştaki bireyler de genellikle kurumsallaşmaya karşı bir isteksizlik sergilerler ve kendi evlerinin tanıdık ortamında yaşlanmayı tercih ederler (Kuppler ve Wagner, 2020; Guo vd., 2015; Iwasaki vd., 2016). Ancak aile yapısındaki değişim, yüksek şehirleşme oranı, kadının işgücüne katılımının artması, yalnız yaşayan bireylerin sayısının artması gibi sebepler informal bakım desteğini gittikçe azaltmaktadır (OECD, 2020c).

Çoğu zaman bakım verenlere emeğinin karşılığında bir ödeme yapılmadığı için ücretsiz olan informal bakım aslında masrafsız değildir. Bağımlı bireylere destek veren aile üyeleri ve arkadaşlar, fiziksel ve zihinsel strese maruz kalabilirler. İnfomal bakım verenler, sevdiklerine bakmak için iş veya eğlence için kullanabilecekleri zamanlarından vazgeçmektedir. Ayrıca bakım verenlerin işgücü piyasasından ayrılma veya çalışma saatlerini azaltma olasılığı daha yüksektir. Sonuç olarak bakım verenlerin gelir kaybı yaşaması muhtemeldir (OECD, 2020c). Yine de eğer bakım verilen kişinin bağımlılık derecesi çok yüksek değilse formal bakımla kıyaslandığında daha maliyet etkilidir (Kuppler ve Wagner, 2020). Bu nedenle pek çok ülke informal bakım ağırlıklı sistemler kurmaya gayret etmektedir (Cardoso vd., 2012).

III. UZUN DÖNEMLİ BAKIM TERCİHİNDE ETKİLİ OLAN FAKTÖRLER

Bireylerin uzun dönemli bakıma ihtiyacı ortaya çıktığında, farklı bakım çeşitlerinden hangisini tercih edeceği yaş, cinsiyet, eğitim, gelir durumu gibi farklı faktörlerden etkilenmektedir. Bazen bireyin tercihleri ile gerçek durum (yararlanılan hizmet çeşidi) örtüşebilmekte fakat bazı vakalarda bireyin tercihi o yönde olmasa da mevcut şartlar hizmet çeşidine yön vermektedir.

Uzun dönemli bakım hizmeti tercihini etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla yapılan araştırmalarda Andersen Modeli (1995) sıklıkla kullanılmaktadır. Orijinalinde sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik geliştirilmiş olan bu modelden uzun dönemli bakım hizmetlerinin tercihini belirlemede de yararlanılmaktadır (Fu vd., 2017). Andersen Modeline göre, sağlık hizmetlerinin kullanımı hazırlayıcı (predisposing), etkinleştirici (enabling) ve ihtiyaç faktörleri (need factors) olarak 3 grupta toplanan çok sayıda faktör tarafından yönlendirilir. Bu faktörler aşağıda açıklanmıştır.

3.1. Hazırlayıcı (Predisposing) Faktörler

Hazırlayıcı faktörler; demografik özellikleri, sağlık inançlarını (tutumlar, inançlar ve sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler) ve sosyo-ekonomik durum göstergelerini kapsar (Kuppler ve Wagner, 2020; Fu vd., 2017; Chou vd., 2015; Hong vd., 2016). Bu grupta yer alan yaş, cinsiyet, yaşanılan yer (şehir veya kırsal), eğitim seviyesi, medeni durum gibi faktörlerin uzun dönemli bakım çeşidi tercihinin güçlü yordayıcıları olduğu belirtilmektedir (Fu vd., 2017; Wei ve Zhang, 2020; Liu vd., 2021).

Pek çok çalışmada yalnız yaşayanların, kadınların ve daha genç yaşta olanların tercihini kurumsal bakımdan yana yaptığı bulunmuştur (Sugimoto vd., 2017; Sugisawa vd., 2020; Bakx ve de Meijer, 2013; Steinbeisser vd., 2021; Hong vd., 2016). Evlilerin kısa süreli bakım ihtiyaçlarıyla ilgili olarak informal yardımı tercih etme olasılıkları daha yüksek iken formal ve karma yardımı tercih etme olasılıkları daha düşüktür (Min, 2005). Bazı araştırmacılara göre gençlerin kurumsal bakımı tercih etmelerinin arkasında yatan neden onların uzun dönemli bakım hizmetleri hakkında daha bilinçli olmaları ile açıklanmaktadır (Sugisawa vd., 2020). Erkeklerin informal veya karma bakımı tercihi daha yüksektir. Aynı çalışmada ifade edildiği üzere, yüksek eğitim seviyesine sahip olanlar formal evde bakımı (Min, 2005), bir diğer çalışmada ise kurumsal bakımı (Steinbeisser vd., 2021) tercih etmektedir. Yani eğitim seviyesi yüksek olanlar informal bakımı daha az tercih etmektedir.

Wu ve diğerleri (2014) hazırlayıcı faktörlere bireyin tütün ve tütün ürünleri ile alkol kullanımını ve beden kitle endeksini de ilave etmişlerdir. Ancak çalışma her üç faktörün de evde ya da kurumda bakım alma üzerine anlamlı bir ilişkisini göstermemektedir.

3.2. Etkinleştirici (Enabling) Faktörler

Etkinleştirici faktörler; sağlık personeli ve tesislerinin mevcudiyetinin yanı sıra bunlara erişim araçları ve bilgisi de dahil olmak üzere hizmet kullanımını kolaylaştıran kişisel ve toplumsal kaynaklara atıfta bulunur (Kuppler ve Wagner, 2020; Fu vd., 2017; Chou vd., 2015; Hong vd., 2016). Bu faktörler, hizmetin kullanımına ilişkin bir değere göre hareket etmek veya bir ihtiyacı karşılamak için mevcut kaynaklarla ilgilidir.

Meslek, ekonomik durum, kişisel veya hanehalkı geliri, birincil bakım veren (eş, çocuk, diğer), sahip olunan çocuk sayısı, sigorta varlığı ve kapsamı, çocuklarla iletişim sıklığı kullanılan veya tercih edilen uzun dönemli bakım hizmeti çeşidine etki etmektedir (Fu vd., 2017; Wei ve Zhang, 2020; Liu vd., 2021). Tayvan’da yapılan bir çalışmada, zayıf aile bağları ile kurumsal bakımı kullanma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hatta yalnız yaşayan, ailesi olmayan ve bağımlılık seviyesi daha yüksek kişilerin kurumsal bakımdan yararlandığı ortaya konulmuştur. Aynı çalışma gelir durumu yüksek ve aile bağları sıkı olanların evde formal bakımdan yararlandığını göstermektedir (Chou vd., 2015). Keza yapılan çalışmalara göre çocuk sahibi olanların informal bakımı tercih etme olasılıkları daha yüksektir. Daha fazla informal destek ve daha geniş sosyal ağ (örn. çocuklar ve akrabalarla daha sık temasa sahip olmak), kurumsal bakıma karşın informal ve karma yardıma yönelik tercihi artırmaktadır (Min, 2005).

Hizmet kullanımını etkileyen bir başka faktör ise bireylerin hizmetler hakkındaki bilgi seviyesidir. Bireylerin sunulan bakım hizmetleri hakkında bilgisi arttıkça bu hizmetleri kullanma olasılıkları da yükselmektedir. Örneğin; Sugimoto ve arkadaşları (2017) belediyelerin veya sosyal hizmetlerin faaliyetleri hakkında birden çok kaynaktan bilgi edinenlerin evde bakımı kullanma tercihlerinin arttığını göstermektedir.

Yine sigorta kapsamının geniş olması ve bakım ödemelerinin sigorta tarafından karşılanması da formal (kurumsal) hizmet kullanımını ve tercih edilebilirliği artırmaktadır. Kurumsal bakım maliyetini kapsayan bir sigortaya sahip olmayan bireyler, kişisel gelir durumunun yeterli olmaması halinde bu tür bakımdan yararlanamamaktadır (Liu vd., 2021).

3.3. İhtiyaç Faktörleri (Need Factors)

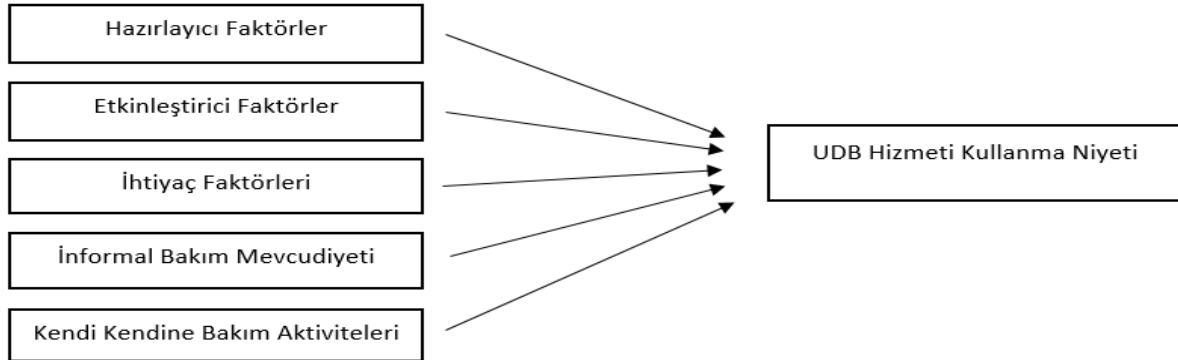
İhtiyaç faktörleri; bir kişinin öznel olarak algılanan ve profesyonel olarak değerlendirilen sağlık durumunu ele alır (Kuppler ve Wagner, 2020; Fu vd., 2017; Chou vd., 2015; Hong vd., 2016). İhtiyaç faktörleri ile bireyin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları göz önünde bulundurulmaktadır. Fiziksel açıdan bireyin günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme derecesi, demans, Alzheimer gibi bilişsel bozukluk varlığı ya da var olan kronik hastalıkların sayısı evde veya kurumda bakımın önemli belirleyicileridir (Toot vd., 2017). Pek çok çalışmada algılanan sağlık durumu, yalnızlık hissi veya depresyon da bu kategoride yer alan bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır (Fu vd., 2017; Wei ve Zhang, 2020; Chou vd., 2015; Liu vd., 2021). Yine bireyin son bir yılda acil servis başvurusu ve hastane yatışı gerçekleşip gerçekleşmemesi de bu gruba dahil edilmektedir (Wu vd., 2014).

Bakıma ihtiyaç şiddetlendikçe informal bakım hem daha maliyetli hem de daha zor olmaktadır. Bu nedenle özellikle bağımlılık derecesi yüksek veya tam bağımlı ileri yaştaki bireylerde kurumsal bakıma yönelme daha rasyonel bir seçenek olmaktadır. Bakx ve de Meijer (2013), engellilik ve sağlık durumunun informal bakımdan formal bakıma geçişte önemli rolü olduğunu ifade etmektedir. Hollanda’da yapılan çalışmada, daha önce hiç bakım almamış ya da yalnızca informal bakım almış olup formal bakıma geçenlerin özellikleri değerlendirilmiştir. Bulgulara göre; engellilik, mental sağlık sorunu, birden fazla kronik hastalık varlığı, bilişsel bozukluk formal bakımın önemli belirleyicileridir.

Carvalho ve diğerleri (2020) ise basit günlük yaşam faaliyetlerinde kısıtlık olan yaşlıların çoğunlukla kendi evinde kalmayı tercih ettiğini, buna karşılık basit günlük yaşam faaliyetlerinde kısıtlılığa ilaveten üriner ve fekal inkontinans problemi olanların kurumsal bakımı tercihinin daha yüksek olduğunu söylemektedir. Guo ve arkadaşları (2015), banyo yapma ya da giyinme gibi yalnızca 1-2 günlük yaşam aktivitesinde zorluk yaşayanların evde bakımı tercih etmesine karşın zorluk yaşanan aktivite sayısı arttıkça bireylerin kurumsal bakıma yöneldiğini ifade etmektedir. Buna karşılık bir çalışmada bireyin algıladığı sağlık durumunun veya sağlığını geliştirmek için gösterdiği çabanın, uzun dönemli bakım hizmet çeşidine etkisi olmadığı bulunmuştur (Sugimoto vd., 2017).

Andersen Modeli bakım çeşidinin tercihinin araştırmada oldukça sık kullanılmaktadır. Bu modele ilaveten başka değişkenleri de çalışmasına dahil eden araştırmacılar olmuştur. Örneğin; Hong ve arkadaşları (2016) çalışmalarında Anderson Modeli'ne "informal bakımın mevcudiyeti" ve "kendi kendine bakım aktiviteleri" şeklinde iki grup daha eklemiştir. İnfomal bakımın mevcudiyetinden kasıt bakım verebilecek kaynak olup olmadığının sorgulanmasıdır. Bu gruba dahil edilen bireyin sahip olduğu yetişkin çocuk sayısı, eşinin sağlık (mental ve fiziksel) durumu, yetişkin çocuklar ve eş ile ilişkiden memnun olma gibi faktörlerin informal bakım tercihinin ciddi ölçüde etkisi olabilmektedir. Eşin yaşı ve sağlık durumu da informal bakım verme kapasitesini göstermesi açısından önemli bir değişken olarak kabul edilmektedir. Zira Bakx ve de Meijer'in (2013) çalışmasında daha yüksek yaşta, engellilik sorunları ve üçten fazla kronik hastalığı olan, yakın zamanda hastane yatışı gerçekleşmiş bir eşe sahip olanların formal bakımı tercihleri daha yüksektir. Eklenen diğer grupta ise; kendi kendine bakım aktiviteleri yani bireyin yaşlılık dönemi için fiziksel/finansal/sosyal hazırlık derecesi değerlendirilmektedir.

Şekil 1. Uzun Dönemli Bakım Hizmet Tercihine Etki Eden Faktörler



Kaynak: Hong ve arkadaşları (2016)

Bir başka çalışmada bakım verme deneyimi olan ve olmayanların cevapları analiz edilmiş ve daha önce bir başkasına bakım veren orta yaştakilerin kendilerinin bakım ihtiyacı ortaya çıktığında kurumsal bakımı tercih ettikleri görülmüştür. Araştırmacılar, deneyimlenen bakım yükünün tercihe etkili olduğu, çünkü bu kişilerin ileride bir başkasına aynı yükü yaşatmak istemedikleri şeklinde açıklama yapmıştır (Sugimoto vd., 2017).

İleri yaştaki yetişkinler için hizmet seçiminin sadece onların isteklerinden etkilenmediği, bazen kararın aileler tarafından verildiği bilinmektedir. Özellikle de informal bakım verici olarak hareket etmek istemeyen orta yaşlı aile bireyleri uzun dönemli bakım hizmetlerinin fiili kullanım eğilimlerine yön vermektedir (Sugisawa vd., 2020). İnfomal bakım, bakım vericiye ciddi anlamda fiziksel ve duygusal yük getirebilmektedir. Bu yüke rağmen aile bireyleri, bakım ihtiyacı olan bireye duyulan sevgi ve saygı, kamu yoluyla sağlanan bakımın yetersiz olması ve özel hizmetlere ayırabilecekleri maddi imkanlarının olmaması gibi nedenlerle informal bakımı sürdürebilmektedir. Ancak informal bakımı sağlama ve sürdürme diğer şeylerin yanı sıra, fırsat maliyetlerine, diğer potansiyel bakıcıların varlığına ve diğer bireylerle (stratejik) etkileşimlere bağlıdır (Bakx ve de Meijer, 2013).

Bütün bu faktörlerin yanı sıra bakım çeşidinin seçiminde ya da kullanımında, yeterli bakım hizmeti kaynağının olup olmamasının (örneğin; bakım verme sertifikası olan kişi ya da hemşire sayısının oranı) önemli olduğu ifade edilmektedir (Shih vd., 2020). Zira yeterli kaynağın olmaması veya uzun bekleme süresi kişinin tercihini olumsuz etkilemektedir.

IV. SONUÇ

Çoğu birey yaşlılık döneminde kendi evinde yaşamaya devam etmeyi istemektedir. Ancak yaşlılıkla beraber bireylerin uzun dönemli bakıma ihtiyacı ortaya çıktığında, tercih edeceği yaşam yeri ve bakım çeşidi üzerine pek çok faktörün karar almada etkili olduğu bilinmektedir. Bireyler kendi evinde bir aile üyesinin, arkadaşının ya da yakın çevresinden birinin desteği ile informal bakım alabileceği gibi, evde ya da kurumda yatılı veya gündüzlü bakım hizmeti şeklinde formal bakımdan da yararlanabilmektedir.

Bakım çeşidi seçiminde etkili olan faktörler, farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda sıklıkla kullanıldığı üzere Andersen Modeli ile gruplandırılmakta ve hazırlayıcı faktörler, etkinleştirici faktörler ve ihtiyaç faktörleri olarak adlandırılmaktadır. Hazırlayıcı faktörler; demografik özellikleri, sağlık inançlarını ve sosyo-ekonomik durum göstergelerini kapsamaktadır. Yaş, cinsiyet, yaşanılan yer (şehir veya kırsal), eğitim seviyesi, medeni durum gibi faktörler bu grupta ele alınmaktadır. Etkinleştirici faktörler; sağlık personeli ve tesislerinin mevcudiyeti, bunlara erişim ve hizmetler hakkında bilgi gibi hizmet kullanımını kolaylaştıran kişisel ve toplumsal kaynaklardır. İhtiyaç faktörleri; bir kişinin öznel olarak algılanan ve profesyonel olarak değerlendirilen sağlık durumunu ele alır. Bu grupta bireyin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçları göz önünde bulundurulmaktadır.

Sürdürülebilir ve etkin bir uzun dönemli bakım sisteminin geliştirilmesi veya var olan sistemin iyileştirilmesi için bireylerin tercihleri ve tercihlerini etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir. Bu sayede, hizmetlere olan talep ve ilgili maliyetler tahmin edilebilecek ve bakım çeşidine göre kapasite belirlenmesi, kaynakların etkin dağılımı sağlanabilecektir. Bakım tercihinin etkileyen faktörlerin bölge bazında değerlendirilmesi sayesinde bu yönde bölgesel yatırımlara yön verilebilecektir. Ayrıca bu tür çalışmalar, mevcut hizmetlerin geliştirilmesine ve yeni hizmetlerin oluşturulmasına katkı sağlayabilir.

Finansal Destek: Bu çalışma TÜBİTAK 2219 Yurt Dışı Doktora Sonrası Araştırma Bursu ile desteklenmiştir.

Teşekkür: Prof. Dr. Heinz Rothgang ve Prof. Dr. Lorraine Frisina Doetter başta olmak üzere Bremen Üniversitesi SOCIUM Merkezinde çalışan tüm araştırmacılara içten teşekkür ederim.

Etik Kurul İzni: Çalışma için Etik Kurul onayı gerekmemektedir.

KAYNAKLAR

- Bakx, P., de Meijer, C., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2015). Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance. *Health Econ*, 24(6), 631-643. doi: 10.1002/hec.3050.
- Bakx, P., & de Meijer, C. (2013). The influence of spouse ability to provide informal care on long-term care use. *NursingRN: Long-Term Care*, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2407926> or dx.doi.org/10.2139/ssrn.2407926
- Broese van Groenou, M. I., & De Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *Eur J Ageing*, 13(3), 271-279. doi.org/10.1007/s10433-016-0370-7
- Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from

- an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Serv Res.* 21(1), 353. doi: 10.1186/s12913-021-06359-7.
- Cardoso, T., Oliveira, M.D., Barbosa-Póvoa, A. & Nickel, S.. (2012). Modeling the demand for long-term care services under uncertain information. *Health Care Manag Sci*, 15(4), 385-412. doi.org/10.1007/s10729-012-9204-0
- Carvalho, N., Fustinoni, S., Abolhassani, N., Blanco, J. M., Meylan, L., & Santos-Eggimann, B. (2020). Impact of urine and mixed incontinence on long-term care preference: a vignette-survey study of community-dwelling older adults. *BMC Geriatr*, 20(1), 1-12. doi.org/10.1186/s12877-020-1439-x
- Cheung, J. C. K., Kwan, A. Y. H., Chan, S. S. C., Ngan, R. M. H., Ng, S. H., Leung, E. M. F., & Lau, A. (2005). Quality of life in older adults: Benefits from caring services in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 71(1), 291-334.
- Chou, YC., Kröger, T., & Pu, C. Y. (2015). Models of long-term care use among older people with disabilities in Taiwan: institutional care, community care, live-in migrant care and family care. *Eur J Ageing*, 12(2), 95-104. doi.org/10.1007/s10433-014-0322-z
- Cohen, M. A., & Feder, J. (2018). Financing long-term services and supports: Challenges, goals, and needed reforms. *Journal of Aging & Social Policy*. 30(3-4), 209-226. DOI: 10.1080/08959420.2018.1462680
- Costa-Font, J., Wittenberg, R., Patxot, C., Comas-Herrera, A., Gori, C., di Maio, A., Pickard, L., Pozzi, A., & Rothgang, H. (2008) Projecting long-term care expenditure in four European Union member states: the influence of demographic scenarios. *Social Indicators Research*, 86 (2), 303-321. doi: 10.1007/s11205-007-9140-4
- De Meijer, C., Bakx, P., van Doorslaer, E., & Koopmanschap, M. (2015). Explaining declining rates of institutional LTC use in the Netherlands: a decomposition approach. *Health Econ*, 24 (1), 18-31. doi: 10.1002/hec.3114.
- Fernández-Carro, C. (2016). Ageing at home, co-residence or institutionalisation? Preferred care and residential arrangements of older adults in Spain. *Ageing and Society*, 36(3), 586-612. doi:10.1017/S0144686X1400138X
- Fischer, L., Frisina Doetter, L., & Rothgang, H. (2022). Comparing long-term care systems: A multi-dimensional, actor-centred typology. *Soc Policy Adm*, 56(1), 33-47. Doi:10.1111/spol.12742
- Fu, Y. Y., Guo, Y., Bai, X., & Chui, E. W. (2017). Factors associated with older people's long-term care needs: a case study adopting the expanded version of the Anderson Model in China. *BMC Geriatr*, 17(1), 1-13. doi: 10.1186/s12877-017-0436-1.
- Fu, Y. Y., Tak Chui, E. W. Kan, W. S. & Ko, L. (2018). Improving primary level home and community care services for older people: The case of Hong Kong. *Int J Soc Welfare*, 27(1), 52-61. doi: 10.1111/ijsw.12271
- Geerts, J., Willem'e, P., & Mot, E. (2012). *Long-term care use and supply in Europe: Projection models and results for Germany, the Netherlands, Spain and Poland, ENEPRI Research. Report No. 116.* <http://aei-dev.library.pitt.edu/34721/>
- Gilbert, S., Amella, E., Edlund, B., & Nemeth, L. (2015). Making the move: A mixed research integrative review. *Healthcare*, 3(3), 757-774.

- Guo, J., Konetzka, R. T., Magett, E., & Dale, W. (2015). Quantifying long-term care preferences. *Med Decis Making*, 35(1), 106-113. doi: 10.1177/0272989X14551641.
- Gusmano, M. K., & Okma, K. G. H. (2018). Population aging and the sustainability of the welfare state. *Hastings Center Report*, 9(48), 57-61.
- Hajek, A., Lehnert, T., Wegener, A., Riedel-Heller, S. G., & König, H. H. (2017). Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: evidence from a population-based survey in Germany. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 1-9. doi: 10.1186/s12913-017-2101-y.
- Harmand, G. C., Meillon, C., Rullier, L., Avila-Funes, J. A., Bergua, V., Dartigues, J. F., & Amieva, H. (2014). Cognitive decline after entering a nursing home: A 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 504-508.
- Hong, M., Hong, S., Kim, M. H., & Yi, E. H. (2016). Intention to use long-term care facilities: Differences between Korean pre-elderly and Korean baby-boomers. *J Cross Cult Gerontol*, 31(4), 357-368. doi: 10.1007/s10823-016-9300-6.
- Ikegami N. (2019). Financing long-term care: lessons from Japan. *Int J Health Policy Manag*, 8(8), 462-466. doi:10.15171/ijhpm.2019.35
- Iwasaki, M., Pierson, M. E., Madison, D., & McCurry, S. M. (2016). Long-term care planning and preferences among Japanese American baby boomers: Comparison with non-Japanese Americans. *Geriatr Gerontol Int*. 16(9), 1074-1084. doi: 10.1111/ggi.12601.
- Kuppler, M., & Wagner, M. (2020). Effect of regional long-term care service supply on choice of care arrangement in old age. *Journal of Population Ageing*, 15, 337-361. doi.org/10.1007/s12062-020-09299-y
- Lehnert, T., Heuchert, M., Hussain, K., & König, H. H. (2019). Stated preferences for long-term care: a literature review. *Ageing & Society*, 39(9), 1873-1913.
- Lipszyc, B., Sail, E., & Xavier, A. (2012). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*. (No. 469). Brussels, Belgium: Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission.
- Liu, H., Xu, L., Yang, H., & et al. (2021). Preferences in long-term care models and related factors among older adults: a cross-sectional study from Shandong Province, China. *Eur J Ageing*, 19(1), 27-35. doi.org/10.1007/s10433-020-00595-2
- Lopes, H., Mateus, C., & Rosati, N. (2018). Impact of long term care and mortality risk in community care and nursing homes populations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 76, 160-168. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.02.009>
- Lu, P., Kong, D., & Shelley, M. (2021). Making the decision to move to a nursing home: Longitudinal evidence from the health and retirement study. *J Appl Gerontol*, 40(10), 1197-1205. doi: 10.1177/0733464820949042.
- Mair, C. A., Quiñones, A. R., & Pasha, M. A. (2015). Care preferences among middle-aged and older adults with chronic disease in Europe: Individual health care needs and national health care infrastructure. *The Gerontologist*, 56(4), 687-701.
- Min, J. W. (2005). Preference for long-term care arrangement and its correlates for older Korean Americans. *Journal of Aging and Health*, 17(3), 363-395. doi:10.1177/0898264305276290

- Montano, D., & Peter R. (2021). Informal care- giving and the intention to give up employment: the role of perceived supervisor behaviour in a cohort of German employees. *European Journal of Ageing*, 19, 575-585. doi.org/10.1007/s10433-021-00660-4
- Mozhaeva, I. (2019). Who cares? Evidence on informal and formal home care use in Estonia. *Baltic Journal of Economics*, 19(1), 136-154, doi: 10.1080/1406099X.2019.1578478
- Nadash, P. (2020). The evolution of long-term care programs: Comment on “Financing long-term care: lessons from Japan.” *Int J Health Policy Manag*, 9(1):42-44. doi:10.15171/ijhpm.2019.79
- OECD. (2020a, Şubat 12). *Long-term care and health care insurance in OECD and other countries*. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/daf/fin/insurance/Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.pdf>
- OECD. (2020b, Aralık 21). *Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, doi.org/10.1787/92c0ef68-en. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en
- OECD. (2020c, Aralık 09). *The effectiveness of social protection for long-term care in old age. Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* OECD Health Working Paper No. 117. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age_2592f06e-en
- OECD. (2022, Ocak 06). *Demographic trends*. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/10/1/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book
- Özgöbek, H. G. (2019). *Uzun süreli bakım hizmetleri sunumunda kalite algısı: Alzheimer hastalığı özelinde nitel bir çalışma*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Ankara.
- Shih, C. M., Wang, Y. H. Liu, L. F. & Wu, J. H. (2020). Profile of long-term care recipients receiving home and community-based services and the factors that influence utilization in Taiwan. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(8), 2649. doi.org/10.3390/ijerph17082649
- Steinbeisser, K., Schwarzkopf, L., Grill, E., Schwettmann, L., Peters, A., & Seidl, H. (2021). Gender-linked determinants for utilization of long-term care in community-dwelling adults 65+ in Germany: Results from the population-based KORA-Age study. *Exp Gerontol*. 1, 153:111500. doi: 10.1016/j.exger.2021.111500.
- Sugimoto, K., Kashiwagi, M., & Tamiya, N. (2017). Predictors of preferred location of care in middle-aged individuals of a municipality in Japan: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 17(1), 352. doi: 10.1186/s12913-017-2293-1.
- Sugisawa, H., Sugihara, Y., & Nakatani, Y. (2020). Long-term care preference among Japanese older adults: Differences by age, period and cohort. *Ageing and Society*, 40(6), 1309-1333. doi:10.1017/S0144686X1800171X
- Toot, S., Swinson, T., Devine, M., Challis, D., & Orrell, M. (2017). Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 29(2), 195-208. doi: 10.1017/S1041610216001654.

- Wei, Y., & Zhang, L. (2020). Analysis of the influencing factors on the preferences of the elderly for the combination of medical care and pension in long-term care facilities based on the Andersen Model. *Int J Environ Res Public Health*, 17(15), 5436. doi: 10.3390/ijerph17155436.
- Wu, C. Y., Hu, H. Y., Huang, N., Fang, Y. T., Chou, Y. J., & Li, C. P. (2014). Determinants of long-term care services among the elderly: a population-based study in Taiwan. *PLoS One*, 9(2), e89213. doi: 10.1371/journal.pone.0089213.

COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ARTAN ÖNEMİ

Seda AYDAN *


ÖZ

Sağlık sektöründe yaşanan hızlı gelişmelerle birlikte, teknoloji ve internetteki gelişmeler e-Sağlık okuryazarlığının önemini giderek artırmıştır. E-Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin e-Sağlık uygulamalarını daha iyi kullanabilmeleri, sağlık hizmeti ile ilgili karar verme süreçlerine daha fazla katılabilmeleri, internet ortamındaki sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi anlayabilmeleri ve doğru şekilde davranışlarına aktarabilmeleri söz konusudur. COVID-19 pandemisi döneminde, sağlık hizmeti ile ilgili işlemlerin daha fazla internet üzerinden yürütülmesi gerekliliği, bilinmezliklerin fazla olması ve yeni kavramların gündeme gelmesi e-Sağlık okuryazarlığının önemini daha da artırmıştır. Ayrıca, COVID-19 döneminde uyulması gereken kuralları ve kısıtlamaları ve test, aşılama, ilaç ve tedavi gibi diğer uygulamalara ilişkin kavram ve bilgileri doğru şekilde anlayabilme ve uygulama noktasında da e-Sağlık okuryazarlığı daha da önem kazanmıştır. Bu çalışmada, COVID-19 pandemisi döneminde e-Sağlık okuryazarlığının artan önemini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: e-Sağlık okuryazarlığı, COVID-19, pandemi

MAKALE HAKKINDA

*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, sedaaydan@hacettepe.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

Gönderim Tarihi: 12.02.2022

Kabul Tarihi: 29.08.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Aydan, S. (2022). COVID-19 Pandemisi Döneminde E-Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(3): 695-706

ACCELERATED IMPORTANCE OF E-HEALTH LITERACY IN THE PERIOD OF COVID-19 PANDEMIC

Seda AYDAN *

ABSTRACT

On the one hand, rapid developments in the health sector, on the other hand, developments in technology and the internet have made e-Health literacy increasingly important. Individuals with high level of e-Health literacy can use e-Health applications better, participate more in health care decision-making processes, better understand health-related information on the internet and transfer them to their behaviors in the right way. During the COVID-19 pandemic, the necessity of carrying out more health care-related transactions over the internet, the abundance of unknowns and the emergence of new concepts have further increased the importance of e-Health literacy. In addition, during the COVID-19 period, e-Health literacy has become even more important at the point of correctly understanding and applying the rules and restrictions to be followed and the concepts and information related to applications such as testing, vaccination, medicine and treatment. In this study, it is aimed to evaluate the increasing importance of e-Health literacy during the COVID-19 pandemic period.

Keywords: e-Health literacy, COVID-19, pandemic

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof., Hacettepe University, Department of Health Care Management, sedaaydan@hacettepe.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

Received: 12.02.2022

Accepted: 29.08.2022

Cite This Paper:

Aydan, S. (2022). Accelerated Importance of E-Health Literacy in the Period of COVID-19 Pandemic. *Hacettepe Journal of Health Administration*, 25(3): 695-706

I. GİRİŞ

Sağlık bakımında öz yönetimin artmasıyla bireylerden; bilgi arama, hak ve sorumluluklarını anlama ve kendi sağlıkları ile ilgili kararları verme konusunda yeni roller üstlenmeleri beklenmektedir (Nielsen-Bohlman vd., 2004). Ancak, bireyler sağlığa ilişkin bilgileri anlamada zorluk yaşayabilmektedir ve bu durum bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde ve sağlık hizmetlerini kullanmalarında engel oluşturabilmektedir (Sezgin, 2013). Bu nedenle, günümüz sağlık hizmetlerinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması önemlidir (Yılmaz, 2015).

Sağlık sektöründe bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerini kullananların ve sunanların rollerini büyük ölçüde etkileyebilecek e-Sağlık uygulamalarının geliştirilmesine katkı sağlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Günümüzde, sağlık hizmeti sunum şekilleri değişmekte ve sunulan hizmetlerin bir kısmı artık sanal ortamda verilebilir hâle gelmektedir (Özata, 2009). Bu kapsamda, Türkiye’de, uzaktan sağlık hizmetinin kapsamına, uzaktan sağlık hizmeti sunacak sağlık tesislerine izin verilmesine, uzaktan sağlık bilgi sisteminin geliştirilmesine ve sağlık tesislerinin bu kapsamda denetlenmesine ilişkin usul ve esasların düzenlendiği “Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir (Resmî Gazete, 2022). Bir yandan giderek artan e-Sağlık uygulamalarının uygun şekilde kullanılabilmesi, diğer yandan elektronik ortamdaki sağlıkla ilgili bilgi arayışında; bilginin temin edilmesi, bilginin güvenilirliğinin belirlenmesi, doğru anlaşılabilirlik için e-Sağlık okuryazarlığı giderek önemli bir kavram hâline gelmiştir (Aydan, 2021).

COVID-19’un hızlı gelişimi, büyük miktarda bilginin hızla iletilmesini ve toplumların bu bilgilere erişmesini, anlamasını ve kendi davranışlarına aktarmasını gerektirmiştir (Sykes vd., 2022). Ayrıca, COVID-19 pandemisiyle vatandaşlara bakım sağlamak için e-Sağlık hizmetlerinin ve dijital uygulamaların önemi de açıkça ortaya çıkmıştır (Robbins vd., 2020). Pandemi, sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere insanların etkileşim biçimini değiştirmiştir (Sutarsa vd., 2020). Pandemi nedeniyle uzaktan sağlık hizmetinin sunulması, sağlık bilgileri için internetin kullanılması, sağlıkla ilgili işlemlerin internet üzerinden yürütülmesi gerekliliği ve toplumun sağlık uygulamalarına ilişkin kavram ve bilgileri anlayabilmesi ve davranışlarına aktarabilmesi ihtiyacı e-Sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır. Bu çalışmada COVID-19 pandemisi döneminde e-Sağlık okuryazarlığının artan önemini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

II. E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI KAVRAMI

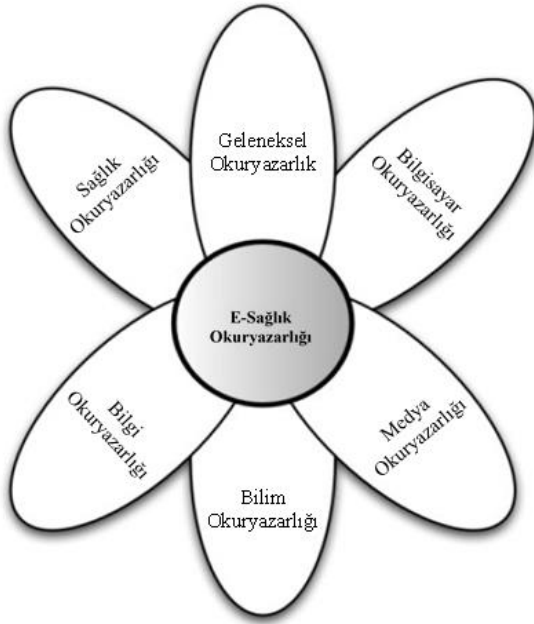
Günümüzde e-Sağlık uygulamaları yaygın olarak kullanılmaktadır ve etkileşimli sağlık bilgi sistemlerinin sağlık bakım sistemine kalite, kapasite, verimlilik ve erişimin iyileştirilmesinde yardımcı olabileceği kabul edilmektedir (Gilstad, 2014). Bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler, mobil cihazların yaygınlaşması, internet kullanımının artması ve tüm bu gelişmelerin sağlık hizmetlerinde kullanılabilir hâle gelmesi, e-Sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Yılmaz vd., 2020). Norman ve Skinner (2006), e-Sağlık okuryazarlığını; “*elektronik kaynaklardan sağlık bilgilerini arama, bulma, anlama ve değerlendirme ve kazanılan bilgileri bir sağlık problemini ele almak veya çözmek için uygulama yeteneği*” olarak tanımlamıştır. Stellefson ve arkadaşları (2011) ise, e-Sağlık okuryazarlığını “*elektronik kaynaklardan sağlık bilgileri arama, bulma, anlama, değerlendirme ve bu bilgileri bir sağlık sorununu ele almak veya çözmek için uygulama yeteneği*” şeklinde tanımlamışlardır.

E-Sağlık okuryazarlığı çok boyutlu bir özelliğe sahiptir (Sezgin, 2013). Norman ve Skinner (2006)’e göre, e-Sağlık okuryazarlığı çeşitli okuryazarlık becerilerini bir araya getirmektedir. Bu doğrultuda e-Sağlık okuryazarlığında temelde; geleneksel okuryazarlık, sağlık okuryazarlığı, bilgi okuryazarlığı, bilim okuryazarlığı, medya okuryazarlığı ve bilgisayar okuryazarlığı olmak üzere altı temel beceri bulunmaktadır. Bu bireysel becerilerin birbirleriyle ilişkisi ise Norman ve Skinner (2006) tarafından Şekil 1’de sunulan Zambak Modeli (Lily Model) ile ortaya konmuştur. Bu modelde e-

Sağlık okuryazarlığı kapsamında çeşitli okuryazarlık becerileri yer almakta ve bu becerilerin her biri e-Sağlık okuryazarlığını desteklemektedir.

Zambak modelinde yer alan altı okuryazarlık, analitik (geleneksel, medya, bilgi) ve duruma özgü (bilgisayar, bilimsel, sağlık) olmak üzere iki temel türe ayrılmıştır. Elektronik sağlık kaynaklarını tam anlamıyla kullanabilmek için hem analitik hem de duruma özgü beceriler gereklidir. Bu altı okuryazarlık türünün tümü, tüketicilerin e-Sağlık ile ilgili deneyimlerini tam olarak optimize etmek için gereken temel becerileri oluşturmaktadır (Norman ve Skinner, 2006).

Şekil 1. E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli



Kaynak: Norman ve Skinner, 2006

III. E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÖNEMİ

Günümüzde, sağlık bakımında öz yönetimin önemi giderek artmış, bu da hastaların daha fazla bilgi ve sorumluluk sahibi olmasını gerektirmiştir (Nielsen-Bohlman vd., 2004). Bu doğrultuda, sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinmek için internet kullanımı da giderek artmıştır. Sağlık bilgilerinin internette araştırılması birçok kullanıcı için önemli bir uygulama haline gelmiştir (Bundorf vd., 2006). Pek çok kişi doktora gitmeden önce hastalıkları ile ilgili internette bilgi arama ihtiyacı duymaktadır. Böylece önceden geleneksel medya araçlarıyla sağlık enformasyonuna ulaşan bireylerin, elektronik araçları kullanacak ve anlayacak biçimde e-Sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmaları gerekmektedir. Sağlık enformasyonunun kalitesini değerlendirebilmek de bireylerin e-Sağlık okuryazarı olmaları ile yakından ilişkilidir (Öney Doğanıyigit, 2015).

Ayrıca, giderek yaygınlaşan e-Sağlık uygulamaları, bireylerin bu uygulamaları doğru şekilde kullanabilmeleri için e-Sağlık okuryazarlığını gerekli kılmaktadır. E-Sağlık okuryazarlığına ilişkin becerilerin, hastalara sağlık hizmeti karar verme sürecine katılma olanağı vereceği, böylece kaliteli sağlık bakımı dâhil hastaların sağlık sonuçlarını iyileştireceği belirtilmektedir (Norman ve Skinner, 2006; Tubaishat ve Habiballah, 2016). E-Sağlık okuryazarlığının, hastaların sağlık davranışları, bilgileri ve sağlık taramasına katılma becerisi, sağlık hizmeti amaç ve hedeflerine ulaşmak için mobil teknolojiyi kullanma, sağlık hizmetleriyle ilgili araştırma yapma ve tıbbi tavsiye arama ile pozitif ve anlamlı şekilde ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (James ve Harville, 2016; Paige, 2020; Reder vd., 2019; Shiferaw, 2020). Düşük e-Sağlık okuryazarlığı becerilerine sahip olan

hastaların ise, tutarlı e-Sağlık bilgisi edinmede zorluklar yaşayabilecekleri (Paige, 2020) ve sağlıkları ile ilgili bir karar verebilmek, bilgileri anlamak ve değerlendirmek için desteğe ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Brørs vd., 2020).

E-Sağlık okuryazarlığı internette yer alan sağlık bilgilerinin doğruluğu ve güvenilirliğini anlayabilme açısından da önem kazanmaktadır. İnternette bulunan bilgilerin kalitesi ve tüketicilerin yüksek kaliteli bilgileri belirleme kabiliyetine ilişkin endişeler, internet kullanımındaki artışın sonuçları hakkında çeşitli sorulara neden olmaktadır (Bundorf vd., 2006). Bireyler sağlık gibi önemli bir konuda internette araştırmalar yaptıklarında ve edindikleri bilgileri uygulamaya koyduklarında önemli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler (Yüksel ve Deniz, 2019). Yanlış, yanıltıcı, eksik ya da yetersiz bilimsel bilgiye dayanabilen bilgilerin varlığı nedeniyle internet tabanlı bilgilerden zarar görme olasılığı vardır. Bilgileri yanlış yorumlayan veya uygun olmayan tedavileri deneyen tüketiciler için bu durum, sağlık açısından tehlike oluşturabilmektedir (Benigeri ve Pluye, 2003). Yeterli e-Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmayan bireyler, internette sağlığa zararlı olan sağlık hizmeti ya da ürünleri (faydası olmayan ilaçlar ya da gereksiz sağlık hizmeti gibi) satın alabilmektedir (Mitsutake vd., 2012). E-Sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması bilgilerin güvenilirliği hakkında fikir sahibi olabilme konusunda önemli avantajlar sağlayabilir. Dolayısıyla; internette sağlıkla ilgili bilgi araştırmanın giderek yaygınlaşması, internette sağlıkla ilgili bilgilere çok kolay ulaşılabilmesi ve internet ortamında güvenilir ya da güvenilir olmayan pek çok kaynağın olması da e-Sağlık okuryazarlığını daha da önemli kılmıştır (Yüksel ve Deniz, 2019).

Elektronik ortamda sağlıkla ilişkili bilgi arama ve bu bilgileri değerlendirme konusunda yetersiz beceriye sahip olma, sağlık davranışına ilişkin önerilerin yanlış yorumlanmasına veya sağlık bilgisi kaynaklarının kalitesinin yanlış değerlendirilmesine neden olabilir (Benotsch vd., 2004). Yüksek e-Sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, çevrimiçi sağlık bilgilerinin doğruluğunu ve kalitesini büyük bir titizlikle değerlendirirken (Neter ve Brainin, 2012; Norman ve Skinner, 2006), e-Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler genellikle çevrimiçi sağlık bilgilerinin güvenilirliğine ilişkin çarpık bir algıya sahiptir ve düşük kaliteli bilgileri yüksek kaliteli olarak değerlendirebilirler (Benotsch vd., 2004).

E-Sağlık okuryazarlığı becerileri, internette daha etkin arama stratejileri kullanmaya ve yüksek kaliteli sağlık bilgilerini tanıyabilmeye yardımcı olmaktadır (Dastani, 2020). İnternet ortamında; ihtiyaç duyulan doğru ve kaliteli sağlık hizmetini nereden alabileceğine ilişkin bilgiyi bulmak, bu hizmete erişebilecek araçları kullanabilmek (ör. randevu sistemleri), sunulan sağlık hizmetlerinin risk ve yararları hakkındaki bilgileri anlayarak muhakeme yapabilmek, verilen ilaçları veya diğer tedavi yöntemlerini doğru kullanabilmek ve doğru uygulamak, test/tahlil sonuçlarına ulaşabilmek, sağlık konularıyla ilgili doğru bilgiye nereden ve nasıl ulaşılacağı hakkında bilgi sahibi olmak gibi pek çok nedenle e-Sağlık okuryazarlığı son derece önem taşımaktadır (Aydan, 2021).

IV. COVID-19 DÖNEMİNDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ARTAN ÖNEMİ

Pandemilerde insan davranışları birçok faktörün etkisiyle değişmekte ve çeşitli toplumsal sonuçlara neden olmaktadır (Daşlı vd., 2022). COVID-19 pandemisi de pek çok alanda büyük etkiler yaratmıştır. COVID-19'un belirgin etkilerinden birisi ise dijital uygulamalara geçişi teşvik etmesidir. Bu dönemde, dijital uygulamaların yaygınlaştığı sektörlerden birisi de sağlık sektörü olmuş ve vatandaşlara bakım sağlamak için e-Sağlık hizmetlerinin ve dijital uygulamaların önemi açıkça ortaya çıkmıştır (Robbins vd., 2020).

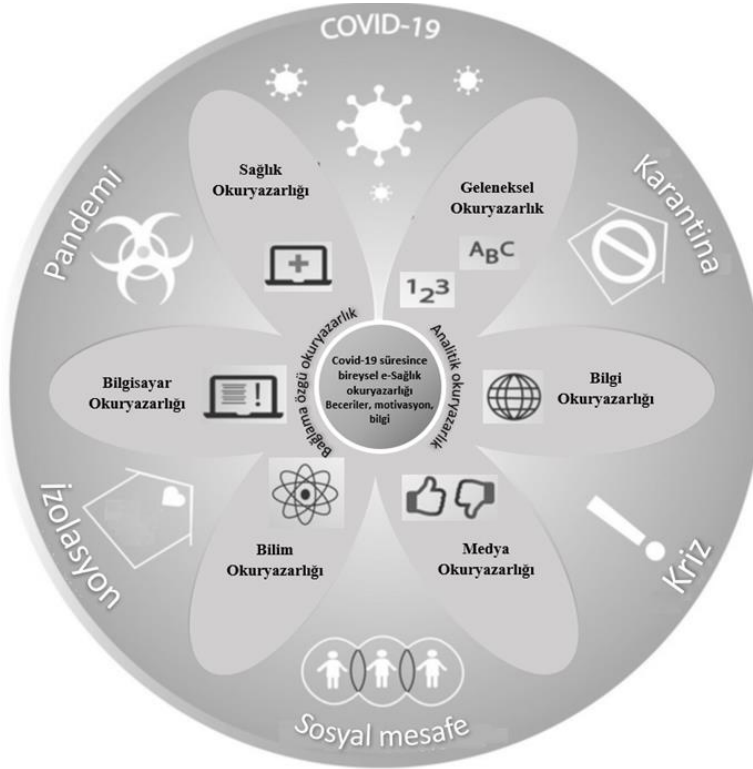
Pandemi nedeniyle hastaneye gitmenin zor olduğu bu dönemde sağlık uzmanları ve hastalar dijital araçları daha yaygın şekilde kullanmaya başlamışlar ve bu araçların hayati önemini fark etmişlerdir. Bu dönemde, hekimler hastaları ile daha çok çevrimiçi görüşmeler gerçekleştirmektedirler (Putri vd., 2020). Bulaşma riskini azaltmak amacıyla sağlık kuruluşları ve hizmet sunucular, hastaları, sağlık çalışanlarını ve toplumu enfeksiyona maruz kalmaktan korumak için e-Sağlık teknolojileri aracılığıyla yüz yüze görüşmeler en aza indirilmeye çalışılmıştır. Bu anlamda e-Sağlık uygulamaları, uzaktan klinik bakımı, eğitimi ve sağlık yönetimini desteklemek ve teşvik etmek için sağlık için bilgi ve

iletişim teknolojilerinin kullanımını kapsamaktadır (World Health Organization, 2019). Pandemi sürecinde birçok ülkede sanal uygulamalar geliştirilmiştir (Sutarsa vd., 2020).

Bunun dışında, bu dönemde hastaneye gidemeyen hastalar sağlıkla ilgili bilgi almada çoğunlukla internete başvurmuşlardır. Günümüzde, sağlık bilgileri için internetin kullanılması, hastaların sağlık durumlarını iyileştirmede önemli bir araç olarak görünmektedir (Yüce vd., 2021). Bu doğrultuda, özellikle COVID-19 pandemisi döneminde, sağlıkla ilgili işlemlerin internet üzerinden yürütülmesi gerekliliği e-Sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır. Bunun dışında, uyulması gereken kurallar ve kısıtlamaları ve test, aşılama, ilaç ve tedavi gibi diğer pek çok uygulamaya ilişkin kavram ve bilgileri doğru şekilde anlayabilme ve uygulama noktasında da e-Sağlık okuryazarlığı daha da önem kazanmıştır (Aydan, 2021).

Bu süreçte toplumlar “sürü bağışıklığı, filyasyon, pandemi” gibi daha önce duymadıkları birçok farklı tıbbi terimle karşı karşıya kalmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük toplumlar hayatlarına giren bu kavramları anlamakta zorluk çekmişlerdir. Salgınların kontrol altına alınabilmesinde alınan tedbirlerin toplum tarafından öneminin anlaşılması ve sonrasında uygulamaya geçilmesi büyük önem taşımaktadır (Akbal ve Gökler, 2020). Akbal ve Gökler (2020) sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan toplumların bilgi eksikliği ve hijyen yetersizliği nedeniyle bulaşıcı hastalıklardan daha çok etkilendiğini ve bu nedenle bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesinin ileride yaşanabilecek salgınlarla mücadelede fark yaratacağını ileri sürmüşlerdir. Benzer şekilde bu öngörüler e-Sağlık okuryazarlığı için de söz konusudur. Brørs ve arkadaşlarına (2020) göre; COVID-19, sadece bireylerin sağlık sunucularından fiziksel ve sosyal açıdan uzak kalmasına neden olmamış, sağlık hizmetlerinin teknoloji kullanılarak farklı bir bağlamda sunulmasına da yol açmıştır. Bu durum ise, bilgisayar kullanmayanlar, bilimsel terimlere aşina olmayanlar ve kişisel bakım yönergelerini takip etmekte güçlük çekenler için çeşitli zorluklara neden olabilmektedir.

Şekil 2. COVID-19 Bağlamında E-Sağlık Okuryazarlığı Zambak Modeli



Kaynak: Brørs vd., 2020

Brørs ve arkadaşları (2020), e-Sağlık okuryazarlığının hastaların sağlık sorunları, eğitim geçmişi, sağlık durumu, bilgi arama motivasyonu ve kullanılan teknolojilerden etkilendiğini belirtmektedir. Bu doğrultuda Brørs ve arkadaşları (2020), Norman ve Skinner (2006)'ın modelinden yararlanarak, COVID-19 bağlamında e-Sağlık okuryazarlığının modelini geliştirmiştir (Şekil 2). Buna göre, e-Sağlık okuryazarlığını oluşturan unsurların her biri COVID-19'un getirdiği uygulamalar ve kavramlarla oldukça ilişkilidir. COVID-19'un dünyada birden fazla ülkede veya kıtada, çok geniş bir alanda yayılması ve izolasyon, karantina ve sosyal mesafe uygulamaları ve sonucunda yaşanan krizler e-Sağlık okuryazarlığına ilişkin beceri, motivasyona ve bilgiye olan ihtiyacı artırmıştır.

COVID-19'un hızlı bir şekilde tüm dünyaya yayılarak pandemiye dönüşmesiyle, insanların bu yeni virüs hakkında bilgi edinmesi, bu bilgileri uygulaması ve davranışlarında hızlı bir şekilde değişikliklere gitmesi gerekmiştir (Akbal ve Gökler, 2020). Böylesi bir küresel pandemi sırasında, toplumun sağlığa ilişkin yeni ve doğru bilgileri hızla edinebilmesi çok önemlidir (Lawrence vd., 2021). Dolayısıyla, e-Sağlık uygulamalarının yaygınlaşmasıyla, bu uygulamaları doğru şekilde kullanabilme ötesinde e-Sağlık aracılığıyla sağlanan bilgilerin kalitesi de sorun teşkil edebilecek konulardan birisi olmuştur. Dünya çapında çeşitli platformlarda COVID-19 ile ilgili bilgiler hızla artmıştır. COVID-19 dönemi boyunca, sosyal medyada karmaşık, çelişkili ve yanlış pek çok bilginin olduğu görülmektedir. Bu bilgiler arasında bilimsellikten uzak, halkın endişesini tetikleyen yanlış bilgiler de yer almakta ve halkın sağlığına büyük zararlar verebilmektedir (Akbal ve Gökler, 2020; Brørs vd., 2020; Norman ve Skinner, 2006). COVID-19 döneminde yüksek düzeyde bilgi kirliliği göz önüne alındığında, COVID-19 ile ilgili haberleri ve sunulan önerileri anlamlandırmak özellikle zordur. Bireyler bu bilgi havuzunu davranışlarına nasıl entegre edebilecekleri konusunda büyük bir zorluk yaşayabilmektedirler (Abel ve McQueen, 2020).

E-Sağlık okuryazarlığının COVID-19 döneminde artan önemini vurgulayan ve toplumun ve sağlık çalışanlarının e-Sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Brørs vd., 2020; Dastani, 2020; Robbins vd., 2020). Hong ve arkadaşları (2021) Güney Kore'de sağlık alanındaki lisans öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında e-Sağlık okuryazarlığının tüm boyutlarındaki puanların COVID-19'la ilişkili enfeksiyonu önleyici davranışlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Lawrence ve arkadaşları (2021), geliştirmiş oldukları e-Sağlık okuryazarlığı ölçeğini Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinler üzerinde uygulamışlardır. Buna göre, katılımcılarının %29'unun koronavirüs ile ilişkili düşük e-Sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucunda potansiyel stratejiler olarak, internette bulunan COVID-19 ile ilgili sağlık bilgilerinin kalitesinin iyileştirilmesi, COVID-19 hakkında bilgi için web tabanlı aramanın desteklenmesi veya basitleştirilmesi ve genel veya koronavirüse özel arama becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim verilmesi önerilmektedir.

Türkiye'de pandemi döneminde 18 yaş üzerindeki bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin orta düzeyin biraz üzerinde olduğu bulunmuştur (Saygın vd., 2021). Türkiye'de yine pandemi döneminde ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada ise ergenlerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur (Üstündağ, 2021). Pandemi sürecinde yapılan başka bir çalışmada ise tıp öğrencilerinin e-Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur (Mıdık ve Aker, 2021). Gelecekte yaşanabilecek benzeri salgınlar için hazırlıklı olmak adına topluma e-Sağlık okuryazarlığı öğelerine ilişkin beceriler kazandırmak önemlidir.

Brørs ve arkadaşlarına (2020) göre; COVID-19 pandemisi sırasında ve sonrasında, sağlık hizmeti sunumunun nerede ve nasıl gerçekleşeceğini şekillendiren bir paradigma değişikliği söz konusudur. Bu nedenle, hastaların e-Sağlık okuryazarlığıyla ilişkili olarak yaşadığı ve yaşayabileceği sorunları belirlemek son derece önemlidir. Hastalar, bakıma erişmek için ihtiyaç duydukları farklı araç ve teknolojiler ile onları etkin bir şekilde kullanabilecek okuryazarlık becerilerine sahip değilse e-Sağlık araçları çok az değer sağlayacaktır. E-Sağlık okuryazarlığının önemi sadece toplum ve hastalarla sınırlı değildir. Sağlık profesyonellerinin e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi de büyük önem taşımaktadır.

Tesfa ve arkadaşları (2022), bilginin sınırlı olduğu COVID-19 döneminde hastalara ve yakınlarına yardımcı olmak için sağlık profesyonellerinin, çevrimiçi sağlık bilgi kaynakları hakkında bilgili olmalarının ve ilgili çevrimiçi bilgileri değerlendirebilmelerinin önemini vurgulamışlardır. Buna göre, 383 sağlık çalışanı üzerinde yürüttükleri çalışmada, sağlık profesyonellerinin e-Sağlık okuryazarlık düzeyini orta düzeyde olarak bulunmuştur. Çalışmaya göre, sağlık profesyonellerinin çoğu, internette bulunan mevcut sağlık kaynaklarını, bu kaynakları nasıl arayacaklarını ve bu kaynakları nasıl bulacaklarını bilmektedirler. Ancak, yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını düşük kaliteli kaynaklardan ayırt etmekten yoksundurlar. E-Sağlık okuryazarlığı ile ilişkili faktörler olarak ise; bilgisayar erişimi, bilgisayar bilgisi, algılanan kullanım kolaylığı ve elektronik sağlık bilgi kaynaklarının algılanan kullanılabilirliği bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının karar vermelerine yardımcı olabilecek e-Sağlık okuryazarlığını geliştirmek için çok disiplinli yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Böyle bir yaklaşım, COVID-19 salgını gibi enfeksiyon riskini en aza indirmeye ve etkilerini azaltmaya yardımcı olacaktır. Sağlık profesyonelleri ayrıca hastalarına daha güncel, güvenilir ve yüksek kaliteli bilgi edinmelerinde yardımcı olmak için e-Sağlık okuryazarlığına ihtiyaç duyarlar. Sağlık çalışanlarına e-Sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirmek için internette bulunan sağlık bilgilerinin nasıl bulunacağı, yorumlanacağı ve en önemlisi nasıl değerlendirileceği konusunda eğitim ve destek sağlanması çok önemlidir (Tesfa vd., 2022).

Türkiye’de ise pandemi döneminde COVID-19 tanılı hastaların takip edildiği servis veya yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmada kaygı düzeyi yüksek ve e-Sağlık okuryazarlığı düşük olan hekim ve hemşirelerin profesyonel psikolojik desteğe daha fazla ihtiyaçları olduğu sonucuna varılmıştır (Şayık ve Uçan, 2022). Bu anlamda e-Sağlık okuryazarlığının salgının olumsuz psikolojik etkileriyle baş etmede de etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca, e-Sağlık okuryazarlığı bireylerin COVID-19’dan korkma durumlarını da etkileyebilmektedir. Nguyen ve arkadaşları (2021), COVID-19 korku puanları yüksek olan bireylerin e-Sağlık okuryazarlık puanlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır.

Ülkeler, pandemi dönemlerinde doğru sağlık davranışları oluşturmak için toplumsal hayatı etkileyen müdahalelerde bulunur (Daşlı vd, 2022). Daşlı ve arkadaşları (2022) toplumun bu müdahalelere verdiği tepkinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile yakından ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Pandemiyle birlikte artan e-Sağlık uygulamaları ve dijital ortamda bilgi arayışı nedeniyle bu durumun e-Sağlık okuryazarlığı için de geçerli olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalar da incelendiğinde, e-Sağlık okuryazarlığının COVID-19 pandemisi ve buna benzer gelecek salgınlarla baş etmede etkili ve önemli olduğu görülmektedir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık okuryazarlığının bilinen önemi yanında, bilgi arayışında ve pek çok alanda internet kullanımının yaygınlaşması ve elektronik sağlık uygulamalarının artmasıyla birlikte e-Sağlık okuryazarlığı da önemli hale gelmiştir (Aydan, 2021). Dünyada büyük etkilere neden olan COVID-19 salgını neticesinde ise; teşhis ve tedavi süreçlerinde yüz yüze görüşmelerin azaltılarak çevrimiçi uygulamaların yaygınlaştırılması, e-Sağlık uygulamalarının artması ve doğru ve güvenilir bilgi almak için internetin yaygın şekilde kullanılması e-Sağlık okuryazarlığının önemini daha da artmıştır. E-Sağlık okuryazarlığının yüksek olması; e-Sağlık uygulamalarının kolay ve doğru şekilde kullanılmasını, internette ve medyada yer alan COVID-19’dan korunma yolları, kısıtlamalar, aşı gibi pek çok bilginin daha iyi anlaşılmasını, tedavinin doğru şekilde uygulanmasını, COVID-19’la ilişkili kaygı ve endişe düzeyinin daha az yaşanmasını sağlaması açısından oldukça önemlidir.

COVID-19 pandemisiyle ortaya çıkan krizin bireysel ve toplumsal bir öğrenme süreci olarak görülmesi önemlidir (Abel ve McQueen, 2020). Bu doğrultuda, e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesine yönelik gerekli politikaların izlenmesiyle ileride karşılaşılabilecek salgın dönemlerinde daha olumlu sağlık sonuçlarına ulaşılması sağlanabilir. İncelenen çalışmalarda sadece hastaların değil, sağlık çalışanlarının da e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin geliştirilmesinin önemli

olduğu görülmektedir. Salgınların etkisini azaltmada e-Sağlık okuryazarlığının rolünü araştırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Etik Kurul İzni: Çalışma için Etik Kurul onayı gerekmemektedir.

KAYNAKLAR

Abel, T. & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*, 35(6), 1612-1613. doi: 10.1093/heapro/daaa040.

Akbal, E. & Gökler, M. E. (2020). Covid-19 salgını sürecinde eksikliği ortaya çıkan bir gerçek: sağlık okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(COVID-19 Özel Sayısı), 148-155.

Aydan, S. (2021). E-Sağlık okuryazarlığı. *Sağlık sektöründe yenilikçi teknolojiler* (Ed. Cahit Korku) içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Benigeri, M. & Pluye, P. (2003). Shortcomings of health information on the internet. *Health Promotion International*, 18(4), 381-386.

Benotsch, E. G., Kalichman, S., & Weinhardt, L. S. (2004). HIV-AIDS patients' evaluation of health information on the Internet: The digital divide and vulnerability to fraudulent claims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1004-1001.

Brørs, G., Norman, C. D., & Norekval, T. M. (2020). Accelerated importance of eHealth literacy in the COVID-19 outbreak and beyond. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, doi: 10.1177/1474515120941307.

Bundorf, M. K., Wagner, T. H., Singer, S. J., & Baker, L. C. (2006). Who searches the internet for health information? *Health Services Research*, 41(3), 819-836.

Dastani, M. (2020). E-health literacy: a skill needed in the coronavirus outbreak crisis. *Health Tech Asmnt Act*, 4(1), 1-2.

Daşlı, Y., Bakırer, A., & Mısırlıoğlu, A. (2022). The impact of the Covid-19 epidemic on health literacy: a field study. *Journal of Economics and Administrative Sciences*, 23(2), 585-597.

Gilstad, H. (2014). Toward a comprehensive model of ehealth literacy. In: E.A.A. Jaatun, E. Brooks, K.E. Berntsen, H. Gilstad, M. G. Jaatun (eds.): *Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics*, Trondheim Norway.

Hong, K. J., Park, N. L., Heo, S. Y., Jung, S. H. Lee, Y. B., & Hwang, J. H. (2021). Effect of e-Health literacy on covid-19 infection-preventive behaviors of undergraduate students majoring in healthcare. *Healthcare*, 9, 573.

James, D. C. & Harville, C. (2016). Peer-reviewed: eHealth literacy, online help-seeking behavior, and willingness to participate in mHealth chronic disease research among African Americans, Florida, 2014–2015. *Preventing Chronic Disease*, 13, E156.

Lawrence, A., Bacon, E., Hawley, S., Yang, P., Russell, D., Huffman, S., & Resnicow, K. (2021). Relationship between coronavirus-related ehealth literacy and covid-19 knowledge, attitudes, and practices among us adults: web-based survey study. *J Med Internet Res.*, 23(3), e25042.

Mıdık, Ö. & Aker, S. (2021). Tıp fakültesi öğrencilerinin pandemi sürecinde e-sağlık okur yazarlık düzeyleri ve sağlık bilgisi arama davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(4), 245-251.

- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., & Oka, K. (2012). Association of ehealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in japan. *Journal of Medical Internet Research*, 14(6), e153
- Neter, E. & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to therealm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19.
- Nguyen, M. H., Pham, T. T. M., Nguyen, K. T., Nguyen, Y. H., Tran, T.V., Do, B.N., ..., & Duong, T. V. (2021). Negative impact of fear of covid-19 on health-related quality of life was modified by health literacy, ehealth literacy, and digital healthy diet literacy: a multi-hospital survey. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9), 4929.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, M. A., & Kindig, D. A. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. institute of medicine, The National Academies Press, Washington, 20-65.
- Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006). Ehealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-11.
- Öney Doğanyığıt, S. (2015). Mobil sağlık ve sağlık okuryazarlığı. Filiz Yıldırım, Alev Keser (Ed.) *Sağlık Okuryazarlığı içinde*. (ss.101-112). Ankara: Ankara Üniversitesi Yayını
- Özata, M. (2009). Sağlık bakanlığı ve sosyal güvenlik kurumu tarafından yürütülen e-sağlık projelerinin sağlık hizmeti sunumuna etkileri. *Journal of Azerbaijani Studies*, 444-464.
- Paige, S. R. (2020). Health promotion and chronic disease prevention with eHealth technology in the general population. In: *Nutrition, Fitness, and Mindfulness, Humana, Cham*; p. 225-36.
- Putri, K. Y. S., Abdullah, Z., Istiyanto, S. B., & Anumudu, C. E. (2020). The antecedents and consequences of e-health literacy in the pharmaceutical industry: an agenda for future research. *International Journal of Applied Pharmaceutics*, 12(6), 1-6.
- Reder, M., Soellner, R., & Kolip, P. (2019). Do women with high ehealth literacy profit more from a decision aid on mammographys creening? testing the moderation effect of the eHEALS in a randomized controlled trial. *Frontiers Public Health*, 7, 46.
- Resmi Gazete (2022). Uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm>
- Robbins, T., Hudson, S., Ray, P., Sankar, S., Patel, K., Randeve, H., et al. (2020). COVID-19: A new digital dawn? *Digital Health*, doi:10.1177/2055207620920083
- Saygın, E., Tolon, M., Doğan, B., & Atalay, K. D. (2021). Covid-19 pandemi döneminde e-sağlık okuryazarlığının incelenmesi üzerine bir araştırma. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 56(3), 1559-1575
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı 3*, 73-92.
- Shiferaw, K. B. (2020). Validation of the ethiopian version of the eHealth literacy scale (ET-eHEALS) in a population with chronic disease. *Risk Management Healthcare Policy*, 13, 465-71.
- Stellefson, H., Chaney, C., & Tennant, C. (2011). Ehealth literacy among college students: a systematic review with implications for ehealth education. *J Med Internet Res.*, 13(4), e102.

- Sutarsa, N., Astuti, P. A. S., Choy, M., & Moore, M. (2020). COVID-19 pandemic: opportunity to accelerate e-health in Indonesia. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 8(1), 1-3.
- Sykes, S., Wills, J., Trasolini, A., Wood, K., & Frings, D. (2022). eHealth literacy during the COVID-19 pandemic: seeking, sharing, suspicion amongst older and younger UK populations. *Health Promotion International*, 37, daab103. doi: 10.1093/heapro/daab103
- Şayık, D. & Uçan, A. (2022). Determination of anxiety and e-health literacy levels, and related factors in physicians and nurses involved in the treatment and care of covid-19 patients. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 7(2), 340-350.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı.
- Tesfa, G. A., Yehualashet, D. E., Ewune, H. A., Getnet, A., Kalayou, M. H., & Seboka, B. T. (2022). eHealth literacy and its associated factors among health professionals during COVID-19 pandemic in resource-limited settings: A cross-sectional study. *JMIR Formative Research*. DOI: <https://doi.org/10.2196/preprints.36206>
- Tubaishat, A. & Habiballah, L. (2016). eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 42, 47-52.
- Üstündağ, A. (2021). COVID-19 pandemi sürecinde ergenlerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 36-46.
- World Health Organization (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Geneva: WHO Library. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>
- Yılmaz, A., Saygılı, M., & Kaya, M. (2020). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31, 148-157.
- Yılmaz, E. (2015). Hastaların güçlendirilmesi ve sağlık okuryazarlığı. Filiz Yıldırım, Alev Keser (Ed.) *Sağlık Okuryazarlığı* içinde. (ss.29-38). Ankara: Ankara Üniversitesi Yayını.
- Yüce, A. E., Albayrak, A., Baran, B., & Kalafat, Ö. (2021). Role of factors in eHealth literacy in period of COVID-19: a study of Turkey. *Health Education*, <https://doi.org/10.1108/HE-07-2021-0105>.
- Yüksel, O. & Deniz, S. (2019). *Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma*. 2nd International Conference on Data Science and Applications, 3-6 Ekim, 2019, Balıkesir.

