



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 25

Sayı/Number 4

Yıl/Year 2022

The Effect of The Corporate Social Responsibility Perceptions and Organizational Citizenship Behaviors of Employees Working in Public-Private Model Health Care Institutions on Their Intrapreneurship Tendencies

Mustafa ERBİR, Ali YILMAZ

e-Sağlık Okuryazarlığının Kararlara Katılıma Etkisinde Hasta Hakları Farkındalık Düzeyinin Aracı Rolü

Özgün ÜNAL, Ayhan DURMUŞ, Rabia KUTLU

Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerde Tükenmişlik ve Kaygının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Sema YILMAZ, Muhammet DÜŞÜKCAN

Pandemi Döneminde Sağlık Sektöründe Uzaktan İç Denetim: Nitel Bir Araştırma

Ersin KORKMAZ, Gülizar COŞKUN

Bireysel Yenilikçiliğin Girişimcilik Potansiyeli Üzerindeki Etkisi: Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencileri Örneği

İsa GÜL, Aysun YEŞİLTAŞ, Veysel YILMAZ

Sağlık Çalışanlarında Duygusal Emek: Doktor ya da Hastalara Karşı Sergilenmesi Sonucu Değiştirir mi?

Senay YÜRÜR, Nihal YAZICI, Çağrı KIRTAY, Sevcan AĞIRBAŞ

Knowledge, Attitudes, Behaviors of the Doctors about Patient Rights, and Patient Complaints: A Cross-Sectional Study

Esra ÇINAR TANRIVERDİ, Elif Okşan ÇALIKOĞLU, Sinan YILMAZ

Aşı Karşıtı Twitter Paylaşımlarının Metin Madenciliği ve İçerik Analizi Yöntemiyle İncelenmesi

Kübra SÜTCÜ, Burak TEKEREK, Gökçen ÖZLER

Hastane Yönetiminde Profesyonel Destek Ağı: Sosyal Ağ Analizi Uygulaması

Özge ÖZDİNÇ, Necla YILMAZ

COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Değerlendirme Ölçeği: Türkçeye Uyarlama Çalışması

Ashı YILDIZ, Sıdıka KAYA, Bülent ALTUNKAYNAK, Bülent GÜNGÖRER



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 25

Sayı/Number: 4

2022

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 25 Sayı: 4 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)
Yayın 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	27.12.2022

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.

İÇİNDEKİLER

Araştırma	
The Effect of The Corporate Social Responsibility Perceptions and Organizational Citizenship Behaviors of Employees Working in Public-Private Model Health Care Institutions on Their Intrapreneurship Tendencies Kamu-Özel Modeli Sağlık Kurumlarında Çalışanların Kurumsal Sosyal Sorumluluk Algıları ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarının İç Girişimcilik Eğilimlerine Etkisi..... <i>Mustafa ERBİR, Ali YILMAZ</i>	707-724
e-Sağlık Okuryazarlığının Kararlara Katılıma Etkisinde Hasta Hakları Farkındalık Düzeyinin Aracı Rolü Mediating Role of Patient Rights Awareness Level in The Effect of e-Health Literacy on Decision Participation..... <i>Özgül ÜNAL, Ayhan DURMUŞ, Rabia KUTLU</i>	725-740
Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerde Tükenmişlik ve Kaygının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi The Effect of Burnout and Anxiety on Quality of Life in Nurses in Covid-19 Pandemic Process <i>Sema YILMAZ, Muhammet DÜŞÜKCAN</i>	741-760
Pandemi Döneminde Sağlık Sektöründe Uzaktan İç Denetim: Nitel Bir Araştırma Remote Internal Audit in the Health Sector During the Pandemic Period: A Qualitative Research <i>Ersin KORKMAZ, Gülizar COŞKUN</i>	761-774
Bireysel Yenilikçiliğin Girişimcilik Potansiyeli Üzerindeki Etkisi: Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencileri Örneği The Effect of Individual Innovativeness on Entrepreneurial Potential: Healthcare Management Students Case..... <i>İsa GÜL, Aysun YEŞİLTAŞ, Veysel YILMAZ</i>	775-796
Sağlık Çalışanlarında Duygusal Emek: Doktor ya da Hastalara Karşı Sergilenmesi Sonucu Değiştirir mi? Emotional Labor in Healthcare Professionals: Does Displaying towards Doctors or Patients Change the Result?..... <i>Senay YÜRÜR, Nihal YAZICI, Çağrı KIRTAY, Sevcan AĞIRBAŞ</i>	797-812
Knowledge, Attitudes, Behaviors of the Doctors about Patient Rights, and Patient Complaints: A Cross-Sectional Study Doktorların Hasta Haklarına İlişkin Bilgi, Tutum, Davranışları ve Hasta Şikayetleri: Kesitsel Bir Çalışma <i>Esra ÇINAR TANRIVERDİ, Elif Okşan ÇALIKOĞLU, Sinan YILMAZ</i>	813-826
Aşı Karşıtı Twitter Paylaşımlarının Metin Madenciliği ve İçerik Analizi Yöntemiyle İncelenmesi Examination of Anti-Vaccine Tweets with Text Mining and Contents Analysis Methods <i>Kübra SÜTCÜ, Burak TEKEREK, Gökçen ÖZLER</i>	827-838
Hastane Yönetiminde Profesyonel Destek Ağı: Sosyal Ağ Analizi Uygulaması Professional Support Network in Hospital Management: Social Network Analysis Application <i>Özge ÖZDİNÇ, Necla YILMAZ</i>	839-860
COVID-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörleri Değerlendirme Ölçeği: Türkçeye Uyarlama Çalışması The Scale for Assessing Affecting Factors on Preventive Behaviors of COVID-19: A Study on Adaptation to Turkish..... <i>Aslı YILDIZ, Sıdıka KAYA, Bülent ALTUNKAYNAK, Bülent GÜNGÖRER</i>	861-882

RESEARCH ARTICLE

THE EFFECT OF THE CORPORATE SOCIAL RESPONSIBILITY PERCEPTIONS AND ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIORS OF EMPLOYEES WORKING IN PUBLIC-PRIVATE MODEL HEALTH CARE INSTITUTIONS ON THEIR INTRAPRENEURSHIP TENDENCIES *

Mustafa ERBİR**
Ali YILMAZ***

ABSTRACT


This research has been conducted to determine the effect of the Corporate Social Responsibility Perceptions and Organizational Citizenship Behaviors of those working in Public-Private Model Health Care Institutions on their Intrapreneurship Tendencies. The research sample includes the employees of Yozgat City Hospital, which operates in public private model. The variables subjected to the research are the concepts of Corporate Social Responsibility Perception, Corporate Citizenship Behavior and Intrapreneurship Tendency. In the first part, the conceptual framework of these three variables is formed. In the second part, the statistical analysis of the data obtained from health sector employees is performed and the effect of the corporate social responsibility perceptions and organizational citizenship behaviors of the employees on their intrapreneurship tendencies is searched. As a result of the research results, a positive relation has been found between the corporate social responsibility perceptions and organizational citizenship behaviors of the employees and their intrapreneurship tendencies. In addition, it has been determined that economic responsibility perception subscale of Corporate Social Responsibility has a positive effect on the Innovativeness subscale of Intrapreneurship, and Conscientiousness behavior subscale of Organizational Citizenship Behavior on all subscales of Intrapreneurship. On the other hand, it has been determined that courtesy behavior subscale of Organizational Citizenship Behavior has a negative effect on the risk taking subscale of the Intrapreneurship Tendency. With these results, it has been seen that the tendency of intrapreneurship is affected by the perception of corporate social responsibility and organizational citizenship behaviors. Therefore, to have a higher intrapreneurship tendency, it is recommended to have a higher perception of corporate social responsibility or to exhibit a higher level of organizational citizenship behavior.

Keywords: Corporate social responsibility, organizational citizenship, intrapreneurship, health care institution employees, public private model health care institutions.

ARTICLE INFO

* This study has been derived from the dissertation titled "The Effect of the Corporate Social Responsibility Perceptions and Organizational Citizenship Behaviors of the Employees Working at Health Care Institutions on their Intrapreneurship Levels" which has been written by Mustafa Erbir at the PhD Program of Business Management Department, Kırıkkale University the Institute of Social Sciences, under the consultancy of Ali Yılmaz, Asst. Prof.

** Lecturer PhD., Kayseri University, mus.erbir@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6887-1561>

*** Assistant Professor, Kırıkkale University, aliyilmaz69@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7482-1712>

Received: 10.07.2021

Accepted: 25.10.2022

Cite This Paper:

Erbir, M. & Yılmaz, A. (2022). The effect of the corporate social responsibility perceptions and organizational citizenship behaviors of employees working in public-private model health care institutions on their intrapreneurship tendencies. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(4), 707-724.

KAMU-ÖZEL MODELİ SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN KURUMSAL SOSYAL SORUMLULUK ALGILARI VE ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞLARININ İÇ GİRİŞİMCİLİK EĞİLİMLERİNE ETKİSİ *

Mustafa ERBİR**
Ali YILMAZ***

ÖZ

Bu araştırma kamu-özel modeli sağlık kurumları çalışanlarının Kurumsal Sosyal Sorumluluk Algılarının ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarının İç Girişimcilik eğilimlerine etkisini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma örneklemini, kamu özel modeli bünyesinde faaliyet gösteren Yozgat Şehir Hastanesi çalışanlarından oluşmaktadır. Araştırmaya konu olan değişkenler, Kurumsal Sosyal Sorumluluk Algısı, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve İç Girişimcilik Eğilimi kavramlarıdır. İlk bölümde bu üç değişkenin kavramsal çerçevesi çizilmektedir. İkinci bölümde sağlık sektörü çalışanlarından elde edilen verilere yönelik istatistiksel analizler yapılarak çalışanların kurumsal sosyal sorumluluk algılarının ve örgütsel vatandaşlık davranışlarının iç girişimcilik eğilimleri üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre çalışanların kurumsal sosyal sorumluluk algılarının ve örgütsel vatandaşlık davranışlarının iç girişimcilik eğilimleri ile pozitif yönlü bir ilişki içerisinde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca Kurumsal Sosyal Sorumluluk alt boyutlarından olan ekonomik sorumluluk algısının İç Girişimcilik alt boyutlarından Yenilikçilik eğilimi üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı alt boyutlarından Vicdanlılık davranışının İç Girişimcilik alt boyutlarının tamamı üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşın sadece örgütsel vatandaşlık davranışının alt boyutlarından nezaket davranışının iç girişimcilik eğilimi alt boyutlarından risk alma eğilimi üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlarla iç girişimcilik eğiliminin kurumsal sosyal sorumluluk algısı ve örgütsel vatandaşlık davranışlarından etkilendiği görülmektedir. Dolayısıyla daha yüksek bir iç girişimcilik eğilimine sahip olabilmek için daha yüksek bir kurumsal sosyal sorumluluk algısına sahip olmak veya daha yüksek düzeyde bir örgütsel vatandaşlık davranışı sergilemek tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kurumsal sosyal sorumluluk, örgütsel vatandaşlık, iç girişimcilik, sağlık kurumları çalışanları, kamu özel modeli sağlık kurumları

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma, Mustafa ERBİR'in, Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ'ın danışmanlığında Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Programı'nda hazırladığı, "Sağlık Sektörü Çalışanlarının Kurumsal Sosyal Sorumluluk Alguları ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarının İç Girişimcilik Düzeylerine Etkisi" adlı tez çalışmasından üretilmiştir.

** Öğretim Görevlisi Doktor, Kayseri Üniversitesi, mus.erbir@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6887-1561>

*** Dr. Öğretim Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi, aliyilmaz69@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7482-1712>

Gönderim Tarihi: 10.07.2021

Kabul Tarihi: 25.10.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Erbir, M. & Yılmaz, A. (2022). The effect of the corporate social responsibility perceptions and organizational citizenship behaviors of employees working in public-private model health care institutions on their intrapreneurship tendencies. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4), 707-724.

I. INTRODUCTION

Today, it is observed that all scientific research are conducted related to management sciences in several sectors. Some of these research are carried out in Health Management field. There are increasing questions about the functioning of health systems and how the system will work more efficiently. In this research, an answer is sought to the question of how the healthcare system can be made more effective and more efficient by healthcare professionals.

Discovering and developing personal and social aspects of individuals can be considered among the factors that increase the efficiency of the system in which they operate. The institution that this research has been conducted in is Yozgat City Hospital, which operates in public private model as a service business. Within the research, public and private sector employees working at the same institution have been evaluated together.

Any research using the variables handled in this research together has been found in neither national nor international literature. In the previous studies carried out with the research variables, it is seen that different results have been obtained in different sample groups. In some studies on Corporate Social Responsibility (CSR) perception, it has been found that CSR has a positive effect on job satisfaction (Kim et al., 2018), and there is a significant relation between CSR and organizational identification (Melo and Jose, 2011). In most of the studies related to Organizational Citizenship Behavior (OCB), it has been concluded that job satisfaction is in the basis of this concept (Caymaz and Doğan, 2016; Wasti and Baltacı, 2016; Serinkan and Erdiş, 2014). In studies on intrapreneurship, it has been finalized that the leadership styles of the managers and the formal characteristics of the organizational factors (Rigtering and Weitzel, 2013) have an effect on the Intrapreneurship tendency, and that innovation often emerges as a result of intrapreneurship activities (Arslan, 2012).

In this study, CSR, OCB and Intrapreneurship variables are analyzed conceptually. Afterwards, the research model is established and the hypotheses of the study are determined. In the second part, the research findings are handled. The aspect and degree of the relationship between the results obtained and the variables of the research were analyzed statistically. In the conclusion part, findings obtained were evaluated.

II. CONCEPTUAL FRAMEWORK

2.1. The Concept of Corporate Social Responsibility and Its Dimensions

There are many definitions for the concept of “Corporate Social Responsibility” (CSR) in the literature. Kotler and Lee (2008) define CSR as “a liability taken to increase the welfare level of the society via the contributions of voluntary business practices and corporate resources.” According to the definition of Kakabadse et al. (2005), CSR is the voluntary use of organization resources by managers for the benefit of the society to which they belong as well as for their own interests.

CSR refers both businesses’ innovations in commercial activities and their duties for customers and society (Luetkenhorst, 2004). CSR is a complex issue that can be handled at different levels and scopes in the whole of relations in the social environment (Ayhan, 2009). The subscales of CSR concept, which has been developed by Carroll (1991) are used in the study. These subscales consist of 4 dimensions as economic, legal, ethical and philanthropic responsibilities. This classification has been taken as the basis in this study.

“Economic Responsibility” concept, which is the first dimension of CSR concept, is one of the reasons for being of the businesses. Therefore, it is one step ahead of other responsibilities. Business survival and the availability and enhancement of resources are directly related to economic responsibility (Branco and Rodrigues, 2007; Brown and Forster, 2013). Thus, business managements give great importance to this dimension. “Legal Responsibility” concept, which is the second dimension

of CSR, is all of the rules that businesses are required to obey while they continue their economic life. According to Branco and Rodrigues (2007) the survival and profitability of businesses is directly related to their legal responsibility.

The third dimension of CSR concept is “Ethical Responsibility,” and it refers to unwritten standards, behaviors and values acquired indirectly from the social environment (Branco and Rodrigues, 2007). According to Matten et al. (2003) businesses are expected to carry out activities within ethical responsibility in especially developed societies. “Philanthropic Responsibility,” which is the fourth dimension of CSR, is a responsibility for various social and cultural purposes expected by the social environment. Philanthropic responsibility is not an obligatory activity like ethical responsibility. According to Matten (2003), it is a responsibility preferred to be carried out by businesses although there is not an expectation.

2.2. Organizational Citizenship Behavior and Its Dimensions

“Organizational Citizenship Behavior” (OCB) is totally optional personal behaviors (Organ, 2005; Özyer et al., 2012). OCB is voluntary behaviors (Köksal, 2012) that do not exist in the formal reward system (Bingle and Davidson, 2010), are presented without reward and punishment and indirectly contribute the efficiency of the organization (Teh et al, 2012). Accordingly, OCB is not an obligation for employees, quite the contrary, it refers voluntariness.

In this study, the dimensions of OCB are handled in total 5 subscales as “Altruism, Conscientiousness, Sportsmanship, Courtesy and Civic Virtue.” According to the literature, the most preferred form in scaling OCB is Organ’s (1997) 5-dimension OCB classification (Aslan, 2008; Lin, 2010).

Altruism, the first subscale of OCB, can be defined as behaviors that provide advantages to another employee, having no financial gain expectancy directly, based on self-sacrificing and presented willingly (Oliner and Do, 2003). Conscientiousness, the second subscale of OCB, refers to the willing support of organization members to the activities of businesses without any obligatory cases going beyond the duties they take (Allison et al., 2001). Conscientiousness is more related to the discipline perception of employees for their jobs.

“Sportsmanship” concept is the third subscale of OCB. It refers to that organization employees’ avoiding undesired attitudes that can cause conflict in working conditions. Organ (1990) (Allison et al., 2001) defines sportsmanship as employees’ keeping away from negative attitudes that cause undesired events in businesses. “Courtesy,” the fourth subscale of OCB, refers to the positive relationship that employees develop with different employees due to the work sharing they carry out in businesses (Poyraz and Aksoy, 2012; Baytok and Ergen, 2013). Courtesy includes behaviors aiming at taking preventive measures for the problems of employees related to their jobs (Somech and Ron, 2007).

“Civic Virtue,” the fifth subscale of OCB, involves how much employees are loyal to the organization and the large-scale interest that will emerge from this loyalty (Baykal, 2013). Civic virtue sub-scale can also be an example for pro-social behavior (Graham and Van Dyne, 2006; Allison et al., 2001). This concept can be seen as striving in order not organization interest to be harmed by supporting the organization.

2.3. The Concept of Intrapreneurship and Its Dimensions

Intrapreneurship can be defined as the tendency of making decisions freely and displaying nonroutine behaviors with the ability of concreting an innovative idea and transforming it to feasible projects in an organization that continues its activities (Ağca and Kurt, 2007). This concept can be considered as a very important factor for a business to gain competitive advantage.

Intrapreneurship dimensions can be examined in four subscales as “Innovativeness, Risk-taking, Proactiveness and Autonomy” (Mariano et al., 2014; Mohamad et al., 2011; Ireland et al., 2009; Ramanigopal et al., 2012; Bouchard and Basso, 2011; Altuntaş and Dönmez, 2010).

Since “Innovativeness,” the first subscale of Intrapreneurship concept, is the key element of the intrapreneurship (Antoncic and Hisrich, 2001; Naktiyok, 2004), it is the most important personal characteristic that an entrepreneur is required to have. According to Özşahin and Zehir (2011), innovation reflects organizations’ desire to support new products or new ideas and the characteristic of creativity and to allocate time for creative activities. “Risk-taking,” the second subscale of Intrapreneurship concept, can be defined as a pressured situation in the cases that it is difficult to predict outcomes in an unknown environment (Antoncic and Hisric, 2003). Decisions that cannot be made on time without taking risks in an environment of uncertainty will cause the loss of advantage in competition (Basim et al., 2008). Therefore, taking a certain level of risk during the practice of decision making methods can provide different benefits for a business.

“Proactiveness,” the third subscale of the Intrapreneurship concept, is organizations’ anticipation of the techniques for new technology and management relatively earlier than their competitors in order to provide competitive advantage and become the leader (Altuntaş and Dönmez, 2010). This concept is the ability of especially focusing on opportunities, predicting events and providing competitive advantage (Çetin, 2011). “Autonomy,” the fourth subscale of Intrapreneurship, is to transform ideas and opinions into practice independently as an individual or group, and to give opportunity to employees to exercise the authorities of their positions without hesitation by feeling independent (İbrahimoğlu and Uğurlu, 2013). By means of autonomy, the performance of employees, the profitability of businesses and efficiency in business processes will be ensured (Felicio et al., 2012).

III. RESEARCH METHODOLOGY

3.1. Research Method

A survey was used as the data collection tool in this research. 03.04.2019 dated and 03 numbered Kırıkkale University Ethics Committee Approval and 14.06.2018 dated and 92198657-771 numbered survey permit of Yozgat Provincial Directory of Health were obtained to conduct the study. Also, the participants were informed about the issue and the participation was face to face and on a voluntary basis.

In the first part of the research survey, there is the form asking for the information about the demographic characteristics and work positions of the participants. In the second part, Intrapreneurship Tendency Scale, Organizational Citizenship Behavior Scale and Corporate Social Responsibility Perception Scale were used.

The data were analyzed by using SPSS 20 software. First, the correlation analysis was performed for the relation between CSR and OCB subscales and Intrapreneurship tendency, which were the independent variables of the study. Afterwards, “multiple regression analysis” was performed to determine the effect of the “independent variables” on the “dependent variable”.

3.2. Data Collection Tools and The Sample

In the research after the the questions related to the demographic information and work position 3 scales were used. These scales are as follows:

“Intrapreneurship Tendency” Scale: The scale, which was developed by Naktiyok (2004) in Turkish involves a total of 21 questions and four subscales as “Innovativeness, Autonomy, Risk-taking and Proactiveness.” The reliability of the scale was found as $\alpha=0.900$ by Özyer et al. (2012), as $\alpha=0.918$

by Durmaz (2011), as $\alpha=0.900$ by Kanbur (2015), as $\alpha=0.940$ by Söker (2016) and as $\alpha=0.933$ by Arat (2013). In this research, the reliability level was calculated as $\alpha=0.902$.

“Organizational Citizenship Behavior” Scale: The scale, which was developed by Podsakoff and MacKenzie (1997), was used by Kalkan (2013) in Turkish literature, and the reliability level was determined as $\alpha=0.931$. The scale includes a total of 20 questions and five subscales as “Altruism, Conscientiousness, Sportsmanship, Courtesy and Civic Virtue.” The reliability level of the scale was found as $\alpha=0.860$ by Dağlı (2015) and as $\alpha=0.940$ by Köksal (2012). In this study, it was found as $\alpha=0.903$.

“Corporate Social Responsibility Perception” Scale: The scale, which was developed by Carroll (1991), includes a total of 20 questions and four subscales as “Economic Responsibility, Ethical Responsibility, Legal Responsibility, and Philanthropic Responsibility”. Özarlan (2006) found the reliability level of the scale as $\alpha=0.821$ and Kaplan (2018) as $\alpha=0.940$. In this study, it was calculated as $\alpha=0.749$.

The population of the study was the employees working at Yozgat City Hospital, which is a state-private health care institution. The individuals selected by simple random sampling method among the employees working within the body of state or private sector in Yozgat City Hospital constituted the sample of the study. A total of 452 people were surveyed between the dates of 03.04.2019 and 30.06.2019. The data collected were analyzed by SPSS 20 software. Demographic characteristics of the participants in the research are shown in Table 1.

Table 1. Demographic Characteristics of The Participants

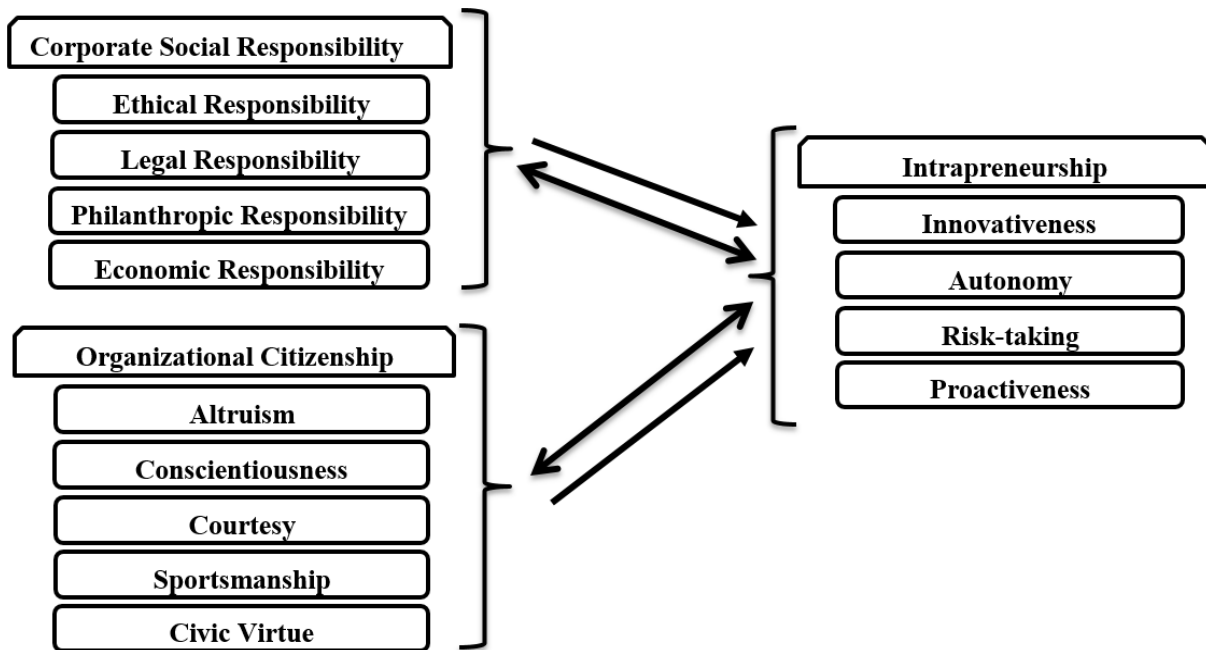
Gender	Frequency	Percentage (%)
Male	162	35.8
Female	290	64.2
Age	Frequency	Percentage (%)
18-30	236	52.2
31-45	184	40.7
46-60+	32	7.1
Marital Status	Frequency	Percentage (%)
Single	238	52.7
Married	214	47.3
Duty at the Health Institution	Frequency	Percentage (%)
Physician	43	9.5
Nurse / Midwife	154	34.1
Pharmacist	15	3.3
Psychologist	10	2.2
Physiotherapist	9	2
Nutritionist	5	1.1
Technician	46	10.2
Support Team	20	4.4
Administrative Services*	150	33.2
Working Status	Frequency	Percentage (%)
Public	291	64.4
Private	161	35.6
Total	452	100

* Security Guard, Data Entry Staff, Purchasing Staff, Accounting Staff

3.3. Research Model and Research Hypotheses

The model, which is a brief summary of the research, is presented in Figure 1.

Figure 1. Research Model



There are 4 hypotheses of the study:

- 1- “There is a positive relation between the corporate social responsibility perceptions and intrapreneurship tendencies of the employees”.
- 2- “There is a positive relation between the organizational citizenship behaviors and intrapreneurship tendencies of the employees”.
- 3- “The corporate social responsibility perceptions of the employees affect their intrapreneurship tendencies in a positive way”.
- 4- “The organizational citizenship behaviors of the employees affect their intrapreneurship tendencies in a positive way”.

IV. FINDINGS

The ‘findings’ part of the study includes the findings for the correlation analysis performed to measure the relation between the variables and the findings for the regression analysis performed to measure causality respectively.

4.1. Findings of Correlation Analysis

Pearson correlation analysis was performed to determine the relation between the CSR perceptions and OCB of the health care sector employees and their intrapreneurship tendencies. In the assessment of the correlation coefficients, the value ranges presented in Table 2 (Kalaycı, 2014) were used. Numeric and normal distribution hypotheses of the variables required for correlation analysis were met.

Table 2. Assessment of the Correlation Coefficients

r	Relation Level	Relation Direction
0.00 – 0.25	Very Weak Level of Relation	
0.26 – 0.49	Weak Level of Relation	If r = - negative relation
0.50 – 0.69	Moderate Level of Relation	If r = + positive relation
0.70 – 0.89	High Level of Relation	
0.90 – 1.00	Very High Level of Relation	

In Table 3, Pearson Correlation Values are given to analyze the relation between OCB and intrapreneurship tendencies

Table 3. Pearson Correlation Values of OCB Subscales and Intrapreneurship Tendencies Subscales

		Innovativeness	Autonomy	Risk Taking	Proactiveness
Altruism	“Pearson Correlation”	0.379**	0.206**	0.300**	0.280**
	“Sig. (2-tailed)”	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
	“N”	452	452	452	452
Civic Virtue	“Pearson Correlation”	0.393**	0.283**	0.417**	0.403**
	“Sig. (2-tailed)”	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
	“N”	452	452	452	452
Conscientiousness	“Pearson Correlation”	0.328**	0.098*	0.276**	0.271**
	“Sig. (2-tailed)”	<0.01	0.037	<0.01	<0.01
	“N”	452	452	452	452
Sportsmanship	“Pearson Correlation”	0.207**	0.172**	0.194**	0.239**
	“Sig. (2-tailed)”	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
	“N”	452	452	452	452
Courtesy	“Pearson Correlation”	0.298**	0.236**	0.260**	0.279**
	“Sig. (2-tailed)”	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
	“N”	452	452	452	452

** “Correlation is significant at the level of 0.01”.

* “Correlation is significant at the level 0.05”.

When Pearson Correlation coefficient results were examined, the results explained below were obtained.

A weak, positive and significant linear relationship was determined between altruism factor and “innovativeness” ($r=0.379$; $p<0.01$), “risk-taking” ($r=0.300$; $p<0.01$) and proactiveness factors ($r=0.280$; $p<0.01$) (at the significance level of 0.01). In addition, a very weak, positive and significant linear relationship was found between altruism factor and autonomy factor ($r=0.206$; $p<0.01$).

A weak positive significant linear relationship was determined between civic virtue factor and innovativeness ($r=0.393$; $p<0.01$), “autonomy” ($r=0.283$; $p<0.01$), “risk-taking” ($r=0.417$; $p<0.01$) and proactiveness ($r=0.403$; $p<0.01$) factors.

A weak, positive and significant linear relationship was found between conscientiousness factor and “innovativeness” ($r=0.328$; $p<0.01$), “risk-taking” ($r=0.276$; $p<0.01$) and “proactiveness” ($r=0.271$; $p<0.01$). Besides, a very weak, positive and significant linear relationship was found between conscientiousness factor and autonomy factor ($r=0.098$; $p<0.05$) (at the significance level of 0.05).

A very weak, positive and significant linear relationship was determined between sportsmanship factor and “innovativeness” ($r=0.207$; $p<0.01$), “autonomy” ($r=0.172$; $p<0.01$), “risk-taking” ($r=0.194$; $p<0.01$) and “proactiveness” ($r=0.239$; $p<0.01$) factors.

A weak, positive and significant linear relationship was determined between courtesy factor and “innovativeness” ($r=0.298$; $p<0.01$), “risk-taking” ($r=0.260$; $p<0.01$) and “proactiveness” ($r=0.279$; $p<0.01$) factors (at the significance level of 0.01). In addition, a very weak, positive and significant linear relationship was found between courtesy factor and autonomy factor ($r=0.236$; $p<0.01$).

Considering the results as a whole, a positive linear relationship was determined between all OCB and Intrapreneurship subscales. Since there is a “positive relationship” between the variables, an increase in any subscale of OCB is expected to cause an increase in intrapreneurship tendency.

In Table 4, Pearson Correlation Values are given to analyze the relationship between CSR and Intrapreneurship Tendency

Table 4. Pearson Correlation Values between CSR Subscales and Intrapreneurship Tendency Subscales

		Innovativeness	Autonomy	Risk Taking	Proactiveness
Economic Responsibility	"Pearson Correlation"	0.117*	0.110*	0.150**	0.152**
	"Sig. (2-tailed)"	0.013	0.020	0.001	0.001
	"N"	452	452	452	452
Legal Responsibility	"Pearson Correlation"	0.267**	0.254**	0.250**	0.313**
	"Sig. (2-tailed)"	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
	"N"	452	452	452	452
Ethical Responsibility	"Pearson Correlation"	0.276**	0.309**	0.351**	0.368**
	"Sig. (2-tailed)"	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
	"N"	452	452	452	452
Philanthropic Responsibility	"Pearson Correlation"	0.357**	0.309**	0.340**	0.414**
	"Sig. (2-tailed)"	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01
	"N"	452	452	452	452

**."Correlation is significant at the level of 0.01".

*."Correlation is significant at the level 0.05".

A very weak, positive and significant linear relationship was detected between the economic responsibility factor and "innovativeness" ($r=0.117$; $p<0.05$), "autonomy" ($r=0.110$; $p<0.05$), "risk-taking" ($r=0.150$; $p<0.01$) and "proactiveness" ($r=0.152$; $p<0.01$) factors.

A weak, positive and significant linear relationship was found between the legal responsibility factor and "innovativeness" ($r=0.267$; $p<0.01$) and "proactiveness" ($r=0.313$; $p<0.01$) factors. Also, a very weak, positive and significant linear relationship was found between the legal responsibility factor and "autonomy" ($r=0.254$; $p<0.01$) and "risk-taking" ($r=0.250$; $p<0.01$) factors.

A weak, positive and significant linear relationship was determined between the ethical responsibility and "innovativeness" ($r=0.276$; $p<0.01$), "autonomy" ($r=0.309$; $p<0.01$), "risk-taking" ($r=0.351$; $p<0.01$) and "proactiveness" ($r=0.368$; $p<0.01$) factors.

A weak, positive and significant linear relationship was found between the philanthropic responsibility factor and "innovativeness" ($r=0.357$; $p<0.01$), "autonomy" ($r=0.309$; $p<0.01$), "risk-taking" ($r=0.340$; $p<0.01$) and "proactiveness" ($r=0.414$; $p<0.01$) factors.

Consequently, a positive linear relationship was determined between all CSR and Intrapreneurship subscales. Accordingly, it is expected that an increase in CSR subscales cause an increase in intrapreneurship tendency.

4.2. Findings Regarding Multiple Regression Analysis

In the previous chapter, positive relationships were found between CSR and OCB variables and Intrapreneurship tendency as a result of the correlation analysis. In order to determine the direction of this relationship, multiple regression analysis was performed between the scores of "Corporate Social Responsibility" and "Organizational Citizenship," which were the independent variables of the study, and the scores of "Intrapreneurship," which was the dependent variable. Multiple linear regression analysis was carried out by using Enter Method to analyze the effect of the CSR and OCB subscale scores on the Intrapreneurship subscale scores.

In the study, CSR and OCB subscales were taken as independent variables, and Intrapreneurship subscales as the dependent variable. Before the regression analysis, normality, collinearity, multicollinearity problem ($VIF > 5$) and autocorrelation assumptions were analyzed one by one and it was seen that assumptions were ensured.

Table 5. The Effect of the Independent Variables on the “Innovativeness” Subscale of Intrapreneurship Scale and the Significance of the Coefficients in Model

Independent Variables	B	Std. Error	Beta	t	p	95% Confidence Interval for B	
						Lower Bound	Upper Bound
Invariant	1.597	0.347		4.597	0.000	0.914	2.279
CSR							
Ethical Responsibility	0.070	0.096	0.032	0.729	0.466	-0.119	0.260
Legal Responsibility	0.071	0.083	0.050	0.864	0.388	-0.091	0.234
Philanthropic Responsibility	-0.049	0.080	-0.037	-0.611	0.541	-0.207	0.109
Economic Responsibility	0.140	0.066	0.140	2.124	0.034*	0.010	0.269
OCB							
Altruism	0.164	0.056	0.164	2.897	0.004**	0.053	0.275
Conscientiousness	0.172	0.048	0.198	3.575	0.000***	0.078	0.267
Courtesy	0.075	0.061	0.069	1.224	0.222	-0.045	0.194
Sportsmanship	-0.043	0.041	-0.052	-1.035	0.301	-0.124	0.038
Civic Virtue	0.052	0.053	0.053	0.986	0.325	-0.051	0.155
Model Summary: R=0.474; R ² =0.224; Adj. R ² =0.208; F= 14.195; p=0.001***							

“Dependent Variable=Innovativeness Subscale”

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

“Std. Error=Standard Error, Adj. R²=Adjusted R²”

“t, F=Test Statistics p=Significance Level CI=Confidence Interval”

Firstly, the effect of each independent variable on “Innovativeness,” which is a subscale of the dependent variable was tested.

When multiple regression analysis results in Table 5 are analyzed, it can be stated that the regression model is statistically significant ($F=14.195$; $p < 0.001$). 20.8% of the change in the Innovativeness score is explained by independent variables ($Adj. R^2=0.208$). When the coefficients of the independent variables in the model are examined, it can be stated that the effects of the score of the economic responsibility subscale of CSR and the scores of the altruism and conscientiousness subscales of OCB on the innovativeness score are statistically significant ($p < 0.05$). Accordingly, it is seen that economic responsibility, altruism and conscientiousness scores have positive effect on innovativeness score. In other words, a 1 unit increase in economic responsibility score causes a 0.140 unit increase in innovativeness score, a 1 unit increase in altruism score causes a 0.164 unit increase, and a 1 unit increase in conscientiousness score causes a 0.172 unit of increase. This effect is presented in Figure 2.

Figure 2. The Effect of CSR and OCB subscales on Innovativeness Tendency

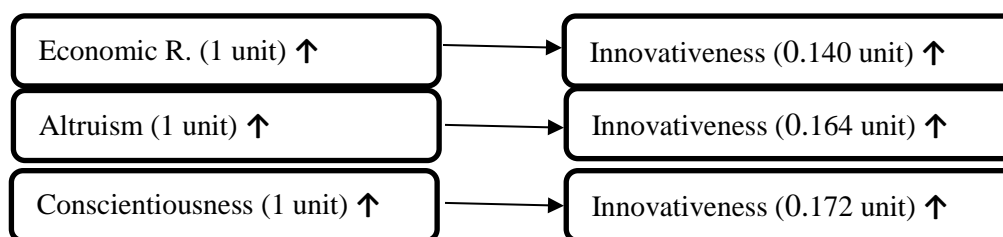


Table 6. The Effect of the Independent Variables on the “Risk-taking” Subscale of Intrapreneurship and the Significance of the Coefficients in the Model

Independent Variables	B	Std. Error	Beta	t	p	95% Confidence Interval for B	
						Lower Bound	Upper Bound
Invariant	1.446	0.369		3.920	0.000	0.721	2.171
CSR							
Ethical Responsibility	0.031	0.102	0.014	0.300	0.765	-0.171	0.232
Legal Responsibility	0.031	0.088	0.021	0.355	0.722	-0.141	0.204
Philanthropic Responsibility	0.160	0.085	0.120	1.878	0.061	-0.007	0.328
Economic Responsibility	0.144	0.070	0.142	2.054	0.041*	0.006	0.281
OCB							
Altruism	0.032	0.060	0.031	0.529	0.597	-0.086	0.150
Conscientiousness	0.154	0.051	0.174	3.002	0.003**	0.053	0.254
Courtesy	-0.191	0.065	-0.173	-2.947	0.003**	-0.318	-0.064
Sportsmanship	0.026	0.044	0.031	0.595	0.552	-0.060	0.112
Civic Virtue	0.090	0.056	0.090	1.607	0.109	-0.020	0.199
Model Summary: R=0.391; R ² = 0.153; Adj. R ² = 0.136; F= 8.878; p=0.001***							

“Dependent Variable=Risk-taking subscale”

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

“Std. Error=Standard Error, Adj. R²=Adjusted R²”

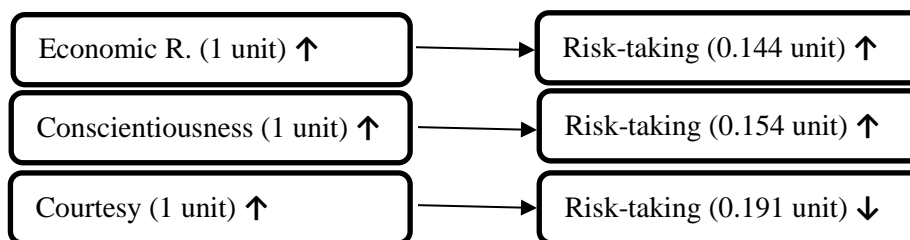
“t, F=Test Statistics p=Significance Level CI=Confidence Interval”

Secondly, the effect of each subscale of the independent variables on “Risk-taking,” one of the subscales of the dependent variable was tested.

When the multiple linear regression analysis in Table 6, it can be stated that the regression model is statistically significant (F=8.878; p<0.001). 13.6% of the change in risk-taking score is explained by the independent variables included in the model (Adj. R²=0.136).

When the coefficients of the independent variables in the model are analyzed, it can be stated that the effects of the scores of the economic responsibility subscale of CSR and the conscientiousness and courtesy subscales of OCB on the risk-taking scores are statistically significant (p<0.05). Accordingly, it can be seen that economic responsibility and conscientiousness scores affect risk-taking score positively, but courtesy score affects risk-taking score in a negative way. In other words, a 1 unit of increase in the economic responsibility score causes a 0.144 unit increase in risk-taking score, a 1 unit increase in the conscientiousness score causes a 0.154 unit of increase, and a 1 unit increase in the courtesy score causes a 0.191 unit decrease in the risk-taking score. This effect is presented in Figure 3.

Figure 3. The Effect of CSR and OCB subscales on the Risk-taking Tendency



Thirdly, the effect of each subscale of the independent variables on the “Proactiveness” subscale of the dependent variable was tested.

Table 7. The Effect of the Independent Variables on the “Proactiveness” subscale of Intrapreneurship Scale and the Significance of the Coefficients in the Model

Independent Variables	B	Std. Error	Beta	t	p	95% Confidence Interval for B	
						Lower Bound	Upper Bound
Invariant	0.860	0.378		2.278	0.023	0.118	1.602
CSR							
Ethical Responsibility	0.136	0.105	0.057	1.294	0.196	-0.070	0.342
Legal Responsibility	-0.018	0.090	-0.012	-0.199	0.842	-0.195	0.159
Philanthropic Responsibility	0.214	0.087	0.150	2.447	0.015*	0.042	0.385
Economic Responsibility	0.077	0.072	0.071	1.069	0.286	-0.064	0.217
OCB							
Altruism	0.030	0.061	0.028	0.491	0.624	-0.091	0.151
Conscientiousness	0.274	0.052	0.291	5.240	0.000**	0.171	0.377
Courtesy	0.046	0.066	0.039	0.691	0.490	-0.084	0.176
Sportsmanship	-0.039	0.045	-0.044	-0.859	0.391	-0.127	0.050
Civic Virtue	0.026	0.057	0.024	0.452	0.652	-0.086	0.138
Model Summary: R=0.391; R ² =0.153; Adj. R ² =0.136; F= 8.878; p=0.001**							

“Dependent Variable=Proactiveness Subscale”

*p<0.05 **p<0.001

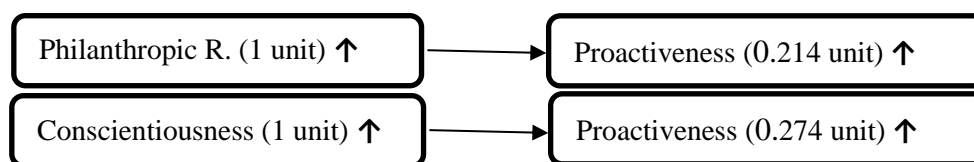
“Std. Error=Standard Error, Adj. R²=Adjusted R²”

“t, F=Test Statistics p=Significance Level CI=Confidence Interval”

When the multiple linear regression analysis results in Table 7 are examined, it can be stated that the regression model is statistically significant (F=8.878; p<0.001). 13.6% of the change in the proactiveness score is explained by the independent variables included in the model (Adj. R²=0.136).

When the coefficients of the independent variables in the model are analyzed, it can be stated that the effects of the scores of the philanthropic responsibility subscale of CSR and the conscientiousness subscale of OCB on the proactiveness score is statistically significant (p<0.05). Accordingly, it is seen that philanthropic responsibility and conscientiousness scores affect proactiveness score positively. In other words, a 1 unit increase in the philanthropic responsibility causes a 0.214 unit increase in the proactiveness score, and a 1 unit increase in the conscientiousness score causes a 0.274 unit increase. This effect is presented in Figure 4.

Figure 4. The Effect of CSR and OCB Subscales on the Proactiveness Tendency



Fourthly, the effect of each subscale of the independent variables on the “Autonomy” subscale of the dependent variable was tested.

Table 8. The Effect of the Independent Variables on the “Autonomy” Subscale of the Intrapreneurship Scale and the Significance of the Coefficients in the Model

Independent Variables	B	Std. Error	Beta	t	p	95% Confidence Interval for B	
						Lower Bound	Upper Bound
Invariant	1.243	0.319		3.895	0.000	0.616	10.871
CSR							
Ethical Responsibility	0.090	0.089	0.044	1.019	0.309	-0.084	0.265
Legal Responsibility	0.041	0.076	0.031	0.539	0.590	-0.108	0.190
Philanthropic Responsibility	0.109	0.074	0.090	1.480	0.140	-0.036	0.254
Economic Responsibility	0.183	0.061	0.197	3.014	0.003*	0.064	0.302
OCB							
Altruism	-0.018	0.052	-0.019	-0.346	0.729	-0.120	0.084
Conscientiousness	0.196	0.044	0.243	4.424	0.000**	0.109	0.283
Courtesy	0.011	0.056	0.010	0.188	0.851	-0.100	0.121
Sportsmanship	0.020	0.038	0.027	0.532	0.595	-0.054	0.095
Civic Virtue	0.018	0.048	0.020	0.379	0.705	-0.077	0.113
Model Summary: R=0.488; R ² =0.239; Adj. R ² =0.223; F= 15.385; p=0.001**							

“Dependent Variable=Autonomy Subscale”

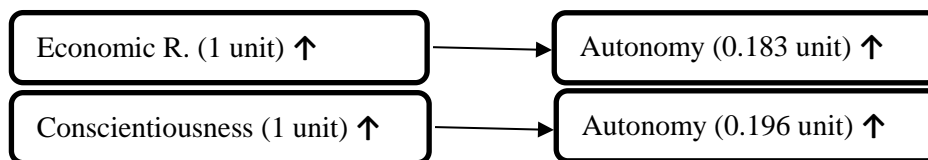
*p<0.01 **p<0.001

“Std. Error=Standard Error, Adj. R²=Adjusted R²”

“t, F=Test Statistics p=Significance Level CI=Confidence Interval”

When the multiple linear regression analysis in Table 8 was analyzed, the regression model has been found statistically significant (F=15.385; p<0.001). 22.3% of the change in the autonomy score is explained by the independent variables (Adj. R²=0.223).

When the coefficients of the independent variables in the model are examined, it can be stated that economic the effects of the scores of the responsibility subscale of CSR and the conscientiousness subscale of OCB on autonomy score are statistically significant (p<0.05). Accordingly, economic responsibility and conscientiousness scores have positive effects on autonomy scores. In other words, a 1 unit increase in the economic responsibility score causes a 0.183 (B) unit increase in the autonomy score, and a 1 unit increase in the conscientiousness score causes a 0.196 (B) unit increase. This effect can be seen in Figure 5 more clearly.

Figure 5. The Effect of CSR and OCB Subscales on Autonomy Tendency

V. DISCUSSION AND CONCLUSION

The concepts constituting the research are the existence and the level of the effect of CSR perceptions and OCB on intrapreneurship tendencies. The relationship between CSR and OCB concepts, which are the independent variables of the study, on intrapreneurship has been determined by correlation analysis, and it has been concluded that both independent variables have a positive linear relationship with intrapreneurship, the dependent variable. If the OCB score of an employee is high, his/her intrapreneurship tendency is also related to it and high. Again, if an individual's CSR perception is high, that person's intrapreneurship tendency is also high in relation to this. According to these findings, one

of the ways to increase the intrapreneurship tendencies of employees in health institutions is to increase their OCB and CSR scores. Institutions can arrange in-house seminars and motivating activities to increase the CSR and OCB scores of employees. By this way, both CSR and OCB scores of employees increase and, in parallel, their intrapreneurship tendencies may increase.

Besides the existence of the relationship between variables, it is also important to find the direction of the effect of the independent variables handled in the relationship on the dependent variable, namely, to measure causality. As a result of the research findings, the argument is as follows: if a health care institution wants the innovativeness characteristic of an individual to improve, it should provide the improvement of the economic responsibility, conscientiousness and altruism characteristics of the individual. According to another finding, if a health care institution wants the risk-taking characteristic of an individual to improve, it should provide the improvement of the economic responsibility, conscientiousness and courtesy characteristics of the individual. According to another finding, if a health care institution wants to increase the autonomy tendencies of its employees, it should improve their economic responsibility and conscientiousness values. Finally, if a health care institution wants to improve the proactiveness tendencies of its employees, it should improve their philanthropic responsibility and conscientiousness characteristics.

The results of this study have been desired to be compared to different studies in the literature but no study investigating the effect of the OCB and CSR concepts, which have been included in the study as independent variables, on intrapreneurship has been found. However, there are studies in the literature related to many concepts that may affect intrapreneurship tendency. For instance, Eroğlu (2020) has concluded that perceived organizational support has a positive effect on intrapreneurship tendency, and Bakan et al. (2017) has found organizational democracy perception affects intrapreneurship tendency positively. Kanbur and Özyer (2016) and Kasap (2020) have reported respectively that individual creativity levels and ethical leadership has a positive effect on intrapreneurship tendency. According to Ateş et al. (2017) workplace safety climate, according to Erkal (2020) job satisfaction and according to Ekiyor and Karagül (2016) employee empowerment affects intrapreneurship tendency in a positive way.

Considering the research results, it is seen that all four hypotheses developed are accepted. In addition, a remarkable result in the study is related to conscientiousness behavior. It is seen that conscientiousness behavior is the dimension that affect all intrapreneurship dimensions in a positive way. Accordingly, it can be stated that if there are individuals having high level of conscientiousness in a health care institution, intrapreneurship activities can be seen more frequently in that institution.

According to the research results, intrapreneurship is a positive feature for individuals working in health institutions. In addition, the perception of corporate social responsibility and organizational citizenship behavior has positively affected the tendency of intrapreneurship as a whole. Considering these results, the following suggestions are made to the managers of the institutions:

- Providing the necessary conditions to increase the tendency of intrapreneurship,
- Ensuring that employees allocate time to creative activities and R&D activities,
- Strengthening the core competency factors of employees,
- Demonstrating a participatory management approach that is open to innovation, and enabling lower-level employees to develop their autonomy and proactiveness,
- To change the perception of the institution on individuals in a positive way so that individuals can become better corporate citizens,
- To ensure that employees become better corporate citizens by giving more importance to values such as courtesy, sportsmanship, and altruism in the health sector.

Ethical Approval: 03.04.2019 dated and 03 numbered Kırıkkale University Ethics Committee Approval and 14.06.2018 dated and 92198657-771 numbered survey permit of Yozgat Provincial Directory of Health were obtained to conduct the study.

REFERENCES

- Ağca, V., & Kurt, M. (2007). İç girişimcilik ve temel belirleyicileri: Kavramsal bir çerçeve. *Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi*, 29, 83-112.
- Allison, B. J., Voss, R. S., & Dryer, S. (2001). Student classroom and career success: The role of organizational citizenship behavior. *Journal of Education for Business*, 76(5), 282-288.
- Altuntaş, G., & Dönmez, D. (2010). Girişimcilik yönelimi ve örgütsel performans ilişkisi: Çanakkale bölgesinde faaliyet gösteren otel işletmelerinde bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 39(1), 50-74.
- Antoncic, B., & Hisrich, R. D. (2001). Intrapreneurship: Construct refinement and cross-cultural validation. *Journal of Business Venturing*, 16, 495-527.
- Antoncic, B., & Hisrich, R. D. (2003). Clarifying the intrapreneurship concept. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 10(1), 7-24.
- Arat, G. (2013). *İşletmelerde örgütsel değişim ve iç girişimcilik ilişkisi: Enerji sektöründe bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. Pamukkale Üniversitesi.
- Arslan, T. E. (2012). *İnovasyon ve iç girişimcilik etkileşimi: Bilişim 500 şirketlerinde bir araştırma* [Doktora Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Aslan, Ş. (2008). Örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılık ve mesleğe bağlılık arasındaki ilişkilerin araştırılması. *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(2), 163-178.
- Ateş, M. F., Turgut, H., & Tokmak, İ. (2017). İşyeri güvenlik ikliminin iç girişimcilik üzerine etkisinde psikolojik sermayenin düzenleyici rolü. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 16, UİK Özel Sayısı, 665-680.
- Ayhan, B. (2009). Siyasal iktisat ve kurumsal sosyal sorumluluk. *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 9(2), 173-187.
- Bakan, İ., Kara, E., & Güler B. (2017) Örgütsel demokrasi algısının çalışanların iç girişimcilik performansına etkileri: Marmaris'teki otel işletmelerinde bir alan araştırması. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 6(14), 115-138.
- Basım, H. N., Korkmazıyürek, 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.
- Söker, F. (2016). *İşletmelerde iç girişimcilik ve yönetsel-dönüşümsel liderlik: Karaman'da bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi.
- Baykal, Ö. (2013). *Okul iklimi ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişki üzerine bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. Yeditepe Üniversitesi.
- Baytok, A., & Ergen F. D. (2013). Hizmetkâr liderliğin örgütsel vatandaşlık davranışına etkisi: İstanbul ve Afyonkarahisar'daki beş yıldızlı otel işletmelerinde bir araştırma, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 105-132.
- Bingle, J. M., & Davidson, S. (2010). Professional attributes in the context of emotional intelligence, ethical conduct, and citizenship of the clinical nurse specialist. Eds Janet S. Fulton, Brenda L.

- Lyon and Kelly A. Goudreau, *Foundations of Clinical Nurse Specialist Practice*. Springer Publishing Company, 15-28.
- Bouchard, V., & Basso, O. (2011). Exploring the links between entrepreneurial orientation and intrapreneurship in SMEs. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 18(2), 219-231.
- Branco, M. C., & Rodrigues, L. L. (2007). Positioning stakeholder theory within the debate on corporate social responsibility. *Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, 12(1), 5-15.
- Brown, J. A., & Forster, W. R. (2013). CSR and stakeholder theory: A Tale of Adam Smith. *Journal of Business Ethics*, 112, 301-312.
- Carroll, A. (1991). The Pyramid of corporate social responsibility: Toward the moral management of organizational stakeholders. *Business Horizons*, July/August 1991, 39-48.
- Caymaz, E., & Doğan, B. (2016). *Söylem ve gerçeklik: Örgütsel vatandaşlık söylemi üzerine eleştirel bir inceleme*. 24. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, 1028-1035.
- Çetin, F. (2011). Örgüt içi girişimcilikte öz yeterlilik algısı ve kontrol odağının rolü. *Business and Economics Research Journal*, 2(3), 69-85.
- Dağlı, E. (2015). *İlköğretim okullarında müdürlerin kullandıkları etkileme taktiklerinin öğretmenlerin örgütsel vatandaşlık davranışları ve okul farkındalığı ile ilişkisi* [Doktora Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Durmaz, I. (2011). *Psikolojik güçlendirme algısının iç girişimcilik üzerine etkisi* [Doktora Tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Ekiyor, A., & Karagül S. (2016). Sağlık sektöründe personel güçlendirmenin işgören performansına ve iç girişimciliğe etkisi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(3), 13-25.
- Erkal, P. (2020). Örgütlerde algılanan desteğin iç girişimcilik düzeyine etkisi: İş tatmininin aracılık rolü. *KAÜİİBFD*, 11(22), 597-621.
- Eroğluer, K. (2020). Çalışanların otantik liderlik algılarının iç girişimcilik üzerine etkisinde algılanan örgütsel desteğin düzenleyici rolü: Bir firma uygulaması. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, XLIX, 2020/2, 75-93.
- Felicio, J. A., Rodrigues, R., & Caldeirinha, R. V. (2012). The Effect of intrapreneurship on corporate performance. *Management Decision*, 50(10), 1717-1738.
- Graham, J. W., & Van Dyne, L. (2006). Gathering information and exercising influence: Two forms of civic virtue organizational citizenship behavior. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 18(2), 89-109.
- Ireland, R. D., Covin, J. G., & Kuratko, D. F. (2009). Conceptualizing corporate entrepreneurship strategy. *Entrepreneurship theory and practice*, 33(1), 19-46.
- İbrahimoglu, N., & Uğurlu, Y. Ö. (2013). KOBİ'lerde iç girişimcilik ve örgüt kültürü ilişkisi: Sektörel bir araştırma. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31(1), 103-126.
- Kalaycı, S. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

- Kakabadse, N. K., Cecile R., & Linda L. D. (2005). Corporate social responsibility and stakeholder approach: A conceptual review. *International Journal Business Governance and Ethics*, 4(1), 277-302.
- Kalkan, A. (2013). *Algılanan örgüt kültürünün örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkisi: Kuramsal ve görgül bir araştırma* [Doktora Tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Kanbur, E., & Özyer, K. (2016). Çalışanların bireysel yaratıcılık düzeylerinin iç girişimcilik performanslarına etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 264-275.
- Kanbur, A. (2015). Innovative behaviors in the wake of vitality. *Entrepreneurship and Innovation Management Journal*, 3(1), 40-50.
- Kaplan, A. (2018). *Kurumsal sosyal sorumluluk ve kurumsal itibar algılamalarının örgütsel özdeşleşme üzerine etkisi* [Doktora Tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Kasap, M. (2020). Etik liderliğin iç girişimciliğe etkisi: Çanakkale’de bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 34(1), 257-272.
- Kim, H., Woo, E., Uysal, M., & Kwon, N. (2018). The Effects of corporate social responsibility (CSR) on employee well-being in the hospitality industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(3), 1584-1600.
- Kotler, P., & Lee, N. (2008). *Kurumsal sosyal sorumluluk*. Media Cat Yayınları.
- Köksal, O. (2012). *Sosyal değişim teorisi çerçevesinde güven ve algılanan aidiyet durumunun örgütsel vatandaşlık davranışı ve saldırgan davranışlar üzerindeki etkisi* [Doktora Tezi]. Erciyes Üniversitesi.
- Lin, C. P., Lyau, N. M., Tsai, Y. H., Chen, W. Y., & Chiu, C. K. (2010). Modeling corporate citizenship and its relationship with organizational citizenship behaviors. *Journal of Business Ethics*, 95(3), 357-372.
- Luetkenhorst, W. (2004). Corporate social responsibility and the development agenda. The case for actively involving small and medium companys. *Intereconomics*, 39(3), 157-166.
- Matten, D., Crane, A., & Chapple, W. (2003). Behind the mask: Revealing the true face of corporate citizenship. *Journal of Business Ethics*, 45(1), 109-120.
- Melo, T., & Jose I. G. (2011). Effects of corporate social responsibility on brand value. *Journal of Brand Management*, 18, 423-437.
- Mohamad, O., Ramayah, T., Puspowarsito, H., Natalisa, D., & Saerang, D. P. (2011). corporate entrepreneurship and firm performance: The Role of business environment as a moderator. *IUP Journal of Management Research*, 10(3), 7-27.
- Mariano, A. J., Molero, F., Tope, G., Mangin, L., & Jean P. (2014). The influence of transformational leadership and organizational identification on intrapreneurship. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 103-119.
- Naktiyok, A. (2004). *İç girişimcilik*. Beta Yayınları.
- Oliner, S. P., & Do, O. (2003). *Extraordinary acts of ordinary people*. Westview Press.

- Organ, D. W., Podsakoff, P. M., & MacKenzie, S. B. (2005). Organizational citizenship behavior: Its nature, antecedents and consequences. Sage Publications.
- Özarslan, E. (2006). *Sosyal sorumluluk projelerinin desteklenmesinde etik değerlerin rolü üzerine karşılaştırmalı bir araştırma* [Yüksek Lisans Tezi]. Yıldız Teknik Üniversitesi.
- Özşahin, M., & Zehir, C. (2011). Yüksek performanslı işletmelerde liderlik, girişim odaklılık ve örgütsel performansın ilişkisi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 43-72.
- Özyer, K., Dönmez O. D., & Orhan U. (2012). Demografik özelliklerin örgütsel vatandaşlık davranışının alt boyutları ile ilişkisi: Bankacılık sektöründe bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27(1), 181-204.
- Podsakoff, P. M., & MacKenzie, S. B. (1997). Impact of organizational citizenship behavior on organizational performance: A review and suggestions for future research. *Human Performance*, 10(2), 133-151
- Poyraz, K., & Aksoy Ş. E. (2012). Mobbing ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve Kütahya il merkezi özel banka işletmelerinde bir uygulama, *Dumlupınar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32(1), 183-202.
- Ramanigopal, S. C., Palaniappan, G., Hemalatha, N., & Murugesan, G. (2012). Corporate entrepreneurship-A business strategy. *International Journal of Research in Commerce, Economics and Management*, 2(11), 51-54.
- Rigtering, J. P. C., & Weitzel, U. (2012). work context and employee behaviour as antecedents for intrapreneurship. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 9, 337-360.
- Serinkan, C., & Erdiş Ü. (2014). *Dönüşümcü liderlik bağlamında örgütsel vatandaşlık ve örgütsel adalet*. Nobel Yayınları.
- Somech, A., & Ron, I. (2007). Promoting organizational citizenship behavior in schools: The impact of individual and organizational characteristics. *Educational Administration Quarterly*, 43(1), 38-66.
- Teh, C. J., Boerhannoeddin, A., & Ismail, A. (2012). Organizational culture and performance appraisal process: Effect on organizational citizenship behavior. *Asian Business & Management*, 1-14.
- Wasti, A. S., & Baltacı, A. (2016). Örgütsel vatandaşlık davranışlarının evrensel ve kültürel boyutları üzerine bir inceleme. 24. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı*, 365-371.

E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ KARARLARA KATILIMA ETKİSİNDE HASTA HAKLARI FARKINDALIK DÜZEYİNİN ARACI ROLÜ

Özgün ÜNAL*
Ayhan DURMUŞ**
Rabia KUTLU***

ÖZ

Amaç: E-sağlık (elektronik sağlık) okuryazarlığının hastanın kararlara katılımına etkisinde hasta hakları farkındalığının aracı etkisinin olup olmadığını belirlemek amaçlanmaktadır. Yöntem: çalışmanın evreni, Sakarya ilinde ikamet eden, aynı hastaneden en az iki kere aynı doktordan hizmet almış olan 18 yaş üstü bireyleri kapsamaktadır. Çalışmanın örneklemini ise, 01/07/2021-01/08/2021 tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 386 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak dört bölümden (Sosyo-Demografik Bilgi Formu, E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Hasta Hakları Farkındalığı Ölçeği ve Kararlara Katılım Ölçeği) oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS ve Smart PLS 3 programları kullanılmış olup, SPSS programında tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiş ve Smart PLS programında ise yapısal eşitlik modeli analizi yapılmıştır. Bulgular: Hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri hasta hakları farkındalık düzeylerini pozitif yönlü etkilerken, kararlara katılımlarını etkilememektedir. Ayrıca hasta hakları farkındalık düzeyleri kararlara katılımlarını etkilemektedir. E-sağlık okuryazarlık düzeylerinin kararlara katılımlarına etkisinde hasta hakları farkındalık düzeylerinin aracı rolü bulunmaktadır. Sonuç: Bireylere sağlıkla ilgili bilgileri internet kaynaklarından doğru ve güvenilir bir şekilde nasıl elde edeceklerine yönelik bilgilendirme yapılmalı, hasta haklarına ilişkin bilgi ve becerileri geliştirilmeli, sağlık bakım hizmetindeki kararlara katılım konusunda duyarlı hale getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: E-sağlık okuryazarlığı, kararlara katılım, hasta hakları, hasta.

MAKALE HAKKINDA

*Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ozgununal@sakarya.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-1245-2456>

**Dr. Öğr. Üyesi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, ayhan.durmus@yobu.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-8362-2769>

*** Kargoist Firmasında Müşteri Temsilcisi, rabiakutlu04@gmail.com,

<https://orcid.org/0000-0001-5179-0784>

Gönderim Tarihi: 07.10.2021

Kabul Tarihi: 24.11.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Ünal, Ö., Durmuş, A. & Kutlu, R. (2022). E-Sağlık okuryazarlığının kararlara katılıma etkisinde hasta hakları farkındalık düzeyinin aracı rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4), 725-740

MEDIATING ROLE OF PATIENT RIGHTS AWARENESS LEVEL IN THE EFFECT OF E-HEALTH LITERACY ON DECISION PARTICIPATION

Özgün ÜNAL*
Ayhan DURMUŞ**
Rabia KUTLU***

ABSTRACT

Objective: It is aimed to determine whether patient rights awareness has a mediating effect on the effect of e-health (electronic health) literacy on patient participation in decisions. Method: The universe of the study includes individuals over the age of 18 who reside in Sakarya and have received service from the same doctor at least twice in the same hospital. The sample of the study consists of 386 people who agreed to participate in the research between 01/07/2021 and 01/08/2021. A questionnaire form consisting of four parts (Socio-Demographic Information Form, E-Health Literacy Scale, Patient Rights Awareness Scale, and Participation in Decisions Scale) was used as a data collection tool in the research. SPSS and Smart PLS 3 programs were used in the analysis of the data, descriptive statistical methods and reliability analyzes were performed in the SPSS program, and structural equation model analysis was performed in the Smart PLS program. Results: While e-health literacy levels of patients positively affect their awareness of patient rights, it does not affect their participation in decisions. In addition, patient rights awareness levels affect their participation in decisions. Patient rights awareness levels have a mediating role in the effect of e-health literacy levels on their participation in decisions. Conclusion: Individuals should be informed about how to obtain health-related information from internet sources accurately and reliably, their knowledge and skills on patient rights should be developed, and they should be sensitized about participation in decisions in health care services.

Keywords: E-health literacy, participation in decisions, patient rights, patient.

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof. Dr., Sakarya University, Sakarya Business School, Health Care Management Department, ozgununal@sakarya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1245-2456>

**Asst. Prof., Yozgat Bozok University, Faculty of Health Sciences, Emergency Aid and Disaster Management Department, ayhan.durmus@yobu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8362-2769>

*** Customer Representative at Kargoist Company, rabiakutlu04@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5179-0784>

Gönderim Tarihi: 07.10.2021

Kabul Tarihi: 24.11.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Ünal, Ö., Durmuş, A. & Kutlu, R. (2022). Mediating role of patient rights awareness level in the effect of e-health literacy on decision participation. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(4), 725-740

I. GİRİŞ

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, mobil cihazların artması, internetin yaygınlaşması ile birlikte internet kullanımında artış görülmektedir. Örneğin, hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması sonuçlarına göre 2011 yılında internete erişim imkânı olan hanelerin oranı %45 iken bireylerin internet kullanım oranı %42,9 düzeyindedir. Fakat 2021 yılında internete erişim imkânı olan hanelerin oranı %92'ye yükselmiş bireylerin internet kullanım oranı ise %82,6 seviyesine ulaşmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2021). Bu durum interneti, bilgi aramak veya edinmek için tercih edilen bilgi merkezi haline getirmektedir (Yılmaz vd., 2020). Buna ek olarak internetin düşük maliyet, yüksek arama hızı ve bilgiye erişim kolaylığı gibi faydalar sunması ve bireylerin farkındalıklarının artması da internet üzerinden sağlık bilgisi aramayı kolaylaştırmaktadır (Akbolat vd., 2021; Dashti vd., 2017). Fox'un (2011) yapmış olduğu çalışmada, bireylerin %80'inin hastalık veya tedavi gibi sağlıkla ilgili sorunlara yönelik bilgi almak için internet kaynaklarında arama yaptığı belirlenmiştir. Ayrıca, Güney Kore'de her 10 internet kullanıcılarından 9'unun (Park ve Lee, 2015) ve Avrupa'da yetişkinlerin %66'sının bunu yaptığı (Chou vd., 2009) bildirilmiştir. Bu noktada bireylerin, arama motorları veya sosyal medya aracılığıyla mevcut sağlık durumları veya sağlıkla ilgili sorunları hakkında bilgilere nasıl veya nereden ulaşması gerektiği, elde ettikleri bilgiyi anlamaları ve sağlık gereksinimleri için kullanabilmeleri ile ilgili bir beceri olan elektronik sağlık (e-sağlık) okuryazarlığı ön plana çıkmaktadır (Akbolat vd., 2021; Yıldız, 2021).

Sağlık okuryazarlığı, insanların karmaşık bir sağlık sistemi içinde kendi sağlıklarını yönetmelerini sağlayan önemli bir beceridir. E-sağlık okuryazarlığı ise benzersizdir, çünkü bilgisayar, medya, bilim, bilgi ve sağlık gibi çeşitli alanlarda okuryazarlığı varsaymaktadır (Hanik ve Stellefson, 2011). E-sağlık okuryazarlığı, 21. yüzyıl için bir halk sağlığı hedefi olarak kabul edilmekle birlikte (Chan vd.,2009), bu yüzyılın başından itibaren sağlık eğitimi alanında ilgi duyulan bir konu olmuştur (Hanik ve Stellefson, 2011). E-sağlık okuryazarlığı, "*elektronik kaynaklardan sağlık bilgisini arama, bulma, anlama, değerlendirme ve kazanılan bu bilgilerle bir sağlık sorununu ele alma veya çözüme yeteneği*" (Norman ve Skinner, 2006) şeklinde tanımlanmıştır. Gilstad (2014) ise e-sağlık okuryazarlığını "*bir sağlık sorununun tanınması ve tanımlanması, anlatılması, araştırılması, değerlendirilmesi, e-sağlık bilgi ve sosyal sağlık teknolojilerinin kültürel, sosyal ve durumsal çerçevede incelenerek, bu bilgileri sağlık problemini çözmek için eleştirel olarak kullanma becerisi*" olarak tanımlamaktadır. Tanımlar, bireylerin sağlık bilgisine erişmek, sağlık durumları hakkında bilgi almak ve hizmet sunucularına doğrudan erişebilmek için bilgi ve iletişim teknolojileri alt yapısını sahip olmasının önemini ortaya koymaktadır. Bu durumda bireylerin güvenilir kaynaklardan sağlık bilgisi elde edinmesini sağlamak için bilgi alışverişini yönetmek ve izlemek gerekmektedir. Aksi takdirde sağlık bilgisinin doğruluğu veya yanlışlığı bilinmediği için hem sunucular hem de bireyler açısından olumsuz sonuçlar doğurabilir (Akbolat vd., 2021; Er-Koçoğlu, 2020; Hanik ve Stellefson, 2011).

E-sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık sonuçlarını ve sağlık hizmeti kalitesini artırmak için gerekli görülmektedir (Robb ve Shellenbarger, 2014). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı (United States Department of Health and Human Services, 2012), e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesinin bakımı destekleyebileceğini, sağlık güvenliğini artırabileceğini, sağlıkla ilgili karar verme becerilerini kolaylaştırabileceğini ve sağlık becerilerini ve bilgilerinin geliştirebileceğini ileri sürmektedir. Aynı zamanda, bireylerin hem sağlık durumları hakkındaki bilgilerini geliştirir hem de hastalıkları önlemeye yardımcı olmak için tarama testleri olmayı teşvik eder (Mitsutake vd., 2012). Böylelikle, bireylerin sağlık davranışlarında ve karar vermelerinde olumlu değişiklikler görülür (Xie, 2011; Xie ve Bugg, 2009). Bu durum sağlık sorunlarını yönetmeleri için onları güçlendirebilir ve hekim veya diğer sağlık hizmeti sunucuları ile iş birliği içerisinde olup birlikte karar almalarını kolaylaştırabilir.

Çağdaş bakış açıları, sağlık hizmetleri sunumunda kararların hasta ile birlikte alınmasının gerekliliğine vurgu yapmaktadır (Bulduklu, 2015). Bu hümanist düşünceler, her bireyin iradeye ve kendi kaderini tayin etme hakkına sahip olduğunu belirtmekte ve hastanın rolünü hizmet sunumundaki karar verme sürecine katılımı ile yeniden şekillendirmektedir (Longtin vd., 2010; Gillon, 1994). Hasta

katılımı “*hastanın bilgi, duygu ve semptomlarını paylaşması ve sağlık ekibinin talimatlarını kabul etmesini içeren farklı tedavi yöntemleri hakkında görüş bildirmesi veya hastanın karar verme sürecine dahil edilmesi*” olarak tanımlanmaktadır (Vahdat vd., 2014). Tanımda, birey/hastanın kendi sağlık sorunlarıyla ilgili sağlık sunucuları tarafından verilen tedavi kararlarında söz hakkı olduğu vurgulanmaktadır. Hastanın kararlara katılımı, karar verme süreçlerini iyileştirebilir, tıbbi hataları azaltabilir, kronik hastalığı olan hastalar için öz yönetimi optimize edebilir ve hastanın sağlık bakımı uygulamalarına bağlılığını iyileştirebilir (Fage- Butler ve Nisbeth Jensen, 2016; Longtin vd., 2010). Böylelikle hem olumlu geri bildirimler alınabilir hem de sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve hasta güvenliğinin geliştirilmesine katkı sağlanabilir. Ancak hastanın tedavi kararlarına katılımı önemli faydalar sağlasa da, birçok hasta doktorlarına soru sormakta isteksiz davranmaktadır (Katz vd., 2007). Buradaki hasta katılımının önündeki engellerden biri düşük sağlık okuryazarlığı ve konuyla ilgili bilgi eksikliğidir (Carman vd., 2013; Coulter ve Ellins, 2006). Okuryazarlığı düşük hastalar tıbbi bakımları hakkında daha az soru sormakta ve bu da onların tıbbi durumları ve tedavileri hakkında bilgi edinme yeteneklerini olumsuz etkilemektedir (Jacobson vd., 2021; Hamilton vd., 2021; Katz vd., 2007). Ayrıca, okuryazarlığı düşük hastalar, aktif bir biçimde yardım aramak veya bilgi elde etmek yerine, karşılaştıkları zorluklardan utanmakta ve mahcubiyet hissetmektedir (Wolf vd., 2007). Bu durumun aksine, birey/hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek, bilgi sahibi veya deneyimli olması onun kararlara katılımını güçlendireceği ifade edilebilir.

Hasta hakları, “*sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklar*” olarak ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Son yıllarda, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, hizmet sunumunda yaşanan sorunlar ve şikâyetlerin artması, hasta merkezli hizmet sunumu veya bireyin önceliklendirilmesi, eğitim seviyesi ve sağlık okuryazarlığının yükselmesi, kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması gibi nedenlerin etkisiyle gündeme gelmektedir (Tıraş ve Tıraş, 2021). Bu durum birey/hastanın uygun koşullarda sağlık hizmet alabilmesi için hasta hakları kavramını ön plana çıkarmakta (Sert, 2004) ve hasta hakları farkındalık düzeyinin gelişimine vurgu yapmaktadır (Kırılmaz vd., 2018). Literatürde hasta hakları farkındalık seviyesine ilişkin birçok çalışma mevcuttur.

Bu çalışmalar incelendiğinde yıllar içerisinde hasta hakları bilinç seviyesinde artış olduğu görülmektedir (Oktay vd., 2021, Kırılmaz vd., 2018, Öztaş ve İyigün, 2016, Kuzu vd., 2006). Bu değişimde en önemli rol Sağlıkta Dönüşüm Programına aittir. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte hasta merkezli sağlık hizmetleri gündeme gelmiş olup, hasta hakları daha da ön plana çıkmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemi artan hasta hakları ile ilgili toplumun bilinç düzeyi kitle iletişim araçları ve hastane duvarlarındaki afişlerin etkisi ile hızla artmıştır. Ayrıca internet ve diğer kitle iletişim araçlarına erişim kolaylığı ile birlikte birey/hastalar sağlık hizmetlerinin çeşitli yönleriyle ilgili bilgi sahibi olmaktadır (Unnikrishnan vd., 2017; Abou Zeina vd., 2013).

Yukarıdaki bilgiler ışığında çalışmada, e-sağlık okuryazarlığının hastanın kararlara katılımına etkisi ve bu etkide hasta hakları farkındalığının aracı etkisinin olup olmadığını belirlemek amaçlanmaktadır. Amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: E-sağlık okuryazarlığının hastanın kararlara katılımı üzerinde etkisi vardır.

H₂: E-sağlık okuryazarlığının hasta hakları farkındalığı üzerinde etkisi vardır.

H₃: Hasta hakları farkındalığının hastanın kararlara katılımı üzerinde etkisi vardır.

H₄: E-sağlık okuryazarlığının hastanın kararlara katılımı üzerindeki etkisinde hasta hakları farkındalığının aracı etkisi vardır.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemini

Araştırmanın evrenini Sakarya ilinde ikamet eden, aynı hastaneden en az iki kere aynı doktordan hizmet almış olan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Çalışma hastane sınırları içerisinde yapılmadığı için araştırma süresince hastaneden hizmet alan kişi sayısı tam olarak belirlenememiştir. Buna karşılık anket formunda 01/07/2021-01/08/2021 tarihleri arasında hastaneden hizmet alıp almadıkları sorularak kriterlere uyan katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. İlgili tarihler arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 386 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırma yapıldığı sırada yaşanan COVID-19 pandemisi sebebiyle yüz yüze anket uygulamasının yapılamaması ve hastane bünyesinde çalışmanın yürütülemediği olması araştırmanın kısıtlarını oluşturmaktadır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anket formunun detayları şöyledir:

Sosyo-demografik bilgi formu: Katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, yaş, medeni durum, aylık gelir durumu gibi sorulardan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin, %63,2'si kadın ve %36,8'i erkektir. Eğitim durumlarına göre, %58'i ön lisans/lisans, %36'sı lise ve altı, %6'sı lisansüstü düzeyinde eğitim almıştır. Katılımcıların %53,7'si 25 yaş ve altında; %65'i bekar ve %55,2'si 4000 TL ve altında aylık gelire sahiptir.

E-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Katılımcıların e-sağlık okuryazarlıklarını ölçmek amacıyla Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlama çalışması Coşkun ve Bebiş (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek 5'li Likert yapıda 8 ifadeden oluşmakta olup; 1=Hiçbir zaman - 5=Her zaman arasında ölçeklendirilmiştir.

Hasta hakları farkındalığı ölçeği: Tanrıverdi (2012) tarafından oluşturulan ölçek, katılımcıların hasta hakları ile ilgili farkındalık düzeyini ölçmeyi amaçlamakta olup 20 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert yapıda olup 1=Tamamen katılmıyorum - 5=Tamamen katılıyorum şeklinde kodlanmaktadır.

Kararlara katılım ölçeği: Ölçek, Kriston ve diğerleri (2010) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek hastaların tedavi süreçlerine ne ölçüde müdahale edebildiklerini ve katıldıklarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Deniz ve diğerleri (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li Likert yapıda olup 1=Tamamen katılmıyorum - 5=Tamamen katılıyorum şeklinde kodlanmaktadır.

2.3. Veri analizinde Kullanılan Yöntemler

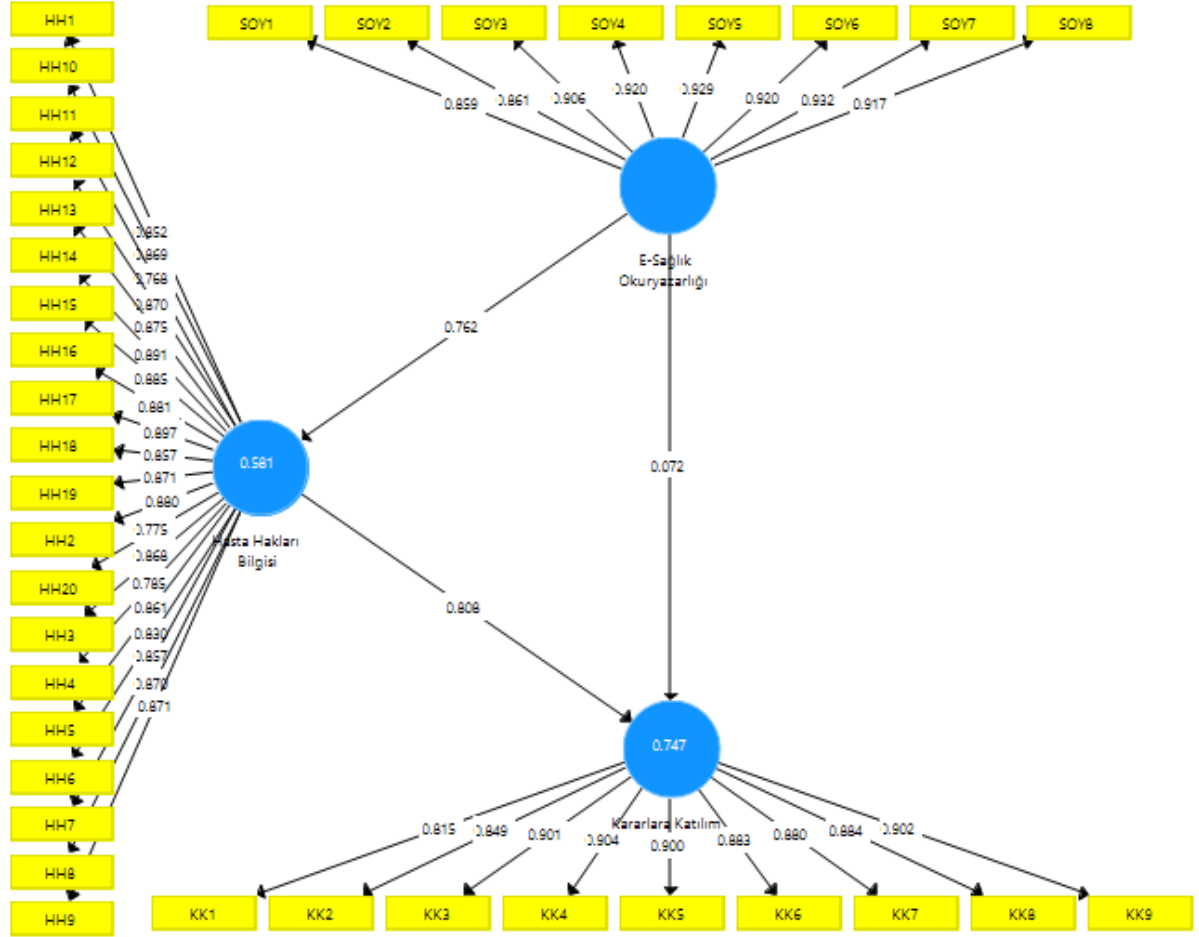
Elde edilen veriler SPSS ve Smart PLS 3 programları ile analiz edilmiştir. SPSS programında tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiş olup, Smart PLS programında ise yapısal eşitlik modeli (YEM) analizi yapılmıştır.

III. BULGULAR

Çalışma modelinin analizi öncesinde çalışmada yer alan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin tamamının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları daha önce gerçekleştirildiğinden bu çalışmada yalnızca doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analizler Smart PLS 3 programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Smart PLS 3 programının YEM'e ek olarak doğrulayıcı faktör analizi amacıyla da kullanılabilirdiği literatürde görülmektedir (Değerli ve Tolon, 2016; Bollen, 2002).

Araştırma hipotezlerini test etmek için Şekil 1'deki YEM kurulmuştur. Şekil 1'deki modele göre ölçeklerin ifadelerinin tamamının faktör yükleri 0,70'in üzerindedir. Smart PLS programında faktör yüklerinin 0,70'in üzerinde olması beklenmektedir (Wong, 2013). Bu nedenle modelde yer alan ifadelerden faktör yüklerinin beklenen seviyenin üzerinde olduğu ifade edilebilir.

Şekil 1. Yapısal Eşitlik Modellemesi Çıktısı



Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik, ortalama açıklanan varyans, birleşik güvenilirlik ve ayrışma geçerlilik katsayıları Tablo 2'de yer almaktadır. Tablo 2'de görüldüğü üzere ölçeklerin güvenilirlik katsayıları 0,964 ile 0,981 arasında değişmektedir. Bu değerlere göre çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik seviyelerinin genel olarak yüksek olduğu söylenebilir (Uzunsakal ve Yıldız, 2018). Ölçeklerin kompozit güvenilirlik ($CR \geq 70$) ve çıkarılan ortalama varyans ($AVE \geq 50$) değerleri eşik değerlerin üzerindedir (Ringle vd., 2020; Wong, 2019). Bu sonuçlara göre ölçeklerin gerekli güvenilirlik değerlerini taşıdığı söylenebilir.

Araştırma kapsamında modelin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla incelenen bir diğer geçerlilik ayrışma geçerliliğidir. Bu geçerliliğinin sağlanabilmesi için araştırmada kullanılan değişkenlerin hesaplanan AVE değerlerinin kareköklerinin, o değişkenin diğer değişkenlerle olan korelasyon değerlerinden büyük olması gerekmektedir (Cengiz ve Özkara, 2016). Ayrıntısı Tablo 2'de görüldüğü üzere araştırma ölçeklerini ayrışma geçerliliğini sağladığı söylenebilir. Bu bulgulara göre modelin güvenilir bir model olduğu ve modelin uyum geçerliliği kriterine sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 2. Ölçeklerin Cronbach Alpha, Ortalama Açıklanan Varyans, Birleşik Güvenilirlik Değerleri ve Ayrışma Geçerlilikleri

	1	2	3	α	CR ≥ 70	AVE ≥ 50
\sqrt{AVE}	0,906	0,857	0,880			
1. E-Sağlık Okuryazarlığı	0,906			0,969	0,973	0,821
2. Hasta Hakları Farkındalığı	0,762	0,857		0,981	0,982	0,734
3. Kararlara Katılım	0,688	0,808	0,880	0,964	0,969	0,775

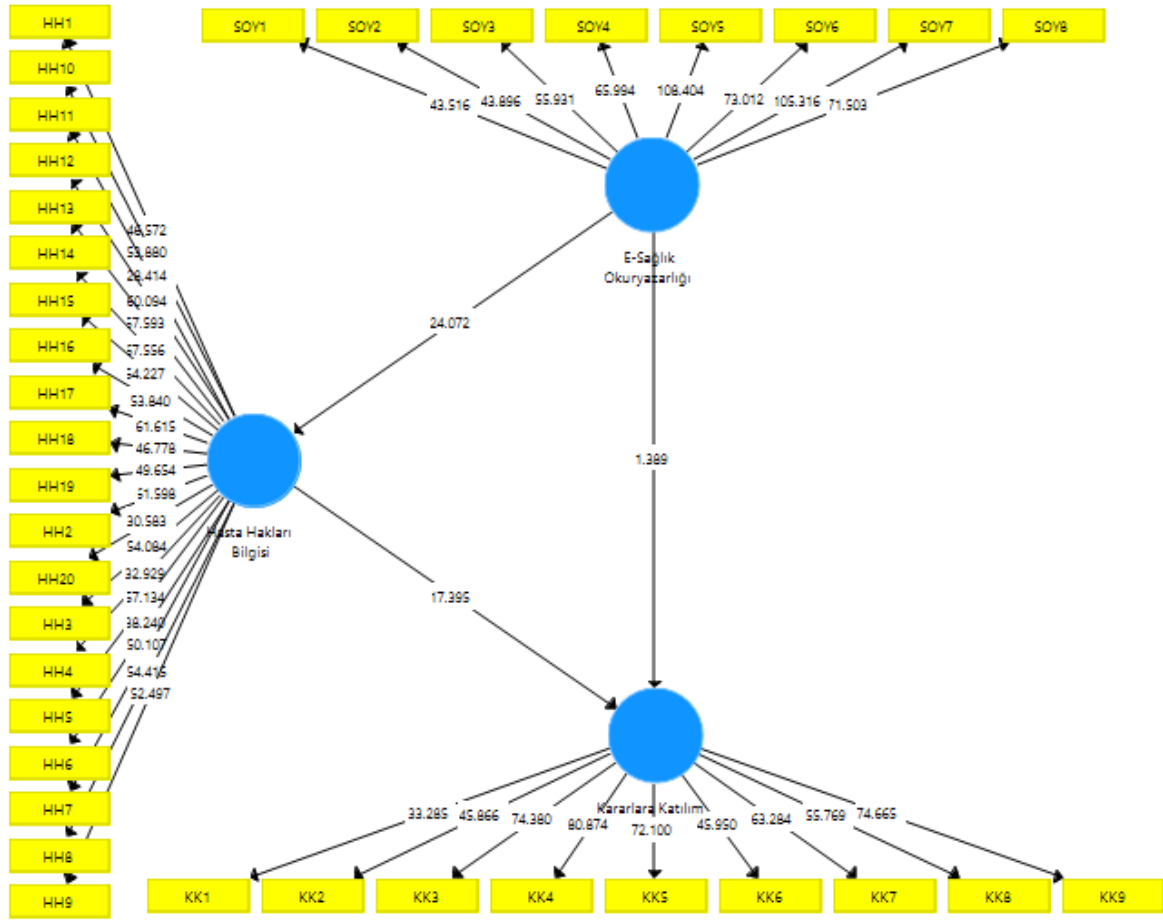
Araştırma modelinin geçerliliğini gösteren uyum indeksleri Tablo 3’de görülmektedir. Smart PLS programında SRMR (Standardized Root Mean Square Residual - Standartlaştırılmış Kök Ortalama Kare Artığı) değerinin 0,10’dan düşük olması, NFI (Normed Fit Index - Normlaştırılmış Uyum İndeksi) değerinin ise 0-1 aralığında olması beklenmektedir. NFI değeri 1’e ne kadar yakınsa uyum o kadar iyidir. NFI değerinin de 0.90’dan yüksek olması modelin iyi uyumlu bir model olduğunu göstermektedir (SmartPLS, 2021). Tabloda yer alan sonuçlar modelin kullanılabilir olduğunu doğrulamaktadır.

Tablo 3. Araştırma Model Uyum İndeksleri

	Tahmini Model
SRMR	0,046
NFI	0,833

Araştırma modelinin geçerliliği araştırmanın önceki bölümlerinde ortaya konulmuştur. Bu kapsamda araştırmanın hipotezleri YEM ile test edilmiştir. YEM sonucunda elde edilen T değerleri Şekil 2’de; T değerlerine bağlı olarak elde edilen p değerleri ve etki değerleri (β) Tablo 4’te yer almaktadır.

Şekil 2.Yapısal Eşitlik Modeli T Değerleri



Tablo 4'te görüldüğü üzere hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri hasta hakları farkındalık düzeylerini pozitif yönlü etkilerken ($\beta=0,762$; $t=23,856$; $p<0,05$) kararlara katılımlarını etkilememektedir ($p>0,05$). Ayrıca katılımcıların hasta hakları bilinç düzeyleri kararlara katılımlarını etkilemektedir ($\beta=0,808$; $t=18,147$; $p<0,05$).

Tablo 4. β , T ve p değerleri

	β	T Değerleri	p Değerleri
E-Sağlık Okuryazarlığı -> Hasta Hakları Farkındalığı	0,762	23,856	0,001
E-Sağlık Okuryazarlığı -> Kararlara Katılım	0,072	1,443	0,150
Hasta Hakları Farkındalığı -> Kararlara Katılım	0,808	18,147	0,001

Tablo 5'de araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla kurulan YEM'nin aracı etki sonuçları yer almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere p değeri istatistiksel açıdan anlamlıdır. Buna göre hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin kararlara katılımlarına etkisinde hasta hakları farkındalık düzeylerinin aracı rolü bulunmaktadır ($\beta=0,616$; $t=14,917$; $p<0,05$). Tablo 4'te katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin kararlara katılımlarını etkilemediği sonucu yer almaktaydı. Tablo 5'te ise katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin kararlara katılımlarına etkisi hasta hakları bilinç düzeyi ile birlikte anlamlı hale geldiği görülmektedir. Tablo 4'teki bulgu ile Tablo 5'teki bulgu birlikte ele alındığında hastaların sağlık okuryazarlıklarının tek başına kararlara katılımı etkilemediğini, ancak hasta hakları farkındalık düzeyi ile birleştiğinde hastaların kararlara katılım niyetlerinin oluştuğu ifade edilebilir. Bu

bulgulara göre, H₂, H₃ ve H₄ hipotezlerinin kabul edildiği, fakat H₁ hipotezinin kabul edilmediği görülmektedir.

Tablo 5. Spesifik İndirekt Etkiler

	β	T Değeri	p Değeri
E-Sağlık Okuryazarlığı -> Hasta Hakları Farkındalığı -> Kararlara Katılım	0,616	14,917	0,001

IV. TARTIŞMA

E-sağlık okuryazarlığının hastanın kararlara katılımına etkisi ve bu etkide hasta hakları farkındalığının aracı etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri hasta hakları farkındalık düzeylerini etkilemektedir. Bu bulgu, Roth-Cohen ve diğerleri (2021), Kostagiolas ve diğerleri (2021) ve Chervin ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Buna göre hastaların elde etmiş oldukları hasta hakları ile ilgili bilgilerin dijital platform üzerindeki bilimsel bilgilere erişimi ile ilgili olduğunu söyleyebiliriz. Bu durumda elektronik sağlık bilgisi kaynaklarına ilişkin bilgilerin güvenilirliğe ve uzmanlığa sahip olması ve hasta farkındalığının geliştirilerek güvenin oluşturulması gerekmektedir (Sun vd., 2019; Choi ve Stvilia, 2015; Tseng ve Fogg, 1999). Aksi takdirde hasta hakları bilinç düzeyi gelişemeyecektir. Hastanın hasta hakları farkındalığının eksikliği hastanın sağlık hizmetine erişimini etkileyebilir, sağlığı ile ilgili karar vermesini engelleyebilir ve sıkıntı, belirsizlik ve zaman baskısı hissedebilir (Roth-Cohen vd., 2021). Bu nedenle, hastanın hastalığa ilişkin tedavisi, ilaç tedavisi, hastane bakımı ve sonrası tanı testleri, ayakta tedavi testleri ve hasta hakları ile ilgili konular hakkında doğru ve güvenilir kaynaklardan bilgi ihtiyacı karşılanmalıdır (Wright, 2013). Böylelikle sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki ilişki basitleşir, bilginin belirsizliği azalır ve sağlık hizmeti hastanın kişiliğine ve hasta haklarına saygı gösterilerek sunulur (Kostagiolas vd., 2021).

Çalışmanın bir diğer sonucuna göre ise, hastaların hasta hakları farkındalık düzeyleri sağlık hizmeti alımındaki kararlara katılımlarını etkilemektedir. Çalışmanın bulgusuna benzer çalışmalar literatürde yer almaktadır. Örneğin, Younis ve diğerleri (2017) yaptıkları çalışmada katılımcıların hasta hakları konusundaki farkındalıklarının düşük olduğunu ve bu durumun karar verme sürecine dahil olma, şikâyetle bulunma kolaylığı, ilaç kullanımı ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olma gibi haklar üzerinde etkisi olduğu belirlenmiştir. Rachel Kagoya ve diğerleri (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da katılımcıların farkındalık seviyesinin düşük olması karar verme sürecine katılımı etkilediği ortaya konulmuştur. Buna göre, hasta hakları farkındalığının sağlık hizmeti alım sürecindeki kararlara katılım göstermesini etkileyen faktörlerden biri olduğunu söyleyebiliriz. Hasta hakları konusunda farkındalığı olmayan bireyler tedavi sürecindeki kararlara dahil olmayı tercih etmemektedir (Batte ve Odoi-Adome, 2006). Bundan dolayı sağlık sistemlerinin en temel ilke ve politikalarından biri olan hasta haklarına değer verilmeli, bunlar hizmet sunumunun yapı taşı olarak kabul edilmeli, hasta veya toplum katılımına önem verilmeli ve sağlık hizmeti alımında kararın herkes tarafından paylaşması için fırsatlar oluşturulmalıdır. Çünkü sağlık hizmeti kararlarına hastanın katılımı, hastanın insanlığına ve bireyselliğine değer vermenin bir nişanesidir (Vahdat vd., 2014).

Çalışma sonuçları, hastaların e-sağlık okuryazarlık düzeyleri onların sağlık hizmeti alımındaki kararlara katılımlarını etkilemediğini ortaya koymaktadır. Fakat çalışmada e-sağlık okuryazarlığı ile hastanın kararlara katılımı arasında pozitif yönlü bir ilişki söz konusudur. Çalışma sonuçlarının tersi sonuçlar literatürde yer almaktadır. Han ve diğerleri (2020) yapmış oldukları çalışmada, e-sağlık okuryazarlık düzeyleri yüksek olan hastaların sağlık hizmeti sunumuna katılma isteğinde olduğu sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde sağlık okuryazarlığı, Çinli kanser hastalarının tedavi karar verme sürecine dahil edilmesinde önemli bir rol oynamıştır (Xiao vd., 2021). Ayrıca Smith ve diğerleri (2009) yapmış oldukları nitel çalışmada da yüksek okuryazarlık seviyesine sahip bireylerin sağlık hizmeti alımında kararlara katılım gösterdiğini belirlemiştir. Buna göre, hastaların e-sağlık

okuryazarlığı seviyenin yüksek olması onların sağlık hizmeti alınımındaki kararlara katılma olasılığını yükseltir (Nejati vd., 2019; Song vd., 2017). Fakat düşük sağlık okuryazarlığına sahip hastalar koruyucu sağlık faaliyetlerine daha az katılım gösterir (Miller vd., 2007), durumları ve onları nasıl yönetecekleri hakkında daha az bilgiye sahiptir (Shrestha vd., 2018; Gazmararian vd., 2003). Bu kapsamda, sağlık okuryazarlığının hastanın karar verme ve kendi tedavi ve bakım süreçlerinde kararlara katılımını sağlamada önemli bir belirleyici olduğu söylenebilir (Berkman vd., 2011). Böylelikle hastaların sağlıkları ile ilgili vereceği kararlara dâhil olması ile birlikte sağlığın teşviki ve gelişimine katkı sağlanmış olur (Erdoğan ve Kırılmaz, 2020). Literatürdeki çalışmalar e-sağlık okuryazarlığı ile kararlara katılım arasında ilişki olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar da e-sağlık okuryazarlığı ile kararlara katılıma arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak yapısal eşitlik modelinde e-sağlık okuryazarlığının kararlara katılıma etkisinin tek başına anlamsız olduğunu, ancak hasta hakları farkındalığının aracı etkisi ile birlikte anlamlı hale geldiğini göstermektedir. Bir diğer ifade ile çalışma sonuçlarına göre hastaların e-sağlık okuryazarlığı hasta hakları farkındalığı ile birleştiğinde kararlara katılımı etkilemektedir.

Bireylerin çevrimiçi sağlık bilgilerine ulaşmak için internet kaynaklarını kullanımlarının artması (e-sağlık okuryazarlığı) ve hem hizmet sunucular tarafından hem de kitle iletişim araçları ile hasta haklarına yönelik bilgilerin elde edilmesi bireylerin sağlıkları ile ilgili alınacak kararlara katılımında önemli rol oynamaktadır. Bireylerin dijital ortamlardan tedavileri ve sağlık konuları hakkında edinmiş olduğu bilgiler onların hasta hakları konusundaki farkındalıklarının gelişmesine, tıbbi terminolojiyi daha iyi anlamalarına ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükselmesine yardımcı olur. Bu durum bireyler ile sağlık sunucular arasındaki bilgi/yetenlik boşluğunun (bilgi asimetrisi) daralmasına ve sağlık sunucuların hastanın tedavi sürecini katılımını destekleyerek hastaya fayda sağlayan bir miktar gücün teslim edilmesine olanak sağlar (Vahdat vd., 2014). Bireyin temel hak ve sorumluluklarına yönelik bilgiler elde etmesi, sağlık bilgilerine ulaşması, onları anlaması ve faaliyete geçirmesi, sağlık sunucular tarafından desteklenmesi kişisel ve toplum düzeyinde olumlu sağlık sonuçları elde etmesinde kritik öneme sahiptir (Bautista, 2015). Bireyin bilgi ve deneyim sahibi olması onun tedavi sürecine katılımını güçlendirir ve karar verme sürecine aktif katılım tedavinin etkinliğini artırır (Severinsson ve Holm, 2015; Davis vd., 2012). Bu sebeple, birey/hastanın doğru ve güvenilir kaynaklardan bilgi elde etmesi, sağlık okuryazarlık düzeyinin çeşitli eğitimlerle geliştirilmesi, hasta hakları konusunda farkındalığının geliştirilmesi ve tedavi sürecindeki kararlara katılımının desteklenmesi ile birlikte hasta güçlendirilmeli ve onun istek ve ihtiyaçları karşılanmalıdır (Özkan, 2017).

V. SONUÇ

Teknolojik gelişmelerle birlikte internetin kullanımı yaygın hale gelmiştir ve bireyler zamanlarının çoğunu internet kullanarak geçirmektedir. Böylelikle ihtiyaç duydukları her bilgiyi kolaylıkla elde edebilmektedirler. Bu durum bireylerin sağlık sorunları ve sağlık kuruluşu hizmetleri ile ilgili bilgileri web siteleri ve resmi kaynaklardan elde etmesine imkân vermektedir. Fakat bu bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği konusundaki değerlendirme bireyler tarafından yapılmakta ve bu değerlendirme bireylerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyini ortaya çıkarmaktadır. Eğer e-sağlık okuryazarlık düzeyi düşük ise bireyler/hastalar sağlık konusunda ve hakları konusunda yetersiz bilgi sahibi olacaktırlar. Bu nedenle sağlık durumunun kötü olması, doktorun söylediklerine anlamama, sağlık bakımına uyumsuzluk gösterme gibi birçok sorunla karşılaşılırlar. Ayrıca bireylerin tedavi ve yatış işlemleri esnasında onaminin alınmasına yönelik birçok formu doldurması için okuması, anlaması, değerlendirmesi ve imzalaması gerekmektedir. Tedavi hizmetinin her aşamasında sağlık sunucuları tarafından bilgilendirmenin yapılması hasta hakları açısından önemlidir. Çünkü bireylerin kendi sorumlulukları ve hakları çerçevesinde karar vermesinin önü açılmış olur ve sağlık hizmeti alma yöntemine ilişkin kararın karşılıklı olarak paylaşılması için fırsatlar oluşturulur. Böylelikle bireyler/hastalar kendi sağlık sorunları ile ilgili verilecek olan kararların bir parçası olurlar.

Sonuç olarak, bireylere sağlıkla ilgili bilgileri internet kaynaklarından doğru ve güvenilir bir şekilde nasıl elde edeceklerine yönelik bilgilendirme yapılmalı, hasta haklarına ilişkin bilgi ve

becerileri geliştirilmeli bu sayede sağlık bakım hizmetindeki kararlara katılım konusunda duyarlı ve yetkin hale getirilmelidir.

Etik Kurul İzni: Çalışma için Sakarya Üniversitesi etik kurulundan 08.06.2021 tarihli ve 33910 sayılı yazısı ile onay alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi (2013) ilkelerine göre yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

- Abou Zeina, H. A., El Nouman, A. A., Zayed, M. A., Hifnawy, T., El Shabrawy, E. M., & El Tahlawy, E. (2013). Patients' rights: A hospital survey in South Egypt. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 8(3), 46-52.
- Akbolat, M., Amarat, M., Ünal, Ö., & Şantaş, G. (2021). A survey of health information seeking by cancer patients indicates some problems over medical explanations and terminology. *Health Information & Libraries Journal*, 1-13.
- Batte, A., & Odoi-Adome, R. (2006). *Patient involvement in treatment decision making among women with breast cancer: Creating person centered and equitable health services system*. Makerere University.
- Bautista, J. R. (2015). From solving a health problem to achieving quality of life: Redefining eHealth literacy. *Journal of Literacy and Technology*, 16(2), 33-54.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Bollen, K. A. (2002). Latent variables in psychology and the social sciences. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 605-634.
- Bulduklu, Y. (2015). *Hastalarla iletişim*. Çizgi Kitabevi.
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231.
- Cengiz, H., & Özkara, B. Y. (2016). Materyalizm, öz-benzeşim ve bireyselciliğin kişiselleştirilmiş reklam kampanyalarına yönelik tutumlar ve bu kampanyaları sosyal ağlarda paylaşma niyeti üzerindeki etkileri. *Business & Management Studies: An International Journal*, 4(1), 24-47.
- Chan, J., Leung, A., Chiang, V., Li, H. C. W., Wong, E. M., Liu, A. N. C., & Chan, S. S. C. (2009). A pilot project to build e-health literacy among university students in Hong Kong. *10th International Congress on Medical Librarianship*. Australia.
- Chervin, C., Clift, J., Woods, L., Krause, E., & Lee, K. (2012). Health literacy in adult education: A natural partnership for health equity. *Health Promotion Practice*, 13(6), 738-746.
- Choi, W., & Stvilia, B. (2015). Web credibility assessment: Conceptualization, operationalization, variability, and models. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 66(12), 2399-2414.
- Chou, W. Y. S., Hunt, Y. M., Beckjord, E. B., Moser, R. P., & Hesse, B. W. (2009). Social media use in the United States: Implications for health communication. *Journal of Medical Internet Research*, 11(4), 1-12.

- Coşkun, S., & Bebiş, H. (2015). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(7), 378-384.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions: a review of the evidence* (Vol. 1). Health Foundation
- Dashti, S., Peyman, N., Tajfard, M., & Esmaeeli, H. (2017). E-Health literacy of medical and health sciences university students in Mashhad, Iran in 2016: A pilot study. *Electronic Physician*, 9(3), 3966-3973.
- Davis, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. (2012) Patient involvement in patient safety: The healthcare professional's perspective. *Journal of Patient Safety*, 8, 182-188.
- Değerli, M., & Tolon, M. (2016). Teknoloji transfer ofisleri için kritik başarı faktörleri. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 9(2), 197-220.
- Deniz, S., Akbolat, M., Çimen, M., & Ünal, Ö. (2021). The Mediating role of shared decision-making in the effect of the patient–physician relationship on compliance with treatment. *Journal of Patient Experience*, 8, 1-5.
- Erdoğan, M., & Kırılmaz, H. (2020). Hasta merkezlilik ve hasta merkezli bakım. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 97-126.
- Er-Koçoğlu, N. (2020). COVID-19 pandemisinde bilgiye erişimin önündeki büyük engel: Sayısal bölünme/bilgi uçurumu. *Türk Kütüphaneciliği*, 34(3), 373-376.
- Fage-Butler, A. M., & Nisbeth Jensen, M. (2016). Medical terminology in online patient–patient communication: Evidence of high health literacy?. *Health Expectations*, 19(3), 643-653.
- Fox, S. (2011). *The social life of health information, 2011*. California Healthcare Foundation.
- Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 267-275.
- Gillon R. (1994). Medical ethics: Four principles plus attention to scope. *BMJ (Clinical research ed.)*, 309(6948), 184-188.
- Gilstad, H. (2014). Toward a comprehensive model of eHealth literacy. *PAHI*, 63-72.
- Hamilton, A., Lamey, P., Ulhaq, A., & Besi, E. (2021). Commonly used terminology in oral surgery and oral medicine: The patient's perspective. *British Dental Journal*, 230(12), 823-830.
- Han, X., Wu, Y., & Zheng, J. (2020). Patient engagement in healthcare industry digital transformation. In *Disruptive Innovation through Digital Transformation* (pp. 85-97). Springer.
- Hanik, B., & Stellefson, M. (2011). E-Health literacy competencies among undergraduate health education students: A preliminary study. *International Electronic Journal of Health Education*, 14, 46-58.
- SmartPLS. (2021, Eylül 10). *Model fit*. <https://www.smartpls.com/documentation/algorithms-and-techniques/model-fit>.
- Jacobson, K. L., Faughnan, J., Myers, L., Dubost, A., Courtade, L., von Lutcken, S., McCrary Sisk, C., Gregory, S., Cunningham, A., Gunther, C., & Wolf, M. S. (2021). An innovative health literacy

- approach designed to improve patient understanding of medication labeling. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 55(6), 1180-1192
- Katz, M. G., Jacobson, T. A., Veledar, E., & Kripalani, S. (2007). Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: A mixed-methods analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 782-786.
- Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y., & Şimşir, İ. (2018). Hasta hakları farkındalığına yönelik bir çalışma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 233-258.
- Kostagiolas, P., Koumbouli, M., Theodorou, P., & Stamou, S. (2021). Investigation of the information-seeking behavior of hospitalized patients at the general hospital of Corfu. *Journal of Hospital Librarianship*, 21(1), 36-60.
- Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A., & Härter, M. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 94-99.
- Kuzu, N., Ergin, A., & Zencir, M. (2006). Patients' awareness of their rights in a developing country. *Public Health*, 120(4), 290-296.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53-62.
- Miller, D. P., Brownlee, C. D., McCoy, T. P., & Pignone, M. P. (2007). The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: a survey study. *BMC Family Practice*, 8(16), 1-7.
- 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), 1-16.
- Nejati, B., Lin, C. C., Aaronson, N. K., Cheng, A. S. K., Browall, M., Lin, C. Y., Broström, A., & Pakpour, A. H. (2019). Determinants of satisfactory patient communication and shared decision making in patients with multiple myeloma. *Psycho-oncology*, 28(7), 1490-1497.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), 1-7.
- Oktay, A.A., Taş, F., Gülpak, M., & Yel, F. (2021). Bir üniversite hastanesinde hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(2), 131-139.
- Özkan, O. (2017). Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı yaklaşım: Hasta katılımı. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 1759-1770.
- Öztaş, B., & İyigün, E. (2016). Kalp-damar cerrahisi geçirmiş hastaların hasta hakları kullanma tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58(3), 256-260.
- Park, H., & Lee, E. (2015). Self-reported eHealth literacy among undergraduate nursing students in South Korea: A pilot study. *Nurse Education Today*, 35(2), 408-413.

- Rachel Kagoya, H., Kibuule, D., Mitonga-Kabwebwe, H., Ekirapa-Kiracho, E., & Ssempebwa, J. C. (2013). Awareness of, responsiveness to and practice of patients' rights at Uganda's national referral hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 5(1), 1-7.
- Ringle, C. M., Sarstedt, M., Mitchell, R., & Gudergan, S. P. (2020). Partial least squares structural equation modeling in HRM research. *The International Journal of Human Resource Management*, 31(12), 1617-1643.
- Robb, M., & Shellenbarger, T. (2014). Influential factors and perceptions of eHealth literacy among undergraduate college students. *On-Line Journal of Nursing Informatics*, 18(3), 1-8.
- Roth-Cohen, O., Levy, S., & Zigdon, A. (2021). The mediated role of credibility on information sources and patient awareness toward patient rights. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 1-15.
- Sert, G. (2004). *Uluslararası bildirgeler ve tıp etiği çerçevesinde hasta hakları*. Babil Yayınları
- Severinsson, I. E., & Holm, A. L. (2015). Patient's role in their own safety-a systematic review of patient involvement in safety. *Open Journal of Nursing*, 5(7), 642-653.
- Shrestha, A., Singh, S. B., Khanal, V. K., Bhattarai, S., Maskey, R., & Pokharel, P. K. (2018). Health literacy and knowledge of chronic diseases in Nepal. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(4), 221-230.
- Smith, S. K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D., & McCaffery, K. J. (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine*, 69(12), 1805-1812.
- Song, L., Kimberly, T., Greene, G., & Chen, R. C. (2017). eHealth literacy and partner involvement in treatment decision making for men with newly diagnosed localized prostate cancer. *Oncology Nursing Forum*, 44(2), 225-233.
- Sun, Y., Zhang, Y., Gwizdka, J., & Trace, C. B. (2019). Consumer evaluation of the quality of online health information: systematic literature review of relevant criteria and indicators. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), 1-22.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021, Eylül 14). *Hasta Hakları Yönetmeliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Tanrıverdi, H. (2012). Hastaların, hasta hakları konusundaki farkındalık düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 16(3), 101-122
- Tıraş, H. H., & Tıraş, B. (2021). Sağlık meslek lisesi son sınıf öğrencilerinin hasta hakları konusundaki tutumlarının belirlenmesine yönelik bir uygulama. *Journal of Economics and Research*, 2(1), 26-45.
- Tseng, S., & Fogg, B. J. (1999). Credibility and computing technology. *Communications of the ACM*, 42(5), 39-44.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2021, Ağustos 7). *Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2021*.

- Unnikrishnan, B., Trivedi, D., Kanchan, T., Rekha, T., Mithra, P., Kumar, N., Kulkarni, V., Holla, R., & Talish, M. (2017). Patients' awareness about their rights: A study from coastal South India. *Science and Engineering Ethics, 23*(1), 203-214.
- US Department of Health and Human Services. (2012). *2020 topics and objectives: Health communication and health information technology*. <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicId=18>
- Uzunsakal, E., & Yıldız, D. (2018). Alan araştırmalarında güvenilirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veriler üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi, 2*(1), 14-28.
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S., & Hamzehgardeshi, Z. (2014). Patient involvement in health care decision making: A review. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 16*(1), 1-7.
- Wolf, M. S., Williams, M. V., Parker, R. M., Parikh, N. S., Nowlan, A. W., & Baker, D. W. (2007). Patients' shame and attitudes toward discussing the results of literacy screening. *Journal of Health Communication, 12*(8), 721-732.
- Wong, K. K. K. (2013). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) techniques using SmartPLS. *Marketing Bulletin, 24*(1), 1-32.
- Wong, K. K. K. (2019). *Mastering partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) with Smartpls in 38 hours*. iUniverse.
- Wright, B. (2013). Rural- Urban differences in consumer governance at community health centers. *The Journal of Rural Health, 29*(2), 125-131.
- Xiao, L., Miao, J., Peng, M., Jiang, H., Liu, S., Liu, Y., & Zhang, L. (2021). The effect of health literacy on patient's perceived shared decision-making among Chinese cancer patients. *Psycho- Oncology, 1-8*.
- Xie, B. (2011). Effects of an eHealth literacy intervention for older adults. *Journal of medical Internet research, 13*(4), 1-19.
- Xie, B., & Bugg, J. M. (2009). Public library computer training for older adults to access high-quality Internet health information. *Library & Information Science Research, 31*(3), 1-20.
- Yıldız, A. (2021). Sağlık alanında öğrenim gören yükseköğrenim öğrencilerinin internete yönelik tutumlarının e-sağlık okuryazarlık düzeylerine etkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 20*(79), 1420-1431.
- 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*(31), 148-157.
- Younis, A. A., Hassan, A. H., Dmyatti, E. M., Elmubarak, M. A., Alterife, R. A., Salim, R. E., Mohamed, S. A., & Ahmed, W. S. (2017). Awareness and practice of patients' rights among hospitalized patients at Wad-Medani Teaching Hospital, Sudan. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 23*(2), 80-86.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİK VE KAYGININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ *

Sema YILMAZ **

Muhammet DÜŞÜKCAN ***

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının en önemli bölümünü oluşturan hemşirelerin COVID-19 pandemi sürecinde yaşayabilecekleri tükenmişlik ve kaygının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Araştırmanın evrenini Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapan 844 hemşire oluşturmuştur. Buna göre araştırmanın örneklemini 265 olarak tespit edilmiş olup 302 hemşireye ulaşılmıştır. Çalışmanın verileri Ocak-Mart 2021 tarihleri arasında anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket içeriğinde "Maslach Tükenmişlik Ölçeği", "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Formu) WHOQOL- BREF (TR)" ve araştırmacı tarafından geliştirilen "Kaygı Ölçeği", yer almaktadır. Değerlendirilen anket sayısı 302'dir. Toplanan veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan başlıca analizler frekans dağılımı, güvenilirlik analizi, aritmetik ortalama, standart sapma ve çoklu regresyon analizidir. Araştırma sonucunda COVID -19 sürecinde hemşirelerin genel tükenmişlik algıları ile duygusal tükenmişlik alt boyutu algılarının orta düzeyde, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutu algılarının ise düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaşam kaliteleri düzeyleri incelendiğinde; genel algı seviyesi ile psikolojik, bedensel, sosyal ve çevresel algılarının da orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin kaygı düzeyleri incelendiğinde; genel algı seviyelerinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda hemşirelerin tükenmişlik ve kaygı algılarının, yaşam kalitelerini negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Tükenmişliğin alt boyutlarından olan duygusal tükenme ve kişisel başarı hissi algılarının yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği duyarsızlaşma boyutunun ise yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Tükenmişlik, Kaygı, Yaşam Kalitesi, Hemşire

MAKALE HAKKINDA

* Bu makale, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda kabul edilmiş, Sema YILMAZ'a ait yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

**Bilim Uzmanı, sema.yilmaz4@saglik.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8679-2608>

***Doç. Dr., Fırat Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü, mdusukcan23@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5742-1787>

Gönderim Tarihi: 09.12.2021

Kabul Tarihi: 24.12.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Yılmaz, S., & Düşükcan, M. (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerde Tükenmişlik Ve Kaygının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4), 741-760

THE EFFECT OF BURNOUT AND ANXIETY ON QUALITY OF LIFE IN NURSES IN COVID-19 PANDEMIC PROCESS *

Sema YILMAZ **

Muhammet DÜŞÜKCAN ***

ABSTRACT

The aim of this study is to reveal the effect of burnout and anxiety that nurses, who constitute the most important part of health workers, may experience during the COVID-19 pandemic process on the quality of life. The universe of the research consisted of 844 nurses working at Elazig Fethi Sekin City Hospital. Accordingly, the sample of the study was determined as 265 and 302 nurses were reached. The data of the study were collected by questionnaire method between January - March 2021. The questionnaire includes "Maslach Burnout Scale", "World Health Organization Quality of Life Scale (Short Form) WHOQOL-BREF (TR)" and "Anxiety Scale" developed by the researcher. The number of evaluated questionnaires is 302. The collected data were analyzed with the SPSS 22.0 program. The main analyzes used in the research are frequency distribution, reliability analysis, arithmetic mean, standard deviation and multiple regression analysis. As a result of the research, it was determined that nurses' general burnout perceptions and emotional burnout sub-dimension perceptions were moderate, and depersonalization and personal achievement sub-dimension perceptions were low in the COVID-19 process. When the nurses' quality of life levels are examined; general perception level and psychological, physical, social and environmental perceptions were found to be moderate. In addition, when the anxiety levels of nurses were examined in this study; general perception levels were found to be high. As a result of the research, it was determined that the nurses' burnout and anxiety perceptions negatively affected their quality of life. It has been determined that the perceptions of emotional exhaustion and personal accomplishment, which are sub-dimensions of burnout, affect the quality of life, and the dimension of depersonalization does not affect the quality of life.

Keywords: COVID-19, Burnout, Anxiety, Quality of Life, Nurse

ARTICLE INFO

* This article was produced from the master's thesis of Sema YILMAZ, which was accepted at Firat University, Institute of Social Sciences, Department of Health Management,

** Msc., sema.yilmaz4@saglik.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8679-2608>

*** Assoc. Prof., Firat University, mdusukcan23@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5742-1787>

Received: 09.12.2021

Accepted: 24.11.2022

Cite This Paper:

Yılmaz, S., & Düşükcan, M. (2022). The Effect of Burnout And Anxiety on Quality of Life In Nurses in Covid-19 Pandemic Process. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4), 741-760

I. GİRİŞ

İlk olarak Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılı aralık ayında görülen SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus- 2) tüm dünyayı etkisi altına almış ve DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde bu hastalık pandemi olarak ilan edilmiştir. SARS-CoV-2' nin sebep olduğu bu hastalığa "Koronavirüs Hastalığı 2019", kısaca "COVID-19" hastalığı ismi verilmiştir (Çoktaş, 2020).

Sağlık çalışanları 2020 yılının ilk aylarından itibaren hızlı bir şekilde yayılım gösteren SARS-CoV-2 (Şiddetli Akut Solunum Yolları Sendromu Koronavirüs-2) ve bu virüs ile bağlantılı olan COVID-19 (Koronavirüs Hastalığı-2019) ile büyük bir mücadelenin içine girmişlerdir. Bu virüs damlacık yolu ile bulaştığı için, hastalarla yakın mesafede çalışan sağlık personellerine bulaş oranı oldukça fazladır (Topcuoğlu, 2020).

Ülkemizi de etkisi altına alan COVID-19 pandemisi ile mücadelede kilit rol oynayan, ön cephede savaşan hemşirelerin, artan iş yükü, koruyucu ekipmanlarla çalışmanın güçlükleri, kendilerinin enfekte olma ve sevdiklerine enfeksiyon bulaştırma riski gibi olumsuzluklardan ötürü kaygı ve korku düzeyleri artmakta, ruh sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir.

Psikolojik gerginlik neticesinde bedensel ve emosyonel yönlerden belirti veren, kişilerarası ilişkilerin kötü olduğu, yoğun iş yükü ve stres sonucunda ortaya çıkan tükenmişlik, sadece belli bir kesimde görülmez. Birçok insan hayatının herhangi bir aşamasında bu sendromu yaşamıştır; fakat bu sendrom birden ortaya çıkan bir durum olmayıp, yavaş bir şekilde sinsi ilerleyip, bazı faktörlerle de bir araya gelerek, bireyleri psikolojik açıdan çökertip hem iş hem de sosyal hayatına zarar vermektedir. Böylece işinden haz almayan insanlar hem kendisini hem de etrafındakileri, oluşturduğu huzursuz ortamla rahatsız ederler (Tepe, 2018).

Tükenmişlik kavramı ile doğrudan ilişkili olmasına rağmen, içerik bakımından farklılıklar gösteren bazı kavramlar vardır. Tükenmişlik kavramı uzun zamandan beri süregelen 'kronikleşmiş stres durumu' şeklinde tariflenerek, hayattan ve yaptığı işten haz duymamaktan dolayı geçmişe ve geleceğe kötümser bakış açısıyla depresyona benzetilerek, icra ettiği işe karşı duyduğu memnuniyetsizliğinde iş tatminsizliğiyle bağlantılı olduğu ifade edilmektedir (Kılıç, 2019).

Yaşam kalitesi kavramı literatürde 1970'li yıllarda yer almaya başlamış olup yaşam kalitesi konusundaki yaklaşımların doktorları, bireylerin sadece tıbbi değil, ruhsal ve sosyal problemlerini de tedavi edebileceği düşüncesini doğurmuş ve bu durumun tepkilere neden olması neticesinde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı benimsenmeye başlamış, özellikle son yıllarda kronik hastalarda önem kazanmıştır (Ünalın, 2005).

Bir görüş, yaşam kalitesi ve sağlıkta yaşam kalitesinin birbirinden ayrı düşünülmesi gerektiğini savunurken, diğer bir görüş ise; yaşam kalitesinin tüm boyutlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirlediği için bunların ayrı düşünülmemeyeceğini savunur. Mesela genel yaşam kalitesi kapsamında değerlendirilen gelir düzeyi, sosyal imkanlar, politik ortam, çevresel şartlar, bireyin inançları, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinden bağımsız düşünülürse hataya sebep olur. Çünkü bunlar sağlık problemlerini belirleyen temel faktörleri oluşturur (Ünalın, 2005).

Gelişen bilim ve teknolojiye paralel olarak, örgütlerin rekabet düzeyi de aynı oranda artış göstermektedir. Örgütlerin bu rekabet yarışında öncülüğünü/varlığını koruyabilmesi için kaliteli ürün/hizmet çıktısı gereklidir. Bu da ancak; mutlu, minimum stresli iş ortamında çalışan, yaşam kalitesi yüksek olan personeller sayesinde mümkün olabilir (Demir, 2005).

Sağlık sektöründe kaliteli hizmet sunumu, sağlık profesyonellerinin yaşama ve çalışma koşullarıyla ilişkilidir. Sağlık profesyonellerinin en önemli grubunu oluşturan hemşireler, fazla mesai, gece nöbetleri, vardiyalı çalışma sistemi, yoğun iş yükü, enfeksiyon bulaş riski, farklı birim

görevlendirmeleri, insan hayatının sorumluluğunu taşıma, yoğun bakım, acil, ameliyathane, diyaliz gibi riskli birimlerde yaşam savaşı veren ağırlı, acı çeken, anksiyete düzeyi yüksek hastalara bakım verme ve müdahalelerde bulunma, hasta yakınlarının sözel ve fiziksel şiddetine maruz kalma gibi daha bir çok nedenlerden dolayı yoğun stres ve iş yükü altında çalıştıkları için zamanla emosyonel (duygusal) ve bedensel yıpranmalara maruz kalmakta, kaygı ve tükenmişliği yaşamaktadır. Bu durum hemşirelerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Demirler vd., 2014)

Bu bağlamda bu çalışmada; hayatın her alanını olumsuz etkileyen COVID-19 salgını sürecinde, pandemiyle ön safta mücadele eden fedakâr hemşirelerin bu süreçte yaşadıkları kaygı ve tükenmişlik düzeylerini belirleyip, yaşam kalitesi üzerindeki etkisini analiz ederek literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

II. YÖNTEM

Araştırmada sağlık sektöründe görev yapan hemşirelerin bağımsız değişken olarak tanımlanan kaygı ve tükenmişlik algılarının, bağımlı değişken olarak tanımlanan yaşam kalitesi algılarını nasıl etkilediğinin araştırılması için nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır.

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin COVID-19 pandemi sürecinde algıladıkları tükenmişlik ve kaygı düzeylerini saptayarak, tükenmişlik ve kaygı düzeylerinin yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

2.2. Araştırmanın Önemi

Hemşirelerde tükenmişlikle ilgili alan yazında çok sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. Bu çalışma ile hemşirelerde görülebilecek tükenmişlik ve kaygının yaşam kalitesine etkisi belirlenip, sorunların ortaya konması ve çözüm önerileri sunmada literatüre özgün bir katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

2.3. Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Araştırmada kullanılan ölçeklerin hemşirelerin COVID-19 pandemi sürecinde yaşayabilecekleri tükenmişlik ve kaygının yaşam kalitesi üzerine etkisini ölçebileceği ve hemşirelerin kendilerine uygulanan veri toplama araçlarını anlayarak, yanıtlarda gerçekçi oldukları varsayılmıştır. Araştırmanın sınırlılıkları ise şöyle ifade edilebilir:

- ❖ Araştırma ile ilgili veri toplama işlemi sadece Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin görüşleri ile sınırlıdır.
- ❖ COVID-19 pandemi sürecinin tüm kurumları etkilemesi ve zaman kısıtı nedeniyle sağlık sektöründen farklı sektörlerden veri toplanamamıştır. Sağlık sektöründe ise doktorlar, laboratuvar teknisyenleri, radyoloji teknisyenleri, tıbbi sekreterler, güvenlik görevlileri, destek, dezenfeksiyon, taşıma ve yönlendirme personellerinden veri toplanamamıştır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapan 844 hemşire oluşturmuştur. Buna göre araştırmanın örnekleme 265 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada ulaşılmaması hedeflenen anket sayısı kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır (Akkoç, 2020). COVID-19 pandemisi sürecinde enfeksiyon bulaş riski olasılığı nedeniyle anketler online olarak hazırlanmış ve 302 hemşireye ulaşılmıştır.

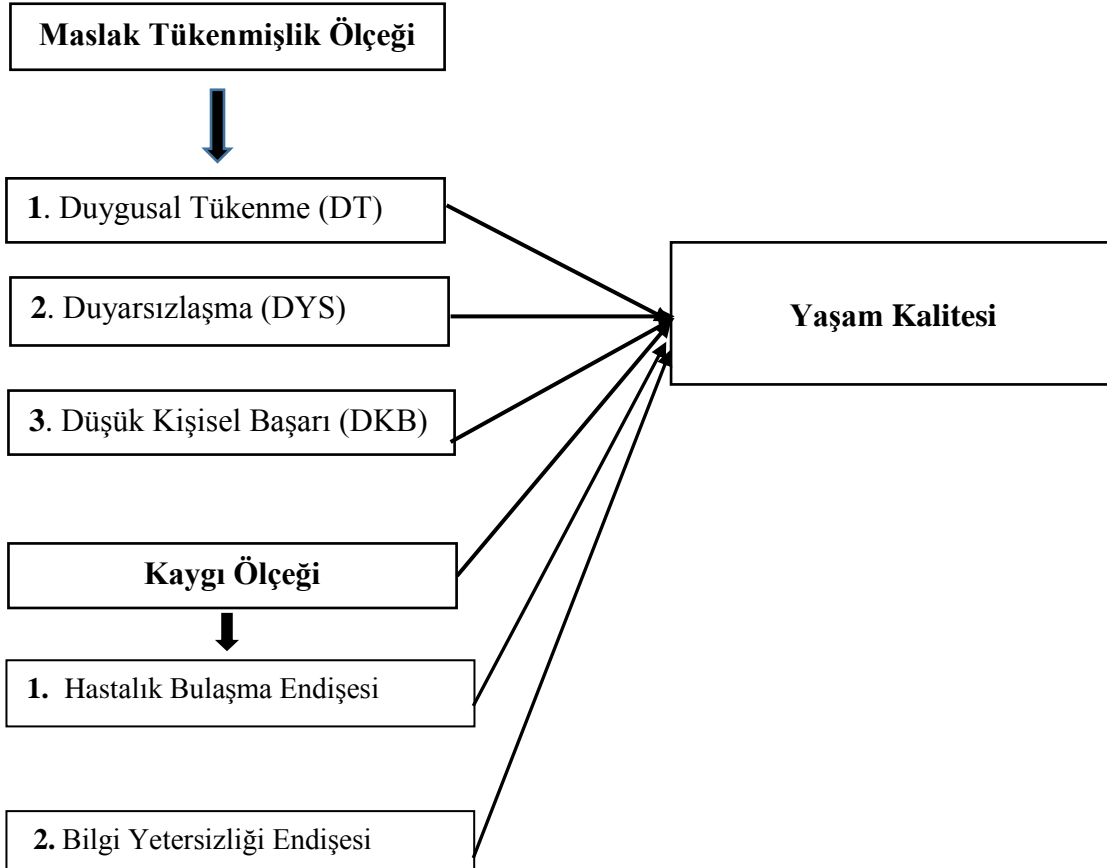
$$n = \frac{N \cdot P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{(N-1) \cdot d^2}$$

N: Personel sayısı,
N: Örneklem büyüklüğü
Za: a= 0,05 için 1,96
D= Örneklem hatası (0,05)
P: Görülme Olasılığı (0,5)
Q=Görülmemeye Olasılığı (1-p) (0,5)

2.5. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırmada Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerin tükenmişlik ve kaygı algılarının yaşam kalitesi düzeylerini ne ölçüde etkilediği incelenmiştir. Araştırmanın modeli Şekil 1'de sunulmuştur.

Şekil 1. Araştırmanın Modeli



Araştırmanın genel amacı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

H1: Katılımcıların tükenmişlik algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.

H1a: Katılımcıların tükenmişlik alt boyutu olan duygusal tükenme algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.

H1b: Katılımcıların tükenmişlik alt boyutu olan duyarsızlaşma algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.

H1c: Katılımcıların tükenmişlik alt boyutu olan düşük kişisel başarı algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.

H2: Katılımcıların kaygı algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.

H2a: Katılımcıların hastalık bulaşma endişesi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.

H2b: Katılımcıların bilgi yetersizliği endişesi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.

2.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı ankettir. Anket formu, 4 bölümden oluşmaktadır. Söz konusu bölümler, Kişisel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu WHOQOL- BREF (TR), Kaygı Ölçeğidir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ):

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Maslach ve Jackson (1986) tarafından tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiş, Türkçe uyarlaması ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. Özgün formunda “Hiçbir zaman, Yılda birkaç kere, Ayda birkaç kere, Ayda bir, Haftada birkaç kere, Haftada bir, Her gün” seçeneklerinden oluşan 7’li likert tipi ölçek, Türk kültürüne uygun olmadığı gerekçe gösterilerek Ergin (1992) tarafından Türkçeye uyarlama çalışmasında 5 seçeneğe indirilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği, toplam 22 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır (Özmen, 2016):

- *Duygusal Tükenme:* Katılımcıların yorgunluk ve duygusal yönden yıpranmışlığını ölçen duygusal tükenme 9 maddeden oluşmakta ve ölçeğin (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) numaralı sorularını içermektedir.

- *Duyarsızlaşma:* Katılımcıların hizmet verdiği kişilere karşı duygudan yoksun şekilde davranışlarını ölçen duyarsızlaşma 5 maddeden oluşmakta ve ölçeğin (5, 10, 11, 15, 22) numaralı sorularını içermektedir.

- *Düşük Kişisel Başarı:* Katılımcıların işlerindeki yeterlilik duygularını ölçen, (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) numaralı soruları içeren 8 maddeden oluşmaktadır.

Maslach ve Jackson (1986) ölçeğin Cronbach’s Alpha değerlerini boyut sırasıyla 0,83, 0,72 ve 0,67 olarak bulmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ergin (1992) doktor ve hemşireler üzerinde yapmış Cronbach’s Alpha değerlerini sırasıyla 0,840, 0,694 ve 0,792 olarak bulmuştur (Aktaran Yılmaz, 2016).

Ölçeğin puanlama aralıkları; Duygusal tükenme için 0-36, Duyarsızlaşma için 0-20 ve Düşük Kişisel Başarı için de 0- 32’dir. Duygusal tükenme alt ölçeği için; 0-17 puan düşük, 17-26 puan orta, 27 puan ve üzeri yüksek olarak değerlendirilir. Duyarsızlaşma alt ölçeği için; 0-6 puan düşük, 7-12 puan orta, 13 puan ve üstü yüksek kabul edilir. Kişisel başarı alt ölçeği için ise 36 puan ve üzeri düşük, 32-38 puan orta, 31 ve altı puan ise yüksek kabul edilir (Yılmaz, 2016).

Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeğindeki yüksek puan, tükenmenin arttığını, kişisel başarı alt ölçeğinden alınan puanın yüksek olması ise tükenmenin azaldığını göstermektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan puanlar düz, kişisel başarı alt ölçeğindeki puanlama tersine çevrilerek değerlendirilir (Çelik, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu- Türkçe Versiyonu WHOQOL- BREF (TR)”:

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği WHOQOL-BREF, 100 soruluk orijinal ölçek olan WHOQOL-100’ün kısaltılmış formudur. Ware ve diğerleri (1987) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği Özkan (1999) tarafından yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 orijinal ölçeğin genel bölümünden 2, geri kalan 24 bölümden de birer soru alınarak oluşturulan bir ölçek olup (Kıvanç, 2016), WHOQOL-BREF’in bazı sürümlerinde uluslara özgü özel sorular ilave edilmektedir. Bu haliyle Türkiye sürümüne 1 madde eklenen WHOQOL-BREF ölçeği, 27 maddeden oluşmaktadır (Beğli, 2016). 27. soru ulusal maddedir (Bayram, 2020). WHOQOL-BREF ölçeği, 5’li likert tipi bir ölçektir ve her soru 1 ile 5 arası puanlanmaktadır (Beğli, 2016).

Bu ölçek 4 alandan oluşur. Ayrı ayrı bölümleri yoktur. Bu araç 4 boyut halinde puanlanır.

Bedensel Sağlık Alanı: Günlük aktiviteleri yürütebilme, enerji, yorgunluk, ilaçlara ve tedaviye bağımlı olma, ağrı ve rahatsızlık hissi, hareketlilik, uyku ve dinlenme ile çalışma gücüyle ilgili soruları içerir.

Psikolojik Sağlık Alanı: Beden imgesi, dış görünüş, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, düşünme, öğrenme ile bellek ve dikkatle ilgili sorular ele alınmıştır.

Sosyal İlişkiler Alanı: Diğer kişilerle olan ilişkiler, sosyal yardım, cinsel yaşamla ilgili sorulara yer verilmiştir.

Çevresel Sağlık Alanı: Fiziksel güvenlik, emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri ile sosyal yardım imkânlarına ulaşılabilirlik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme, dinlenme, boş zamanı değerlendirme fırsatları, ulaşım, trafik, gürültü, iklim, kirlilik gibi fiziksel çevreye dair sorular yer almaktadır.

Ölçeğin 3.,4. ve 26. soruları olumsuz ifadeleri içerir, bu sorulardan alınan puanlar ters kodlandıktan sonra hesaplanmalıdır. Alanlar birbirinden bağımsız olarak kendi alan puan ortalamalarıyla yaşam kalitesi seviyesini gösterir. Alt boyut puanları ise, ilgili alt boyuttaki maddelerin ortalamasının 4 ile çarpılması ile bulunur. Bu şekilde hesaplanan alt boyut puanları 4,00-20,00 arası bir değer alır. Alt boyut puanının yüksek olması, bulunduğu alt boyuttaki yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğunu; puanın düşük olması ise alt boyuttaki yaşam kalitesi düzeyinin düşük olduğunu ifade eder.

Ölçeğin 1. ile 2. maddesi genel sağlık algısı ve yaşam kalitesi algısıyla ilgilidir. Diğer soruların ise alt alanlara göre dağılımı şöyledir:

- Bedensel Alt Boyut; 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
- Psikolojik Alt Boyut; 5, 6, 7, 11, 19, 26
- Sosyal İlişkiler Alt Boyutu; 20, 21, 22
- Çevresel Alt Boyutu; 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach alpha değerleri; bedensel alan için 0,83; Ruhsal alan için 0,66; Sosyal ilişkiler alan için 0,53; Çevre alan için 0,73 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği hesaplamaya yönelik, her soru için bulunan Pearson korelasyon katsayıları 0,57 ve 0,81 arasında değişmektedir (Kayhan, 2019).

COVID-19 Kaygı Ölçeği:

Anketin dördüncü bölümünde hemşirelerin COVID-19 sürecinde kaygı düzeylerini ölçmek için araştırmacı tarafından kaynak taraması (<https://ttb.org.tr>) yapılarak oluşturulan 9 sorudan oluşan 5’li likert tipi ‘Kaygı Ölçeği’ kullanılmıştır.

2.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yürütülmesi için Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Tarih: 20.11.2020, Toplantı Sayısı: 24, Karar No: 7). Araştırmanın verileri anket yöntemi ile Google Anket hizmetinden faydalanılarak, gerekli izinler alındıktan sonra Ocak-Mart 2021 tarihleri arasında Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşirelerden online olarak toplanmıştır. Online anket yöntemi; COVID-19 pandemi sürecinde temassız, uzaktan veri toplanmasına imkân sağlanması, verilerin tasnifi ve verilerin yorumlanmasına kolaylık sağlanması nedenleriyle tercih edilmiştir.

2.8. Verilerin Analizi

Verilerin analizi için IBM SPSS-22 paket programından faydalanılmıştır. Araştırma verilerinin analiz edilmesinden önce gerekli güvenilirlik analizleri yapılarak kullanılan ölçeklerin güvenilirliğinin araştırma için yeterli düzeye sahip olup olmadığı analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan diğer başlıca analizler ise frekans dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma ve çoklu regresyon analizidir. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

III. BULGULAR

3.1. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Araştırma verilerinin tutarlılığını ölçmek amacıyla güvenilirlik analiz yapılmıştır. Güvenilirlik analizi için Cronbach's Alfa katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 1. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine ve Alt Boyutlarına Ait Güvenilirlik Analizleri Sonuçları

Alt Ölçekler (Boyutlar) ve Ölçek (Genel)	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha
Duygusal Tükenme (DT)	9	0,883
Duyarsızlaşma (DYS)	5	0,759
Düşük Kişisel Başarı (DKB)	8	0,882
MTÖ Genel	22	0,785

Tablo 1'e göre MTÖ'nün Duygusal Tükenme boyutu 9 ifadeden oluşmaktadır. Güvenilirlik katsayısı ise 0,883'dür. MTÖ'nün Duyarsızlaşma boyutu 5 ifadeden oluşmaktadır ve güvenilirlik katsayısı 0,759'dur. Düşük kişisel başarı boyutu ise 8 ifadeden oluşmaktadır ve güvenilirlik katsayısı 0,882'dir. Bu değerler ışığında ortaya çıkan sonuç duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı boyutunun yüksek düzeyde güvenilir, duyarsızlaşma boyutunun ise orta düzeyde güvenilir olduğudur.

Tablo 1'de görüldüğü üzere ölçme aracının bütününe ilişkin gerçekleştirilen analiz sonucunda Cronbach Alpha katsayı değeri 0,785 olarak elde edilmiştir. Bu değer ölçme aracının orta düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. WHOQOL- BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Güvenilirlik Analizleri Sonuçları

Alt Ölçekler (Boyutlar) ve Ölçek (Genel)	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha
WHOQOL- BREF-TR Genel	25	0,928

Tablo 2'de ki sonuçlar değerlendirildiğinde genel. WHOQOL- BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 0,928 değer ile güvenilirlik katsayısı değerinin yüksek derecede güvenilir olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. COVID-19 Kaygı Ölçeğine Ait Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçek (Genel)	İfade Sayısı	Cronbach's Alpha
Kaygı Genel	9	0,847

Tablo 3’de kaygı ölçeğinin güvenilirlik analizi katsayısı 0,847 olarak bulunmuştur. Bu değer ışığında ortaya çıkan sonuç araştırma ölçeğinin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu gösterir.

Tablo 4. COVID-19 Kaygı Ölçeğine Ait Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

COVID-19 Kaygı Ölçeği Boyutları	Faktör Yükleri	Cronbach's Alpha
Hastalık Bulaşma Endişesi (Açıklanan varyans: %47,48)		0,880
4. Birlikte yaşadığım diğer kişilere bulaşmasından endişe ediyorum.	0,894	
3. Evdeki büyüklerime bulaşmasından endişe ediyorum.	0,883	
2. Çocuklarıma bulaşmasından endişe ediyorum.	0,830	
1. Hastalığım kendime bulaşmasından endişe ediyorum.	0,795	
Bilgi Yetersizliği Endişesi (Açıklanan varyans: %23,69)		0,813
8. Koruyucu tedbirler konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olmaktan endişeliyim	0,905	
7. Kişisel koruyucu ekipman yetersizliğinden dolayı endişeliyim.	0,860	
6. Hastalık konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olmaktan dolayı endişeliyim.	0,801	
9. Ölmekten korkuyorum.	0,549	
<i>Toplam Açıklanan Varyans: %71,48</i>		
Genel		0,833

Çalışmada kullanılan veri setinin açımlayıcı faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla KMÖ (KaiserMeyer-Ölkin) örneklem uygunluk testi ile Barlett’s küresellik testi yapılmıştır. Analiz sonucunda KMÖ değeri 0.757, anlamlılık düzeyi 0.000 olarak bulunmuştur. Bu verilerden mevcut veri setinin açımlayıcı faktör analizine uygun olduğu anlaşılmaktadır. Yapısal geçerliliği incelemek için yapılan açımlayıcı faktör analizi neticesinde 2 faktör belirlenmiştir. Tablo 4’de sıralanan bu faktörler toplam varyansın %71,48’ini açıklamaktadır. Bu faktörlere soruların içeriği düşünülerek, hastalık bulaşma endişesi ve bilgi yetersizliği endişesi isimleri verilmiştir. Hastalık bulaşma endişesi faktörü 1, 2, 3, 4 sorularından; bilgi yetersizliği endişesi faktörü de 6, 7, 8, 9 sorularından oluşmuştur. 5 numaralı soru faktör yükü 0,50’nin altında olduğu için silinmiştir. Sonuç itibarıyla COVID-19 Kaygı ölçeğinin, yapılan analizler neticesinde geçerli ve güvenilir olduğu ifade edilebilir.

3.2. Ölçek Puanları

Ölçek ortalama puanları değerlendirilirken aritmetik ortalamalar esas alınmıştır. Ortalamaların değerlendirilmesinde ise Tablo 5’deki puan aralıkları ölçüt kabul edilmiştir. Söz konusu puan aralıkları, ölçeğin aralık genişliğinin (dizi genişliği/yapılacak grup sayısı) şu formül ile hesaplanmasıyla belirlenmiştir. Hesaplama işlem adımları şu şekildedir: En büyük puan ile en küçük puanın farkı ($5-1=4$) alınır. Alınan fark, 5’e bölünür ($4/5=0,8$). Bulunan rakam (0,8), 1’e eklenerek ($1+0,8=1,8$) ilk dizi genişliği bulunur. Bu aralık (1,00–1,80), ölçekte 1’e (kesinlikle katılmıyorum/hiçbir zaman) karşılık gelen seçeneği temsil eder. Benzer şekilde toplama işlemine devam edilir ve sonuç olarak, ölçekteki her bir seçeneğe karşılık gelen dizi genişlikleri (puan aralıkları) bulunur (Sezgin ve Düşükcan, 2020).

Herhangi bir maddenin, ölçek boyutunun ya da ölçeğin bütününe ortalaması 3,40 ve altında ise katılımcıların tutumları olumsuz/zayıf olarak kabul edilmiştir. Aynı şekilde ortalama 3,40'ın üzerinde ise katılımcıların tutumları olumlu/güçlü olarak kabul edilmiştir.

3.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutları Değişkenlerine Yönelik Katılımcıların Değerlendirmeleri

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğine (MTÖ) Ait Alt Boyutlardan Aldıkları Puanlara İlişkin Veriler

MTÖ	Ort.	SS.
<i>Duygusal Tükenme (DT)</i>	3,07	0,88
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	2,90	1,23
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	3,68	1,14
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	3,56	1,18
6. "Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	2,62	1,22
8. "İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	3,36	1,20
13. "İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."	2,79	1,33
14. "İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	3,56	1,20
16. "Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	2,77	1,28
20. "Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	2,38	1,16
<i>Duyarsızlaşma (DYS)</i>	1,98	0,82
5. "Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum."	1,76	1,11
10. "Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	2,29	1,27
11. "Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	2,35	1,26
15. "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	1,43	0,88
22. "Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	2,09	1,19
<i>Düşük Kişisel Başarı (DKB)</i>	2,59	0,90
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	2,04	1,14
7. "Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	2,27	1,22
9. "İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	2,47	1,28
12. "Kendimi çok enerjik hissediyorum."	3,60	1,22
17. "Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	2,61	1,25
18. "Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	2,62	1,26
19. "Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	2,43	1,20
21. "İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	2,71	1,20
MTÖ Genel Algı	2,65	0,51

Tablo 5'te görüldüğü üzere çalışmaya katılan hemşirelerin tükenmişlik algı düzeylerinin genel ortalaması 2,65 olarak hesaplanmıştır. Bu puan ölçekteki "Ne katılıyorum ne de katılmıyorum" seçeneğine denk olup, olumsuz olarak kabul edilmektedir. Algılanan tükenmişlik değişkenini oluşturan ifadelerden en yüksek ortalamaya sahip ifade 3,68 ortalama ile "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum." ifadesi iken; en düşük ortalamaya sahip ifade ise 1,43 ortalama ile "Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil." ifadesi olmuştur.

3.4. WHOQOL- BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Değişkenlerine Yönelik Katılımcıların Değerlendirmeleri

Tablo 6'da katılımcıların WHOQOL- BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği ve alt boyutları değişkenlerine yönelik değerlendirmeleri sunulmuştur.

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin WHOQOL- BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Aldıkları Puanlara İlişkin Veriler

WHOQOL- BREF-TR	Ort.	SS.
Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	3,12	0,98
Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	3,62	1,13
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz, kuvvetiniz var mı?	3,04	0,93
Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	2,53	1,15
Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	2,24	1,06
Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	2,67	1,04
İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,11	1,00
Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	2,96	0,98
Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	3,10	1,02
Dikkatinizi toplamakta ne kadar başarılısınız?	3,28	0,91
Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	3,43	1,08
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,10	1,04
Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	2,89	0,91
Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,05	1,09
Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	2,65	1,10
Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	3,00	1,07
Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	2,79	0,96
Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	2,82	0,92
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	2,78	0,88
Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	3,36	0,88
Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	2,50	1,02
Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	3,24	1,11
Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,09	1,08
Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,03	1,13
Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	2,79	0,90
WHOQOL- BREF-TR Genel Algı	2,97	0,62

Tablo 6’da görüldüğü gibi yaşam kalitesi düzeyi açısından, hemşirelerin algı düzeylerinin genel ortalaması 2,97 olarak hesaplanmıştır. Bu puan ölçekteki ‘‘ Ne katılıyorum ne de katılmıyorum’’ seçeneğine denk olup, olumsuz olarak kabul edilmektedir. Algılanan yaşam kalitesi değişkenini oluşturan ifadelerden en yüksek ortalamaya sahip ifade 3,62 ortalama ile ‘‘Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?’’ ifadesi iken; en düşük ortalamaya sahip ifade ise 2,24 ortalama ile ‘‘Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?’’ ifadesi olmuştur.

Tablo 6’daki sonuçlara göre, yaşam kalitesi ölçeğini oluşturan değişkenler içerisinde en yüksek ortalamaya sahip değişkenler sırasıyla psikolojik alan ve çevresel alan iken; sosyal alan ile bedensel alanlar ise eşit puanla nispeten daha düşük ortalamaya sahip oldukları görülmektedir.

3.5. Kaygı Ölçeği Değişkenlerine Yönelik Katılımcıların Değerlendirmeleri

Tablo 7’de katılımcıların Kaygı Ölçeği değişkenlerine yönelik değerlendirmeleri sunulmuştur.

Tablo 7. COVID-19 Kaygı Ölçeğine Ait Puanlara İlişkin Veriler

COVID- 19 Kaygı Ölçeği	Ort.	SS.	Genel	
			Ort.	SS.
1. Hastalığın kendime bulaşmasından endişe ediyorum.	3,93	1,26	3,58	0,87
2. Çocuklarıma bulaşmasından endişe ediyorum.	4,12	1,25		
3. Evdeki büyüklerime bulaşmasından endişe ediyorum.	4,40	1,08		
4. Birlikte yaşadığım diğer kişilere bulaşmasından endişe ediyorum.	4,43	1,01		
5. Yaşadığım yerde sağlık çalışanı olmam nedeniyle dışlanmaktan endişe ediyorum.	3,64	1,33		
6. Hastalık konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olmaktan dolayı endişeliyim.	2,98	1,42		
7. Kişisel koruyucu ekipman yetersizliğinden dolayı endişeliyim.	2,84	1,37		
8. Koruyucu tedbirler konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olmaktan endişeliyim	2,68	1,38		
9. Ölmekten korkuyorum.	3,23	1,47		

Tablo 7’de görüldüğü gibi kaygı düzeyi açısından, hemşirelerin algı düzeylerinin genel ortalaması 3,58 olarak hesaplanmıştır. Bu puan ölçekteki “Katılıyorum” seçeneğine denk olup, olumlu olarak kabul edilmektedir. Algılanan kaygı değişkenini oluşturan ifadelerden en yüksek ortalamaya sahip ifade 4,43 ortalama ile “Birlikte yaşadığım diğer kişilere bulaşmasından endişe ediyorum” ifadesi iken; en düşük ortalamaya sahip ifade ise 2,68 ortalama ile “Koruyucu tedbirler konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olmaktan endişeliyim” ifadesi olmuştur.

Ayrıca her ifadenin ortalaması ayrı ayrı incelendiğinde yüksek ve çok yüksek düzeyde algılamalarla karşılaşılmaktadır. Bu sonuçlar ışığında katılımcıların COVID-19 pandemisine ilişkin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

3.6. Değişkenler Arasında Regresyon Analizi

Araştırmada hemşirelerin COVID-19 pandemisi sürecinde yaşayabilecekleri tükenmişlik ve kaygının, hemşirelerin yaşam kaliteleri düzeylerini nasıl etkilediğinin belirlenmesi amacıyla regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi için bağımsız değişken olarak tanımlanan tükenmişlik ve tükenmişlik ölçeği alt boyutları olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı hissi ile kaygının, yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin nasıl açıklandığı belirlenmiştir.

3.6.1. Tükenmişlik ve Kaygının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

COVID-19 sürecinde hemşirelerde tükenmişlik ve kaygının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmış ve Tablo 8’de belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 8. Tükenmişlik ve Kaygının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Değişkenler	Yaşam Kalitesi			Çoklu Doğrusallık İstatistikleri		Korelasyon		
	Beta	t	p	Tolerance	VIF	Zero-order	Partial	Part
MTÖ	-0,550	-8,71	0,000	0,889	1,125	-0,503	-0,450	-0,430
Kaygı	-0,099	-2,68	0,008	0,889	1,125	-0,293	-0,153	-0,132

R: 0,520 R²: 0,271 Düzeltilmiş R²: 0,266 F: 56,548 p: 0,000

Tablo 8’de görüldüğü gibi oluşturulan çoklu regresyon modeli 0,05 önem düzeyinde istatistikî açıdan anlamlıdır ve R² değeri 0,266 olarak bulunmuştur. R² değeri (belirlilik ve tanımlayıcılık katsayısı) bağımlı değişkendeki değişimin ne kadar bağımsız değişkenler tarafından tanımlanabildiğini gösteren bir ölçüdür. Buna göre yaşam kalitesini, modeldeki bağımsız değişkenler olan tükenmişlik ve

kaygı ancak %26,6 oranında açıklayabilmektedir. Modelde yer alan değişkenlerden tükenmişlik ve kaygı, katılımcıların yaşam kalitesini negatif yönde etkilemiştir ($\beta=-0,550$: $P<0,05$; $\beta=-0,099$: $P<0,05$). Yukarıdaki sonuçlar bağlamında tükenmişliğin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu öngören H_1 hipotezi kabul ve kaygının yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu öngören H_2 hipotezi kabul edilmiştir. Bu değerler ışığında katılımcıların kaygı ve tükenmişlik düzeylerindeki artışın yaşam kalitesini düşürücü etkiye sahip olduğu söylenebilir.

3.6.2. Tükenmişlik Değişkeninin Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

COVID-19 sürecinde hemşirelerde tükenmişlik alt boyutlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmış ve Tablo 9'da belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 9. Tükenmişlik Değişkeninin Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Değişkenler	Yaşam Kalitesi			Çoklu Doğrusallık İstatistikleri		Korelasyon		
	Beta	t	p	Tolerance	VIF	Zero-order	Partial	Part
Duygusal Tükenme	-0,317	-7,193	0,000	0,619	1,615	-0,321	-0,385	-0,353
Duyarsızlaşma	-0,016	-0,360	0,719	0,686	1,458	-0,242	-0,021	-0,018
Kişisel Başarı	-0,301	-8,420	0,000	0,880	1,136	-0,298	-0,438	-0,414
R: 0,530 R²: 0,281 Düzeltmiş R²: 0,273 F: 38,748 p: 0,000								

Tablo 9'da görüldüğü gibi oluşturulan çoklu regresyon modeli 0,05 önem düzeyinde istatistiki açıdan anlamlıdır ve R² değeri 0,281 olarak bulunmuştur. Buna göre yaşam kalitesini, modeldeki bağımsız değişkenler olan duygusal tükenme ve kişisel başarı ancak %28,1 oranında açıklayabilmektedir. Modelde yer alan değişkenlerden duygusal tükenme ve kişisel başarı, katılımcıların yaşam kalitesini negatif yönde etkilemiştir ($\beta=0,317$: $P<0,05$; $\beta=0,301$: $P<0,05$) duyarsızlaşma ise yaşam kalitesini etkilememektedir ($\beta=0,016$: $P>0,05$). Bu sonuçlar bağlamında tükenmişlik alt boyutu olan duygusal tükenmenin, yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu öngören H_{1a} hipotezi kabul, tükenmişlik alt boyutu olan kişisel başarının, yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu öngören H_{1c} hipotezi kabul ve tükenmişlik alt boyutu olan duyarsızlaşmanın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu öngören H_{1b} hipotezi ise red edilmiştir. Bu değerler ışığında katılımcıların, tükenmişliğin alt boyutlarından olan duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi düzeylerindeki artışın yaşam kalitesini düşürücü etkiye sahip olduğu, duyarsızlaşma boyutundaki artışın ise yaşam kalitesine etki etmediği söylenebilir.

3.6.3. COVID-19 Kaygı Değişkeninin Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

COVID-19 sürecinde hemşirelerdeki COVID-19 kaygı alt boyutlarının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmış ve Tablo 10'da belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 10. COVID-19 Kaygı Değişkeninin Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Değişkenler	Yaşam Kalitesi			Çoklu Doğrusallık İstatistikleri		Korelasyon		
	Beta	t	p	Tolerance	VIF	Zero-order	Partial	Part
Hastalık Bulaşma Endişesi	0,013	0,367	0,714	0,869	1,151	-0,111	0,021	0,020
Bilgi Yetersizliği Endişesi	-0,199	-6,287	0,000	0,869	1,151	-0,537	-0,342	-0,414
R: ,357 R²: ,128 Düzeltmiş R²: ,122 F: 21,858 p: ,000								

Tablo 10’da görüldüğü gibi oluşturulan çoklu regresyon modeli 0,05 önem düzeyinde istatistiki açıdan anlamlıdır ve R² değeri 0,128 olarak bulunmuştur. Buna göre yaşam kalitesini, modeldeki bağımsız değişkenler olan hastalık bulaşma endişesi ve bilgi yetersizliği endişesi ancak %12,8 oranında açıklayabilmektedir. Modelde yer alan değişkenlerden hastalık bulaşma endişesinin yaşam kalitesini etkilemezken ($\beta=0,013$; $P>0,05$), bilgi yetersizliği endişesi ise katılımcıların yaşam kalitesini negatif yönde etkilemiştir ($\beta=-0,199$; $P<0,05$).

Tablo 11. Araştırma Hipotezlerinin Özet Sonuçları

Hipotezler	β	Sonuç
H ₁ : Katılımcıların tükenmişlik algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler	-0,550	Kabul
H _{1a} : Katılımcıların tükenmişlik alt boyutu olan Duygusal Tükenme algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler	-0,317	Kabul
H _{1b} : Katılımcıların tükenmişlik alt boyutu olan Duyarsızlaşma algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.	-0,016	Red
H _{1c} : Katılımcıların tükenmişlik alt boyutu olan Düşük Kişisel Başarı algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.	-0,301	Kabul
H ₂ : Katılımcıların kaygı algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.	-0,099	Kabul
H _{2a} : Katılımcıların hastalık bulaşma endişesi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.	0,714	Red
H _{2b} : Katılımcıların bilgi yetersizliği endişesi yaşam kalitesini negatif yönde etkiler.	0,000	Kabul

IV. TARTIŞMA

Bu çalışmanın çıkış noktası, literatürde hemşirelerde tükenmişliği konu alan çok sayıda çalışma olmasına rağmen, hemşirelerde tükenmişlik ve kaygının yaşam kalitesine etkisini konu alan çalışmalara rastlanılmamış olmasıdır. Bu bağlamda bu çalışma; hayatın her alanını olumsuz etkileyen COVID-19 salgını sürecinde, pandemiyle ön safta mücadele eden fedakâr hemşirelerin bu süreçte yaşadıkları kaygı ve tükenmişlik düzeylerini belirleyip, yaşam kalitesi üzerindeki etkisini analiz ederek literatüre katkı sağlamak amacıyla gerçekleştirildi. Hemşirelerin COVID-19 pandemisi sürecinde tükenmişlik ve kaygı algılarının yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik bu çalışma sonunda elde edilen bulgular şu şekildedir:

Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin COVID-19 sürecinde tükenmişliğe yönelik algılarının vasat düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu çalışmaya benzer şekilde hemşirelerin tükenmişliği orta düzeyde yaşadıkları görülmüştür (Kocaman 2018; Kaya vd. 2010; Karahaliloğlu 2013; Elçikoca 2018). Uzun’un (2015) çalışmasında ise hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri yüksek bulunmuştur.

En yüksek algılar “Duygusal Tükenme”, ikinci sırada “Düşük Kişisel Başarı”, en düşük algılar ise “Duyarsızlaşma” boyutunda ortaya çıkmıştır. Literatürde bu çalışmaya benzer şekilde, alt boyutlardan en yüksek puanın “duygusal tükenme” alt boyutundan alındığı, en düşük puanın ise “duyarsızlaşma”

alt boyutundan alındığı çalışmaların (Kocaman 2018; Gönültaş 2017; Öztürk vd., 2018) yanı sıra Uzun'un (2015) çalışmasında hemşirelerde duygusal tükenme düzeyi yüksek, kişisel başarı hissi düşük ve duyarsızlaşma düzeyinin ise orta düzeyde olduğu, Özmen'in (2016) çalışmasında hemşirelerin duyarsızlaşma düzeylerinin normal olduğu, duygusal tükenme ve kişisel başarıda azalma hissini ise yüksek olduğu görülmüştür. Diğer taraftan Tavor (2014) ve Elçikoca'nın (2018) çalışmalarında ise hemşirelerin duygusal tükenme düzeyi orta, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri ise düşük düzeyde yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar literatür bulguları ile paralellik göstermektedir.

Duygusal tükenme, çalışanların bedensel ve emosyonel yönden kendilerini ne seviyede yıpranmış ve yorgun hissettiklerini anlamak için kullanılır (Kocaman, 2018). Katılımcıların duygusal tükenmeye yönelik algılarının vasat düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara birçok çalışmada ulaşıldığı görülmektedir (Karahaliloğlu, 2013; Tavor, 2014). Duygusal tükenmişlik değişkenini oluşturan ifadelerden; işgününün sonunda kendilerini bitkin hissetlerine dair ifadenin en yüksek puana sahip olması; fazla iş yükü ve sürekli stresli iş ortamında çalışmanın, özellikle de pandemi sürecinin getirdiği ekstra yoğunluk ve belirsizliklerin hemşireleri yıpratıcı bir etken olduğu söylenebilir.

Duyarsızlaşma, çalışanların hizmet verdiği kişilere karşı umursamaz, ilgisiz davranıp, alaycı, düşmanca tavırlar içerisinde olduğunu belirtmek amacıyla kullanılmaktadır. Katılımcıların duyarsızlaşmaya yönelik algılarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara birçok çalışmada ulaşıldığı görülmektedir (Gönültaş, 2017; Tavor, 2014; Elçikoca 2018). Uzun (2015), Karahaliloğlu (2013), Özmen (2016) ve Altay ve diğerlerinin (2010) çalışmalarında ise hemşirelerin duyarsızlaşma boyutunda tükenmişlik algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında hemşirelerde duyarsızlaşmanın henüz başlamadığı, fakat bireysel ve örgütsel düzeyde önlemler alınmazsa hemşirelerin tükenmişlik yaşayabileceği söylenebilir.

Çalışmada düşük kişisel başarı hissi açısından, katılımcıların algı düzeylerinin genel ortalama puanı 2,59 olarak belirlenmiştir. Bu değer katılımcıların kişisel başarı seviyelerinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Bunun aksine Özmen'in (2016) çalışmasında düşük kişisel başarı alt ölçeğinin ortalama puanı 3,48 olarak belirlenmiştir. Bu durum çalışmaya katılan hemşirelerin normalden daha yüksek düzeyde düşük kişisel başarı hissi yaşadığını göstermiştir.

Hemşirelerin yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde; genel yaşam kalitesine yönelik algılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; Gülgün (2014), Erkıral (2014), Kıvanç (2016) ve Behlül' ün (2015) çalışmalarında da hemşirelerin yaşam kalitesi algılarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Kayhan'ın (2019) Yozgat Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesini belirlemeyi amaçlayan çalışmasında en yüksek ortalamaya sahip değişkenler sırasıyla psikolojik alan, sosyal alan, bedensel alan ve en düşük ortalamaya sahip değişkenin çevresel alan olduğu, Demirler ve diğerlerinin (2014), yönetici hemşirelerin yaşam kaliteleri ve iş yaşamı kalitelerinin belirlemesi amacıyla yaptıkları çalışmada en yüksek ortalamaya sahip değişkenler eşit puanla psikolojik alan ve sosyal alan iken; bedensel ve çevresel alan puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Kıvanç'ın (2016) çalışmasında ise sağlık çalışanlarının bedensel alan puan ortalaması en yüksek, çevresel alan puan ortalamasının ise en düşük olduğu, Behlül' ün (2015) çalışmasında da en yüksek ortalamaya sahip değişkenlerin sırasıyla çevresel alan, bedensel alan, ruhsal alan ve en düşük ortalamaya sahip değişkenin ise sosyal alan olduğu görülmüştür.

Algılanan yaşam kalitesi değişkenini oluşturan ifadelerden en yüksek ortalamaya sahip ifade 3,62 ortalama ile "Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz." ifadesi iken; en düşük ortalamaya sahip ifade ise 2,24 ortalama ile "Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?" ifadesi olmuştur. Hemşirelerin günlük uğraşlarını yürütebilmeleri için bir tedaviye ihtiyaç duyup duymamaları konusunda; hemşirelerin bu yönde çok fazla ihtiyaçları olduğunu

düşündüklerini ifade etmeleri, katılımcıların diğer yanıtları incelendiğinde bazı fiziksel problemlerin hemşireleri vasat düzeyde olumsuz yönde etkilediğini ve tıbbi tedaviye ihtiyaç duydukları söylenebilir. Hemşirelerin uyku durumlarından hoşnutluklarına bakıldığında ise; hemşirelerin nöbetler ve vardiyalı çalışma sistemlerinin zorluğu nedeniyle olumsuz bir sonuç saptandığı söylenebilir. Behlül'ün (2015) çalışmasında; hemşirelerin günlük uğraşlarını yürütebilmeleri için bir tedaviye ihtiyaç duyup duymamaları konusunda katılımcıların çoğunun fiziksel bakımdan etkilendiği ve tedaviye gereksinim duyduğu, uyku hoşnutluğu bakımından ise katılımcıların uykusundan hoşnut olanların sayısının çok olmadığı görülmüştür.

Literatürde COVID-19 pandemisinin, salgın ile mücadelede ön safta yer alan sağlık çalışanları üzerindeki ruhsal etkilerinin ölçüldüğü çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda sağlık personellerinin uzun mesai saatleri, enfeksiyonun kendilerine ve çevrelerine bulaş riski, salgına dair belirsizlikler, koruyucu ekipmanlarla çalışmanın zorlukları gibi nedenlerden ötürü ruh sağlıklarının olumsuz etkilendiği görülmüştür (Ataç vd., 2020).

COVID-19 pandemi sürecinde kaygı düzeyi açısından, hemşirelerin algı düzeylerinin genel ortalaması 3,58 seviyesindedir. Algılanan kaygı değişkenini oluşturan ifadelerden en yüksek ortalamaya sahip ifade 4,43 ortalama ile "Birlikte yaşadığım diğer kişilere bulaşmasından endişe ediyorum" ifadesi iken; en düşük ortalamaya sahip ifade ise 2,68 ortalama ile "Koruyucu tedbirler konusunda yeterince bilgilendirilmemiş olmaktan endişeliyim" ifadesi olmuştur. Bu sonucun ortaya çıkmasına, yakın temasla bulaşıcılığı çok yüksek olan COVID-19 enfeksiyonu ile enfekte veya COVID-19 şüpheli hastalarla temas ederek, hastalara birebir yakın mesafede hemşirelerin görevlerini icra etmelerinin neden olduğu söylenebilir.

Ayrıca her ifadenin ortalaması ayrı ayrı incelendiğinde yüksek ve çok yüksek düzeyde algılamalarla karşılaşılmaktadır. Bu sonuçlar ışığında katılımcıların COVID-19 pandemisine ilişkin kaygı düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonuç literatürde benzer çalışmalarla uyumludur. Sakaoğlu ve diğerlerinin (2020)'in COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının yaşadıkları kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; pandemi döneminde sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin sağlık çalışanları ile ilgili daha önceden yapılan kaygı çalışmalarına göre biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ataç ve diğerlerinin (2020) COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının anksiyete ve uykusuzluk düzeylerinin incelendiği çalışmalarında; sağlık personelinde topluma kıyasla yaygın kaygı bozukluğu ve uykusuzluğun sık görüldüğü, hemşire/ebe ve dış hekimlerinde kaygı belirtilerinin diğer mesleklerle kıyasla daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. İtalya'da yapılan bir çalışmaya göre COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının risk algısı ile kaygı seviyelerinin topluma göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Arpacıoğlu vd., 2021).

Araştırma hipotezlerinin test edilmesine yönelik olarak yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre;

Hemşirelerin yaşam kalitelerinin, kaygı ve tükenmişlik değişkenleri tarafından nasıl etkilendiğine yönelik yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; hemşirelerin kaygı algıları ve tükenmişlik algıları yaşam kalitelerini 0,275 düzeyinde açıklamaktadır. Tükenmişlik ve kaygı değişkenleri, katılımcıların yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir ($P < 0,05$). Bu sonuç "tükenmişlik algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler" H1 hipotezi ile "kaygı algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler" H2 hipotezlerinin desteklendiğini göstermektedir.

Hemşirelerin yaşam kalitelerinin, tükenmişlik değişkeninin alt boyutları tarafından nasıl etkilendiğine yönelik yapılan çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre hemşirelerin duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi algıları yaşam kalitelerini 0,281 düzeyinde açıklamaktadır. Bu sonuç "Duygusal Tükenme algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler" H1a hipotezi ile "Düşük Kişisel Başarı algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler" H1c hipotezlerinin desteklendiğini (kabul) göstermektedir. Duyarsızlaşma algıları ise yaşam kalitesini negatif yönde etkilememektedir ($P > 0,05$).

Bu sonuç “Duyarsızlaşma algısı yaşam kalitesini negatif yönde etkiler” H1b hipotezinin desteklenmediğini (ret) göstermektedir.

Bu değerler ışığında katılımcıların, tükenmişliğin alt boyutlarından olan duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi düzeylerindeki artışın yaşam kalitesini düşürücü etkiye sahip olduğu, duyarsızlaşma boyutundaki artışın ise yaşam kalitesine etki etmediği söylenebilir. Kavlu ve Pınar’ın (2009) acil servislerde çalışan hemşirelerde tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalarında; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arttıkça iş doyumunu ve yaşam kalitesinin azaldığı, kişisel başarısızlık arttıkça iş doyumunu ve yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tükenmişlik ve kaygının hemşirelerin yaşam kalitesi düzeylerini negatif yönde etkilediği, tükenmişliğin alt boyutları olan duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissini hemşirelerin yaşam kalitesi düzeylerini negatif yönde etkilediği ve tükenmişliğin alt boyutu olan duyarsızlaşmanın ise yaşam kalitesine etki etmediği saptanmıştır.

Araştırma sınırlılıklarının, araştırma sonuçlarını etkilemesi olasıdır. Elazığ’da sadece bir kamu hastanesinden ve sadece hemşirelerden verilerin toplanması genelleme imkânını daraltmıştır. Hastanenin hemşireler dışındaki diğer sağlık çalışanlarından, aynı ilde kamuya ait diğer sağlık kurumları, üniversite hastanesi ve özel hastaneler ile birden fazla ilde ve farklı sektörlerden (hizmet sektörü çalışanlarından asker, polis, bankacı, öğretmen vb.) geniş örneklem grubundan veriler toplanarak yapılacak çalışmalar, daha güçlü kanıtlara ulaşılmasını sağlamakla beraber, iller arası ve sektörler arası karşılaştırmalar yapabilmeye imkân tanıyacaktır.

Veri toplamak için ayrılan sürenin üç ayla sınırlı kalması, daha geniş bir örneklemeden veri toplamasına engel olmuştur. Daha uzun bir süre ayrılabilmesi halinde hem daha geniş hacimli örnekleme ulaşma hem de örnekleme hatası daha düşük ve isabet oranı daha yüksek bulgulara erişebilmek mümkün olacaktır.

Hemşirelerin, COVID-19 pandemi sürecinde yoğun iş yükü ve enfeksiyon bulaş riski nedeniyle veri toplama tekniği açısından veri toplama işlemi yalnızca anket yöntemiyle yapılabilmektedir. Bu durum, yüz yüze görüşme, gözlem gibi farklı veri toplama yöntemlerinin kullanılmasına engel olmuştur. Anket gibi nicel bir tekniğin nitel tekniklerle desteklendiği karma bir desenle yapılacak araştırmaların üreteceği bulguların, geçerlilik ve güvenilirlik açısından diğer bir ifadeyle özgünlük açısından çok daha sağlam temellere dayanacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarından genel hatlarıyla bahsettikten sonra kurum yöneticileri ve çalışanlarına sunulmakta olan öneriler şunlardır:

- Hemşireler, düzenlenen uyum eğitimi ile kurumun hedefleri, şartları, imkânları, çalışacağı bölümde yapacağı işler hakkında bilgilendirilerek iş gerçeği ile iş beklentileri arasındaki farktan dolayı oluşabilecek hayal kırıklıkları, engellenme gibi durumlara fırsat verilmeyerek tükenmişlik önlenir veya daha az düzeyde tükenmişlik yaşanabilir.
- Çalışanların stres düzeyini minimize etmek amacıyla, çalışanlara yönelik grup etkinlikleri ile moral ve motivasyonlarını artırıcı sosyal etkinlikler düzenlenebilir.
- Duygusal tükenmişlik değişkenini oluşturan ifadelerden; işgününün sonunda kendilerini bitkin hissetlerine dair ifadenin en yüksek puana sahip olması; fazla iş yükü ve sürekli stresli iş ortamında çalışmanın, özellikle COVID-19 pandemi sürecinde koruyucu ekipmanla çalışmanın getirdiği zorlukları ve enfeksiyon bulaş riskini de dikkate alacak olursak; hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini azaltmaya yönelik olarak; zor ve isteksiz yapılan görevlerin rotasyonla yapılmasının sağlanması, çalışanın gücünü zorlayan yapamayacağı görevlerin verilmemesi, çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi, çalışma saatleri içerisinde dinlenme için ara verilmesinin sağlanması, iş dağılımının eşit yapılması, iş yükünün

azaltılacağı faaliyetlerin planlanması, kişi başına düşen hasta sayısının azaltılması ve çalışma saatlerinin fazla uzun olmaması gibi çalışma şartlarında düzenlemelere gidilmelidir.

- Alınan kararlarda hemşirelerin de görüşleri alınarak, çalışma ortamında stres yaratan durumların belirlenip, çözüm bulunarak, örgütsel stres düzeyi düşürülmelidir,
- Belli aralıklarla çalışanların anketlerle tükenmişlik ve kaygı düzeylerini ölçmeye yönelik taramalar yapılmalıdır.
- Görevlerinin öznesi insan hayatı olan hemşirelerin iyi bir yaşam kalitesine sahip olmaları, tükenmişlik ve kaygının önlenmesi, verdikleri hizmetin kalitesini ve güvenilirliğini artırması bakımından, hemşirelerin yaşam kalitesini oluşturan alanların iyileştirilmesi, gerekmektedir.

Daha sonra yapılabilecek çalışmalarla ilgili öneriler ise şöyle sıralanabilir:

- Araştırma, sadece Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi'nde uygulanmıştır. Daha sonraki çalışmalar Elazığ ilindeki tüm hastaneler ile diğer illeri de kapsayan, daha geniş örneklem grubu seçilerek oluşturulabilir. Elde edilen sonuçlar, karşılaştırma yapılarak değerlendirilebilir.
- Aynı veya farklı illerde farklı sektör çalışanlarından veri toplanarak yapılacak olan çalışmalar ile sektörler arasında karşılaştırmalar yapılabilir.
- Veri toplama için daha fazla zaman ayrılarak daha farklı sonuçlar elde edilebilir.
- Veri toplama yöntemleri çeşitlendirilerek daha farklı sonuçlar elde edilebilir.
- Demografik değişkenler de analizlere dâhil edilerek daha zengin yorumlar ve çıkarımlar yapılabilir.
- Araştırma evreni sadece hemşirelerden oluşmaktadır. Daha sonraki çalışmalara sağlık çalışanlarının diğer meslek mensupları da dahil edilerek geniş örneklem grubu oluşturulabilir. Elde edilen sonuçlar, karşılaştırma yapılarak değerlendirilebilir.

Etik Kurul İzni: Fırat Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Tarih: 20.11.2020, Toplantı Sayısı: 24, Karar No: 7).

KAYNAKLAR

- Akkoç, S. B. (2020). *Örgütsel adaletin iş tatmini üzerine etkisi: Hakkâri ili merkez ilçesi devlet okullarında çalışan öğretmenler üzerinde bir araştırma* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Altay, B., Gönener, D., & Demirkıran, C. (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 10-16.
- Arpacıoğlu, M. S., Baltacı, Z. & Ünübol, B. (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Çukurova Medical Journal*, 46(1), 88-100.
- Ataç, Ö., Sezerol, M. A., Taşçı, Y., & Hayran, O. (2020). COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete belirtileri ve uykusuzluk. *Türk J Public Health*, 18(Special Issue), 47-57.
- Bayram, İ. V. (2020). *Öğretmenlerde mesleki doyum ve yaşam kalitesi ilişkisi: kadirli ilçesi örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Çağ Üniversitesi, Mersin
- Beğli, S. (2016). *Hafif ve orta derecede zihinsel engeli olan çocukların annelerinin yaşam kalitesinin incelenmesi kontrol grubu ile karşılaştırılarak yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

- Behlül, S. (2015). *Sağlık çalışanlarının iş doyumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi: İstanbul ili örneği* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- Çelik, H. (2020). *Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin ve problem çözme becerilerinin incelenmesi: Kadirli Devlet Hastanesi örneği* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Çağ Üniversitesi, Mersin.
- Çoktaş, F. (2020). *Sağlık çalışanlarında COVID-19 hastalığı ile ilgili risk faktörlerinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmış Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Demir, A. (2005). Hemşirelerin vardiya ile çalışmalarının anksiyete ve arteriyel kan basıncına etkisinin irdelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 40-54.
- Demir, Ö., & Narlıkaya, Z. (2020). COVID-19 salgını sürecinde muhasebe ve finans derslerini alan öğrencilerin uzaktan eğitime ilişkin tutumlarının araştırılması. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*, 7(60), 2894-2904.
- Demirler, S., Kutlu, A. K., & Baydur, H. (2014). Yönetici hemşirelerin yaşam kaliteleri ile çalışma yaşamı kalitelerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(2), 26-39.
- Düşükcan, M., Sezgin, E. E., & Kaya, E. (2019). Elazığ 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan sağlık çalışanlarında iş streslerinin işten ayrılma niyetine etkisi. *Journal of Academic Value Studies (JAVStudies)*, 5(3), 433-442.
- Elçikoca, G. (2018). *Sağlık sektörü çalışanlarının uyku kalitesinin tükenmişlik sendromuyla ilişkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. *VII. Ulusal Psikoloji Kongresi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Erkiral, C. (2014). *Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Gönültaş, T. (2017). *Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde çalışan hemşirelerde tükenmişlik sendromu ve iş doyumunun araştırılması* (Yayınlanmış Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Gülgün, F. E. (2014). *Hemşire ve ebelerde yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi örneği)* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Karahaliloğlu, N. (2013). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde tükenmişlik ve iş doyumunun incelenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kaya, N., Kaya, H., Ayık, E. S., & Uygur, E. (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 401-419.
- Kayhan, F. (2019). *Yozgat Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesinin belirlenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat.
- Kılıç, H. (2019). *Taksi sürücülerinde tükenmişlik sendromu ile öfke ve saldırganlık arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Kavlu, İ., & Pınar R. (2009). Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(6), 43-55.

- Kılıç, S. (2016). Cronbachs alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
- Kıvanç, Ç. (2016). *Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kocaman, N. K. (2018). *Hemşirelerde tükenmişlik, hasta güvenliği ve aralarındaki ilişki: bir hastane örneği* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Özkan, S. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi: WHOQOL-100 ve WHOQOLBFEF. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 7(2), 5-13.
- Özmen, Z. (2016). *Maslach Tükenmişlik Ölçeği açısından hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi: Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşireleri örneği* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Öztürk, H., Avan, H., & Nacar, D. (2018). Acil sağlık hizmetleri personelinin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi Kahramanmaraş ili örneği. *International Journal of Academic Value Studies*, 4(19), 304-310.
- Sakaoğlu, H. H., Orbatu, D., Emiroğlu, M., & Çakır, Ö. (2020). COVID-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi: Tepecik Hastanesi Örneği. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30(Ek Sayı), 1-9.
- Sezgin, E. E., & Düşükcan, M. (2020). Hemşirelerin öz yeterlik inanç düzeylerinin performansları üzerindeki etkisi: Elazığ ili örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(3), 1689-1702.
- Tavur, E. (2014). *Hemşirelerde tükenmişlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Ankara GAFT Eğitim Hastanesi cerrahi kliniklerinde bir uygulama* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Ankara.
- Tepe, S. (2018). *Aile işletmelerinde tükenmişlik sendromunun iş tatminine etkisi: Kütahya çini-seramik sanayinde bir uygulama* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Topcuoğlu, N. (2020). COVID-19 pandemi döneminde dış hekimliği uygulamaları. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 78-87.
- TTB (2020). *TTB ve TPD salgın döneminde sağlık çalışanlarının ruh sağlığı anketi*. (2020, Ekim 28) <https://ttb.org.tr/form/index.php/429384>
- Uzun, L. N. (2015). *Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: bir üniversite hastanesi örneği* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi, Düzce.
- Ünalın, D. (2005). *Tüberkülozlu hastalarda yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin demografik-sosyokültürel özellikler ve depresyonla ilişkisi* (Yayınlanmış Doktora Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri
- Yılmaz, E. (2016). *Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve duygusal emek davranışı ile ilişkisi* (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.

PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UZAKTAN İÇ DENETİM: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Ersin KORKMAZ *
Gülizar COŞKUN **

ÖZ

İç denetim her sektörde olduğu gibi sağlık sektörü için de önem arz etmektedir. Özellikle pandemi döneminde bu önemin daha çok arttığı söylenebilir. Çünkü pandemi sağlık sektöründe belirsizliği ve riskleri arttıran bir dönem olmuştur. Bu durum sağlık kuruluşlarında iç kontrol sisteminin etkinliğini değerlendiren iç denetimin rol ve sorumluluklarını ve iç denetçilerin işlerini yapma şekillerinin değişmesine neden olmuştur. Pandemi döneminde iç denetçiler iç denetim faaliyetlerini uzaktan çalışarak yürütmek zorunda kalmıştır. Bu zorunluluk ise uzaktan iç denetim kavramını ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada pandemi döneminde sağlık sektöründe uzaktan iç denetim faaliyetlerinin nasıl yürütüldüğü, ne tür sorunlarla karşılaştığı ve teknolojik altyapının uzaktan iç denetime uygun olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada nitel araştırma yönteminden yararlanılmıştır. Nitel araştırma desenlerinden ise Fenomenoloji (olgubilim) deseni kullanılmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden Sağlık Bakanlığı İç Denetim Birimi Başkanlığı'ndaki iç denetçilere uygulanmıştır. Araştırma sonucunda pandeminin getirdiği kısıtlar çerçevesinde uzaktan iç denetim faaliyetlerinin mevcut program dâhilinde geleneksel denetim anlayışıyla yürütülmeye çalışıldığı tespit edilmiştir. Yaşanan en büyük sıkıntının denetlenen birimle iletişim kurmak olduğu görülmüştür. İç denetim faaliyetlerinin başlatılması noktasında gecikmelerin yaşandığı ifade edilmiştir. Son olarak sağlık sektöründe kullanılan yönetim karar destek sistemleri ve yazılımların altyapısının iyi durumda olduğu ve yaygın olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Ancak iç denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesi noktasında bu teknolojik altyapının denetlenecek süreçleri de desteklemesi ve uzaktan denetime imkân verecek şekilde geliştirilmesinin gerektiği üzerinde durulan ana başlıklardır.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Uzaktan İç Denetim, Sağlık Sektörü

MAKALE HAKKINDA

*Doç. Dr., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ekorkmaz@erzincan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6787-5368>

**Yüksek Lisans Öğrencisi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, gulizarcoskun@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9069-5568>

Gönderim Tarihi: 16.12.2021

Kabul Tarihi: 03.10.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Korkmaz, E., & Coşkun, G. (2022). Pandemi döneminde sağlık sektöründe uzaktan iç denetim: nitel bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 761-774

REMOTE INTERNAL AUDIT IN THE HEALTH SECTOR DURING THE PANDEMIC PERIOD: A QUALITATIVE RESEARCH

Ersin KORKMAZ*
Gülizar COŞKUN**

ABSTRACT

Internal audit is also important for the health sector as it is in every sector. It can be said that this importance has increased especially during the pandemic period. Because the pandemic has been a period that increased uncertainty and risks in the health sector. This situation has led to a change in the role and responsibilities of internal audit, which evaluates the effectiveness of the internal control system in health institutions, and the way internal auditors, do their work. During the pandemic period, internal auditors had to carry out their internal audit activities by working remotely. This necessity has revealed the concept of remote internal auditing. In this study, it is aimed to determine how remote internal audit activities are carried out in the health sector during the pandemic period, what kind of problems are encountered and whether the technological infrastructure is suitable for remote internal audit. Qualitative research method was used in the research. Phenomenology (phenomenology) design was used as one of the qualitative research designs. A semi-structured interview form was used to collect data in the study. The interview form was applied to the internal auditors in the Internal Audit Unit of the Ministry of Health, who agreed to participate in the research voluntarily. As a result of the research, it has been determined that within the framework of the limitations brought by the pandemic, remote internal audit activities are tried to be carried out with a traditional audit approach within the current program. It has been seen that the biggest problem experienced is communicating with the audited unit. It has been stated that there are delays in starting the internal audit activities. Finally, it has been determined that the infrastructure of management decision support systems and software used in the health sector is in good condition and is widely used. However, the main topics emphasized are that this technological infrastructure should support the processes to be audited and that it should be developed to allow remote auditing in order to carry out the internal audit activities remotely.

Keywords: Pandemic, Remote Internal Audit, Health Sector

ARTICLE INFO

*Assoc. Prof., Erzincan Binali Yıldırım University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, ekorkmaz@erzincan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6787-5368>

**Erzincan Binali Yıldırım University, Department of Health Management, gulizarcoskun@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9069-5568>

Received: ...

Accepted: ...

Cite This Paper:

Korkmaz, E., & Coşkun, G. (2022). Pandemi döneminde sağlık sektöründe uzaktan iç denetim: nitel bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 761-774

I. GİRİŞ

Covid-19, Çin'in Wuhan şehrinde 2019 yılının Aralık ayında ortaya çıkan, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 yılının Mart ayında pandemi olarak ilan edilen ve çok kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına alan bir salgın haline gelmiştir. Türkiye'de de ilk vaka tespit edilir edilmez, sağlık, eğitim, ulaşım ve turizm gibi hemen hemen tüm alanlarda salgınla mücadele edebilmek için çeşitli önlemler alınmıştır. Alınan bu tedbirlerin özellikle sağlık sektörü için pandeminin getirdiği belirsizlikleri, riskleri ve aşırı iş yükünü hafifletmek ve yönetebilmek adına oldukça faydalı olduğu söylenebilir. Ayrıca salgın etkisinin en çok hissedildiği sektörlerin başında sağlık sektörünün gelmesi, bu sektörde faaliyet gösteren kurumlarda faaliyetlerin sürdürülebilir olması, iç kontrol sistemlerinin etkin bir şekilde çalıştırılması ve denetim mekanizmalarından aktif olarak güvence ve danışmanlık hizmetinin alınması gibi konuların önemini artırmıştır. Pandemi döneminde bu konulardan beklenen katma değer elde edilebilmesi, uzaktan çalışma yönteminin uygulandığı dönemlerde kullanıcıların bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanabilme ve bu teknolojilerin ürettiği veriyi analiz ederek yorumlayabilme kabiliyetlerine ve kurumların teknolojik alt yapılarına bağlıdır.

Gerek kamu gerekse özel sektör işletmeleri hizmetlerinde veya işlerinde kesintiye uğramamak için hızlı bir şekilde bilgi ve iletişim teknolojisi alanlarında yaşanan gelişmeleri araştırıp, kullanabilecekleri dijital ürünleri süreçlerine dâhil ederek, pandeminin getirdiği şartlara göre yeni hizmet sunma veya iş yapış şekillerini hayata geçirmişleridir. İç denetim mesleği de yaşanan bu değişim ve dönüşümden en çok etkilenmesi beklenen meslekler arasında yer almaktadır. Covid-19 salgınının kurumlarda yarattığı kriz durumunun etkili bir şekilde yönetilebilmesi, yönetimin önemli bir parçası olan ve kurumsal bilgi ve yetkinlik açısından diğer çalışanlara göre daha çok tecrübeye sahip olabilecek iç denetçilerin rol ve sorumluluklarını yerine getirmesine bağlıdır. Dolayısıyla iç denetçiler, uzaktan çalışma dönemlerinde kendilerinden beklenilene verebilmek adına, denetim faaliyetlerini uzaktan denetim şeklinde teknolojik imkânları da zorlayarak yürütmeye çalışmaları gerekir. Bu kapsamda Uluslararası İç Denetçiler Enstitüsü (IIA) tarafından yapılan bir araştırmada iç denetçilerin büyük bir kısmı denetim faaliyetlerini uzaktan yürüttüklerini ifade etmiştir. Bu sonuç olağanüstü dönemlere, iç denetçilerin çok hızlı bir şekilde uyum sağlayabildiği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca denetim sürecinin önemli aktörlerinden biri olan denetlenen kurum üst yönetimi de pandemi şartları altında yürütülen uzaktan denetim faaliyetlerinde etkinliği ve verimliliği artırabilmek için gerekli desteği vermesi gerekir. Özellikle sağlık sektöründe bu desteğin sağlanması ve teknolojik altyapının uzaktan denetimi destekleyecek şekilde kurulması pandemi döneminde ve sonraki dönemlerde yaşanabilecek olağanüstü durumlara karşı hazırlıklı olunmasını ve en az hasar ile süreçlerin atlatılmasını sağlayacaktır.

Ulusal ve uluslararası literatürde pandemi döneminde uzaktan iç denetimi doğrudan veya dolaylı olarak konu edinen çalışmalara bakıldığında, Karayaka (2020)'nin denetim eğitimlerini incelediği, Ağdeniz ve Çetin (2021)'in üniversiteler özelinde uzaktan iç denetim ve sınırlılıkları üzerinde çalıştığı, Görmen (2021)'in kamuda kurumlarında iç denetimin rolünü incelediği, Kardeş Selimoğlu ve Saldı (2021)'nin sürdürülebilirlik ve iç denetimin değişen rotası konularını ele aldığı, Serag ve Daoud (2021) tarafından yapılan çalışmada iç denetimin değişen rolünün değerlendirildiği, Martinelli vd. (2020)'nin pandeminin iç denetime etkisini incelediği, Beale (2021)'nin pandemi sonrası iç denetimin alacağı roller üzerinde durduğu ve Eulerich vd. (2021)'nin uzaktan çalışma döneminde iç denetçilerin etkinliği konusuna değindiği gibi çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışma ile pandemi döneminde sağlık sektöründe uzaktan iç denetim faaliyetlerinin nasıl yürütüldüğü, ne tür sorunlarla karşılaşıldığı ve sağlık sektöründe teknolojik altyapının uzaktan iç denetime uygun olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmanın kavramsal çerçevesi başlığı altında uzaktan iç denetim kavramı ele alınmıştır. Uygulama bölümünde ise Sağlık Bakanlığı İç Denetim Birimi Başkanlığı'nda çalışan iç denetçiler ile pandemi döneminde yürütülen uzaktan iç denetim faaliyetleri üzerine yapılan nitel araştırmanın bulguları değerlendirilerek önerilerde bulunulmuştur.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Teknolojinin çok hızlı bir şekilde gelişmesi her alanda olduğu gibi denetim alanında da yeni yaklaşımların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Özellikle Covid-19 salgınının ortaya çıkmasıyla birlikte hemen hemen tüm dünyada gerek günlük hayatı gerekse iş hayatını önemli ölçüde etkileyen çeşitli kısıtlamalara gidilmiştir. Bu kısıtlamaların neticesinde ise her alanda olduğu gibi iç denetim alanında da teknolojinin odak noktasını oluşturduğu yeni bir sürece girilmiştir. Bu süreçte yüz yüze denetim yerini hızlı bir şekilde uzaktan denetim modeline bırakmak zorunda kalmıştır. Pandemi döneminde alınan önlemler dikkate alındığında, uzaktan denetim iyi alternatif olarak değerlendirilebilir (Litzenberg ve Ramirez, 2020).

Uzaktan denetim, genel olarak bilgi teknolojisi ürünlerinin kullanımı ile denetim faaliyetlerinin dijital ortamda yürütülmesini öngören bir denetim modelidir. Bir başka ifadeyle, fiziki olarak bir arada bulunmayı gerektirmeden, finansal verilerin ve iç kontrollerin doğruluğunu değerlendirmek, elektronik kanıt toplamak ve raporlamak üzere denetlenen kurum ile etkileşim kurmak amacıyla bilgi ve iletişim teknolojilerinin veri analitiği ile birleştirildiği bir süreçtir (Teeter ve Vasarhelyi, 2011). ISO 19011 standardına göre, uzaktan denetim, pandemi dönemi gibi dönemlerde yüz yüze denetim yöntemlerinin uygulanmasının mümkün olmadığı durumlarda, bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak kanıt toplanması ve denetlenen kurum ile iletişim kurulmasını sağlayan denetim şekli olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımda ise, denetçilerin finansal verileri ve iç kontrolleri uzaktan değerlendirerek yönetimin doğru bilgileri sunup sunmadığını incelemek ve raporlamaktır. Bu sonuçlara ulaşırken de denetçi bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanılır (Karakoç ve Gündüz, 2021). Verilen tanımlarda da görüldüğü üzere, bilgi ve iletişim teknolojilerinin uzaktan denetimin temel yapı taşı oluşturduğu söylenebilir. Söz konusu bilgi ve iletişim teknolojilerinden öne çıkanları; yapay zeka, nesnelerin interneti, büyük veri, sürekli denetim, denetim 4.0 ve çevik denetim şeklinde sıralamak mümkündür (Ağdeniz ve Çetin, 2021). Bu teknoloji ürünlerinin gelişimi ve kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte, denetim faaliyetlerinin dijital ortamlarda yürütülebilmesi sağlanmaktadır. Aynı zamanda etkin ve verimli bir uzaktan denetimin yapılabilmesine olanak sağlayacak teknoloji tabanlı denetim modellerinin de gelişimini hızlandırdığı söylenebilir. Burada ifade edilmesi gereken bir husus ise, uzaktan denetimin geleneksel denetim süreçlerinden tamamen farklı veya bağımsız bir denetim modelini ön görmediğinin vurgulanmasıdır. Denetimin planlanması yürütülmesi ve raporlanması aşamaları icra edilirken geleneksel denetimden farklı olarak uzaktan denetimde, bu aşamalarda yapılması gereken işlemler bilgi ve iletişim teknolojileri araçları kullanılarak yapılmaktadır.

Covid-19 salgını ile birlikte birçok kurum uzaktan iç denetim yöntemini uygulamak zorunda kalmıştır. Bu süreçte danışmanlık ve güvence faaliyetlerinden beklenen faydanın sağlanabilmesinde iç denetçilerin denetim faaliyetlerinde bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanabilmeleri büyük önem taşımaktadır. Diğer bir ifadeyle, iç denetim mesleğinin ve iç denetçilerin çalışma alanlarıyla ilgili teknolojik değişimlere hızlı bir şekilde uyum sağlamaları gerekir. Bu kapsamda IIA tarafından yapılan bir araştırmada katılımcıların %69'u bilgi teknolojilerini denetim planlarına dâhil ettiği tespit edilmiştir (Kretchmar, 2020). Teknoloji tabanlı yürütülen uzaktan denetim faaliyetlerinde asıl beklenen konu danışmanlık ve güvence faaliyetlerinin anlık olarak gerçekleştirilmesidir. Eğer bu durum sağlanabiliyor ise, uzaktan denetimin tam anlamıyla amacına uygun olarak yapıldığından söz edilebilir. Covid-19 salgınıyla beraber gündeme gelen uzaktan çalışma iç denetim modeli, teknoloji kullanımını zorunlu kılmakla birlikte, uzaktan denetim kapsamında denetim faaliyetlerini yerinde uzaktan denetim ve kurum dışı uzaktan denetim şeklinde iki farklı şekilde yürütülmesini sağlamaktadır. Yerinde uzaktan denetim de denetçi fiziki olarak iş yerinde olabilir ancak denetlenen birim personeli fiziki olarak kurum dışındadır. Kurum dışı uzaktan denetimde ise, hem denetçi hem denetlenen kurum personeli fiziki olarak kurum dışındadır. Her iki durumda da önem taşıyan konuların başında birincisi kullanılabilir teknolojiler ikincisi ise, bu teknolojilerin gerek iç denetçiler gerekse denetlenen birim personeli tarafından kullanılabilirliği gelmektedir (Ağdeniz ve Çetin, 2021).

Pandemi sürecinde yaşanan belirsizlik, gerek kamu gerekse özel sektörde faaliyetleri zaman zaman durma noktasına getirmiş ve cevap aranması gereken birçok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu

sorunlar ise, kurumların güven kazanması için önem arz eden finansal veriler, risk yönetimi, kurumsal yönetim ve iç kontrol üzerinde yoğunlaşmıştır. Pandemi sürecinde bu tür sorunların artması uzaktan denetimin sorumluluğunu daha çok artırmıştır (Karakaya, 2019). Özellikle pandeminin getirdiği tüm yükü taşıyan sağlık sektöründe uzaktan denetim, sağlık kuruluşlarının pusulası konumuna gelerek denetlenen kurumların beklentisini artırmıştır (Parlak, 2020). Bir başka ifadeyle, gerek pandemi döneminde gerekse pandemi sonrası yeni normal dönemde uzaktan denetim kavramı daha çok önem kazanarak yeni düzenin değişmez bir parçası haline gelmiştir veya gelecektir (Atakan, 2021). Dolayısıyla her geçen gün kapsamı ve önemi artan uzaktan denetimden beklenen katma değer elde edilebilmesi ve uygulayıcılara yol gösterebilmesi için bu alandaki ilgili meslek örgütlerinin ve yetkililerin hızlı bir şekilde araştırma yapmaları ve mevzuatsal konularda yaşanan sorunlarla ilgili gerekli adımları atmaları gerekir. Bu bağlamda yapılan bazı çalışmalara ve düzenlemelere, ISO 19011 standardında, IIA tarafından yapılan araştırmalarda ve T.C. Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi'nin yayınladığı Bilgi Güvenliği ve İletişim Rehberi'nde yer verildiği görülmektedir.

ISO 19011:2018 Ek A-1'de ifade edilen denetim türleri arasında uzaktan denetim de yer almaktadır. 2020 yılında söz konusu standartta uzaktan denetimin nasıl yürütüleceğine yönelik bir rehber eklenmiştir. Bu rehberde pandemi döneminin yaratmış olduğu kısıtlamalar nedeniyle uzaktan denetimin kurumlar için en iyi seçenekler arasında değerlendirildiği ifade edilmektedir. Ayrıca rehberde denetçiler, açılış ve kapanış toplantıları, denetimin planlanması, yürütülmesi ve raporlanması gibi denetim faaliyetlerini uzaktan gerçekleştirirken, telefon video konferans, drone, asenkron bilgi ve belge paylaşımına imkân veren dijital ürünleri kullanabilecekleri başlıca araçlar olarak sıralamıştır (ISO & IAF, 2020). IIA ise, salgının iç denetimin üzerine etkilerini ve yeni normalde uzun vadede iç denetimin ne yönde evrilmesi gerektiğine yönelik araştırmalar yaparak çeşitli raporlar yayınlamıştır (IIA, 2021). Son olarak T.C. Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi tarafından 2020 yılının Temmuz ayında yayınlanan Bilgi Güvenliği ve İletişim Rehberi'nde her ne kadar uzaktan denetimle ilgili doğrudan bilgi verilmemiş olsa da uzaktan çalışma esnasında dikkat edilmesi gereken hususlar ve alınacak tedbirler hakkında detaylı bir açıklamaya yer verildiği görülmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi, 2020).

Covid-19 salgınıyla birlikte hayatın her alanında birçok kısıtlama olmuştur. Bu kısıtlamalar da bazı işlerin yapılış şeklini tamamen bazılarınınkini ise kısmen değişmesine yol açmıştır. Yaşanan bu değişiklikler beraberinde fırsatları, tehditleri, avantajları veya dezavantajları doğurmuştur. Bu kapsamda iç denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesinin denetçiye ve denetlenen kuruma sağladığı avantajlar genel olarak aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Kardeş Selimoğlu ve Saldı, 2021):

- Seyahat masraflarının azalmasını sağlayabilir.
- Zaman tasarrufu sağlayabilir.
- Esnek çalışma imkânı sunabilir.
- Daha az kaynak tüketimi söz konusu olabilir
- Denetim faaliyetlerinin dijital ortamda yapılması denetçilerin teknolojiye hâkimiyetini ve kullanım biçimini geliştirebilir.
- Denetim faaliyetinin kapsamı daha geniş tutulabilir.
- Raporlama süresini kısaltabilir.
- Belgelendirme ve raporlama daha etkin ve verimli yapılabilir.

Uzaktan denetimin yukarıda sayılan bu avantajlarının yanı sıra iç denetçilerin uzaktan denetim esnasında dikkat etmesi gereken bazı önemli riskleri de söz konusudur. Bu risklerin başında veri riski, siber güvenlik riski ve iletişim riski gibi riskler gelmektedir (Ağdeniz ve Çetin, 2021). Bunlara ek olarak iş sürekliliği planlaması, çalışan mutluluğu, tedarik zinciri etkinliği, itibar koruma, maliyet yönetimi ve mevzuata uyum gibi konularda pandemi döneminde kurumları en çok zorlayabilecek konular arasında sayılmaktadır (Ernst&Young, 2020).

Bilindiği üzere uzaktan denetim sürecinde veri, bilgi ve iletişim teknolojisi ürünleri ile elde edilmektedir. Dolayısıyla iç denetçinin dikkat etmesi gereken en önemli konulardan biri elde edilen verinin güvenilirliği ve kalitesidir. Gartner Inc. tarafından yapılan bir çalışmada düşük veri kalitesinin

15 milyon dolar finansal kayba yol açacağı ifade edilmiştir (Fridman vd., 2019). Burada ifade edilmesi gereken diğer bir husus ise, verinin güvenliği konusudur. Pandemi döneminde birçok işte olduğu gibi uzaktan denetimde de veriler genelde Whatsapp, Zoom, Skype, Google Meet ve Microsoft Teams gibi video konferans programları kullanılarak elde edilmiştir. Bu veriler elde edilirken veya kullanılırken kişisel verilerin korunması kanunu kapsamındaki düzenlemelere göre hareket edilmesi gerekir.

Uzaktan denetimde kullanılan bilgi ve iletişim teknolojilerinden kaynaklı ortaya çıkabilecek siber güvenlik riskleri de öncelikli riskler grubunda yer almaktadır. Ernst&Young (EY) tarafından 2020 yılında küresel salgının iç denetimi nasıl değiştirdiğini konu edinen bir araştırmada iç denetçiler pandemi döneminde kurumları en çok sıkıntıya sokan faktörleri iş sürekliliği planlamasının eksikliği, çalışan mutluluğunun korunması, kriz yönetimi ve siber güvenlik faaliyetleri olarak değerlendirmişlerdir (Ernst&Young, 2020).

Özellikle pandemi gibi olağanüstü dönemlerde uzaktan yürütülen işlerde önemi daha çok artan konulardan biri de iletişimidir. İç denetçiler bu gibi dönemlerde denetim faaliyetini yürütürken gerek kendi aralarında gerekse denetlenen birimle herhangi bir yanlış anlamaya veya anlaşılmaya mahal vermemek için tüm iletişim kanallarını etkin bir şekilde kullanarak iletişim riskini asgari seviyede tutmalıdırlar.

III. METODOLOJİ

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, pandemi döneminde sağlık sektöründe uzaktan iç denetim faaliyetlerinin nasıl yürütüldüğü, ne tür sorunlarla karşılaşıldığı ve sağlık sektöründe teknolojik alt yapının uzaktan iç denetime uygun olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

3.2. Araştırmanın Yöntemi ve Kapsamı

Bu araştırmada, elde edilecek verilerin daha etkin bir şekilde değerlendirilmesi ve verilerin birebir katılımcının kendisinden alınması amacıyla nitel araştırma yönteminden yararlanılmıştır. Nitel araştırma desenlerinden ise Fenomenoloji (olgubilim) deseni kullanılmıştır. Fenomenoloji deseni, varlığı bilinen veya aşına olunan fakat detayları bilinmeyen olguların, durumların, kavramların incelendiği araştırmalarda çoğunlukla tercih edilen bir desendir (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Araştırmada verilerin toplanmasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, iç denetçilerin demografik bilgilerini belirlemeye yönelik sorular ikinci bölümde ise, çalışmanın amacı doğrultusunda hazırlanan 4 soru yer almaktadır. Araştırma soruları hazırlanırken önemli bir kısmı Ağdeniz ve Çetin (2021)'in çalışmasından yararlanılmıştır. Bu kapsamda iç denetçilere yöneltilen sorular aşağıda verilmiştir.

Soru 1: Pandemi döneminde denetim programınızda bir değişiklik yaptınız mı? (devam/iptal/erteleme/değiştirme)

Soru 2: Pandemi döneminde denetim faaliyetine ne şekilde devam ettiniz?

- Denetim biriminin kendi içindeki iletişimi ne şekilde devam ettirildi?
- Denetlenen birim ile iletişim ne şekilde sağlandı?
- Saha çalışması ne şekilde gerçekleştirildi?
- Kullanılan teknolojiler neler?
- Üst yönetimin yaklaşımı nasıldı?
- Denetim raporlarında salgına ilişkin bilgi verildi mi?

Soru 3: Pandemi döneminde karşılaştığımız zorluklar nelerdir? (Lütfen aşağıdaki seçenekleri dikkate alarak cevap veriniz.)

- İletişimde yaşanan sıkıntılar
- Veri güvenliği riski
- Siber riskler
- Düzenlemelerin belirsizliği/mevcut olmaması
- İç denetçilerin donanım riskleri

Soru 4: Genel olarak sağlık sektörünün teknolojik alt yapısı denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesine imkân vermekte midir? (Lütfen mümkün olduğunca gerekçeleriyle birlikte açıklayınız.)

Çalışma grubu Sağlık Bakanlığı İç Denetim Birimi Başkanlığında çalışan 27 iç denetçi olarak belirlenmiştir. Tüm katılımcılara yarı yapılandırılmış görüşme formu mail olarak gönderilmiştir. Ayrıca katılımcılar telefonla aranarak çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Çalışmanın veri toplama süreci 2021 yılının Nisan ayında yapılmıştır. Bu süre sonunda 10 iç denetçiden geçerli geri dönüş alınabilmektedir. Nitel araştırmalarda örneklemin büyüklüğü ve temsil gücünden ziyade elde edilen verilerin doygunluğu ve görüşmeler sonrası elde edilen verilerin tekrar etmeye başlaması önemsenmekte ve veriler tekrar etmeye başladığı anda çalışma sona erdirilmektedir (Creswell, 2013). Ayrıca olgubilim araştırmalarında katılımcı sayısının 5-25 arasında olması ideal görülmektedir (Polkinghorne, 1989). Bu kapsamda çalışmada elde edilen geri dönüş sayısının bu aralıkta olduğu görülmektedir. Çalışmada görüşme yöntemi kullanıldığı için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nun 31/03/2021 tarihli ve 04/15 protokol nolu toplantısında etik kurul izin belgesi alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Araştırmada, bulguların tutarlı ve anlamlı olması, görüşmecilerin samimi bir şekilde cevap vermeleri, elde edilen verilerin kavramsal yapı ile uyumlu olması, elde edilen bulguların araştırmacı tarafından kayıt altına alınması ile çalışmanın geçerliği sağlanmıştır. Araştırmanın güvenirliliği ise, araştırmacının araştırmaya gönüllü olarak katılan her bir kişiye aynı soruyu aynı şekilde aynı sözcüklerle sorması, iki farklı araştırmacının aynı paragrafı aynı şekilde kodlaması, yazıya aktarım kısmında herhangi bir sorun yaşanmaması, sonuçların ortaya konan verilerle açık bir biçimde ilişkilendirilmesi, elde edilen verilerinin başka kişiler tarafından incelenebilecek şekilde saklanmış olması ve verilerin araştırma sorularının gerektirdiği biçimde ayrıntılı bir şekilde toplanması ile sağlanmıştır (Türnüklü, 2000; Yıldırım ve Şimşek, 2011).

IV. BULGULAR

Araştırmanın bu kısmında iç denetçilere yöneltilen sorulara ilişkin bulgular başlıklar altında değerlendirilmiştir. İlk olarak katılımcılara ilişkin demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler

Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Düzeyi	Mesleki Tecrübe (Yıl)
K1	Erkek	55	Lisans	30
K2	Erkek	46	Lisans	15
K3	Kadın	42	Doktora	19
K4	Erkek	56	Y. Lisans	12
K5	Erkek	40	Y. Lisans	8
K6	Erkek	40	Lisans	16
K7	Erkek	43	Y. Lisans	20
K8	Erkek	63	Lisans	35
K9	Erkek	40	Doktora	17
K10	Kadın	39	Lisans	7

Tablo 1 de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan katılımcıların 2'si kadın 8'i erkek olup, 4 kişi 40 ve altı yaş, 3 kişi 41-50 yaş ve 3 kişi de 51 ve üzeri yaş aralığındadır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde katılımcılardan 5'i lisans, 3'ü yüksek lisans ve 2'si doktora mezunudur. Son olarak katılımcıların mesleki tecrübelerine bakıldığında, 4'ü 15 ve altı yıl, 5'i 16-30 yıl ve 1'i de 31 ve üzeri yıl aralığında mesleki tecrübeye sahip oldukları görülmektedir.

Alan araştırması kapsamında görüşmelerde katılımcılara yöneltilen sorular ve katılımcıların bu sorulara verdikleri cevaplar aşağıda 4 başlık altında ayrıntılı olarak sunulmuştur.

4.1. Pandemi Döneminde İç Denetim Faaliyetleri Sürekliliği

Pandemi döneminde denetim programlarında iptal, erteleme veya revizyon gibi bir değişiklik yapıp yapılmadığını belirlemeye yönelik sorular sorulara verilen cevaplar incelendiğinde, katılımcıların 7'si pandemi döneminde denetim programlarında herhangi bir iptal, erteleme veya revizyon yapılmayarak mevcut program dahilinde denetim faaliyetlerinin yapıldığını belirtmiştir. Geriye kalan 3 katılımcıdan 2'si salgın döneminde denetim programlarında sadece revizyon yapıldığını, 1'i de revizyonla birlikte ertelemelerinde olduğunu ifade etmiştir.

K7: Salgı döneminde denetim programımızda öncelikli denetim alanları tekrar gözden geçirilerek bu alanlarda kısmi değişiklikler yapılmıştır.

K5: Dönem başında performans ve sistem denetimini kapsayan bir denetim planı hazırlamış fakat pandemi nedeniyle temmuz ayı gibi denetim planı sadece sistem denetimini kapsayacak şekilde revize edilerek denetim faaliyetleri tamamlanmıştır.

K10: Pandemi sürecinde yaşanan problemler nedeniyle (üst yönetici imzası gecikmesi, sağlık kuruluşlarının pandemiden çok etkilenen yerler olması vs.) denetim planında değişiklik ve denetimin başlama tarihinde sarkmalar yaşanmıştır.

4.2. Pandemi Döneminde İç Denetim Faaliyetleri

Pandemi döneminde devam eden denetim faaliyetlerinin ne şekilde devam ettirildiği sorusuna katılımcılar, bu dönemde denetim faaliyetlerini pandemi koşullarından kaynaklanan tedbirlere de uymak koşuluyla genel olarak rutin denetim yöntemleriyle gerçekleştirdiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca K3 ve K5 kodlu katılımcı gerekli görülen hallerde uzaktan ve yerinde denetimin birlikte uygulandığını, denetim sayısı ve içeriklerinde sadeleştirme yapılarak denetim faaliyetlerinin tamamlanmaya çalışıldığı belirtmiştir.

K3: Pandemi döneminde uzaktan ve yerinde denetim bir arada uygulanarak denetim faaliyetleri yürütülmeye çalışılmıştır.

K5: Salgın döneminde programda aksamalar olduğu için yapılacak denetim sayısı ve içerikleri sadeleştirilerek denetim faaliyetleri devam ettirmeye çalışılmıştır.

Pandemi döneminde katılımcılar kendi içlerinde ve denetlenen birim ile aralarındaki iletişimi sağlamak için esnek mesai koşulları altında çoğunlukla kurumsal e-mail, telefon, Zoom, Whatsapp gibi bilgi ve iletişim araçlarını kullandıkları tespit edilmiştir. Ancak gerekli görülen hallerde gerek kendi aralarında gerekse denetlenen birim ile katılımcı sayısını asgariye indirerek yüz yüze görüşmelerin veya toplantıların yapıldığı belirlenmiştir.

K2: Pandemi döneminde yapılması gerekli olan toplantı ve görüşmeler için niteliğini etkilemeyecek şekilde sınırlı katılımcı ile yüz yüze yapılmaya çalışılmıştır.

K5: Açılış ve kapanış toplantıları, saha çalışmaları için denetlenen birim ile daha çok telefon ve mesajlaşma ile iletişim sağlanmıştır. Ancak bazı durumlarda iç denetçinin inisiyatifi ve denetlenen birimin de uygun görmesiyle yüz yüze görüşmelerde pandemi şartlarına uyarak gerçekleştirilmiştir.

Katılımcılar pandemi döneminde saha çalışmalarının hemen hemen tamamında bilgi toplama ve evrak inceleme gibi faaliyetleri, Zoom, Google meet, e-mail, EBYS ve bakanlığın kullandığı elektronik sistemler gibi çeşitli bilgi teknolojisi ürünleri yardımıyla uzaktan yürüttükleri belirlenmiştir. Saha çalışmalarında gerek pandemi koşullarına gerekse iç denetim mevzuatına uyum noktasında azami özenin gösterildiği ve işin niteliğine göre denetlenen birimde tek kişilik odalar oluşturularak saha çalışmasının yapıldığı ifade edilmiştir. Son olarak pandemi sürecinde denetlenen birim çalışanlarına daha fazla inisiyatif tanındığı tespit edilen diğer bir husustur.

K1: Denetlenen birimin personeline daha fazla inisiyatif verildi.

K4: Pandemi sürecinde gerekli durumlardan ilgili birimde tek kişilik oda oluşturularak çalışmalar yürütülmüştür.

Pandemi sürecinde denetlenen birimlerde üst yönetimin yaklaşımını belirlemeye yönelik soruya katılımcıların tamamının cevabı olumlu olduğu, iç denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesinin zorunlu olduğu zamanlarda gerekli kolaylık ve desteğin sağlandığı tespit edilmiştir. Ancak sınırlı da olsa pandemi koşullarından kaynaklı olarak direkt üst yöneticilerle iletişimin sağlanamadığı daire başkanlıkları düzeyinde faaliyetlerin yürütüldüğü ve üst yönetimin yeterince denetim süreçlerine zaman ayıramadığına dikkat çekilmiştir.

K4: Pandemi süreci kapsamında aşırı yoğunluk olduğu için üst yönetici ile fazlaca iletişime geçilemedi. Ancak daire başkanları ile iyi iletişim kurulmuştur. Ayrıca üst yönetim genel anlamda olumlu ve ılımlı yaklaşımlarda bulunmuştur.

K9: Üst yönetim pandemi süreciyle mücadele ettiklerinden denetim sürecine gerektiği ölçüde yoğunlaşamadılar.

Pandemi döneminde, denetim raporlarında iç denetim faaliyetleri yürütülürken salgın kaynaklı yaşanan sıkıntı ve sınırlamalarla ilgili bir bilgiye yer verilip verilmediğini tespit etmeye yönelik soruya K7 kodlu katılımcı dışında diğer tüm katılımcılar evet cevabını vermiştir. Raporlarda salgının denetim sürecinin ana fonksiyonlarını olumsuz etkilediği, gecikme ve aksamalara yol açtığı, salgının önemli bir denetim kısıtı olarak vurgulandığı ve gerekli önlemlerin alınması yönünde tavsiyelerde bulunduğu şeklinde ifadelere yer verildiği görülmüştür.

4.3. Uzaktan Denetim Döneminde Karşılaşılan Zorluklar

Pandemi döneminde uzaktan iç denetim faaliyetleri yürütülürken karşılaşılan zorlukların neler olduğunu belirlemeye yönelik soruya katılımcıların verdikleri cevaplar aşağıda kategorilere ayrılarak sunulmuştur.

Katılımcıların tamamı tarafından zaman zaman kendi aralarında sık sıkta denetlenen birim ile iletişim kurma noktasında sorunların yaşandığı ifade edilmiştir. Bu durum da istenilen bilgi veya belgeleri zamanında elde edememe ve denetim programlarında sarkmaların yaşanmasına neden olmuştur. Özellikle esnek çalışmanın uygulanması, sağlık çalışanlarının filyasyonda görevlendirilmesi ve sağlık çalışanlarında Covid-19 hastalığının görülme oranının toplum genelinden yüksek olması denetimi yapılan birimlerde iletişimi ve denetim çalışmalarını güçleştirmiştir. Ayrıca teknolojik uygulamaların kurulum ve kullanımı gibi işlemlerin iletişim üzerinde çok fazla olumsuzluk yaratmadığı belirlenmiştir.

Pandemi sürecinde birçok bilgi ve belge dijital ortamda gönderildiği için K3 ve K7 kodlu katılımcılar veri güvenliği riskinin yaşandığını diğer katılımcılar ise, böyle bir durumla karşılaşmadığını ifade etmiştir.

K3: Çalışanlara zaman zaman fazla inisiyatifin verilmesi ve dijital uygulamalar veri güvenliği riskini doğurmaktadır.

K7: Birçok bilgi ve belge dijital ortamda gönderildiği için veri güvenliği riski oluşmuştur.

Ayrıca tüm katılımcılar pandemi sürecinde belirsizlik, karmaşıklık ve risklerin sık sık değişkenlik göstermesi gibi nedenler, düzenlemelerde belirsizlik veya gecikmelere neden olduğunu ve bu durumda iç denetim faaliyetlerinin yürütülmesinde zorluklara yol açtığını belirtmiştir. Diğer bir husus, bu süreçte uzaktan iç denetim faaliyetlerinde siber risklerle karşılaşmadığı gözlemlenmiştir. Son olarak pandemi döneminde katılımcıların uzaktan denetim faaliyetlerini yürütürken kullandıkları dijital sistemlerle ilgili donanımsal bir riske mazur kalmadıkları tespit edilmiştir.

4.4. Sağlık Sektöründe Teknolojik Alt Yapı ve Uzaktan İç Denetim

Genel olarak sağlık sektörünün teknolojik altyapısı iç denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesine imkân vermekte midir? Sorusuna K1 kodlu katılımcı denetimlerin çoğunlukla görüşme ve belge incelemesi şeklinde geleneksel yöntemlerle yapıldığı için teknolojik alt yapının denetim süreçleri üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı gerekçesiyle olumsuz cevap vermiştir. Bunun dışında diğer tüm katılımcıların bu soruya olumlu cevap verdiği görülmektedir. Bu konuda katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

K2: Bakanlık teknolojik sistemleri oldukça çeşitli ve güncel şekilde kullanmaktadır. Belge Yönetim Sistemi ve Hastane Yönetim Sistemi gibi sistemler hâlihazırda sorunsuz işlemektedir. Bu anlamda yetkilendirmeler ölçüsünde veriye anlık olarak ulaşmakta sıkıntı yaşanmamakta ve gerekli hallerde de özel yetkilendirmeler yapılmaktadır. Ancak denetim görevinin niteliğinden kaynaklanan sebeplerle ilgili birim yetkilileri ve personeliyle birebir görüşmek icap ettiği gibi denetimin gerektirdiği bazı evrakların incelenmesinin de yerinde yapılması gerekmektedir. Bu sebeple denetim faaliyetinin tamamının uzaktan yürütülmesi mümkün görünmemektedir. Bununla birlikte yapılan denetimlerde, yapılan işin niteliğine göre teknolojinin sağladığı imkânlardan yararlanılmıştır.

K3: Sağlık sektörü yönetim karar destek sistemleri ve yazılımların (Elektronik Belge Yönetim Sistemi - EBYS, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi - ÇKYS, Temel Sağlık İstatistikleri Modülü - TSİM, Halk Sağlığı Yönetim Sistemi - HBYS ve e-Nabız) yaygın olarak kullanıldığı bir alandır. Bu nedenle online denetim gerçekleştirilmesi mümkündür.

K4: Belli düzeyde imkân vermektedir. Esasen mevcut teknolojik alt yapı uzaktan denetime uygun hale getirilebilir. Yani, teknolojik alt yapı var, ancak, uzaktan denetime tam olarak uygun hale getirilmemiştir. Örneğin elektronik belge sistemlerine ve diğer verilere ulaşmada tarafımıza kod ya da şifre verilmemiştir. Denetimlerde sistemden evrakı görme ve çekme yerine ilgili personel vasıtasıyla evraklar taşınır belleğe yükletilerek alınmaktadır. Ayrıca, sistem üzerinden otomatik gerçekleştirilecek bazı entegrasyon ve programlara ihtiyaç vardır. Örneğin sahte diploma (hemşire-doktor vesaire için) kontrolüne yönelik program ve YÖK gibi kurumlarla entegrasyona ihtiyaç vardır. Benzer şekilde kurum içi denetim programları da geliştirilebilir.

K5: Evet, bakanlıkta kullanılan sağlık bilgi sistemleri bu konuda yeterli bilgi ve donanıma sahiptir. Pandemi döneminde denetimler ağırlıklı olarak bakanlık merkez teşkilatı ile sınırlı olduğu için yapılan denetimler sırasında bu alt yapıdan faydalanılmıştır.

K6: Genel olarak sağlık sektörünün teknolojik alt yapısı denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesine imkân vermektedir. Çünkü son yıllarda bakanlığımızın teknolojik altyapısı gelişmiş ve bilgi teknolojilerinin kullanımı noktasında oldukça başarılı program ve yazılımlar üretilmiştir. Merkez ve taşra birimleri arasında bu web uygulamaları oldukça etkin şekilde kullanılmaktadır.

K7: Sağlık sektörünün teknolojik alt yapısı denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesine imkân vermektedir. Çünkü istenilen tüm bilgi belgeler tarafımıza eksiksiz ulaştırılmaktadır.

K8: Teknolojik alt yapı yeterlidir ancak bu durum denetim faaliyetlerinin tamamen uzaktan yürütülmesine imkân vermez. Bazı durumlarda bizzat yerinde denetimin yapılması gerekir.

K9: Bakanlığın dijital alt yapısının yeterli olduğu söylenebilir. Denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesi yüz yüze yapılan görüşmelerin online yapılmasından ibaret değildir. Denetlenecek süreçlerin dijitalleştirilmesi ve bunların uzaktan denetimi önem taşımaktadır. Bu noktada genel olarak kamu kurumlarının teknolojik alt yapısının iyileştirilmeye ihtiyacı vardır.

K10: Denetim bakanlık merkez teşkilatında gerçekleştirilmiş olup, bu konuda teknolojik alt yapı kaynaklı bir problem yaşanmamıştır.

Katılımcıların görüşleri genel olarak değerlendirildiğinde, sağlık sektöründe kullanılan yönetim karar destek sistemleri ve yazılımların altyapısının iyi durumda olduğu ve yaygın olarak kullanıldığı söylenebilir. Ancak iç denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesi noktasında bu teknolojik altyapının denetlenecek süreçleri de desteklemesi ve uzaktan denetime imkân verecek şekilde geliştirilmesinin gerektiğinin vurgulandığı görülmektedir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pandemi ile birlikte belirsiz bir sürece girilmiş, yönetilmesi zor riskler artmış ve kriz boyutuna ulaşabilecek durumlarla sık sık karşı karşıya kalınmıştır. Bu durum sağlık, eğitim, ekonomi ve turizm gibi birçok sektörü etkileyerek zaman zaman işleri durma noktasına getirmiştir. Böyle bir ortamda işlerin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı imkânlar ile uzaktan çalışma yöntemi uygulanmıştır. Nitekim iç denetim faaliyeti de pandemi döneminde bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak uzaktan denetim şeklinde yürütülmüştür. Özellikle pandemiden en çok etkilenen sektörlerin başında gelen sağlık sektöründe iç denetçilerin güvence ve danışmanlık hizmetleri daha çok önem kazanmıştır. Bu kapsamda çalışmada pandemi döneminde sağlık sektöründe uzaktan iç denetim faaliyetlerinin nasıl yürütüldüğü, ne tür sorunlarla karşılaşıldığı ve sağlık sektöründe teknolojik alt yapının uzaktan iç denetime uygun olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın amacı doğrultusunda yapılan nitel araştırmanın sonuçları aşağıda genel olarak özetlenmiştir. Ayrıca doğrudan sağlık sektörü ve uzaktan iç denetimi farklı yönleriyle veya yöntemlerle ele alan çalışmaların literatürde oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu durum çalışma bulgularının diğer çalışmalarla karşılaştırılması sürecinde bazı kısıtlılıkları doğurmuş ve çalışmayla bağlantılı olduğu düşünülen araştırma sonuçları ile çalışmanın tartışma kısmı oluşturulmaya çalışılmıştır.

Pandemi döneminde iç denetim plan ve programlarında değişikliğe gidilip gidilmeyeceği, eğer bir iptal veya revizyon yapılırsa ne tür adımların atılması gerektiği ve kritik denetim süreçlerinin uzaktan çalışma yoluyla nasıl yürütüleceği gibi konular üzerinde durulması gerekir (Dohrer ve Mayes, 2020). Bu kapsamda çalışmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde pandemi döneminde denetim programlarının önemli bir kısmında herhangi bir iptal, erteleme veya revizyon yapılmadığı, mevcut program dâhilinde faaliyetlerin yürütüldüğü görülmüştür. Bu sonuç, literatürde benzer bir çalışma olan ve pandemi döneminde uzaktan iç denetim faaliyetlerini devlet üniversiteleri özelinde inceleyen Ağdeniz ve Çetin (2021)'in yaptıkları çalışmada elde ettikleri sonuç ile benzerlik göstermektedir. Bu durum pandemi döneminde karşılaşılabilecek olası risklerin neler olabileceğinden hareketle dönem başında denetim plan ve programlarının risk odaklı hazırlanmış olabileceği şeklinde değerlendirilebilir.

Pandemi gibi olağanüstü durumlarda birçok kurumda işler genelde kriz ortamında yürütülmektedir. İç denetim birimi de iş yapış şeklini ve önceliklerini mümkün mertebe bu duruma göre adapte etmesi gerekir (PEMPAL, 2020). Bu doğrultuda çalışmada elde edilen bulgular incelendiğinde, pandemi döneminde iç denetim faaliyetlerinin daha çok geleneksel denetim yöntemleriyle yapıldığı zaman zaman uzaktan ve yerinde denetimin birlikte uygulandığı tespit edilmiştir. Bu sonuç Ağdeniz ve Çetin (2021)'in elde ettikleri sonuç ile paralellik göstermektedir. Pandemi döneminde tamamen uzaktan denetim yöntemleriyle faaliyetlerin sürdürülememesinin nedenleri arasında kullanılan bilgi sistemlerinin iç denetim faaliyetlerini desteklememesi, iç denetimin doğası gereği yerinde denetimi gerektirmesi ve kullanıcıların dijital ürünlere karşı adaptasyon sorunu yaşamaları sıralanabilir.

Çalışma kapsamında iç denetçilerin pandemi döneminde iletişimin sağlanması ve saha çalışmalarının yürütülmesi için çoğunlukla kurumsal e-mail, telefon, Zoom, Whatsapp, Google meet ve EBYS gibi dijital araçlarının kullanıldığı ancak gerekli görülen durumlarda yüz yüze görüşmelerinde yapıldığı belirlenmiştir. Ağdeniz ve Çetin (2021)'in çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Covid-19 salgınıyla beraber kullanılan iletişim kanallarında değişiklik yaşanmış özellikle online iletişim yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır. İç denetçiler de gerek kendi aralarında gerekse paydaşları ile iletişim kurmak için bu yöntemleri kullanmak zorunda kalmışlardır. Bu gibi durumlarda bilgi güvenliğine uygun hareket edilmeli ve kullanılan iletişim aracının alt yapısına dikkat edilmelidir (Roussy vd., 2020).

Çalışmada pandemi döneminde iç denetim faaliyetlerinin yürütülebilmesi için üst yönetimin gerekli kolaylıkları sağladığı ve pandemi döneminden kaynaklı sıkıntı ve sınırlamalara iç denetçilerin denetim raporlarında yer verdiği tespit edilmiştir. Ağdeniz ve Çetin (2021)'in çalışmalarında ise, üst yönetimin uzaktan iç denetim faaliyetlerinin yürütülmesi için yol gösterici prosedürleri hazırlama ve yönlendirme noktasında yetersiz kaldığı ifade edilmiştir. Ayrıca çok az sayıda üniversitenin pandemi nedeniyle denetim sınırlılıklarına, denetim raporunda yer verildiği sonucuna ulaşılmıştır. Pandemi döneminde risk yönetiminden ziyade kriz yönetimi esasları çerçevesinde çalışan yöneticilerin aldıkları kararların etkili ve verimli olabilmesi, önemli ölçüde üst yönetimin iç denetçilere gerekli desteği sağlayarak denetim raporlarında dikkat çekilen hususları göz önünde bulundurmalarına bağlıdır (Lind, 2020; Görmen, 2021).

Pandemi döneminde uzaktan iç denetim faaliyetleri yürütülürken yaşanan en büyük sıkıntının denetlenen birimle iletişim kurmak olduğu görülmüştür. Bu durumda istenilen bilgi ve belgelere zamanında ulaşılamamasına neden olmuştur. Bu sonuç Ağdeniz ve Çetin (2021)'in çalışmalarında elde ettiği sonuç ile örtüşmektedir. Pandemi döneminde özellikle denetlenen birim ile iletişim problemlerinin yaşanması denetçinin kurumun risk portföyünü anlamasını ve değerlendirmesini güçleştirebilir. Bu durum da yönetimin denetimde beklediği güvence ve danışmalık hizmetinin yetersiz kalmasına neden olabilir.

Sağlık sektöründe teknolojik altyapı ve uzaktan iç denetim birlikte değerlendirildiğinde, sağlık sektöründe kullanılan yönetim karar destek sistemleri ve yazılımların alt yapısının iyi durumda olduğu ve yaygın olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Ancak iç denetim faaliyetlerinin uzaktan yürütülmesi noktasında bu teknolojik alt yapının denetlenecek süreçleri de desteklemesi ve uzaktan denetime imkân verecek şekilde geliştirilmesinin gerektiği üzerinde durulmuştur.

Elde edilen bulgular doğrultusunda yeni normalde sağlık sektöründe uzaktan iç denetim faaliyetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi için e- iç kontrol sistemi uygulamasına geçilmesi, iç denetçilerin bilgi teknolojileri konusunda yetkinliklerinin artırılmasına yönelik eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi, düzenleyici kuruluşları uzaktan denetim faaliyetlerinin ne şekilde gerçekleştirilebileceğine ilişkin yol haritasının çıkartılması ve mevcut teknolojik alt yapı ile uzaktan iç denetimin uygulamalarının entegre çalışmasını sağlayacak şekilde yeni bir teknolojik altyapının oluşturulması önerilebilir. Ayrıca gerek denetlenen birimlerin gerekse denetleyen birimlerin teknoloji odaklı yürütülen denetim faaliyetlerinin beraberinde getirdiği başta siber güvenlik riski ve suiistimal riski gibi değişen risk portföyünü yönetebilecek güçlü kontrol önlemleri almaları ve yenilikçi teknolojinin ürettiği veriyi analiz ederek etkin bir veri yönetimi yapabilen nitelikli denetim ekiplerinin oluşturulması önem arz etmektedir.

Etik Kurul İzni: Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nun 31/03/2021 tarihli ve 04/15 protokol nolu toplantısında etik kurul izin belgesi alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Ağdeniz, Ş. & Çetin, C. (2021). Uzaktan iç denetim ve uzaktan iç denetimin sınırlılıkları. *Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi*, 23, 58-80.
- Atakan, M. (2021). Siber güvenlik risklerinin ve covid-19 salgınının uzaktan denetim üzerindeki etkileri. *Denetim Dergisi*, 11(22), 27-39.
- Beale, I. (2021). COVID-19: Lessons learned and next steps for internal audit. *Journal of Business Continuity & Emergency Planning*, 14(3), 262-274.
- Creswell, J.W. (2013). *Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni*. (Çev. Ed. M. Bütün, S.B. Demir). Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Dohrer, B. & Mayes, C. (2020). 4 Key Covid-19 Audit risks for 2020 year ends. *Journal of Accountancy*, 11 (05), 23-29.
- Ernst&Young, (2020). Küresel salgın iç denetimi nasıl değiştirdi? "COVID-19'un iç denetim fonksiyonu üzerine etkileri "Araştırma Sonuçları. https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/tr_tr/pdf/2020/08/ey-turkiye-ic-denetim-covid-19-anket-raporu.pdf. (Erişim Tarihi: 08.12.2021)
- Eulerich, M., Wagener, M., & Wood, D. A. (2021). Evidence on internal audit effectiveness from Transitioning to Remote Audits Because of COVID-19. *SSRN Electronic Journal*, 546-570.
- Fridman, D., Bar Moshe, D. & Gabra, D. (2019). Assessing data reliability, *Internal Auditor*, June. <https://iaafiji.org/resources/9da1ff1f-4b6d-4729-b9d5-4c802b7b5520.pdf>. (Erişim Tarihi: 08.12.2021)
- Görmen, M. (2021). Pandemi dönemi kamuda iç denetimin rolü: uzaktan danışmanlık modeli ile iş sürekliliği olgunluğunun irdelenmesi. *Alanya Akademik Bakış*, 5(3), 1195-1211.
- IIA, (2021). Küresel bakış açıları ve anlayışlar uzaktan denetim: zorlukları, riskleri, suiistimal, teknoloji ve çalışanların morali. <https://na.theiia.org/translations/PublicDocuments/GPI-2021-Remote-Auditing-Turkish.pdf>. (Erişim Tarihi: 27.11.2021)
- ISO&IAF. (2020). "ISO 9001 Auditing practices group guidance on: remote audits, Edition 1. <https://committee.iso.org/home/tc176/iso-9001-auditing-practices-group.html>. (Erişim Tarihi: 27.11.2021)
- Karakaya, G. (2019). Covid-19 Gündeminde işletme sürekliliği ve bağımsız denetim ilişkisi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 37, 14-29.
- Karakoç, M. & Gündüz, M. (2021). Covid 19 sürecinde sınırlı bağımsız denetim ve BIST 100 işletmeleri üzerine bir araştırma. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi (Pandemi Özel Sayı)* 17, 125-147.
- Karayaka, B. (2020). Covid-19 pandemisi döneminde denetim eğitimleri. *Sayıştay Dergisi*, 31 (119), 169-177.
- Kardeş Selimoğlu, S. & Saldı, M. H. (2021). Covid-19 etkisinde sürdürülebilirliğin sağlanması ve iç denetimin değişen rotası. *Denetim Dergisi*, 22, 5-14.
- Kretchmar, D. F. (2020). COVID-19 and internal audit preparing for the new normal in 2020 and beyond. <https://dl.theiia.org/Documents/COVID-19-and-Internal-Audit.pdf>. (Erişim Tarihi: 27.11.2021)

- Lind, H. (2020). Virtual risk assessment in light of covid-19. EY Global risk survey. (31.08.2022) https://www.ey.com/en_dk/advanced-manufacturing/ey-virtual-risk-assessment-in-light-of-covid-19. (Erişim Tarihi: 31.08.2022)
- Litzenberg, R. & Ramirez, C. F.,(2020). Covid-19 ve sonrasında uzaktan denetim: kısa ve uzun dönemli yansımaları. <https://na.theiia.org/translations/PublicDocuments/EHSKB-Remote-Auditing-for-COVID-19-and-Beyond-Turkish.pdf>. (Erişim Tarihi: 27.11.2021)
- Martinelli, M., Friedman, A. E., & Lanz, J. (2020). The impact of covid-19 on internal audit. *The CPA Journal*, 90(6), 60-63.
- Parlak, N. (2020). İç denetim sisteminin etkinliği ve verimliliğe etkisi: özel sağlık kuruluşu personeli üzerine bir uygulama. *Denetim Dergisi*, 20, 96-107.
- PEMPAL. (2020). The impact of covid19 on the role and activities of internal audit. https://www.pempal.org/sites/pempal/files/IACOP/covid_publication_pages_.pdf. (Erişim Tarihi: 29.08.2022)
- Polkinghorne, D. E. (1989). Phenomenological research methods. In R. S. Valleand S. Halling (Eds.), *Existential-Phenomenological Perspectives in Psychology: ExploringtheBreadth of Human Experience*, (p. 41-60), New York: PlenumPress.
- Roussy, M., Barbe, O., & Rambault, S. (2020). Internal audit: from effectiveness to organizational significance. *Managerial Auditing Journal*, 35 (2), 322-342.
- Serag, A. A. M. & Daoud, M. M. (2021). Remote auditing: an alternative approach to face the internal audit challenges during the covid-19 pandemic. *Faculty of Commerce Journal*, 25 (2), 228-259.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi, (2020). Bilgi ve İletişim Güvenliği Rehberi. https://cbddo.gov.tr/SharedFolderServer/Genel/File/bg_rehber.pdf. (Erişim Tarihi: 28.11.2021)
- Teeter, R. A. & Vasarhelyi, M. A. (2011). Remote Audit: a review of audit- enhancing information and communication technology literature. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.365.7306&rep=rep1&type=pdf>. (Erişim Tarihi: 27.11.2021)
- Türnüklü, A. (2000). Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilir nitel bir araştırma tekniği: görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 6(4), 543-559.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (8. Baskı). Seçkin Yayıncılık, Ankara.

BİREYSEL YENİLİKÇİLİĞİN GİRİŞİMCİLİK POTANSİYELİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ

İsa GÜL*
Aysun YEŞİLTAŞ**
Veysel YILMAZ***

ÖZ

Sağlık politikalarındaki değişimler, yoğun teknoloji kullanımı, artan maliyetler ve toplumun beklentilerinin artması sağlık sektöründe sürekli yeniliklere yol açmaktadır. Sağlık sektörü çalışanlarının yenilikçi olmaları meydana gelen değişim ve gelişmelere daha kolay uyum sağlamalarını, girişimci olmaları ise sağlık alanındaki fırsatları görme ve riskleri doğru biçimde değerlendirmelerini sağlamaktadır. Dolayısıyla sektörde görev alacak sağlık yöneticisi adaylarının bireysel yenilikçilik ve girişimcilik düzeylerinin yüksek olması sağlık sektörüne olumlu yansımaktadır. Bu araştırma sağlık yönetimi öğrencilerinin bireysel yenilikçilik ve girişimcilik niteliklerini bir arada değerlendirmesi açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin bireysel yenilikçilik özelliklerinin girişimcilik potansiyelleri üzerindeki etkisini belirlemektir. Çalışmanın örneklemini Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve Necmettin Erbakan Üniversitesi'nde öğrenim gören 391 sağlık yönetimi bölümü öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada bireysel yenilikçiliği ölçmek için Hurt vd. (1977) tarafından geliştirilen, Kılıçer ve Odabaşı (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Bireysel Yenilikçilik Ölçeği" kullanılmıştır. Dört alt boyuta sahip ölçeğin Cronbach's α katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin girişimcilik potansiyellerini ölçmek için Yılmaz ve Sünbül (2009) tarafından geliştirilen "Girişimcilik Ölçeği" kullanılmıştır. Girişimcilik ölçeğinin Cronbach's α katsayısı 0,90 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada derlenen veriler betimsel istatistikler, açıklayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi, Yapısal Eşitlik Modellemesi uygulanarak analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde SPSS 25.0 ve LISREL programı kullanılmıştır. Çalışmada "girişimcilik" içsel gizil değişken; bireysel yenilikçiliğin alt boyutları "deneyime açıklık", "değişime direnç", "fikir önderliği" ve "risk alma" dışsal gizil değişken biçiminde tanımlanarak yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulgularında; deneyime açıklık, değişime direnç, fikir önderliği ve risk almanın girişimcilik potansiyeli üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamında önerilen model uyumlu bulunurken, öne sürülen hipotezler de desteklenmiştir. Sonuç olarak, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin mezun olmadan önce yenilikçilik ve girişimcilik derslerini almaları gerektiği değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bireysel yenilikçilik, girişimcilik, sağlık yönetimi, yapısal eşitlik modellemesi.

MAKALE HAKKINDA

*Dr. Öğr. Üyesi., Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, isagul233@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9419-4816>

**Dr. Öğr. Üyesi., Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, ayesiltas@erbakan.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0002-2023-1485>

***Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik., vylmaz@ogu.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0001-5147-5047>

Gönderim Tarihi: 25.01.2022

Kabul Tarihi: 19.09.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Gül, İ., Yeşiltas, A., & Yılmaz, V. (2022). Bireysel yenilikçiliğin girişimcilik potansiyeli üzerindeki etkisi: sağlık yönetimi bölümü öğrencileri örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 775-796

THE EFFECT OF INDIVIDUAL INNOVATIVENESS ON ENTREPRENEURIAL POTENTIAL: HEALTHCARE MANAGEMENT STUDENTS CASE

İsa GÜL *
Aysun YEŞİLTAŞ **
Veysel YILMAZ ***

ABSTRACT

Changes in health policies, intensive use of technology, increasing costs and increasing expectations of the society lead to continuous innovations in the health sector. The fact that health sector employees are innovative enables them to adapt more easily to the changes and developments that occur, and their entrepreneurship enables them to see the opportunities in the field of health and evaluate the risks correctly. Therefore, the high individual innovativeness and entrepreneurship levels of the healthcare manager candidates who will work in the sector reflects positively on the health sector. This research is important in terms of evaluating together the individual innovativeness and entrepreneurship qualities of healthcare management students. The aim of this study is to determine the effect of individual innovativeness characteristics of healthcare management department students on their entrepreneurial potential. The sample of the study consisted of 391 healthcare management students studying at Afyonkarahisar Health Sciences University and Necmettin Erbakan University. In order to measure individual innovativeness in the research, the "Individual Innovation Scale" was used that develop by Hurt et al. (1977) and adapted to Turkish by Kilicer and Odabasi (2010). The Cronbach's α coefficient of the scale with four sub-dimensions was calculated as 0.84. The "Entrepreneurship Scale" developed by Yılmaz and Sunbul (2009) was used to measure the entrepreneurial potential of the students. The Cronbach's α coefficient of the entrepreneurship scale was calculated as 0.90. The data collected in the research were analyzed by applying descriptive statistics, explanatory factor analysis, confirmatory factor analysis, and Structural Equation Modeling. SPSS 25.0 and LISREL program were used in the statistical analysis of the research data. Structural equation modeling was carried out by defining "entrepreneurship" as internal latent variable, sub-dimensions of individual innovativeness as "openness to experience", "resistance to change", "opinion leadership" and "risk taking" as external latent variables. In the research findings, it was determined that openness to experience, resistance to change, opinion leadership and risk taking have a statistically significant effect on entrepreneurial potential. While the proposed model was found to be compatible within the scope of the research, the hypotheses put forward were also supported. As a result, it has been evaluated that healthcare management department students should take innovativeness and entrepreneurship courses before graduating.

Keywords: Individual innovativeness, entrepreneurship, healthcare management, structural equation modeling.

ARTICLE INFO

*Assist. Prof., Afyonkarahisar Health Sciences University, Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management, isagul233@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0002-9419-4816>

**Assist. Prof., Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management, ayesiltas@erbakan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2023-1485>

***Prof. Dr., Eskisehir Osmangazi University, Faculty of Science, Department of Statistics, vyilmaz@ogu.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0001-5147-5047>

Received: 25.01.2022

Accepted: 19.09.2022

Cite This Paper:

Gül, İ., Yeşiltaş, A., & Yılmaz, V. (2022). The effect of individual innovativeness on entrepreneurial potential: healthcare management students case. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(4): 775-796

I. GİRİŞ

İnsanlar, geçmişten günümüze kadar işlerini yapmak ve tamamlamak için yeni yöntemler aramışlardır. Bu nedenle yeniliğin insanoğlunun ömrü kadar uzun geçmişe sahip olduğu söylenebilir. Yönetim ve organizasyon açısından yenilik, yeni bir şey yaratmayla sonuçlanan bir süreçtir (Khaki vd., 2017:18). Başka bir bakış açısına göre yenilik, işletmelere yeni üretim biçimlerinin getirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Palangkaraya vd., 2010:3). Yeniliğin önemi, çeşitliliği ve sonuçları işletmelerin ve eğitim sistemlerinin bu önemli beceriyi etkin bir şekilde beslemesini gerekli kılmaktadır (Soleas, 2020:2). Böylelikle bireysel yenilik davranışının, işletme düzeyinde yenilikçi sonuçları etkilemesi beklenmektedir (Strobl vd., 2020:811).

Modern toplumlarda yenilikçilik ve girişimcilik, yaygın olarak ekonomik büyümenin ve refah artışının temel kaynakları olarak görülmektedir (Dew ve Sarasvathy, 2007:267). Öyle ki, 1980'lerden bu yana girişimciliği incelemek ve girişimcilik sürecini kavramsallaştırmak amacıyla çalışmalar yapılmış ve yapılmaya da devam etmektedir (Nielsen ve Lassen, 2012:36). Bir iş planının formüle edilmesi, bir pazar fırsatının belirlenmesi veya potansiyel ortakların aranması gibi faaliyetler, yeni girişim yaratmanın temellerini oluştururken (Edelman vd., 2020:129), girişimciler bir ülkenin ekonomik kalkınmasında önemli bir role sahiptir. Başka bir ifadeyle ülkelerin ekonomik kalkınma sorunlarına çözümlerden biri de girişimcilerin ekonomiye katılımları sebebiyle işgücü talebinin ve üretkenliğin artmasıdır. Ayrıca yeniliğin girişimci tarafından geliştirilip, ticarileştirilmesi ekonomik büyümeyi teşvik etmektedir (Riswanto, 2016:729).

Yeni nesil girişimcilerin yenilikçilik algılarını etkileyen faktörler arasında kişisel özellikler ve eğitim geçmişi bulunmaktadır (Guan vd., 2019:1). Yükseköğretim, mezunların girişimci faaliyetlere katılma motivasyonunu ve kapasitesini arttırmada bazı sorumluluklara sahiptir. Aynı zamanda mezunların girişimcilik düzeylerinin artırılması için daha yenilikçi ve girişimci yaklaşımlara ihtiyaç vardır (Hannon vd., 2005:11). Dolayısıyla yükseköğretim kurumlarının girişimciliği teşvik etmesi ve bu konudaki eğitim faaliyetleri, mezunların bilgilendirmelerini sağlayacaktır (Vaquero-García vd., 2017:47).

Bu çalışmada, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin bireysel yenilikçilik özelliklerinin girişimcilik potansiyelleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırma modelinde “girişimcilik” içsel gizil değişken; bireysel yenilikçiliğin alt boyutları “deneyime açıklık”, “değişime direnç”, “fikir önderliği” ve “risk alma” dışsal gizil değişken biçiminde tanımlanarak bir model önerilmiş ve önerilen model yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak test edilmiştir.

II. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Bireysel Yenilikçilik

Yenilik, bir birey veya başka bir benimseme otoritesi tarafından yeni olarak algılanan fikir, uygulama veya nesnedir. Bireyin algılanan yeniliğe yönelik düşüncesi, ona tepkisini belirlemektedir. Fikir birey için yeni görünüyorsa, bu bir yeniliktir (Rogers, 2003). Günümüzde dünya genelinde yaşanmakta olan değişimlerin temelindeki etkenler, bilgi ve iletişim teknolojileri olarak ön plana çıkmaktadır. Bilginin hızla değişmesi ve gelişmesi, toplumdaki bireyleri yeniliklere açık hale getirmeye zorlamaktadır (Demiralay vd., 2016:162). Bireysel yenilikçilik; deneyimlere açık olma, yaratıcılık, değişimleri destekleme, fikir lideri olma ve risk alma gibi nitelikleri içeren bir konudur. Bireysel yenilikçiliğe sahip bireyler, bulunduğu sosyal çevrede herhangi bir yeniliği veya değişimi diğer bireylerden daha önce kabul etmektedir (Bautista vd., 2018:617). Bireysel yenilikçilik hem bireyin özelliklerinden hem de bireyin üyesi olduğu sosyal sistemin doğasından etkilenmektedir. Yeniliğin yayılmasıyla ilgili teoriler ve modeller, genellikle yenilikçi bir “fikrin” veya “ürünün” benimsenme başarısı, oranı ve zamanı ile ilgili soruları ele almaktadır (Rogers, 2003; Soffer vd., 2010). Genel olarak yeniliklere yatkınlık bir fikir, ürün veya hizmete bağlıdır. Yenilikçilik, yeniliği etkileyen bir faktör olarak kabul edilmekte ve yeniliklerin ortaya çıkmasını teşvik edebilecek çabalarla ilişkilendirilmektedir (Ragmoun ve Alfalih, 2021:712).

Örgütlerde çalışanların yenilikçi davranış göstermeleri, örgütün yenilik ortaya koyma becerisini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu görüş çalışanların yaratıcı ve yenilikçi davranışlarının artırılmasına yönelik çaba gösterilmesini desteklemektedir (Gürkan ve Demiralay, 2017:81). Sağlık sektöründe yenilikçi hizmetler, ürünler, süreçler ve teknolojiler her geçen gün artış göstermektedir. Teknolojinin sağlık hizmetlerinde yaygın biçimde kullanılmasıyla birlikte yapay-zekâ, dijital hastane, yazılımlar, robotik cihazlar, teletıp, mobil sağlık uygulamaları, teşhis ve tedavi yöntemleri gibi alanlarda değişim ve dönüşümler yaşanmaktadır (Özkan vd., 2020:303). Bu alanda yapılan çalışmalar, sağlık yöneticilerinin teknolojiyi yakından takip etme, değişimlere önderlik etme, yenilikçilik, değişen çevreye uyum sağlama ve teknolojiye dayalı işletim modellerini inşa etme konusunda gerekli beceri ve yetkinliklere sahip olmaları gerektiğini göstermektedir (Uslu ve Mansur, 2017:54). İstenen becerilerin ortaya çıkması için sağlık yöneticisi adayları olan öğrencilerin yenilikçilik düzeylerini geliştirmek ve yeniliklere olan ilgilerini artırmada bazı yöntemlere başvurulabilir. Öğrencilerin yaratıcılıklarını destekleyecek eğitim ortamının oluşturulması, yenilikçilik konusunda bilimsel ve teknolojik eğitim modellerinin kullanılması, öğrencilerin bireysel olarak gelişimlerine olanak tanıyan aktivitelerin ve programların düzenlenmesi faydalı olmaktadır (Erol vd., 2018:146). Literatürde bireylerin yenilikçi özellikleri ile ilgili bazı çalışmalar yürütülmüştür;

Soleas (2020) tarafından yürütülen çalışmada, bireylerde yenilikçiliği motive etmeye yönelik lider stratejileri sistematik derleme yaklaşımı ile incelenmiştir. Nihai olarak 82 çalışmanın dahil edildiği araştırmada, yeniliklerin gerçekleştirilmesinde etkili lider yaklaşımlarının, yeniliği teşvik edici faktörleri en üst düzeye çıkarırken, yeniliği engelleyici unsurların önüne geçtiği belirtilmektedir.

Erden ve Erden'in (2020) Kuzey Kıbrıs'ta öğrenim gören öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik ve sosyal girişimcilik özellikleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Nicel yöntemle gerçekleştirilen çalışmada, öğretmen adaylarının bireysel yenilikçilik özellikleri ve sosyal girişimcilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Tuna'nın (2021) Afyonkarahisar'da 102 çalışanla gerçekleştirdiği araştırmasında, örgüt kültürü tipi ve bireysel yenilikçilik arasındaki ilişki ve bu iki değişene yönelik çalışan algıları değerlendirilmiştir. Nicel yöntemin kullanıldığı çalışmada, örgüt kültürünün bireysel yenilikçilik düzeyini pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Mussner ve diğerleri (2017) tarafından Avusturya'da gerçekleştirilen çalışmada, iş etiğinin bireysel yenilik davranışı üzerine etkisi ele alınmıştır. Nicel yöntemde yürütülen araştırmada bireysel yenilikçilik davranışının karmaşık süreci incelenirken, kişisel farklılıklar ve motivasyon faktörleri arasındaki ilişkinin göz önünde bulundurulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Gürkan ve Demiralay'ın (2017) Türkiye'deki cerrahi branştaki hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmasında; bireysel yenilikçilik davranışının, çalışanın yenilikçi davranışına etkisi ile bu etkide içsel motivasyonun aracı rolü incelenmiştir. 161 cerraha anket uygulanarak yürütülen çalışmada değişime direnç, fikir önderliği ve deneyime açıklık ile çalışanın yenilikçi davranış arasında ilişki belirlenmiştir.

Bubou ve Job (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, Nijerya'da bir üniversitenin birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinin e-öğrenmeye hazır olmalarını tahmin etmede bireysel yenilikçilik ve e-öğrenme özyeterliliğinin rolü araştırılmıştır. Nicel yöntemle yürütülen çalışmada, bireysel yenilikçilik ile e-öğrenmeye hazır bulunuşluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Thakur ve diğerleri (2016) ABD'de gerçekleştirdiği çalışmalarında teknolojik fikir liderliği konusu ele alınmıştır. Nicel yöntemin kullanıldığı araştırmada, bireysel yenilikçiliğin teknolojik yenilikçilikle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

2.2. Girişimcilik

Girişimciliğin tarihi, insanlığın geçmişi kadar eskiye dayanmaktadır. Babil'deki bazı kil tabletlerde, girişimcileri içeren ticari işlemlerin kayıtlı olduğu belirtilmektedir (Cooper, 2010: 33). Girişimciliğin,

ekonomik olarak gerçekleştirilen ilk takas veya mübadele işlemlerine kadar uzandığı (Hébert ve Link, 2009:1), en eski kabile topluluklarının, hayatta kalmak için gerekli olan araçları ve kaynakları takas ettikleri ifade edilmektedir (Murphy vd., 2006:15). Girişimcilik, Fenikeliler, Roma İmparatorluğu ve Mezopotamya'daki tüccar girişimcilerin yeni pazarlar keşfetme ve geliştirme arayışıyla birlikte yaşamın birçok yönüne yayılan bir etki göstermiştir (Carlen, 2016).

Tarih boyunca girişimcilik fikri, uluslararası ticaret, değişen talep, rekabet ve fırsatlar gibi çeşitli dönüşümlerle gelişim göstermiştir (Murphy vd., 2006:12). Girişimcilik faaliyeti 16. ve 17. yüzyıl boyunca genişleyerek beceriye dayalı bilgi, verimsizlikleri azaltmak, yeni çözümler, ürünler ve hizmetler sunmak için her zamankinden daha etkili hale gelmiştir (Murphy vd., 2006:18). Tarihsel olarak önemli bir güç olan girişimcilik, her dönemde fark edilir biçimde etkili olmuştur. Ancak girişimciliğin en dikkat çekici dönemi 1760-1830 yıllarında Sanayi Devrimi ile olmuştur (Casson, 2010:166). Girişimci kavramının ilk kullanımlarından biri 1700'lerde Fransız kökenli bir ekonomist olan Richard Cantillon tarafından yapılmıştır. Cantillon, kapitalistin faaliyetlerini girişimcinin faaliyetlerinden belirgin bir biçimde ayırmıştır. Girişimciliğe yönelik olarak farklı dönemlerde Adam Smith (1776), Jean-Baptiste Say (1803), John Stuart Mill (1871) ve Joseph A. Schumpeter (1934) tarafından farklı yaklaşımlar getirilmiştir (Aktaran McDaniel, 2002:32). Girişimcilik, 21. yüzyılın büyük bir bölümünde ekonomi ve sosyoloji gibi sosyal bilimler arasında köprü görevi görmüştür (Casson, 2010:167).

Girişimcilik, bireyin fikirleri eyleme dönüştürme yeteneğini ifade etmektedir. Ayrıca yaratıcılık, yenilikçilik ve risk almanın yanı sıra hedeflere ulaşmak için projeleri planlama ve yönetme becerisini içermektedir (European Parliament and the Council, 2006). Girişimcilik faaliyetleri, inovasyon yoluyla kaynakların ve yeteneklerin kullanılması, yeni ürünlerin, yeni süreçlerin veya yeni pazarların tanımlanmasını kapsamaktadır. Girişimciler, yeni ürünleri, süreçleri veya pazarları belirleyerek ve bunlardan yararlanarak ekonomik faaliyetin yaratılması veya genişletilmesi yoluyla değer yaratmaya çalışan kişilerdir (Lunati vd., 2010:10). Girişimcilik genellikle büyüme, yaratıcılık ve yenilikle ilgili bir konudur. Yenilikçi girişimciler, farklı becerilere sahip, işletme kurabilen, işletmeleri yeniden yapılandıran ve işletmelerde yenilik yapan kişilerdir (Wilson, 2008:2). Girişimcilik, sabit bir işte çalışmaya kıyasla doğası gereği risklidir. Diğer taraftan özyeterlilik teorisine göre bireyin girişimcilik yeteneğine olan inancı, girişimciliğe başlama noktasında daha güçlü motivasyona yol açmaktadır (Hamidi vd., 2008:308). Başarılı girişimcilerin bazı özellikleri bulunmaktadır. Bunlar; başarıya ihtiyacı, yüksek hedefler belirleyerek ulaşmak için çaba harcama, bağımsız karar verme, sorunları çözme, başkaları üzerinde kontrol sahibi olma, başka insanlarla bağlantı kurma, özyeterlilik, cesaret ve dayanıklılık, risk alma eğilimi, belirsizliklerde başa çıkma, kaybetme riskini göze alma, pazar farkındalığı, pazardaki değişimleri tahmin etme, yaratıcılık ve değişime uyum sağlamadır (Oosterbeek vd., 2010:446). Üniversitelerde, öğrencilerin girişimcilik bilgi ve becerilerinin artırılması amacıyla eğitimler verilmektedir. Girişimcilik eğitimi, bireylere ticari fırsatları tanıma yeteneği ve bunları hayata geçirebilecek içgörü, özsaygı, bilgi ve becerileri kazandırma sürecidir. Bu eğitim fırsatları görme, bir kavramı ticarileştirme, risk karşısında kaynakları sıralama ve bir ticari girişim başlatma gibi konuları içermektedir (Jones ve English, 2004:416).

Sağlık sektörü, yapısı göz önüne alındığında hizmet sektörleri içinde en dinamik sektörler arasında yer almaktadır. Sektörün bu özelliği, yeni pazarlara yönelimi, fırsatların yakın takip edilmesini, önemli ekonomik yatırımların yapılmasını ve istihdam alanlarının farklılaşmasını sağlamaktadır. Sağlık yönetimi öğrencilerinin girişimci potansiyele sahip olmaları, sektördeki boş alanları değerlendirmelerine, sektörü yakından tanımalarına ve karşılıklarına çıkacak fırsatları doğru şekilde kullanmalarına imkân tanıyacaktır (Öztürk vd., 2014:584). Sağlık endüstrisinde yaşanan hızlı gelişmeler, yakın gelecekte bu alanda girişimcilere gereksinim duyulacağını göstermektedir. Sağlık yönetimi öğrencileri, sağlık sektöründeki geleceğin girişimcileri olarak nitelendirilmektedir. Bu yüzden sağlık yöneticisi adaylarının girişimcilik potansiyellerini etkileyen faktörlerin açığa çıkarılması sağlık endüstrisi açısından da değerlidir (Solmaz vd., 2014:42). Diğer yandan bireyleri erken yaşlarda girişimcilik konusunda bilgilendirmek ve girişimci olmaya teşvik etmek amacıyla üniversite düzeyinde girişimcilik dersleri verilmektedir. Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin aldıkları eğitimle birlikte

liderlik vasıfları taşıması ve girişimcilik eğilimi göstermeleri beklenmektedir (Gemlik ve Kıracı, 2013:168). Literatürde girişimcilik konusunda bazı çalışmalar yürütülmüştür;

Greenblatt (2021) tarafından ABD’de yeni işletme kuran hekimlerin oranı, özellikleri ve kurdukları işletme türleri incelenmiştir. Nicel yöntemle yürütülen çalışmada, cinsiyete göre farklılıkların yanı sıra hekimlerin girişimciliğe önemli ölçüde dahil olabilecekleri sonucuna ulaşılmıştır.

Raadabadi ve diğerleri (2014) tarafından İran’da bir üniversiteye bağlı hastanelerdeki girişimcilik faaliyetleri araştırılmıştır. Hastane yöneticilerine anket uygulanarak gerçekleştirilen araştırma sonucunda, yöneticilerin örgütlerinde genel olarak girişimciliğe yönelik olumlu tutum sergiledikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Janssen ve Moors (2013) çalışmasında, Hollanda sağlık hizmetlerinde sürdürülebilir yeniliklerin başarılı şekilde geliştirilmesinde girişimcilerin stratejileri incelenmiştir. Sağlık alanındaki girişimcilerle yapılandırılmış görüşmeler yapılarak yürütülen çalışmada, izole, yenilikçi, evrimci ve devrimci olmak üzere dört tür sağlık girişimcisi tanımlanmıştır.

Liu ve diğerleri’nin (2019) çalışmasında, planlı davranış teorisi perspektifinden üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğitiminin ve öz yeterliklerinin girişimcilik niyetleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çin’deki 327 üniversite öğrencisine anket uygulanarak gerçekleştirilen çalışmada, üniversite öğrencilerinin girişimcilik eğitiminin, girişimcilik niyetleri üzerinde; girişimcilik öz yeterliğinin ise girişimcilik tutumu ve girişimcilik niyeti üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Tong ve diğerleri (2011) tarafından Malezya’da 191 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen çalışmada, lisans öğrencilerinin girişimcilik niyetlerini etkileyen faktörlere ilişkin algıları araştırılmıştır. Dört üniversitede anket uygulanarak gerçekleştirilen çalışmada başarıma ihtiyacı, ailenin işyeri geçmişi ve öznel normun girişimcilik niyetini etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Basu ve Virick (2008) tarafından ABD’de gerçekleştirilen çalışmada Fishbein ve Ajzen’in modeli temel alınarak üniversite öğrencilerinin girişimcilik niyetini etkileyen faktörler incelenmiştir. Nicel yöntemle yürütülen çalışmada, girişimcilik eğitimi ve girişimciliği pratik olarak gerçekleştiriminin girişimcilik niyeti üzerinde etkisinin olduğu vurgulanmıştır.

Abubakar ve diğerleri’nin (2018) Nijerya’da 282 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdiği çalışmada, girişimcilik eğitimi ile girişimcilik niyeti arasındaki ilişkide yenilikçiliğin düzenleyici rolü incelenmiştir. Nicel olarak anket tasarımının kullanıldığı çalışmada, hem girişimcilik eğitiminin hem de yenilikçiliğin girişimcilik niyetiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Jena (2020) tarafından Hindistan’da gerçekleştirilen çalışmada, işletme yönetimi öğrencilerinin girişimcilik eğitimine yönelik tutumunun girişimcilik niyetleri üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Nicel yöntemle yürütülen çalışmada, girişimcilik eğitime yönelik tutumun girişimcilik niyeti üzerinde pozitif etkisinin olduğunu gösterilmiştir.

Zhang ve diğerleri (2014) tarafından Çin’de gerçekleştirilen çalışmada, üniversite öğrencilerinin girişimcilik niyetlerinin yordayıcısı olarak girişimcilik eğitiminin rolü araştırılmıştır. Ankete dayalı yürütülen çalışmada, girişimcilik deneyiminin girişimcilik niyeti üzerinde negatif etkisi bulunurken, girişimcilik eğitiminin girişimcilik niyeti üzerinde pozitif etkisi bulunmuştur.

Edelman ve diğerleri (2020) tarafından 17 ülkedeki 246 üniversitede yürütülen çalışmada, ailenin ve üniversitenin genç öğrenci girişimciler üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Nicel yönetimin tercih edildiği çalışma sonucunda, hem ailenin hem de üniversitenin öğrencilerin girişimcilik sürecindeki ilerlemeleri üzerinde önemli bir etkisi olduğu bildirilmiştir.

Hannon ve diğerleri'nin (2005) çalışmasında Birleşik Krallık'ta üniversite öğrencilerinin, girişimcilerin ve eğitimcilerin dahil olduğu girişimcilik eğitiminde işbirlikçi ortak öğrenme yaklaşımının pilot uygulaması gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma sonucunda, mezun girişimciliğini geliştirmek için yüksek öğretim kurumlarında girişimcilik eğitiminin sağlanmasında inovasyon ihtiyacı vurgulanmıştır.

Bu çalışma, iki üniversitede öğrenim gören sağlık yönetimi öğrencileri örneğinde gerçekleştirilmesi, bireysel yenilikçilik ve girişimcilik kavramlarını birlikte incelenmesi, bireysel yenilikçiliğin girişimcilik potansiyeli üzerindeki etkisini yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirmesi, özellikle yenilikçilik kavramının son yıllarda daha fazla çalışılması, sağlık sektöründeki yenilik ve değişimlere uyum sağlayacak ve bireysel yenilikçilik niteliklerine sahip sağlık yönetici adaylarının varlığının değerlendirilmesi açısından literatürdeki diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Önemi

Sağlık sektörü, toplumun sağlık hizmeti ihtiyacını karşılayan ve sağlığını geliştiren önemli bir sektördür. Sağlık politikalarındaki değişimler, yoğun teknoloji kullanımı, artan maliyetler ve toplumun beklentilerinin artması sağlık sektöründe sürekli yeniliklere yol açmaktadır. Sağlık sektörü çalışanlarının yenilikçi olmaları meydana gelen değişim ve gelişmelere daha kolay uyum sağlamalarını, girişimci olmaları ise sağlık alanındaki fırsatları görme ve riskleri doğru biçimde değerlendirmelerini sağlamaktadır. Dolayısıyla sektörde görev alacak sağlık yöneticisi adaylarının bireysel yenilikçilik ve girişimcilik düzeylerinin yüksek olması sağlık sektörüne olumlu yansımaktadır. Bu araştırma sağlık yönetimi öğrencilerinin bireysel yenilikçilik ve girişimcilik niteliklerini bir arada değerlendirmesi açısından önemlidir.

3.2. Çalışmanın Evren ve Örnekleme

Bu çalışmanın evreni 2021-2022 eğitim-öğretim yılında Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve Necmettin Erbakan Üniversitesi'nde sağlık yönetimi bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerdir. Örneklem büyüklüğü %5 anlam düzeyinde ve %5 örneklem hatası ile 384 olarak hesaplanmıştır. Araştırma Kasım-Aralık 2021 tarihleri arasında her iki üniversiteden 391 sağlık yönetimi bölümü öğrencisine ulaşılarak tamamlanmıştır.

3.3. Çalışmanın Sınırları

Bu çalışma bazı sınırlılıklara sahiptir. Araştırma iki üniversitedeki sağlık yönetimi bölümü öğrencileri ile yürütülmüştür. Bulguların ve sonuçların sadece iki üniversiteyi kapsamaması, araştırmanın genelleştirilmesini kısıtlamaktadır. Veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu öz bildirimle dayanmaktadır. Öğrencilerin her bir maddeyi okuyup anladığı varsayılmaktadır. Katılımcılardan bazıları araştırmanın gerçekleştirildiği zaman aralığında, araştırmaya katılmada gönüllü olmamıştır.

3.4. Çalışmanın Güvenilirlik ve Geçerliliği

Araştırmada veri toplama yüz yüze anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. İlgili anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Anket formunun birinci bölümünde öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi gibi demografik bilgiler bulunmaktadır. İkinci bölümde "Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ)" ifadeleri yer almaktadır. Orijinal dili İngilizce olan BYÖ Hurt vd. (1977) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kılıçer ve Odabaşı (2010) tarafından yapılmıştır. BYÖ ölçeği değişime direnç, değişimi destekleme, fikir önderliği ve risk alma olmak üzere dört alt boyuta sahiptir. Ölçekte 12 pozitif madde ve 8 negatif madde bulunmaktadır. BYÖ yenilik puanı, pozitif maddelerin toplam puanından negatif maddelerin toplam puanının çıkarılmasıyla hesaplanan puana 42 puan eklenerek belirlenmektedir. Ölçekten en düşük 14, en yüksek 94 puan elde edilmektedir. Değişime

direnç boyutundaki ifadeler olumsuz olup, ters kodlanmaktadır. Kılıçer ve Odabaşı (2010) çalışmasında ölçeğin geneli için hesaplanan güvenilirlik katsayısının 0,82 olduğu, ölçek alt boyutlarının güvenilirlik katsayılarının 0,62 ila 0,81 arasında değer aldığı saptanmıştır. Bu çalışmada BYÖ ölçeğine ait Cronbach's Alfa değeri 0,84 olarak hesaplanmıştır. Anket formunun üçüncü bölümünde 36 ifade ve tek boyuttan oluştuğu belirtilen "Girişimcilik Ölçeği" ifadeleri bulunmaktadır. Bu ölçek, üniversite öğrencilerinin girişimcilik özelliklerini belirlemek amacıyla Yılmaz ve Sünbül (2009) tarafından geliştirilmiştir. Girişimcilerin niteliklerinin tanımlandığı ölçekten en az 65, en fazla 180 puan alınmaktadır. Ölçekten hesaplanan 36-64 puan "çok düşük girişimcilik", 65-92 puan "düşük girişimcilik", 93-123 puan "orta düzeyde girişimcilik", 124-151 puan "yüksek girişimcilik" ve 152-180 puan "çok yüksek girişimcilik" olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı, Cronbach's Alfa 0,90 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada girişimcilik ölçeğine ait Cronbach's Alfa değeri 0,86 olarak hesaplanmıştır. Her iki ölçek de 5 puanlı Likert tipi derecelendirmeye sahiptir.

Bu çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03.12.2021 tarihli ve 2021/530 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmış olup Helsinki Bildirgesi kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın veri analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25 ve LISREL programları kullanılmıştır. Veri çözümlemesinde; tanımlayıcı istatistikler, ölçeklere ait açıklayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ve bireysel yenilikçilik özelliklerinin girişimcilik üzerindeki etkisini belirlemek üzere yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir.

3.5.1. Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM)

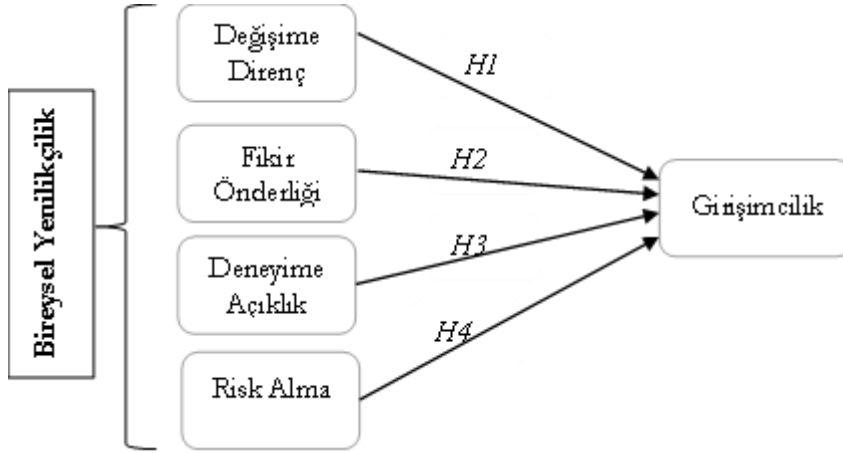
Yapısal eşitlik modellemesi, sosyal bilimler ve davranış bilimleri alanında yaygın olarak kullanılmaktadır. YEM, gözlenen ve gizil değişkenler arasındaki karmaşık ilişkileri ortaya çıkarmaya imkân sağlayan istatistiksel bir yaklaşımdır. Yapısal eşitlik modelleri regresyon eşitlikleri ve path diyagramları oluşturulabilmektedir (Yılmaz, 2004). Path diyagramlarının temel avantajı, belirlenen varsayımsal ilişkilerin bir görselle sunulmasıdır. YEM'in uygulanması aşamasında; teorik bir modelin oluşturulması, bu model için nedensel ilişkileri gösteren path diyagramının çizilmesi, path diyagramı ile yapısal ve ölçüm modelinin ayrıştırılması, modele yönelik tahminlerin hesaplanması, yapısal modelin genel olarak değerlendirilmesi, modelin uygun olup olmaması incelenmektedir (Çelik ve Yılmaz, 2016).

Yapısal eşitlik modelleri için farklı uyum iyiliği ölçütleri geliştirilmiştir. YEM'de uyum iyiliğine yönelik kriterler; Ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/df), ortalama hata karekök yaklaşımı test istatistiği (RMSEA), normlandırılmış uyum indeksi (NFI), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), uyum iyiliği test istatistiği (GFI) ve düzeltilmiş uyum iyiliği test istatistiği (AGFI) ile değerlendirilmektedir. YEM'de uyum iyiliğinin sağlanması için χ^2/df değerinin 3'ten küçük, RMSEA=0,00-0,0,10; NFI=0,90-1,00; CFI=0,95-1,00; GFI=0,90-1,00; AGFI=0,85-1,00 değerleri arasında olması modelin kabul edilebilir veya iyi düzeyde olduğu göstermektedir (Schermelleh-Engel vd., 2003).

3.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Bu çalışmada temel varsayım, bireysel yenilikçilik özelliklerinin girişimcilik potansiyeli üzerinde etkisinin olması yönündedir. Bu varsayımdan hareketle araştırmanın modeli ve hipotezleri literatürdeki; Law ve Breznik (2017), Peljko vd. (2016), Wathanakom vd. (2020), Bodur (2018), Ensari ve Alay (2017) ve Yücel ve Özgül (2018) çalışmalarından yararlanarak oluşturulmuş ve Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1. Araştırma Modeli



Araştırma modeli temelinde oluşturulan hipotezler şunlardır;

H1: Sağlık yönetimi öğrencilerinin değişime direnç tutumunun girişimcilik potansiyeli üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H2: Sağlık yönetimi öğrencilerinin fikir önderliği tutumunun girişimcilik potansiyeli üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H3: Sağlık yönetimi öğrencilerinin deneyime açıklık tutumunun girişimcilik potansiyeli üzerinde anlamlı etkisi vardır.

H4: Sağlık yönetimi öğrencilerinin risk alma tutumunun girişimcilik potansiyeli üzerinde anlamlı etkisi vardır.

IV. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $20,62 \pm 1,36$ 'dır. Katılımcıların; %74'ü (f=291) kadın, %32'si 3.sınıf (f=125), %56,8'i (f=222) düşük yabancı dil düzeyine ve %80,1'i (f=313) orta düzey aile gelirine sahiptir. Öğrencilerin, %50,6'sının (f=198) iş deneyiminin olduğu, %73,7'sinin (f=288) girişimcilik dersi aldığı, %96,4'ünün (f=377) annesinin iş yeri olmadığı, %83,1'nin babasının iş yeri olmadığı, %50,4'ünün (f=197) anne eğitiminin ilkökul, %36,2'sinin (f=141) baba eğitiminin ilkökul olduğu, %51,2'sinin (f=200) 2,00-2,99 arasında not ortalamasına sahip olduğu ve %62,1'inin Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde öğrenim gördüğü belirlenmiştir.

4.2. Açıklayıcı Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi ve YEM Sonuçları

Araştırmanın amacına yönelik olarak öncelikle kullanılan ölçeklerin açıklayıcı faktör analizleri (AFA) yapılmıştır. Bireysel yenilikçilik ölçeğine ait AFA sonuçları Tablo 1’de sunulmuştur.

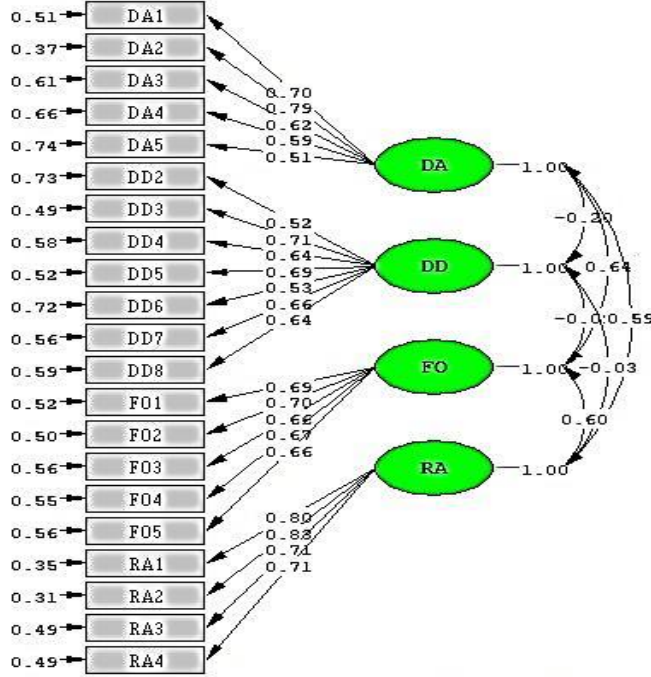
Tablo 1. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği AFA Sonuçları

Madde	Faktör yükü	Açıklanan varyans	Özdeğer	Cronbach’s Alfa
DD3	0,77			
DD5	0,72			
DD7	0,70			
DD4	0,70	%26,86	5,64	0,82
DD8	0,70			
DD6	0,60			
DD2	0,60			
RA2	0,81			
RA3	0,80	%16,23	3,41	0,84
RA1	0,78			
RA4	0,70			
FO2	0,79			
FO5	0,71			
FO3	0,71	%6,97	1,46	0,80
FO4	0,67			
FO1	0,60			
DA2	0,77			
DA4	0,67			
DA3	0,67	%6,21	1,30	0,77
DA1	0,65			
DA5	0,61			

Kaiser-Meyer-Olkin: 0,87, Bartlett’s test ki-kare:2984,95, df:210, p<0,001; DD: Değişime direnç, RA: Risk alma, FO: Fikir önderliği, DA: Deneyime açıklık

Tablo 1 incelendiğinde; bireysel yenilikçilik ölçeğinin dört alt faktöre sahip olduğu ve bu alt faktörlerin toplam varyansın %56’28’ini açıkladığı belirlenmiştir. Faktör yükleri bakımından değişime direnç alt boyutunda “DD3”, risk alma boyutunda “RA2”, fikir önderliği boyutunda “FO2” ve deneyime açıklık boyutunda “DA2” faktör yükü en yüksek ifadelerdir. Çalışmada sağlık yönetimi öğrencilerinin bireysel yenilikçilik özelliklerine ilişkin yapı geçerliliğini kontrol etmek amacıyla DFA analizi yapılmıştır. DFA analizinde, 0,50’den yüksek faktör yüküne sahip değişkenler analize dahil edilmiş ve sonuçlar Şekil 1’de gösterilmiştir.

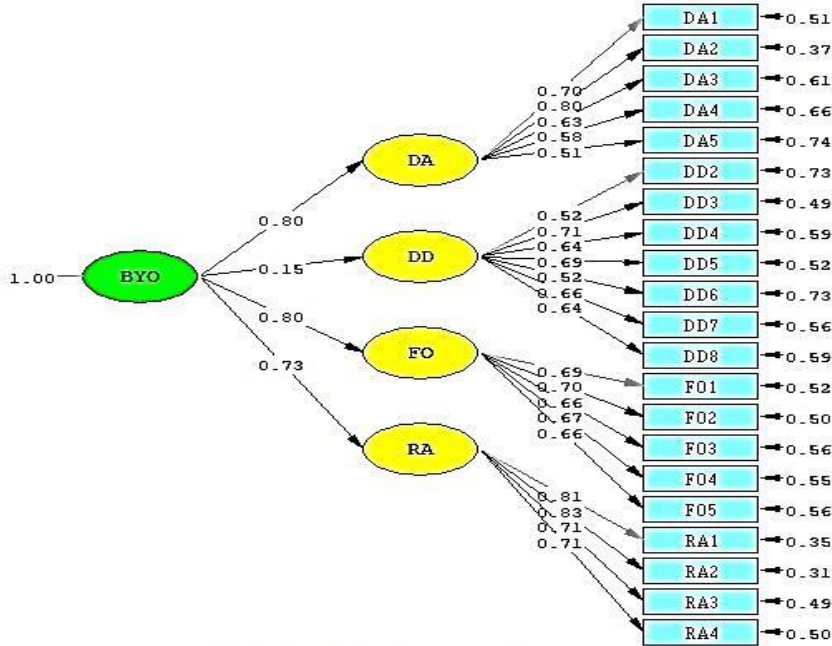
Şekil 1. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği DFA Analizi Sonuçları



Chi-Square=350.69, df=183, P-value=0.00000, RMSEA=0.048

Şekil 1'deki DFA sonuçlarına göre, deneyime açıklık boyutunda 0,79'luk yük ile DA2 “Bir şeyi yapmanın yeni yollarını ararım” ifadesi, değişime direnç boyutunda 0,71'lik yük ile DD3 “Çevremdeki insanların büyük bir çoğunluğunun kabul ettiğini görene kadar yeni fikirlere pek itibar etmem” ifadesi, fikir önderliği boyutunda 0,70'lik yük ile FO2 “Arkadaş grubum içinde, etkili bir birey olduğumu düşünürüm” ifadesi ve risk alma boyutunda 0,83'lük yük ile RA2 “Çözülmemiş problemler üzerinde düşünmeyi severim” ifadesi en etkili değişkenlerdir. Bireysel yenilikçilik ölçeğinin ikinci düzey DFA analizi sonuçları Şekil 2'de sunulmuştur.

Şekil 2. Bireysel Yenilikçilik Ölçeği İkinci Düzey DFA Analizi Sonuçları



Chi-Square=357.99, df=185, P-value=0.00000, RMSEA=0.049

Şekil 2'ye göre bireysel yenilikçilik üzerindeki bir birimlik artışın; deneyime açıklıkta 0,80 birimlik artış, değişime dirençte 0,15 birimlik artış, fikir önderliğinde 0,80 birimlik artış ve risk almada 0,73 birimlik artış sağladığını söylemek mümkündür. Girişimcilik ölçeğine yönelik AFA sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

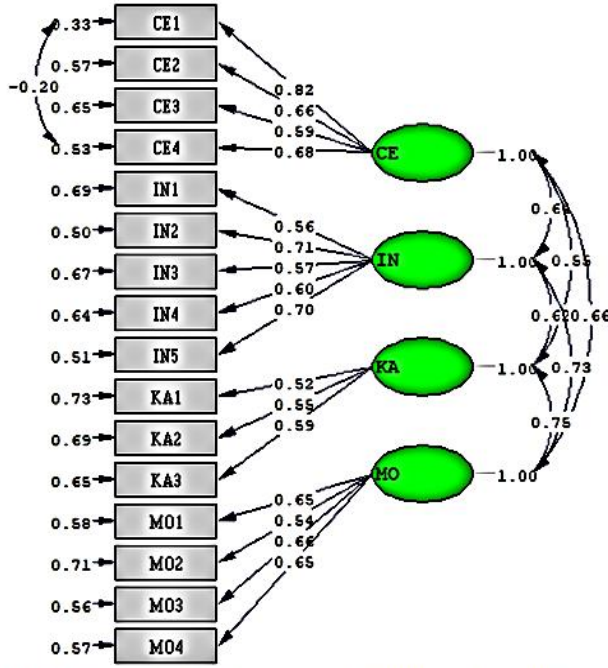
Tablo 2. Girişimcilik Ölçeği AFA Sonuçları

Madde	Faktör yükü	Açıklanan varyans	Özdeğer	Cronbach's Alfa
IN1	0,70			
IN2	0,69			
IN3	0,61	%33,66	5,38	0,76
IN4	0,60			
IN5	0,58			
CE1	0,70			
CE2	0,69	%8,69	1,39	0,74
CE3	0,68			
CE4	0,67			
MO1	0,77			
MO2	0,67	%7,59	1,21	0,71
MO3	0,58			
MO4	0,52			
KA1	0,69			
KA2	0,67	%6,38	1,02	0,69
KA3	0,55			

Kaiser-Meyer-Olkin: 0,87, Bartlett's test ki-kare:1857,72, df:120, p<0,001; IN: İnovasyon, CE: Cesaret, MO: Motivasyon, KA: Karar alma.

Yılmaz ve Sünbül (2009) tarafından geliştirilen "Girişimcilik Ölçeği"nin 36 ifade ve tek boyuttan oluştuğu belirtilmektedir. Ancak bu çalışmada yapılan AFA sonucunda 36 ifadenin tek bir boyut altında toplanmadığı, faktör analizinde birden fazla boyutun oluştuğu görülmüştür. Girişimcilik ölçeği için yapılan AFA'da teorik olarak açıklanabilen ve 16 ifadeden oluşan dört alt boyut elde edilmiştir. Bu boyutlar inovasyon, cesaret, motivasyon ve karar alma olarak isimlendirilmiştir. Öğrencilerin girişimcilik potansiyellerine ilişkin yapı geçerliliğini kontrol etmek amacıyla DFA analizi yapılmıştır. DFA analizinde, 0,50'den yüksek faktör yüküne sahip değişkenler analize dahil edilmiş ve sonuçlar Şekil 3'te sunulmuştur.

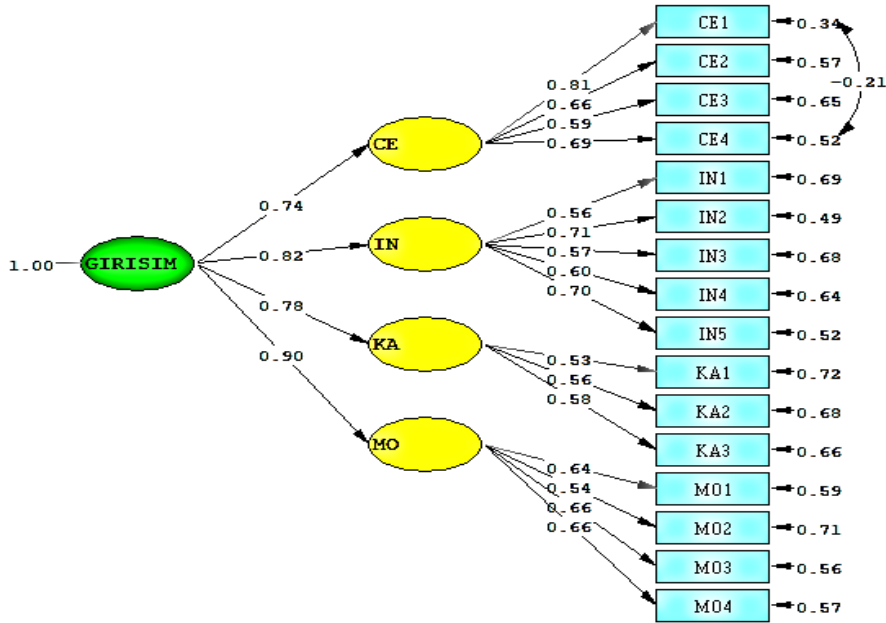
Şekil 3. Girişimcilik Ölçeği DFA Analizi Sonuçları



Chi-Square=280.05, df=97, P-value=0.00000, RMSEA=0.070

Şekil 3'teki DFA sonuçlarına göre, cesaret boyutunda 0,82'lik yük ile CE1 "Denemediklerimi denemekten çekinmem" ifadesi, inovasyon boyutunda 0,71'lik yük ile IN2 "Eski fikirlere ve uygulamalara meydan okumayı ve daha iyilerini araştırmayı severim" ifadesi, karar alma boyutunda 0,59'luk yük ile KA3 "Kararlarım ile hayatımı şekillendirebileceğimi düşünüyorum" ifadesi ve motivasyon boyutunda 0,66'lık yük ile MO3 "Farklı işlere yönelik motivasyonum ve eğilimlerim güçlüdür." ifadesi en etkili değişkenlerdir. Girişimcilik ölçeğinin ikinci düzey DFA analizi sonuçları Şekil 4'te sunulmuştur.

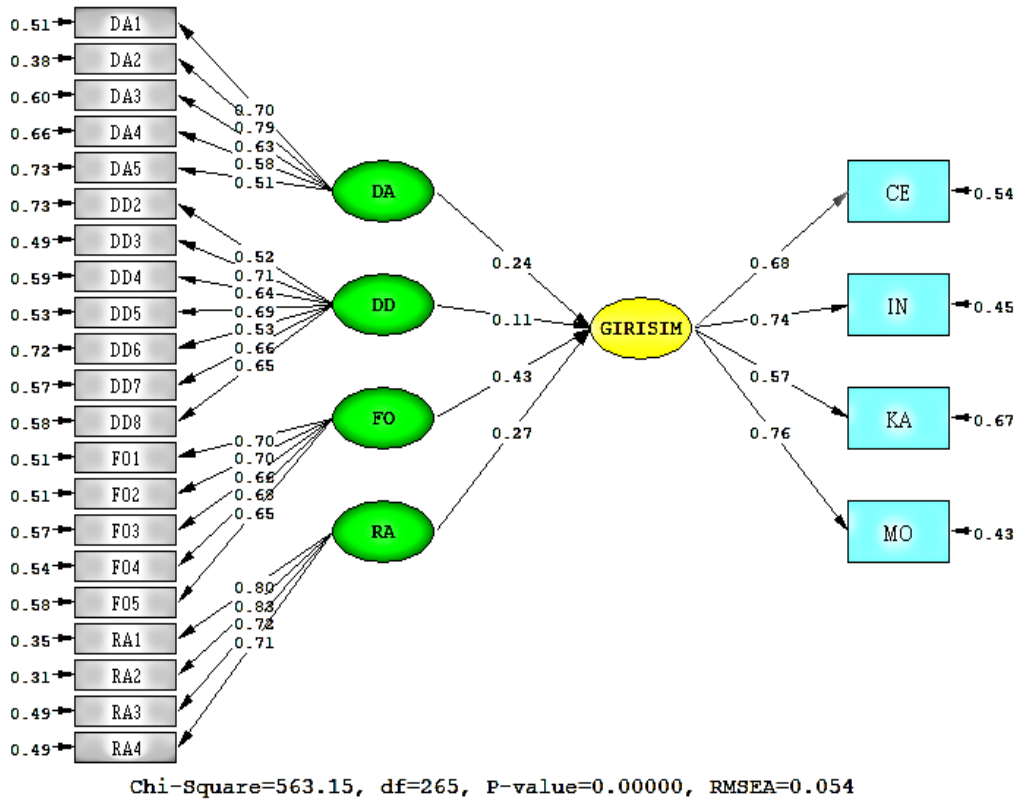
Şekil 4. Girişimcilik Ölçeği İkinci Düzey DFA Analizi Sonuçları



Chi-Square=285.90, df=99, P-value=0.00000, RMSEA=0.070

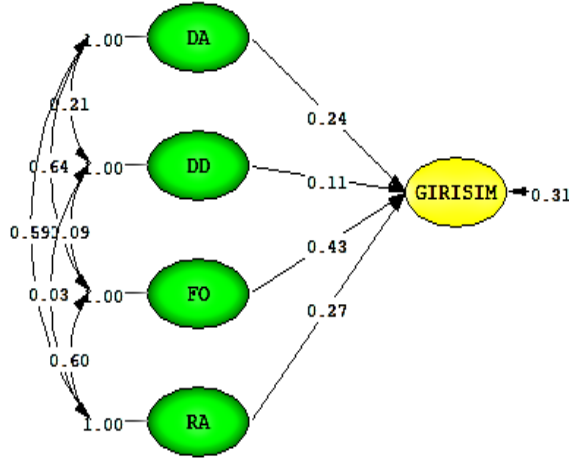
Şekil 4'e göre girişimcilikteki bir birimlik artışın; girişimci cesaretinde 0,74 birimlik bir artışa, inovasyonda 0,82 birimlik artışa, karar almada 0,78 birimlik bir artışa ve motivasyonda 0,90 birimlik bir artışa sebep olduğunu söylemek mümkündür. Araştırmanın amacına yönelik olarak gerçekleştirilen YEM analizi sonuçları Şekil 5'te ve özet path diyagramı Şekil 6'da gösterilmiştir.

Şekil 5. Bireysel Yenilikçilik ve Girişimcilğe Yönelik YEM Sonuçları



Şekil 5 ve Şekil 6 incelendiğinde; bireysel yenilikçilik alt boyutlarından “Deneyime Açıklık” bağımsız gizil değişkeninin “Girişimcilik” bağımlı gizil değişkenini pozitif olarak etkilediği görülmektedir. Deneyime açıklık ve girişimcilik değişkenleri arasındaki ilişki katsayısı 0,24’tür. Sağlık yönetimi öğrencilerinin deneyime açıklıklarındaki bir birimlik artış, girişimcilik potansiyellerini 0,24 birim artırmaktadır. “Değişime Direnç” bağımsız gizil değişkeni “Girişimcilik” bağımlı gizil değişkenini pozitif olarak etkilemektedir. Değişime direnç ve girişimcilik değişkenleri arasındaki ilişki katsayısı 0,11’dir. Değişime direnç boyutundaki ifadeler ters kodlandı için bu boyut değişimi destekleme olarak da ifade edilebilir. Öğrencilerin değişimleri desteklemelerindeki bir birimlik artış, girişimcilik potansiyellerini 0,11 birim artırmaktadır. “Fikir Önderliği” bağımsız gizil değişkeninin “Girişimcilik” bağımlı gizil değişkenini pozitif olarak etkilediği görülmektedir. Fikir önderliği ve girişimcilik değişkenleri arasındaki ilişki katsayısı 0,43’tür. Öğrencilerin fikir önderliğindeki bir birimlik artışın, girişimcilik potansiyellerini 0,43 birim artırdığını söylemek mümkündür. “Risk Alma” bağımsız gizil değişkeninin “Girişimcilik” bağımlı gizil değişkenini pozitif olarak etkilemektedir. Risk alma davranışındaki bir birimlik artışın, girişimcilik potansiyelini 0,27 birimlik artıracığı söylenebilir.

Şekil 6. Özet Path Diyagramı



Path diyagramlarındaki sonuçlara göre (Şekil 5-6), bireysel yenilikçilik ölçeği alt boyutları olan “Deneyime Açıklık”, “Değişime Direnç”, “Fikir Önderliği” ve “Risk Alma” bağımsız gizil değişkenleri ile girişimcilik bağımlı gizil değişkeni arasında bir neden sonuç ilişkisi olduğu ifade edilebilir. YEM analizi ile elde edilen yapısal eşitlikler şöyledir;

$$GIR = 0,24*DA + 0,11*DD + 0,43*FO + 0,27*RA, \text{ Hata varyansı} = 0,31, R^2 = 0,69$$

Bu eşitliğe bağlı olarak “DA: Deneyime Açıklık”, “DD: Değişime Direnç”, “FO: Fikir Önderliği” ve “RA: Risk Alma” değişkenlerinin “Girişimcilik” değişkeninin %69’unu açıkladığı görülmektedir. Sonuç olarak deneyime açık, değişimlere direnç göstermeyip destekleyen, fikir önderi olan ve risk alma nitelikleri bulunan öğrencilerin girişimcilik potansiyelleri de yüksek olmaktadır. Çalışmanın DFA ve YEM analizlerine ait uyum kriterleri Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. DFA ve YEM Analizlerine Ait Uyum Kriterleri

Uyum Kriteri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	BYO DFA	BYO II.Düzye DFA	GIR DFA	GIR II.Düzye DFA	YEM
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 \leq \chi^2/df \leq 3$	1,91	1,93	2,88	2,88	2,12
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$	0,048	0,049	0,070	0,070	0,054
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1$	$0,90 < NFI \leq 0,95$	0,94	0,94	0,93	0,94	0,94
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1$	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	0,97	0,97	0,96	0,97	0,97
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1$	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	0,92	0,92	0,92	0,92	0,90
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,90	0,90	0,88	0,90	0,87

Kaynak: Schermelleh-Engel ve diğerleri (2003: 52). BYO: Bireysel yenilikçilik ölçeği, GIR: Girişimcilik.

Tablo 3 incelendiğinde, DFA ve YEM sonuçlarının uyum kriterlerinin kabul edilebilir değerlere sahip olduğu ve tüm sonuçların istatistiksel açıdan uygun olduğu söylenebilir. YEM’e ait hipotez testlerinin sınanmasında kullanılan t istatistiği değerleri ve sonuçları Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Bireysel Yenilikçiliğin Girişimcilğe Etkisine Yönelik Hipotez Testleri

Değişkenler	Standart Yük	t-değeri	Hipotez
<i>Deneyime Açıklık → Girişimcilik</i>	0,24	3,31**	H1: Desteklendi
<i>Değişime Direnç → Girişimcilik</i>	0,11	2,36*	H2: Desteklendi
<i>Fikir Önderliği → Girişimcilik</i>	0,43	5,64**	H3: Desteklendi
<i>Risk Alma → Girişimcilik</i>	0,27	4,05**	H4: Desteklendi

*p < 0,05; ** p < 0,01.

Tablo 4 incelendiğinde, bireysel yenilikçilik alt boyutlarının girişimcilikle ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu dolayısıyla H1, H2, H3, H4 hipotezlerinin desteklendiği görülmektedir.

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin bireysel yenilikçilik özelliklerinin girişimcilik potansiyelleri üzerindeki etkisini araştırmak için bir yapısal model önerilmiş ve önerilen model YEM aracılığı test edilmiştir. Yurt içinde yürütülen çalışmalar incelendiğinde, bireysel yenilikçilik ve girişimcilik ilişkisini sağlık yönetimi öğrencileri örnekleminde YEM ile inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu çalışmanın, sağlık yönetimi öğrencilerinin bireysel yenilikçilik özelliklerinin girişimcilik potansiyellerine etkisini YEM ile ortaya konulması açısından yurt içi literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada Yılmaz ve Sünbül (2009) tarafından geliştirilen “Girişimcilik Ölçeği” kullanılmıştır. Girişimcilik ölçeği için yapılan AFA’da teorik olarak açıklanabilen ve 16 ifadeden oluşan dört alt boyut elde edilmiştir. Bu boyutlar girişimcilik literatürüne dayalı olarak inovasyon, cesaret, motivasyon ve karar alma olarak isimlendirilmiştir. Her bir boyut girişimcilik özelliklerini yansıtmaktadır. Nitekim girişimcilerin sadece bir özelliği bulunmamakta, farklı bireysel nitelikleri bulunmaktadır (Ebert vd., 2019; Hsieh vd., 2019; Iglesias-Sánchez vd., 2019; Staniewski ve Awruk, 2019; Troise ve Tani, 2020).

Çalışmanın yapısal eşitlik modeli sonuçlarına göre, bireysel yenilikçilik alt boyutlarından deneyime açıklık, değişime direnç, fikir önderliği ve risk alma bağımsız gizil değişkenlerinin, girişimcilik bağımlı gizil değişkenini pozitif olarak etkilediği saptanmıştır. Dolayısıyla sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin deneyime açık olmaları, değişimleri desteklemeleri, fikir önderi olmaları ve risk alma davranışları arttıkça girişimcilik potansiyellerinin artacağı bulgusuna ulaşılmıştır.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; Ensari ve Alay (2017) tarafından üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışmada, yenilikçilik eğiliminin girişimcilik potansiyelini doğrudan etkilediği bulunmuştur. Şahin vd. (2021) çalışmasında benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik puanları ile girişimcilik puanlarının anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bildirilmiştir. Alan (2019) tarafından Necmettin Erbakan Üniversitesi öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmada yenilikçilik becerileri ile girişimcilik algısı arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Law ve Breznik (2017) tarafından Hong Kong’taki 998 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilen çalışmada yenilikçiliğin özyeterlilik, tutumlar ve öğrenme motivasyonu ile birlikte girişimcilik niyeti üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu saptanmıştır.

Peljko vd. (2016) tarafından Slovenya ve ABD’deki girişimcilerle yürütülen çalışmada, girişimci merakının yenilikçiliği olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. Wathanakom vd. (2020) çalışmasında, lisans öğrencileri arasında yenilikçiliğin girişimcilik niyeti üzerinde etkili bir değişken olduğu vurgulanmıştır. Anwar ve Saleem (2019) tarafından Hindistan’da işletme okuyan üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmada, girişimcilğe yatkın öğrencilerin girişimcilğe yatkın olmayan öğrencilere kıyasla daha yenilikçi olma eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Çetin ve Taşdemir’in (2017) üniversite öğrencileri üzerindeki çalışmasında, bireysel yenilikçiliğin girişimcilik kapasitesini etkilediği ve girişimcilik kapasitesinin de girişimcilik niyeti üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Özgül ve Yücel’in (2018) çalışmasında ise, yenilikçiliğin girişimcilik merakını pozitif ve anlamlı şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, yenilikçilik ve girişimcilik merakı arasındaki ilişkide girişimcilik

özyeterliliğinin kısmi aracılık rolünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürdeki araştırmalar, çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Üniversite düzeyinde öğrencilerin girişimcilik ve yenilikçiliğe yönelik alacakları eğitimler hem bireysel açıdan hem de ekonomik açıdan dikkate değerdir. Üniversiteler, iyi bir müfredat sistemi oluşturmak, öğrencilere yenilik ve girişimcilik için sorumluluk duygusu aşılacak, yenilik ve girişimcilik atmosferi yaratmak gibi konulara kendilerini adanmalıdır (Zhang vd., 2020). Geleceğin sağlık profesyonellerinin günümüzde sağlık sektöründe yaşanan değişimlere adapte olabilmesi, bu değişimleri yönlendirebilmesi, alandaki ihtiyaçlara katkıda bulunabilmesi için yenilikçilik konusunda daha çok bilgilendirilmesi, farkındalıklarının artırılması ve cesaretlendirilmesine yönelik farklı kaynaklardan eğitim alması önerilmektedir (Utli ve Vural Doğru, 2018).

Bu çalışma, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin bireysel yenilikçilik özelliklerinin girişimcilik potansiyeli üzerindeki etkisi YEM ile ortaya çıkarmıştır. Araştırmanın örnekleminin sadece iki üniversitede öğrenim gören sağlık yönetimi öğrencilerinden oluşması, çalışmanın genelleştirilmesini kısıtlamaktadır. Gelecek çalışmalarda, farklı üniversiteler veya bölümlerin katılımının sağlanarak bireysel yenilikçilik ve girişimcilik ilişkisi incelenebilir. Yapılacak çalışmaların sonuçları bu çalışmanın bulguları ile karşılaştırılabilir. Araştırma bulguları temelinde; sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin bireysel yenilikçilik ve sağlık sektöründe inovasyona yönelik farkındalıklarının artırılması, öğrencilerin bireysel yenilikçiliklerinin geliştirilmesinde araştırma ve geliştirme olanaklarının üniversite düzeyinde iyileştirilmesi, sağlık yönetimi öğrencilerinin mezun olmadan önce inovasyon ve girişimcilik derslerini almaları, bu dersler kapsamında örnek yenilikçi ve girişimci kişi/kuruluşların analizinin yapılması, yenilikçilik veya girişimcilik konulu projelerin desteklenmesi, yenilikçilik ve girişimcilik konularında sağlık sektöründeki kurumlarla işbirliği yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03.12.2021 tarihinde 2021/530 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Abubakar, S. A., Ibrahim, N. A., & Yazeed, M. (2018). The moderating role of innovativeness on the relationship between entrepreneurship educations and student entrepreneurial intention. *Covenant Journal of Entrepreneurship*, 2(2), 1-13.
- Alan, S. (2019). Comparative investigation of entrepreneurship and innovation perceptions of preservice teachers. *International Journal of Education in Mathematics, Science and Technology*, 7(4), 311–318.
- Anwar, I., & Saleem, I. (2019). Exploring entrepreneurial characteristics among university students: An evidence from India. *Asia Pacific Journal of Innovation and Entrepreneurship*, 13(3), 282–295.
- Basu, A., & Virick, M. (2008). Assessing entrepreneurial intentions amongst students: A comparative study. In *VentureWell. Proceedings of Open, the Annual Conference* (p. 79-86). National Collegiate Inventors & Innovators Alliance.
- Bautista, R. G., Valdez, C. G. T., Garingan, E. G., Camayang, J. G., Horlador, D. N. P., Manait, J. N., & Reyes, E. S. (2018). Individual innovativeness of pre-service elementary grade teachers. *American Journal of Educational Research*, 6(6), 617–620.
- Bodur, G. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik (inovasyon) düzeyleri ile girişimcilik eğilimleri arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 139–148.

- Bubou, G. M., & Job, G. C. (2020). Individual innovativeness, self-efficacy and e-learning readiness of students of Yenagoa study centre, National Open University of Nigeria. *Journal of Research in Innovative Teaching & Learning*, 15(1), 2-22.
- Carlen, J. (2016). *A brief history of entrepreneurship: The pioneers, profiteers, and racketeers who Shaped our world*, Columbia University Press.
- Casson, M. (2010). Entrepreneurship: theory, institutions and history. Eli F. Heckscher Lecture, 2009, *Scandinavian Economic History Review*, 58(2), 139-170.
- Cooper, A. (2003). *Entrepreneurship: The past, the present, the future*. In Handbook of entrepreneurship research (pp. 21-34). Springer, Boston, MA.
- Çelik, H. E., & Yılmaz, V. (2016). *LISREL 9.1 ile yapısal eşitlik modellemesi: Temel kavramlar-uygulamalar-programlama*. Anı Yayıncılık.
- Çetin, O., & Taşdemir, Ö. (2017). Girişimcilik kapasitesi ve bireysel yenilikçiliğin girişimcilik niyeti üzerine etkisi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 6(3), 76-87.
- Demiralay, R., Bayır, E. A., & Gelibolu, M. F. (2016). Öğrencilerin bireysel yenilikçilik özellikleri ile çevrimiçi öğrenmeye hazır bulunuşlukları ilişkisinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 161-168.
- Dew, N., & Sarasvathy, S. D. (2007). Innovations, stakeholders & entrepreneurship. *Journal of Business Ethics*, 74(3), 267-283.
- Ebert, T., Götz, F. M., Obschonka, M., Zmigrod, L., & Rentfrow, P. J. (2019). Regional variation in courage and entrepreneurship: The contrasting role of courage for the emergence and survival of start-ups in the United States. *Journal of Personality*, 87(5), 1039-1055.
- Edelman, L. F., Manolova, T., Shirokova, G. V., & Tsukanova, T. V. (2020). Context matters: The importance of university and family for young nascent entrepreneurs. *Russian Management Journal*, 18(2), 127-154.
- Ensari, M. Ş., & Alay, H. K. (2017). Üniversite öğrencilerinin yenilikçilik eğilimi ile girişimcilik potansiyelleri arasındaki ilişkiye ailelerin girişimcilik öyküsünün aracı etkisinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 28, 235-247.
- Erden, A., & Erden, H. (2020). The relationship between individual innovation and social entrepreneurship characteristics of teacher candidates. *International Journal of Curriculum and Instruction*, 12, 185-206.
- Erol, Ö., Yacan, L., Hayta, R., Şahin, İ., & Yağcı, M. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin yenilikçilik özellikleri ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 15(3), 142-146.
- European Parliament and the Council. (2006). Recommendation of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 on key competences for lifelong learning. *Official Journal of the European Union*, 394(December), 10-18.
- Gemlik, N., & Kırac, R. (2013). Sağlık yönetimi öğrencilerinin girişimcilik özellikleri üzerine bir araştırma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 163-170.
- Greenblatt, W. H. (2021). Proportion, type, and characteristics of physician entrepreneurship in Massachusetts. *JAMA Network Open*, 4(1), e2026938-e2026938.

- Guan, H., Zhang, Z., Zhao, A., Jia, J., & Guan, S. (2019). Research on innovation behavior and performance of new generation entrepreneur based on grounded theory. *Sustainability*, *11*(10), 2883.
- Gürkan, G. Ç., & Demiralay, T. (2017). Bireysel yenilikçiliğin çalışanın yenilikçi davranışı üzerindeki etkisinde içsel motivasyonun aracılık rolü: Türkiye’de cerrahlar örneği. *Journal of Entrepreneurship and Innovation Management*, *6*(1), 65–90.
- Hamidi, D. Y., Wennberg, K., & Berglund, H. (2008). Creativity in entrepreneurship education. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, *15*(2), 304-320.
- Hannon, P. D., Collins, L. A., & Smith, A. J. (2005). Exploring graduate entrepreneurship: a collaborative, co-learning based approach for students, entrepreneurs and educators. *Industry and Higher Education*, *19*(1), 11–23.
- Hébert, R. F., & Link, A. N. (2009). *A history of entrepreneurship*. Routledge.
- Hsieh, L., Child, J., Narooz, R., Elbanna, S., Karmowska, J., Marinova, S., Puthusserry, P., Tsai, T., & Zhang, Y. (2019). A multidimensional perspective of SME internationalization speed: The influence of entrepreneurial characteristics. *International Business Review*, *28*(2), 268–283.
- Hurt, H. T., Joseph, K., & Cook, C. D. (1977). Scales for the measurement of innovativeness. *Human Communication Research*, *4*(1), 58–65.
- Iglesias-Sánchez, P. P., Jambrino-Maldonado, C., & de las Heras-Pedrosa, C. (2019). Training entrepreneurial competences with open innovation paradigm in higher education. *Sustainability*, *11*(17), 4689.
- Janssen, M., & Moors, E. H. (2013). Caring for healthcare entrepreneurs—Towards successful entrepreneurial strategies for sustainable innovations in Dutch healthcare. *Technological Forecasting and Social Change*, *80*(7), 1360-1374.
- Jena, R. K. (2020). Measuring the impact of business management student’s attitude towards entrepreneurship education on entrepreneurial intention: A case study. *Computers in Human Behavior*, *107*, 106275.
- Jones, C., & English, J. (2004). A contemporary approach to entrepreneurship education. *Education+ training*, *46*(8/9), 416-423.
- Khaki, I., Khanzadeh, H. E., & Rad, A. B. (2017). Talent management and innovative behavior based on the mediating role of organizational learning. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, *79*, 16-28.
- Kılıçer, K., & Odabaşı, H. F. (2010). Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ): Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *38*, 150–164.
- Law, K. M. Y., & Breznik, K. (2017). Impacts of innovativeness and attitude on entrepreneurial intention: among engineering and non-engineering students. *International Journal of Technology and Design Education*, *27*(4), 683–700.
- Liu, X., Lin, C., Zhao, G., & Zhao, D. (2019). Research on the effects of entrepreneurial education and entrepreneurial self-efficacy on college students’ entrepreneurial intention. *Frontiers in Psychology*, *10*:869, 1-9.

- Lunati, M., Schlochtern, J. M. zu, & Gueram, S. (2010). *Measuring Entrepreneurship The OECD-Eurostat Entrepreneurship Indicators Programme*. OECD Statistics Brief, 15.
- McDaniel, B. A. (2002). *Entrepreneurship and Innovation: An Economic Approach*. Routledge.
- Murphy, P. J., Liao, J., & Welsch, H. P. (2006). A conceptual history of entrepreneurial thought. *Journal of Management History*, 12(1), 12-35.
- Mussner, T., Strobl, A., Veider, V., & Matzler, K. (2017). The effect of work ethic on employees' individual innovation behavior. *Creativity and Innovation Management*, 26(4), 391-406.
- Nielsen, S. L., & Lassen, A. H. (2012). Images of entrepreneurship: towards a new categorization of entrepreneurship. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 8(1), 35-53.
- Oosterbeek, H., Van Praag, M., & Ijsselstein, A. (2010). The impact of entrepreneurship education on entrepreneurship skills and motivation. *European Economic Review*, 54(3), 442-454.
- Özgül, E., & Yücel, E. (2018). Girişimcilik merakı ile yenilikçilik arasındaki ilişkide girişimcilik öz-yeterliliğinin aracılık rolü. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 16(31), 331-353.
- Özkan, O., Özer, Ö., & Özmen, S. (2020). Sağlık çalışanlarında bireysel yenilikçilik özelliklerinin incelenmesi: özel bir hastanede uygulama. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(2), 302-311.
- Öztürk, Y. E., Köksal, O., & Kırac, R. (2014). Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerine yönelik girişimcilik ölçeğinin geliştirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 11(2), 582-597.
- Palangkaraya, A., Stierwald, A., Webster, E., & Jensen, P. H. (2010). *Examining the characteristics of innovative firms in Australia*. A Report for the Australian Government Department of Innovation, Industry, Science and Research, 1-107.
- Peljko, Ž., Jeraj, M., Săvoiu, G., & Marič, M. (2016). An empirical study of the relationship between entrepreneurial curiosity and innovativeness. *Organizacija*, 49(3), 172-182.
- Raadabadi, M., Fayaz-Bakhsh, A., Nazari, A., Mousavi, S. M., & Fayaz-Bakhsh, M. (2014). Organizational entrepreneurship and administrators of hospitals: Case study of Iran. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 249.
- Ragmoun, W., & Alfalih, A. A. (2021). Sustainable academic innovativeness: Towards the understanding of a new construct and the development of scale. *Journal of the Knowledge Economy*, 12(2), 695-715.
- Riswanto, A. (2016, August). The role of the entrepreneur in innovation and in economic development. In *2016 Global Conference on Business, Management and Entrepreneurship* (pp. 729-732). Atlantis Press.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations (5th edition)*. New York: Free Press.
- Şahin, E., Ögüt, Y., & Tel Aydın, H. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin girişimcilik ve bireysel yenilikçilik eğilimlerinin belirlenmesi. *Health Sciences Student Journal*, 1(1), 8-14.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.

- Soffer, T., Nachmias, R., & Ram, J. (2010). Diffusion of web supported instruction in higher education—The case of Tel-Aviv University. *Journal of Educational Technology & Society*, 13(3), 212–223.
- Soleas, E. K. (2020). Leader strategies for motivating innovation in individuals: a systematic review. *Journal of Innovation and Entrepreneurship*, 9, 1–28.
- Solmaz, S. A., Aksoy, Ö., Şengül, S., & Sarıışık, M. (2014). Üniversite öğrencilerinin girişimci kişilik özelliklerinin belirlenmesi: Turizm lisans ve ön lisans öğrencileri üzerine bir alan araştırması. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2014(1), 41–55.
- Staniewski, M. W., & Awruk, K. (2019). Entrepreneurial success and achievement motivation—A preliminary report on a validation study of the questionnaire of entrepreneurial success. *Journal of Business Research*, 101, 433–440.
- Strobl, A., Matzler, K., Nketia, B. A., & Veider, V. (2020). Individual innovation behavior and firm-level exploration and exploitation: how family firms make the most of their managers. *Review of Managerial Science*, 14(4), 809–844.
- Thakur, R., Angriawan, A., & Summey, J. H. (2016). Technological opinion leadership: The role of personal innovativeness, gadget love, and technological innovativeness. *Journal of Business Research*, 69(8), 2764–2773.
- Tong, X. F., Tong, D. Y. K., & Loy, L. C. (2011). Factors influencing entrepreneurial intention among university students. *International Journal of Social Sciences and Humanity Studies*, 3(1), 487–496.
- Troise, C., & Tani, M. (2020). Exploring entrepreneurial characteristics, motivations and behaviours in equity crowdfunding: some evidence from Italy. *Management Decision*, 59(5), 995–1024.
- Tuna, Ö. (2021). Örgüt kültürü tiplerinin bireysel yenilikçilik üzerine etkisi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 22(1), 199–218.
- Uslu, D., & Mansur, F. (2017). Sağlık yönetici adaylarının bireysel-sosyal yenilikçilik ve proaktiflik özelliklerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Gazi Akademi Genç Sosyal Bilimciler Sempozyumu 2017 Özel Sayısı*, 52–68.
- Utli, H., & Vural Doğru, B. (2018). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 23–32.
- Vaquero-García, A., Ferreiro-Seoane, F. J., & Álvarez-García, J. (2017). Entrepreneurship and university: How to create entrepreneurs from university institutions. In *Entrepreneurial Universities* (pp. 47–63). Springer, Cham.
- Wathanakom, N., Khlaisang, J., & Songkram, N. (2020). The study of the causal relationship between innovativeness and entrepreneurial intention among undergraduate students. *Journal of Innovation and Entrepreneurship*, 9(1), 1–13.
- Wilson, K. E. (2008). Entrepreneurship Education in Europe. In *Entrepreneurship and Higher Education*, Chapter 5, OECD, Erişim adresi SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1392369>.
- Yılmaz, E., & Sünbül, A. M. (2009). Üniversite öğrencilerine yönelik girişimcilik ölçeğinin geliştirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21, 195–203.

- Yılmaz, V. (2004). Lisrel ile yapısal eşitlik modelleri: Tüketici şikayetlerine uygulanması. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 77-90.
- Zhang, Q., Liu, C., Wang, Z., & Yang, Z. (2020). The college students' sense of responsibility for innovation and entrepreneurship. *Frontiers in Psychology*, 11:2049, 1-13.
- Zhang, Y., Duysters, G., & Cloudt, M. (2014). The role of entrepreneurship education as a predictor of university students' entrepreneurial intention. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 10(3), 623-641.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DUYGUSAL EMEK: DOKTOR YA DA HASTALARA KARŞI SERGİLENMESİ SONUCU DEĞİŞTİRİR Mİ?

Senay YÜRÜR*
Nihal YAZICI**
Çağrı KIRTAY***
Sevcan AĞIRBAŞ****

ÖZ

Hizmet örgütlerinde önemi tartışılmaz olan duygusal emeğin hizmet alıcısına (örneğin müşteri, hasta ya da vatandaş) yönelik olması dışında örgüt içi aktörlere de (iş arkadaşları ya da yöneticiler) sergilendiği bilinmektedir. Peki, acaba kime sergilendiğinin, duygusal emeğin süreç ya da sonuçları açısından bir önemi var mıdır? Yani duygusal emeğin iş arkadaşlarına ya da müşterilere yönelik sergilenmesi bir şeyleri değiştirir mi? Bu sorudan yola çıkarak bu araştırmada sağlık çalışanlarının harcadıkları duygusal emeğin bir sonucu olarak iş tatmini üzerindeki etkisinin, duygusal emeğin doktora veya hastaya karşı sergilenmesi durumlarında farklılaşarak farklılaşmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde çalışan 114 sağlık çalışanına yüz yüze anket uygulanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre; doktora sergilenen derinlemesine davranış sağlık çalışanlarının iş tatminlerini olumlu etkilerken, hastalara sergilenen duygusal emeğin iş tatmini üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Elde edilen bu bulguyla, duygusal emeğin kime yönelik sergilendiğinin önemli olduğu, odağı değiştiğinde sonuçlarının farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Duygusal emek, Yüzeysel davranış, Derinlemesine davranış, İş tatmini, Sağlık çalışanları

MAKALE HAKKINDA

*Prof. Dr., Yalova Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, senay.yurur@yalova.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-3859-9827>

**Doktora Öğrencisi, Yalova Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Bölümü, nihalyazici77@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9378-0998>

***Doktora Öğrencisi, Yalova Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Bölümü, cagri.kirtay@yalova.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-0526-469X>

****Yüksek Lisans Öğrencisi, Yalova Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Bölümü, sevcanagirbas76@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7873-1135>

Gönderim Tarihi: 28.01.2022

Kabul Tarihi: 03.10.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Yürür, S., Yazıcı, N., Kirtay, Ç., & Ağırbaş, S. (2022). Sağlık çalışanlarında duygusal emek: doktor ya da hastalara karşı sergilenmesi sonucu değiştirir mi? Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4), 797-812

EMOTIONAL LABOR IN HEALTHCARE PROFESSIONALS: DOES DISPLAYING TOWARDS DOCTORS OR PATIENTS CHANGE THE RESULT?

Senay YURUR *
Nihal YAZICI **
Çağrı KIRTAY ***
Sevcan AGIRBAS ****


ABSTRACT

The importance of emotional labor in the service sector is obvious and it can also be exhibited to other actors within the organization (coworkers and supervisors) apart from the service users (e.g., customers, patients, or citizens). Then, does it matter to whom it is exhibited in terms of the process or results of emotional labor? In other words, does displaying emotional labor towards co-workers or customers change anything in this process? Based on these questions the present study is aimed to investigate whether the effect of health professionals' emotional labor on their job satisfaction differs towards the doctor or patient. In this direction, a face-to-face survey was applied to 114 healthcare professionals working at public and private hospitals. According to the findings of the study, while deep acting towards doctors has affected the health professionals' job satisfaction levels positively, the emotional labor towards patients has not had any effect on the job satisfaction. These findings have indicated that it is important to whom emotional labor is exhibited, and the results differ when the focus is changed.

Keywords: Emotional labor, Surface acting, Deep acting, Job satisfaction, Healthcare professionals

ARTICLE INFO

*Prof. Dr., Yalova University, Department of Business Administration, senay.yurur@yalova.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3859-9827>

**PhD. Student, Yalova University, Department of Business Administration, nihalyazici77@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9378-0998>

***PhD. Student, Yalova University, Department of Business Administration, cagri.kirtay@yalova.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0526-469X>

****Master Student, Yalova University, Department of Business Administration, sevcanagirbas76@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7873-1135>

Received: 28.01.2022

Accepted: 03.10.2022

Cite This Paper:

Yürür, S., Yazıcı, N., Kirtay, Ç., & Ağırbaş, S. (2022). Emotional labor in healthcare professionals: Does displaying towards doctors or patients change the result? Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4), 797-812

I. GİRİŞ

Duyguların, örgütsel süreçlerin önemli bir parçası olduğu ve çalışanların performansını etkilediği birçok araştırmacı tarafından tespit edilmiştir (Hochschild, 1983; Rafaeli ve Sutton, 1991; Ashforth ve Humphrey, 1995; Morris ve Fieldman, 1996; Grandey, 1999). Duygusal emek konusu ile ilgili ilk çalışmalar uçuş görevlileri ve alacak tahsildarları ile yapılmış olup (Hochschild, 1983) daha sonra yapılan çalışmaların çoğunun hizmet çalışanlarının müşterilere karşı davranışlarına odaklandığı görülmektedir (Hochschild, 1983; Grandey, 1999; Wong ve Wang, 2009; Yürür ve Ünlü, 2011; Ünlü ve Yürür, 2011; Yürür vd., 2011; Lam ve Chen, 2012; Kerse ve Özdemir, 2018; Kıyat vd., 2018).

Ancak bir örgütte her pozisyon, her birim ve hiyerarşik düzey duygusal emeği gerektirebilir (Humphrey vd., 2015). Grandey ve diğerleri (2007), duygusal emek çalışmalarının örgüt dışı aktörler üzerine yoğunlaşarak, örgüt içi ilişkilerin göz ardı edildiğini, müşteri-çalışan etkileşimleri ile örgüt içerisindeki etkileşimlerin farklı özellikler gösterebileceğini belirtmektedir. Morris ve Feldman'ın (1996) yaklaşımına göre ise sosyal faktörler, çalışanların duygusal emek davranışlarını belirlemektedir. Bu yaklaşıma göre duygusal emeğin yapısı ve sonuçları gösterilen duygusal emeğin sıklığı, süresi, yoğunluğu, duyguların çeşitliliği ve uyumsuzluğuna göre değişebilmektedir. Kısa süreli bir etkileşimde gösterilen duygusal emeğin zorluğu ile uzun süreli bir etkileşimdeki çaba ve zorluk aynı olmayacaktır (Sutton ve Rafaeli, 1988). Dolayısıyla da hizmet çalışanlarının müşteri ile geçirdiği zaman ile birlikte çalıştığı iş arkadaşları ya da yöneticileri ile geçirdiği zaman aynı olmayacağından bu iki gruba karşı gösterilen duygusal emeğin etkileri de farklılık gösterebilecektir. Buna ek olarak duygusal emek kavramsallaştırmasında tiyatral bir bakış açısı vardır ve çalışan, seyirci karşısında oyununu sergileyen bir aktör olarak görülür (Ashforth ve Humphrey, 1993). Eğer hizmeti sunan olarak bu aktörün özellikleri (örneğin cinsiyeti) (Johnson ve Spector, 2007); duygusal zekâsı (Cheung ve Tang, 2009), duygusal emek süreç ve sonuçlarını etkiliyor ise o halde etkileşimci bakış açısıyla seyircinin de kim olduğu (müşteri ya da çalışma arkadaşı) bu süreçleri etkilemelidir. Ancak yapılan çalışmaların çoğunlukla sadece tek bir odağa (örneğin müşterilere ve hastalara) yönelik olarak yürütülmesi bu alan yazın için bir eksiklik olarak görülmektedir (Mann, 2005; Deng vd., 2020). Bu nedenle bu çalışmanın amacı yukarıda ifade edilen duygusal emeğin etkilerinin farklı odaklar bazında (örgüt içi aktörler ve örgüt dışı aktörler) farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmektir. Bu kapsamda duygusal emek ve iş tatmini arasındaki ilişki sağlık çalışanlarının perspektifinden doktor ve hasta odaklarında ayrı ayrı incelenecektir. Sağlık çalışanları, hastalıkla ve hatta daha da ötesinde ölüm korkusuyla başa çıkmaya çalışan bireylere ve onların yakınlarına hizmet vermektedirler ve sağlık hizmetleri, en fazla duygusal emek gerektiren hizmetler arasındadır (Grandey vd., 2012). Bu nedenledir ki araştırma sağlık çalışanları üzerinde yürütülmüştür.

II. LİTERATÜR TARAMASI

Duygusal emek, Hochschild (1983) tarafından, herkesin gözlemlediği yüz ifadelerinin ve beden dilinin, sosyal normlara uyum sağlayacak şekilde yönetilmesi olarak kavramsallaştırılmış ve duygusal emeğin ücret karşılığında satılabilecek bir değişim değerine sahip olduğu öne sürülmüştür. Diğer bir ifadeyle duygusal emek, işin gerektirdiği doğru duyguları hissetmek için çaba göstermek olarak ifade edilmiş (Hochschild, 1990) ve yapılan işe uygun olmayan duyguları gizlemek, çalışanların işlerinin bir parçası haline gelmiştir (Hochschild, 1983: 86). Duygusal emek genel olarak yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış olarak üç boyutta ele alınmaktadır (Hochschild, 1983; Ashforth ve Humphrey, 1993; Morris ve Feldman, 1996; Diefendorff vd., 2005). *Yüzeysel davranış*, çalışanın o an hissetmese bile kendisinden beklenen, işin gerektirdiği duyguları hissediyormuş gibi yapması olarak tanımlanmaktadır (Hochschild, 1983). *Derinlemesine davranış* ise, çalışanın kendisinden beklenen ya da işin gerektirdiği duyguları gerçekten hissetmeye çalışması olarak tanımlanmaktadır (Hochschild, 1983). *Derinlemesine davranışta* çalışanlar içten duygular sergilemekteyken, yüzeysel davranışta ise içsel olmayan ve gerçekte hissedilmeyen duygular; mimik, ses tonu, gülümseme gibi sözlü ve sözlü olmayan ifadelerle taklit edilerek karşı tarafa yansıtılmaktadır (Rafaeli ve Sutton, 1987; Grandey, 2003). Bir diğer duygusal emek boyutu olan *samimi davranış* ise, çalışanlardan beklenen duyguların içten ve samimi olarak hissedilmesi ve karşı tarafa yansıtılması

olarak tanımlanmaktadır (Ashforth ve Humphrey, 1993). Bu çalışmada duygusal emeğin samimi davranış boyutu kapsam dışına bırakılmıştır. Çünkü, samimi davranış sergileyen kişiler doğal olarak hissettiği gerçek duygularını yansıtmakta ve duygularını yönetebilmek için duygusal emeğin tanımında bahsedilen rol ve oyunculuk gibi herhangi bir performans sergilemeye gerek duymamaktadır (Brotheridge ve Lee, 2002). Bu nedendir ki duygusal emek ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış üzerine odaklanmıştır (Van Dijk vd., 2011; Grandey vd., 2013; Yürür ve Ünlü, 2011). Duygusal emek, gerçekte hissedilen duygu ifadelerinden ziyade, stratejik ve gözlemlenebilir olarak tanımlanmakta ve bedensel ifade yönetiminin yanı sıra bilişsel çabayı da gerektirir (Thoits, 1996; Pugh, 2001). Diefendorff ve diğerlerine (2005) göre örgütsel yaşamda samimi davranış yaygın olabilir ancak iş tatmini ile ilişkilendirilebilmesi için hissedilen duyguların bilinçli olarak değiştirilmesi ve içsel duygular ile dışsal ifadeler arasındaki uyumsuzluğun azaltılması gerekmektedir (Grandey, 2003; Wang vd., 2022). Bu sebeple duygusal emeğin iş tatmini ile ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada, duygusal emeğin sadece yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış boyutları ele alınmaktadır.

Duygusal emek yazınında yürütülen çalışmalar, çalışanların müşteriler, iş arkadaşları ve yöneticiler ile etkileşimlerinde gösterdikleri duygusal emeğin hem negatif (örneğin tükenmişlik) hem de pozitif (örneğin kişisel başarı) sonuçları olduğunu ortaya koymaktadır (Grandey, 1999; Erickson ve Ritter, 2001; Yürür ve Ünlü, 2011; Yang ve Guy, 2015). Bu sonuçlardan biri de iş tatminidir (Wharton, 1993; Totterdell ve Holman, 2003; Grandey vd., 2005; Yang ve Guy 2015; Lee, 2018). İş tatmini, Hackman ve Oldham (1975) tarafından “*çalışanların yaptıkları işlerden duydukları mutluluk ve yaptıkları işe bağlı olarak alınan hizmetlerden duydukları memnuniyet*” olarak tanımlanmıştır. Locke’ a göre (1976), iş tatmini genel olarak, çalışanların işi aracılığı ile elde ettiği maddi kazanç ve işi oluşturan bütün faktörleri (ücret, yönetim, beklentiler, yapılan işin yapısı, iş arkadaşları vb) değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkan duygusal ve bilişsel sonuçlardır. İş tatmini çalışanların işlerini yaparken hissettikleri olumlu duyguları ifade etmektedir (Locke, 1976) ve çalışanların çeşitli davranışlarını, dolayısıyla da örgütlerin performansını etkilemektedir (Bakotic ve Babic, 2013). Çünkü yüksek iş tatmini olumlu iş davranışlarına (örneğin yüksek performans, motivasyon, düşük devamsızlık vb.) sebep olurken (Robbins, 2001; Meyer vd., 2004; Jex ve Britt, 2014), düşük olması da tükenmişlik ve işten ayrılma niyeti gibi olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Sezgin, 2010; Jex ve Brit, 2014; Jang vd., 2015). Düşük iş tatminine yol açan en yaygın faktörlerin düşük ücret düzeyi (Sloane ve Williams, 1996; Watson vd., 1996; Yürür, 2008), eğitim seviyesi (Tsang vd., 1991), yaş (Clark vd., 1996; Kirkcaldy ve Martin, 2000), etnik statü (Bartel, 1981) ve hizmet süresi (Tortop vd., 2010) olduğu düşünülmektedir. İş tatminini etkileyen birçok faktör olduğu düşünüldüğünde, mevcut çalışmalar iş tatminini etkileyen öncüllerden birinin de duygusal emek olduğunu göstermektedir (Grandey, 2000; Yang ve Chang, 2008; Torland, 2011; Demir, 2019; Altaş ve Özişli, 2021).

Duygusal emeğin, iş tatmini ile ilişkisi kaynakların korunması kuramı (conservation of resources theory) (Hobfoll, 1989) ve talep-kaynak modeli (job demands-resources model) ile açıklanabilmektedir (Demerouti vd., 2001; Bakker ve Demerouti, 2007). Kaynakların korunması kuramı (Hobfoll, 1989), çalışanların, kendileri için değerli olan kaynakları elde etmeye çalıştığını, bu kaynakları korumaya ve/veya artırmaya çalıştıklarını ifade etmektedir. Çünkü kuram açısından başarı hissi, çalışanların kendileri için değerli olan kaynakları elde ettikçe, korudukça ya da artırdıkça ortaya çıkmaktadır (Hobfoll, 1989). Bu bağlamda Hobfoll (2001), çalışanın kendisi için önemli olan kaynakları kaybetmesi ihtimali, ya da gerçekten kaybetmesi durumunda tükenmişlik (Pugliesi, 1999; Brotheridge ve Lee, 2002; Wong ve Wang, 2009) yaşayacaklarını öne sürmektedir. Kaynakların korunması kuramı, duygusal emek ve iş tatmini ilişkisini kaynak kaybı ve kazancı perspektifinden açıklar (Wright ve Hobfoll, 2004). Çalışanlar, duygusal kaynakları eksik olduğunda duygusal emeğin boyutlarından biri olan yüzeysel davranış sergileme eğilimi gösterebilirler. Yüzeysel davranış duyguların taklit edilmesi ve bastırılması sürecini içerdiğinden (Grandey, 2000), daha fazla içsel kaynak tüketilmesine neden olur. Kaynak kaybı da iş memnuniyetsizliğine neden olur. Bu zamanda, dış kaynaklar (örgütsel destek gibi) bireysel iç kaynak kaybını azaltabilir veya telafi edebilir ve duygusal emeğin neden olduğu baskı ve kaynak kaybını azaltabilir (Hobfoll, 2001), böylece çalışanların daha yüksek iş tatmini düzeylerine sahip olmaları sağlanır. Duygusal emek yazınında da

duygusal emek sergilemenin fiziksel veya psikolojik açıdan strese yol açtığı (Bono ve Vey, 2005) ve tükenmişliğe sebep olduğu (Brotheridge ve Lee, 2002) ifade edilmektedir. Buradan yola çıkarak duygusal emek sergilemenin çalışanların kaynaklarını tüketerek iş tatminlerini azaltacağı düşünülmektedir (Hochschild, 1983; Morris ve Feldman, 1997).

Duygusal emek ve iş tatmini ilişkisini açıklayabilecek bir diğer model olan talep-kaynak modeline göre (Demerouti vd., 2001; Bakker ve Demerouti, 2007), talep, çalışanların fiziksel ya da ruhsal açıdan çaba harcamasını gerektiren koşulları ifade ederken kaynak ise işe yönelik hedeflere ulaşmayı sağlayan, işin fiziksel ve ruhsal etkilerini hafifleten ve çalışanların kişisel gelişimini artıran iş koşullarını ifade etmektedir (Demerouti vd., 2001; Bakker ve Demerouti, 2007; Bakker vd., 2003; Schaufeli vd., 2009). Bir talebi ifade eden duygusal emeğin çalışanların duygusal kaynaklarında azalmaya yol açarak (Bono ve Vey, 2005; Grandey, 2000; Grandey ve Brauburger, 2002) çalışanlarda iş tatminsizliği yaratacağı öngörülmektedir. Ancak duygusal emeğin boyutları bazında farklılık göstermesinden dolayı, yüzeysel davranış sergilemenin ve derinlemesine davranış sergilemenin farklı sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir (Pugliesi, 1999; Yürür ve Ünlü, 2011). Yani, yüzeysel davranışın iş şartları açısından kaynaklar için tehdit oluşturan bir yük olarak görülmesinden yola çıkarak (Hochschild, 1983) bu kurama göre duygusal emek harcanması gereken işler, işin taleplerini artırarak çalışanın sahip olduğu kaynaklar üzerinde bir tehdit oluşturarak tükenmişliğe sebep olabilir (Baumeister vd., 1998; Demerouti vd., 2001; Bakker ve Demerouti, 2007; Hagger vd., 2010). Öyleyse yüzeysel davranış sergilemenin çalışanların iş tatminini azaltacağı düşünülebilir. Tam tersi derinlemesine davranış sergileyen çalışanlar, duygularını kendi duyguları ile uyumlu hale getirdiğinden ve duyguları tutarlı olduğundan (Hochschild, 1983; Grandey, 2000, 2003; Rafaeli ve Sutton, 1987) çalışanların tükenmişliği azalmaktadır (Morris ve Feldman, 1997; Grandey, 2000; Seery ve Corrigan, 2009). Bu da çalışanların kaynaklarını koruduğu anlamına geldiği için iş tatminini artıracakı düşünülmektedir.

Jang vd. (2015)'a göre iş tatmini, çalışanların örgüt içerisinde hissettiği duygularıyla güçlü bir şekilde bağlantılıdır. Dolayısıyla çalışanların duygularını yönetmesi ve ifade etmesi olarak tanımlanan duygusal emek konusu iş tatmini ile ilişkilidir diyebiliriz (Hochschild, 1983; Yang ve Guy, 2015). Yukarıda bahsi geçen kuramsal altyapıya ek olarak ilgili yazında duygusal emek ve iş tatmini arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, tamamen tersini doğrulayanlar olmakla birlikte (Çelik ve Topsakal, 2016) yüzeysel davranışın iş tatminsizliğine yol açabileceğini ifade etmektedir (Hochschild, 1983; Grandey, 2003; Sloan, 2014). Çünkü yüzeysel davranış sergileyen kişiler duygularını değiştirmek yerine görüntülerini değiştirmeye odaklanmıştır (Grandey, 2003). Yüzeysel davranış, örgüt tarafından ihtiyaç duyulan duygular ile içsel duygular arasında çatışma doğurduğundan, kişilerde duygusal uyumsuzluk, tükenmişlik gibi olumsuz sonuçlara neden olabilir (Grandey ve Gabriel, 2015; Lee ve Ok, 2012; Chen vd., 2012). Ayrıca doğası gereği gerçekte hissedilen ve gösterilen duygular arasında tutarsızlık içerdiğinden çalışanların gerçekliğe ilişkin algılarını etkilemekte ve özellikle hizmet sektörü çalışanlarının (örneğin sağlık hizmetleri ve öğretmenlik), tükenmişlik yaşama olasılığını artırmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981; Hochschild, 1983; Morris ve Feldman, 1996; Dent vd., 1991; Grandey, 2003). Bu açıklamalar doğrultusunda yüzeysel davranışın iş tatmini üzerinde olumsuz bir etkisi olacağı beklenebilir.

H1a: Sağlık çalışanlarının doktorlara karşı sergiledikleri yüzeysel davranışın iş tatmini üzerinde negatif etkisi vardır.

H1b: Sağlık çalışanlarının hastalara karşı sergiledikleri yüzeysel davranışın iş tatmini üzerinde negatif etkisi vardır.

Bazı çalışmalar duygusal emeğin, tükenmişlik ve işten ayrılma niyeti gibi olumsuz sonuçlar doğurabileceğini ifade etse de (Zapf vd., 2001; Schaufeli ve Greenglass, 2001), ilgili yazında yürütülen araştırmalarda derinlemesine davranışın kişisel başarıyı artırması gibi olumlu sonuçları doğurduğunu göstermektedir (Ashforth ve Humphrey, 1995; Hochschild, 1983; Brotheridge ve Grandey, 2002). Bundan yola çıkarak, derinlemesine davranış harcamanın bireylerde hissedilen ve

gösterilen duygular arasında bir uyum olmasından (Hochschild, 1983) dolayı iş tatmini ile ilişkilendirmiş ve derinlemesine davranışın iş tatminini artırdığı ifade edilmiştir (Grandey, 2000; Grandey vd., 2005; Seery ve Corrigan, 2009; Scott vd., 2012; Kammeyer vd., 2013; Pala ve Tepeci, 2014; Humphrey vd., 2015; Çelik ve Topsakal, 2016; Lee, 2018; Costakis vd., 2021; Kocakula, 2021). Çünkü derinlemesine davranış sergilediğinde, içsel duygular ve ifade edilen duygular uyumlu hale gelir, bu da çalışanların refahına fayda sağlayabilecek ve iş memnuniyetini artırabilecek duygusal uyuma yol açar (Rafaeli ve Sutton 1987). Tüm bunlardan yola çıkarak aşağıda hipotezler geliştirilmiştir:

H2a: Sağlık çalışanlarının doktorlara karşı sergiledikleri derinlemesine davranışın iş tatmini üzerinde pozitif etkisi vardır.

H2b: Sağlık çalışanlarının hastalara karşı sergiledikleri derinlemesine davranışın iş tatmini üzerinde pozitif etkisi vardır.

Duygusal emek çalışmaları başlangıçta hizmet çalışanlarının müşterilere yönelik çalışmalarının incelenmesiyle başlamıştır (Hochschild, 1983). Morris ve Feldman (1997), duygusal emek davranışlarının müşteri odaklı faktörlerin yanı sıra örgüt içi faktörlerden (örneğin çalışma ortamı, çalışma arkadaşları, yöneticiler vb) de etkileneceğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte çalışanların, amirlerine (Wichroski, 1994) ve iş arkadaşlarına (Grandey vd., 2007) karşı da belirli bir dereceye kadar duygusal emek davranışı sergilediği ifade edilmektedir. Wu ve Hu (2013) hizmet çalışanlarının müşterilere karşı daha fazla duygusal emek harcadıklarını ifade etmektedir. Ancak duygusal emek, örgüt içerisindeki ilişkilerin sürdürülebilmesi açısından da önemli bir konudur (Waldron, 1991). Ancak, çalışanların yöneticiler ile ilişkilerinde takip etmeleri gereken belirli duygu gösterim kuralları yoktur. Yani örgüt içi ilişkilerin ve karşılıklı davranışların, örgütsel kurallardan çok karşılıklı etkileşim tarafından belirlendiği söylenebilir. Yani bu durumda duygusal emek sergilenen tarafın da bu süreçteki etkisi yadsınmaz. Tüm bunlara ek olarak hizmet çalışanlarının müşterilerle ve çalışma arkadaşlarıyla geçirdiği süre aynı değildir ve bu da duygusal emek süreçlerini ya da sonuçlarını etkileyecektir (Sutton ve Rafaeli, 1988; Morris ve Feldman, 1996). Bu nedenlerle de çalışanların duygusal emek davranışları ve iş tatminleri arasındaki ilişki, bu iki gruba (örgüt içi ve dışındaki) göre farklılık gösterecektir. Tüm bunlardan yola çıkarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H3a: Yüzeysel davranışın iş tatmini üzerindeki etkisi, bu davranışın doktora veya hastaya karşı sergilenmesine göre farklılık göstermektedir.

H3b: Derinlemesine davranışın iş tatmini üzerindeki etkisi, bu davranışın doktora veya hastaya karşı sergilenmesine göre farklılık göstermektedir.

III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma duygusal emeği hastaya ya da doktora sergilenen duygusal emeğin iş tatminine olan etkisinin nasıl farklılaştığını anlamayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda araştırma sorusunun cevaplanması için nicel yöntem tercih edilmiştir. Veri toplamak amacıyla oluşturulan anketler, kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarına yüz yüze uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında Yalova Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 24.11.2021 tarihinde 134 karar numarası ile etik kurul onayı ve ardından hastane yönetiminden ise anket uygulama izni alınmıştır. Gerekli izinlerden sonra veri toplama süreci 10.01.2022 tarihinde başlamış olup 20.01.2022 tarihinde tamamlanmıştır. Veri toplama süreci sonunda 124 anket elde edilmiştir. Elde edilen anketler araştırmacılar tarafından incelenmiş olup, hep aynı cevabı tekrarlayan anketler elenmiştir. Bu eleme işleminden sonra 114 anket ile analiz yapılmıştır.

3.1. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın evrenini Yalova ili içerisinde bulunan bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede görev yapmakta olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu kapsamda kolayda örnekleme yöntemine göre belirlenen hemşire, ebe, doktor asistanı, sağlık teknikeri, odyolog, radyoloji teknikeri gibi sağlık çalışanları bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya katılmayı kabul eden 114 sağlık çalışanının % 44,7'si özel hastanede çalışmakta iken, %55,3'ü kamu hastanesinde çalışmaktadır. Katılımcıların %33,3'ü hemşire, %38,1'i ebe, %9,3'ü doktor asistanı, %12,2'si sağlık teknisyeni, %4,4'ü odyolog, %2,7'si diyetisyen olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların % 81,1'i kadın, %18,9'u erkektir ve %22,8'i 18-24 yaş, %36'sı 25-34 yaş, %28,9'u 35-44 yaş aralığındayken, %12,3'ü 45 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların % 61,4'ü evli, % 38,6'sı bekar iken; eğitim düzeylerine bakıldığında %27,2'sinin lise mezunu, %22,8'inin önlisans mezunu, %32,5'inin lisans mezunu, %14'ünün lisans tamamlama ve %3,5'inin lisansüstü eğitim mezunu olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcılar ortalama 1,8 yıldır mevcut kurumda görev yaptıklarını beyan etmiştir. Ayrıca, demografik özelliklere ilişkin bilgiler Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Demografik Özellikler

Özellikler	n	%	Özellikler	n	%
Cinsiyet			Meslek		
Kadın	94	81,1	Hemşire	29	33,3
Erkek	20	18,9	Ebe	47	38,1
Yaş			Doktor Asistanı	12	9,3
18-24	26	22,8	Sağlık Teknisyeni	16	12,2
25-34	41	36,0	Odyolog	6	4,4
35-44	33	28,9	Diyetisyen	4	2,7
≥45	14	12,3	Eğitim		
Sektör			Lise	31	27,2
Özel	51	44,7	Ön Lisans	26	22,8
Kamu	63	55,3	Lisans Tamamlama	16	14,0
Medeni Durum			Lisans	37	32,5
Evli	70	61,4	Lisansüstü	4	3,5
Bekar	44	38,6			

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşirelerin, doktorlara ve hastalara karşı sergilemiş oldukları duygusal emek davranışlarına yönelik ifadeler iki grup halinde yer almaktadır. İkinci bölümde ise sağlık çalışanlarının iş tatminlerine yönelik ifadeler yer almaktadır. Üçüncü ve son bölümde ise hemşirelerin demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim, unvan ve medeni durum) ve işlerine ilişkin sorular (çalışılan bölüm, aynı iş yerinde çalışma süresi) yer almaktadır.

3.2.1. Duygusal Emek Ölçeği

Katılımcıların duygusal emek davranışlarının ölçülmesi Diefendorff vd. (2005) tarafından geliştirilen ve Türkiye'de yaygın olarak kullanılan (Ünlü ve Yürür 2011; Yürür ve Ünlü, 2011) duygusal emek ölçeği kullanılmıştır. Yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış olmak üzere iki boyuttan oluşan ölçekte 10 ifade yer almaktadır. Ölçekte "Hastalara/doktorlara karşı iyi hissediyormuş rolü yaparım." ve "mesleğim gereği hastalara/doktorlara göstermem gereken duyguları gerçekte de hissetmek için çaba harcarım." şeklinde ifadeler yer almaktadır.

3.2.2. İş Tatmini Ölçeği

Hackman ve Oldham (1975) tarafından geliştirilen ve Basım ve Şeşen (2009) tarafından kullanılan iş tatmini ölçeği kullanılmıştır. İş tatmini ölçeği tek boyuttan oluşmakta ve ölçekte 5 ifade yer almaktadır. Ölçekte “Genel olarak işim beni tatmin ediyor” ve “İşimden çok keyif alıyorum” şeklinde ifadeler yer almaktadır.

Katılımcılardan araştırmada kullanılan ankette yer alan bütün ifadeleri 1 ve 5 arasında derecelendirmeleri istenmiştir. Buna göre ‘1: hiçbir zaman’ ve ‘5: her zaman’ olarak değerlendirilmiştir.

3.3. Geçerlilik ve Güvenirlilik

Araştırmanın evrenini Yalova ili içerisinde bulunan bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede görev yapmakta olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Bu kapsamda kolayda örnekleme yöntemine göre belirlenen hemşire, ebe, doktor asistanı, sağlık teknikeri, odyolog, radyoloji teknikeri gibi sağlık çalışanları bu araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Doktora yönelik duygusal emek ölçeği, hastaya yönelik duygusal emek ölçeği ve iş tatmini ölçeği için KMO ve Bartlett küresellik derecesinin uygun aralıklarda olduğu ve buna bağlı olarak da veri setinin her üç faktör analizi için uygun olduğu kararına varılmıştır. Doktora yönelik duygusal emek ölçeği için yapılan faktör analizi sonucunda derinlemesine ve yüzeysel davranış olmak üzere iki boyutlu bir yapı oluşmuştur. Ölçeğe ilişkin faktör yüklerinin 0,907-0,694 olduğu tespit edilmiş ve tüm ifadeler doğru faktöre yüklenmiştir. Aynı şekilde hastaya yönelik duygusal emek ölçeği için yapılan faktör analizi sonucunda da duygusal emeğin iki faktörlü yapısı doğrulanmıştır. Ölçeğe ilişkin faktör yüklerinin 0,922-0,757 olduğu tespit edilmiş ve tüm ifadeler doğru faktöre yüklenmiştir. Son olarak araştırmanın bağımlı değişkeni olan iş tatmini ölçeğine ilişkin faktör yüklerinin 0,922-0,757 olduğu tespit edilmiş ve ölçeğin tek faktörlü yapı sergilediği görülmüştür. Ölçeğe ilişkin faktör yüklerinin 0,894-0,675 arasında olup yapının açıklanan varyansı %87’dir. Araştırma da kullanılan ölçeklere ilişkin faktör analizlerinin sonuçları orijinal ölçeklerle tutarlılık göstermektedir.

Faktör analizinden sonra oluşan yapıların güvenilirliğini test etmek için içsel tutarlılık analizi yapılmış ve Cronbach’s alpha katsayıları hesaplanmıştır. Yapılan analizlerin sonucunda Cronbach’s alpha değerlerinin 0,85-0,94 arasında olduğu gözlemlenmiş ve sosyal bilimlerde kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir (Hair vd., 2006; Nunally, 1978).

3.3.1. Betimleyici İstatistikler ve Korelasyon Değerleri

Açıklayıcı faktör analizleriyle elde edilen değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ve karşılıklı ilişkileri analiz edilmiş ve ilişkilerin büyük çoğunlukla anlamlı ve kabul edilebilir düzeyde ($p < 0,01$) olduğu tespit edilmiştir. Değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve değişkenler arasındaki korelasyon değerleri Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2’ye göre duygusal emeğin hastaya ve doktora karşı olmak üzere her iki boyutunu da temsil eden yüzeysel davranış ve derinlemesine davranış boyutlarının kendi aralarında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca, doktora yönelik derinlemesine davranış ile iş tatmini arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu da tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında değişkenlere ilişkin ortalama değerlere bakıldığında, sağlık çalışanlarının doktora yönelik yüzeysel davranışlarının ortalamasının 1,61, doktora yönelik derinlemesine davranışlarının ortalamasının 2,06, hastalara yönelik yüzeysel davranışlarının ortalamasının 1,93 ve hastalara yönelik derinlemesine davranışlarının ortalamasının 2,61 olduğu görülmektedir. Yani araştırma kapsamındaki sağlık çalışanları yüzeysel davranışa göre, daha fazla derinlemesine davranış sergilediklerini ifade etmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının iş tatminlerinin ortalaması ise 3,28’dir.

Tablo 2. Betimleyici İstatistikler ve Korelasyon Değerleri

Değişkenler	Ort.	SD	1	2	3	4	5
Doktora yönelik yüzeysel davranış	1,61	0,86	1				
Doktora yönelik derinlemesine davranış	2,06	1,29	0,479**	1			
Hastalara yönelik yüzeysel davranış	1,93	1,03	0,823**	0,413**	1		
Hastalara yönelik derinlemesine davranış	2,61	1,35	0,390**	0,737**	0,418**	1	
İş tatmini	3,28	1,10	0,088	0,065**	0,065	0,134	1

** $p < 0,01$ **3.3.2. Hipotez Testi**

Araştırmanın hipotezlerinin test edilebilmesi amacıyla doktora yönelik derinlemesine davranışın, doktora yönelik yüzeysel davranışın, hastalara yönelik yüzeysel davranışın ve hastalara yönelik derinlemesine davranışın bağımsız, iş tatminin bağımlı değişken olarak belirlendiği çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Duygusal Emek ve İş Tatmini Arasında Yapılan Regresyon Analizinin Özeti

Bağımlı değişken: İş tatmini			
Bağımsız değişkenler	Beta	T	p
Doktora yönelik yüzeysel davranış	-0,044	-0,260	0,795
Doktora yönelik derinlemesine davranış	0,398*	2,771	0,007
Hastalara yönelik yüzeysel davranış	-0,004	-0,027	0,979
Hastalara yönelik derinlemesine davranış	-0,141	-1,010	0,315
R²=0,085 F=2,535 p=0,044			

* $p < 0,05$

Tablo 3'te regresyon analizi sonuçları özetlenmiştir. Buna göre doktora yönelik derinlemesine davranış ile iş tatmini arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir ($Beta (b) = 0,398; p < 0,05$). Bu yüzden H2a desteklenmiştir. Buna karşılık doktora yönelik yüzeysel davranışın ($b = -0,044; p > 0,05$), hastalara yönelik yüzeysel davranışın ($b = -0,004; p > 0,05$) ve hastalara yönelik derinlemesine davranışın ($b = 0,141; p > 0,05$) iş tatmini ile arasında ilişki tespit edilmemiştir. Bu yüzden H1a, H1b ve H2b desteklenmemiştir.

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre, yüzeysel davranışın iş tatmini üzerindeki etkisi doktora ($b = -0,044; p > 0,05$) veya hastaya karşı sergilenen yüzeysel davranışa ($b = -0,004; p > 0,05$) göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu yüzden H3a desteklenmemiştir. Buna karşılık derinlemesine davranışın iş tatmini üzerindeki etkisi, doktora ($b = 0,398; p < 0,05$) veya hastaya karşı sergilenen derinlemesine ($b = 0,141; p > 0,05$) davranışa göre farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bu yüzden H3b desteklenmiştir.

IV. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bu çalışmada duygusal emeğin kime karşı sergilendiğinin, kavramın açıklanması açısından bir önemi olup olmadığının anlaşılması amaçlanmıştır. Bu amaçla sağlık çalışanlarının harcadıkları duygusal emeğin iş tatminlerine etkisinin, doktorlara (örgüt içi aktörler) ve hastalara (örgüt dışı aktörler) yönelik sergilenmesi durumunda farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu kapsamda yapılan analizlerin sonucunda doktora yönelik derinlemesine davranışın iş tatmini üzerinde pozitif etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Elde edilen bu sonuç, derinlemesine davranışın iş tatmini üzerinde olumlu etkisi olduğu yönündeki çalışmaları desteklemektedir (Grandey, 2000; Grandey vd., 2005; Seery ve Corrigan, 2009; Scott vd., 2012; Kammeyer vd., 2013; Pala ve Tepeci, 2014; Humphrey vd., 2015; Çelik ve Topsakal, 2016; Lee, 2018; Costakis vd., 2021; Kocakula, 2021). Derinlemesine davranışta birey karşı tarafa sergilemesi gereken duyguları hissetmeye çalışarak, bir anlamda kendisinden bir şeyler katarak sergilemektedir. Bireyin çalışma ortamını kişiselleştirmesi (bireyin kimliğini yansıtacak şekilde değiştirmesi) tatminle ilişkilendirilmektedir (Ashforth ve Humphrey, 1993). Ayrıca çalışanların sergiledikleri davranışların, karşı tarafça içten ve samimi algılanması, çalışmada görevinin gereklerini başarılı bir şekilde yerine getirdiği inancı yaratmaktadır (Ashforth ve Humphrey, 1993). İşini başarılı bir şekilde yerine getirdiği inancına sahip sağlık çalışanlarının da iş tatmini artmaktadır.

Ancak burada dikkat çeken nokta, derinlemesine davranışın doktorlara yönelik sergilenmesi durumunda iş tatmini yaratmasına karşılık, hastalara yönelik olması durumunda sağlık çalışanlarının iş tatmini üzerinde herhangi bir etkisinin olmamasıdır. Bu sonucun bir nedeni sağlık çalışanlarının, ilişkilerinin sürekliliği açısından bu iki grup arasında fark görmesi olabilir. Örgüt içi ilişkilerin karakteristiği, hizmet çalışanlarının örgüt dışı aktörlerle ilişkilerinin özelliklerinden farklılık göstermektedir (Grandey vd., 2007). Bu açıdan sağlık çalışanları için bir tarafta, birlikte çalıştıkları ve zamanlarının çoğunu bir arada geçirdikleri (gündüz mesaisi hatta nöbetlerde) doktorlar, diğer tarafta da kısıtlı bir zaman diliminde iletişim içinde oldukları hastalar yer almaktadır. Bu açıdan bu çalışanların iş tatminlerinin, hastalarla geçirilen sınırlı zaman dilimindeki ilişkilerin niteliğinden çok, doktorlarla ilişkilerinin niteliğinden ya da onlara sergiledikleri duygusal emekten etkilenmiş olması doğal görülebilir.

Bununla birlikte Hochschild (1983), Grandey (2003) ve Sloan (2014) tarafından yürütülen çalışmaların aksine bu çalışmada yüzeysel davranış ve iş tatmini arasında bir ilişki bulunmamıştır. Üstelik bu sonuç, her iki odağa yönelik yüzeysel davranış için de geçerlidir. Bir diğer ifadeyle sağlık çalışanlarının sergiledikleri yüzeysel davranış ne doktorlara ne de hastalara yönelik olduğunda, beklenenin aksine iş tatmini ya da tatminsizliği yaratmamaktadır. Bu sonucun belki de en önemli nedeni bu araştırmanın örnekleminin yukarıdaki üç çalışmadan farklı olarak sağlık çalışanlarından oluşması olabilir. Sağlık çalışanları, diğer hizmet örgütlerindeki müşterilerden farklı duygusal durumda bireylere (hasta ve hasta yakınları) hizmet vermektedirler. Yüzeysel davranış gibi samimiyetsiz davranışları hastalara yönelik sergilemek, sağlık çalışanları tarafından, çalışma etik ve prensiplerine aykırı görülüyor ya da sahip oldukları değerlerle tezatlık gösteriyor olabilir. Bu nedenle de yüzeysel davranış bu çalışanlar için farklı dinamiklere sahip bir boyut olabilir ve elde edilen bulgular bu nedenle ilgili yazından farklılık göstermiş olabilir.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara dayanarak araştırmanın amacı doğrultusunda verilecek yanıt, duygusal emeğin kime harcandığının ya da sergilendiğinin, duygusal emeğin etkileri açısından önemli olduğudur. Diğer bir ifadeyle, sağlık çalışanlarına göre hastalar için harcanan duygusal emeğin etkileri ile doktorlar için harcanan duygusal emeğin etkileri, derinlemesine davranış açısından farklılık göstermektedir. Bu da duygusal emek olgusunun, müşteriler dışında, çalışma arkadaşları ya da yöneticiler gibi örgüt içi aktörlere yönelik olarak da incelenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Bu araştırmanın kısıtlarından ilki salgın şartlarında yoğun iş temposuyla çalışan sağlık çalışanlarının araştırma sorularına yeterince zaman ayırabildikleri ve içtenlikle cevap verdiği varsayımdır. Bu çalışma duygusal emeği çok odaklı bir yaklaşımla incelemeyi amaçlamış olmakla

birlikte sağlık çalışanlarının duygusal emek harcamak durumunda olduğu hasta yakını ve yöneticileri gibi başka aktörler de bulunmaktadır. Ancak bir araştırmada bu farklı odakların tümüne yönelik davranışların ölçülmesi bazı güçlükler içerdiğinden bu çalışmada sadece hasta ve doktorlarla ilişkiler esas alınmıştır. Bu nedenle de bundan sonraki çalışmalarda hasta yakınları ve yöneticilere yönelik duygusal emek davranışlarının ele alındığı çalışmalar yapılması önerilebilir. Son olarak bu araştırmada elde edilen sonuca göre sağlık çalışanları hastalara değil de doktorlara yönelik derinlemesine davranış sergilediklerinde iş tatmini yaşamaktadırlar. Bunun nedenlerinin araştırıldığı yeni bir araştırma da konunun etraflıca analiz edilebilmesi açısından yararlı görülmektedir.

Etik Kurul İzni: Araştırma kapsamında Yalova Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 24.11.2021 tarihinde 134 karar numarası ile etik kurul onayı ve ardından hastane yönetiminden ise anket uygulama izni alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Altaş, S. S., & Özişli, Ö. (2021). Duygusal emek ile iş tatmini ve bireysel performans arasındaki ilişki. *Journal of International Social Research*, 14(76), 862-873.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*, 18(1), 88-115.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1995). Emotion in the workplace: A reappraisal. *Human Relations*, 48(2), 97-125.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2003). Dual processes at work in a call centre: An application of the job demands-resources model. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(4), 393-417.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakotic, D., & Babic, T. (2013). Relationship between working conditions and job satisfaction: The case of Croatian shipbuilding company. *International Journal of Business and Social Science*, 4(2), 206-213.
- Bartel, A. P. (1981). Race differences in job satisfaction: A reappraisal. *Journal of Human Resources*, 16(2), 294-303.
- Basım, N., & Şeşen, H. (2009). Örgütsel adalet algısı-örgütsel vatandaşlık davranışı ilişkisinde iş tatmininin aracılık rolü. *Osman Gazi Üniversitesi, 17. Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı* (s. 806-812). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Yayınları.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D.M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252-1265.
- Bono, J. E., & Vey, M. A. (2005). Toward understanding emotion management at work: A quantitative review of emotional labor research. In Hartel C., Ashkanasy N. M., Zerbe W. (Eds.), *Emotions in organizational behavior* (pp. 213-233). Erlbaum.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 17-39.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 57-67.

- Chen, Z., Sun, H., Lam, W., Hu, Q., Huo, Y., & Zhong, J. A. (2012). Chinese hotel employees in the smiling masks: Roles of job satisfaction, burnout, and supervisory support in relationships between emotional labor and performance. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(4), 826-845.
- Cheung, F. Y. L., & Tang, C. S. K. (2009). The influence of emotional intelligence and affectivity on emotional labor strategies at work. *Journal of Individual Differences*, 30(2), 75-86.
- Clark, A. E., Oswald, A. J. & Warr, P. B. (1996). Is job satisfaction u-shaped in age?. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69(1), 57-81.
- Costakis, H. R., Gruhlke, H., & Su, Y. (2021). Implications of emotional labor on work outcomes of service workers in not-for-profit human service organizations. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 45(1), 29-48.
- Çelik, P., & Topsakal, Y. (2016). Duygusal emeğin iş tatmini ve duygusal tükenme ile ilişkisi: Antalya destinasyonu otel çalışanları örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 8(4), 202-218.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Demir, M. (2019). *Duygusal emeğin banka çalışanlarının iş tatmini üzerindeki rolü* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Karabük Üniversitesi, Karabük.
- Deng, H., Walter, F., & Guan, Y. (2020). Supervisor- directed emotional labor as upward influence: An emotions- as- social- information perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 41(4), 384-402.
- Dent, M., Burke, W. & Green, R. (1991). Emotional labor and renal dialysis: Nursing and the labor process [Oral presentation]. *The Ninth Annual International Labour Process Conference*, Manchester, England.
- Diefendorff, J. M., Croyle M. H., & Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66(2), 339-257.
- Erickson, R. J., & Ritter, C. (2001). Emotional labor, burnout and inauthenticity: Does gender matter?. *Social Psychology Quarterly*, 64(2), 146-163.
- Grandey, A. A. (1999). *The effects of emotional labor: Employee attitudes, stress and performance* [Unpublished doctoral dissertation]. Colorado State University.
- Grandey, A. (2000) Emotion regulation in the workplace: A New way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95-110.
- Grandey, A. A., & Brauburger, A. L. (2002). The emotion regulation behind the customer service smile. In R. G. Lord, R. J. Klimoski, & R. Kanfer (Eds.), *Emotions in the workplace: Understanding the structure and role of emotions in organizational behavior* (pp. 260-294). Jossey-Bass.
- Grandey, A. A. (2003). When “the show must go on”: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46(1), 86-96.
- Grandey, A. A., Fisk, G. M., & Steiner, D. D. (2005). Must service with a smile be stressful? The moderating role of personal control for American and French employees. *Journal of Applied Psychology*, 90(5), 893-904.

- Grandey, A. A., Kern, J. H., & Frone, M. R. (2007). Verbal abuse from outsiders versus insiders: Comparing frequency, impact on emotional exhaustion, and the role of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 12*(1), 63-79.
- Grandey, A., Foo, S. C., Groth, M., & Goodwin, R. E. (2012). Free to be you and me: A climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 17*(1), 1-14.
- Grandey, A. A., Diefendorff, J. M., & Rupp, D. E. (2013). Bringing emotional labor into focus: A review and integration of three research lenses. In A. A. Grandey, J. M. Diefendorff, & D. E. Rupp (Eds.), *Emotional labor in the 21st century: Diverse perspectives on emotion regulation at work* (pp. 3-27). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Grandey, A. A., & Gabriel, A. S. (2015). Emotional labor at a crossroads: Where do we go from here? *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 2*(1), 323-349.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology, 60*(2), 159-170.
- Hair J. F., Black W. C., Babin B. J., Anderson R. E., & Tatham R. L. (2006). *Multivariate data analysis*. Pearson Prentice Hall.
- Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C., & Chatzisarantis, N. L. D. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control. *Psychological Bulletin, 136*(4), 495-525.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist, 44*(3), 513-524.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested- self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review, 50*(3), 337-421.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart: The commercialization of feeling*. University of California Press.
- Hochschild, A. R. (1990). Ideology and emotion management: A Perspective and path for future research. In T. D. Kemper (Ed.), *Research agendas in the sociology of emotions* (pp. 117-142). State University of New York Press.
- Humphrey, R. H., Ashforth, B. E., & Diefendorff, J. M. (2015). The bright side of emotional labor. *Journal of Organizational Behavior, 36*(6), 749-769.
- Jang, O. J., Ryu, U. J., & Song, H. J. (2015). The effects of a group art therapy on job stress and burnout among clinical nurses in oncology units. *Journal of Korean Clinical Nursing Research, 21*(3), 366-376.
- Jex, S. M., & Britt, T. W. (2014). *Organizational psychology: A scientist-practitioner approach* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Johnson, H. A. M., & Spector, P. E. (2007). Service with a smile: Do emotional intelligence, gender, and autonomy moderate the emotional labor process?. *Journal of Occupational Health Psychology, 12*(4), 319-333.
- Kammeyer- Mueller, J. D., Rubenstein, A. L., Long, D. M., Odio, M. A., Buckman, B. R., Zhang, Y., & Halvorsen- Ganepola, M. D. (2013). A meta-analytic structural model of dispositional affectivity and emotional labor. *Personnel Psychology, 66*(1), 47-90.

- Kerse, G., & Özdemir, Ş. (2018). Sağlık sektörü çalışanlarının duygusal emek davranışları örgütsel bağlılık ile açıklanabilir mi?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 151-163.
- Kıyat, G. B. D., Özgüleş, B., & Günaydın, S. C. (2018). Algılanan kurumsal itibar ve işe bağlılığın duygusal emek davranışı üzerine etkisi: Sağlık çalışanları örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 473-494.
- Kirkcaldy, B. D., & Martin, T. (2000). Job stress and satisfaction among nurses: Individual differences. *Stress Medicine*, 16(2), 77-89.
- Kocakula, Ö. (2021). Duygusal emeğin iş tatmini üzerindeki etkisi: İzmir Balçova ve Narlıdere belediyeleri örneği. *Kent Akademisi*, 14(3), 824-841.
- Lam, W., & Chen, Z. (2012). When I put on my service mask: Determinants and outcomes of emotional labor among hotel service providers according to affective event theory. *International Journal of Hospitality Management*, 31(1), 3-11.
- Lee, J. J., & Ok, C. (2012). Reducing burnout and enhancing job satisfaction: Critical role of hotel employees' emotional intelligence and emotional labor. *International Journal of Hospitality Management*, 31(4), 1101-1112.
- Lee, H. J. (2018). How emotional intelligence relates to job satisfaction and burnout in public service jobs. *International Review of Administrative Sciences*, 84(4), 729-745.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Rand McNally.
- Mann, S. (2005). A health care model of emotional labour: An evaluation of the literature and development of a model. *Journal of Health, Organization and Management*, 19(4), 317-323.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Meyer, J. P., Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: A conceptual analysis and integrative model. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 991-1007.
- Morris, J. A., & Feldman D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, 21(4), 986-1010.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1997). Managing emotions in the workplace. *Journal of Managerial Issues*, 9(3), 257-274.
- Nunally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Pala, T., & Tepeci, M. (2014). Otel işletmelerinde çalışanların duygusal emek boyutlarının belirlenmesi ve duygusal emek boyutlarının iş tatmini ve işte kalma niyeti üzerine etkisi. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 11(1), 21-37.
- Pugh, S. D. (2001). Service with a smile: Emotional contagion in the service encounter. *Academy of Management Journal*, 44(5), 1018-1027.
- Pugliesi, P. (1999). The consequences of emotional labor: Effects on work stress, job satisfaction, and well-being. *Motivation and Emotion*, 23, 125-154.
- Rafaeli, A., & Sutton, R. I. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *Academy of Management Review*, 12(1), 23-37.

- Rafaeli, A., & Sutton, R. I. (1991). Emotional contrast strategies as means of social influence: Lessons from criminal interrogators and bill collectors. *Academy of Management Journal*, 34(4), 749-775.
- Robbins, S. P. (2001). *Organizational behavior*. Prentice-Hall.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30(7), 893-917.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and Health*, 16(5), 501-510.
- Scott, B. A., Barnes, C. M., & Wagner, D. T. (2012). Chameleonic or consistent? A multilevel investigation of emotional labor variability and self-monitoring. *Academy of Management Journal*, 55(4), 905-926.
- Seery, B. L., & Corrigan, E. A. (2009). Emotional labor: Links to work attitudes and emotional exhaustion. *Journal of Managerial Psychology*, 24(8), 797-813.
- Sezgin, A. (2010). *Üniversite hastanelerinde çalışan başmüdür ve müdürlerin iş doyumu ile tükenmişlik düzeylerinin incelenmesine yönelik bir araştırma* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Sloan, M. M., (2014). The consequences of emotional labor for public sector workers and the mitigating role of self-efficacy. *The American Review of Public Administration*, 44(3), 274-290.
- Sloane, P. J., & Williams, H. (1996). Are "overpaid" workers really unhappy? A test of the theory of cognitive dissonance. *Labour*, 10(1), 3-16.
- Sutton, R. I., & Rafaeli, A. (1988). Untangling the relationships between displayed emotions and organizational sales: The case of convenience stores. *Academy of Management Journal*, 31(3), 461-487.
- Thoits, P. A. (1996). Managing the emotions of others. *Symbolic Interaction*, 19(2), 85-109.
- Torland, M. (2011). Emotional labour and job satisfaction of adventure tour leaders: Does gender matter?. *Annals of Leisure Research*, 14(4), 369-389.
- Totterdell, P. & Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles: Testing a model of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(1), 55-73.
- Tortop, N., İsbir E. G., & Aykaç, B., Yayman, H., & Özer, M. A. (2010). *Yönetim bilimi* (8. Bs.). Nobel Yayın Dağıtım.
- Tsang, M. C., Rumberger, R. W. & Levin, H. M. (1991). The impact of surplus schooling on work productivity. *Industrial Relations*, 30(2), 209-228.
- Ünlü, O. & Yürür, S. (2011). Duygusal emek, duygusal tükenme ve görev/bağlamsal performans ilişkisi: Yalova'da hizmet sektörü çalışanları ile bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 37, 183-207.
- Van Dijk, P. A., Smith, L. D. G., & Cooper, B. K. (2011). Are you for real? An evaluation of the relationship between emotional labour and visitor outcomes. *Tourism Management*, 32(1), 39-45.

- Waldron, V. R. (1991). Achieving communication goals in superior-subordinate relationships: The multi-functionality of upward maintenance tactics. *Communication Monographs*, 58(3), 289-306.
- Wang, I. A., Lin, S. Y., Chen, Y. S., & Wu, S. T. (2022). The influences of abusive supervision on job satisfaction and mental health: The path through emotional labor. *Personnel Review*, 51(2), 823-838.
- Watson, R., Storey, D., Wynarczyk, P., Keasey, K., & Short, H. (1996). The relationship between job satisfaction and managerial remuneration in small and medium-sized enterprises: An empirical test of "comparison income" and "equity theory" hypotheses. *Applied Economics*, 28(5), 567-576.
- Wharton, A. S. (1993). The affective consequences of service work. *Work and Occupation*, 20(2), 205-232.
- Wichroski, M. (1994). The secretary: Invisible labor in the workworld of women. *Human Organization*, 53(1), 33-41.
- Wong, J. Y., & Wang, C. H. (2009). Emotional labor of the tour leaders: An exploratory study. *Tourism Management*, 30(2), 249-259.
- Wu, T. Y., & Hu, C. (2013). Abusive supervision and subordinate emotional labor: The moderating role of openness personality. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(5), 956-970.
- Wright, T. A., & Hobfoll, S. E. (2004). Commitment, psychological well-being and job performance: an examination of conservation of resources (cor) theory and job burnout. *Journal of Business & Management*, 9(4), 389-406.
- 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.
- Yang, S. B., & Guy, M. E. (2015). Gender effects on emotional labor in Seoul metropolitan area. *Public Personnel Management*, 44(1), 3-24.
- Yürür, S. (2008). Örgütsel adalet ile iş tatmini ve çalışanların bireysel özellikleri arasındaki ilişkilerin analizine yönelik bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 295-312.
- Yürür, S., Gümüş, M., & Hamarat, B. (2011). Çalışan-müşteri ilişkilerinde algılanan adalet/adaletsizliğin duygusal emek davranışlarına etkisi. *Journal of Yasar University*, 6(23), 3826-3839.
- Yürür, S., & Ünlü, O. (2011). Duygusal emek, duygusal tükenme ve işten ayrılma niyeti ilişkisi. "İŞ, GÜÇ" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(2), 81-104.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology and Health*, 16(5), 527-545.

KNOWLEDGE, ATTITUDES, BEHAVIORS OF THE DOCTORS ABOUT PATIENT RIGHTS, AND PATIENT COMPLAINTS: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Esra ÇINAR TANRIVERDİ *
Elif Okşan ÇALIKOĞLU **
Sinan YILMAZ ***

ABSTRACT

Patient rights are the entitlements that individuals who need to benefit from health services have just because they are human. These rights should be complied with during health service delivery. This study was conducted to evaluate the knowledge levels, attitudes, and the claim reasons of doctors working in Erzurum city center concerning patient rights and to offer solutions to the matter. A cross-sectional descriptive survey was done. All doctors working in Erzurum city center were included in the study. The participation rate was 82%. A questionnaire with sociodemographic questions and information questions about patients' rights was used as a data collection tool. The questionnaire was applied to doctors face-to-face. Physicians' knowledge scores on patient rights were reasonably high. However, it was observed that the knowledge levels were not reflected in attitudes and behaviors at the same rate. Only one-third of the participants had read the Patient Rights Regulation, and half of them had received training on the subject. Of the physicians, 76.6% (n=562) think that the concept of patient rights limits the rights of doctors, and 97.4% (n=714) claimed that there were unnecessary/inappropriate complaints to the patient-rights units. Of the physicians, 64.6% received complaints from patients and/or their relatives. The most common complaint reason was communication problems (21.3%, n=294). While the doctors providing health care, 8.3% were not smiling at their patients, 1.1% (n=8) were not paying attention to patient privacy, 20.5% (n=149) were not giving verbal information to patients, 7.3% (n=53) were not receiving written consent from patients before the medical intervention. Physicians must develop positive attitudes towards patient rights practices and internalize these rights. Education on patient rights should be included in the medical education curriculum in preclinical and clinical periods. Doctors should be informed about the changes and updates made in the regulation with in-service training. The factors that prevent the transformation of knowledge into attitudes and behaviors should be revealed in larger studies.

Keywords: Patient Rights, Attitude, Complaint.

ARTICLE INFO

* Assit. Prof. Dr., Atatürk University, Faculty of Medicine, Department of Medical Education, esracinar@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8857-3986>

** Assoc. Prof. Dr. Provincial Health Directorate, Gaziantep, calikogluoksan@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8959-5001>

*** Assit. Prof. Dr., Atatürk University, Faculty of Medicine, Department of Public Health, dr_syilmaz@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7784-3274>

Received: 04.02.2022

Accepted: 11.10.2022

Cite This Paper:

Çınar Tanrıverdi, E., Çalikoğlu, E. O., & Yılmaz, S. (2022). Doktorların hasta haklarına ilişkin bilgi, tutum, davranışları ve hasta şikayetleri: kesitsel bir çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 813-826

DOKTORLARIN HASTA HAKLARINA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞLARI VE HASTA ŞİKAYETLERİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Esra ÇINAR TANRIVERDİ *
Elif Okşan ÇALIKOĞLU **
Sinan YILMAZ ***

ÖZ

Hasta hakları, sağlık hizmetinden yararlanma ihtiyacı olan bireylerin sırf insan oldukları için sahip oldukları haklardır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında, bu haklara uyulmalıdır. Bu çalışma, Erzurum il merkezinde görev yapan doktorların hasta haklarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve konuya çözüm önerileri getirmek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı anket çalışmasına, il merkezinde çalışan tüm doktorlar dahil edilmiştir. Katılım oranı %82 idi. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik sorular ve hasta hakları ile ilgili bilgi sorularının yer aldığı bir anket kullanılmıştır. Anket doktorlara yüz yüze uygulanmıştır. Hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi puanları oldukça yüksektir. Ancak bilgi düzeylerinin tutum ve davranışa aynı oranda yansımadağı görülmüştür. Katılımcıların sadece üçte biri Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okumuş ve yarısı konu ile ilgili eğitim almıştır. Hekimlerin %76,6'sı (n=562) hasta hakları kavramının hekimlerin haklarını sınırladığını düşünürken, %97,4'ü (n=714) hasta hakları birimlerine gereksiz/uygun olmayan şikayetler olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %64,6'sı hasta ve/veya yakınlarından şikayet almıştır. En sık şikayet nedeni iletişim sorunlarıydı (%21,3, n=294). Sağlık hizmeti verirken hekimlerin %8,3'ü hastalarına gülümsemediğini, %1,1'i (n=8) hasta mahremiyetine dikkat etmediğini, %20,5'i (n=149) hastalara sözlü bilgi vermediğini, %7,3'ü (n=53) tıbbi müdahaleden önce hastalardan yazılı onam almadığını belirtmiştir. Hekimlerin hasta hakları uygulamalarına yönelik olumlu tutum geliştirmeleri ve bu hakları içselleştirmeleri önemlidir. Hasta haklarına yönelik eğitimler tıp eğitimi müfredatında prelinik ve klinik dönemlerde mutlaka yer almalıdır. Hekimler yönetmelikte yapılan değişiklik ve güncellemelerden hizmet içi eğitimler ile haberdar edilmelidir. Bilginin tutum ve davranışa dönüştürülmesini engelleyen faktörler daha geniş çaplı çalışmalarla ortaya konulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hasta Hakları, Tutum, Şikayet.

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, esracinar@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8857-3986>

** Doç. Dr., İl Sağlık Müdürlüğü, Gaziantep, calikogluoksan@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8959-5001>

*** Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, dr_syilmaz@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7784-3274>

Gönderim Tarihi: 04.02.2022

Kabul Tarihi: 11.10.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Çınar Tanrıverdi, E., Çalikoğlu, E. O., & Yılmaz, S. (2022). Doktorların hasta haklarına ilişkin bilgi, tutum, davranışları ve hasta şikayetleri: kesitsel bir çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 813-826

I. INTRODUCTION

The concept of Patient Rights (PR), which is the reflection of Human Rights in health services, is gaining importance around the world and in Turkey. First seen historically in the Hammurabi laws. This notion mentions the responsibilities of doctors in case of faulty medical practices (Teall, 2014). The first international documents on PR are the Nuremberg Codes and the Helsinki Declaration (Asplund and Hermerén, 2017; Vollmann and Winau, 1996). Descriptions of clinical research, provisions regarding human and animal subjects, duties of doctors towards patients and colleagues, and unethical behaviors are included in the Helsinki Declaration.

Put into effect in Turkey in 1998 and updated in 2015, the Patient Rights Regulation is an important guide being the first regulation on this subject in Turkey based on the rights in international declarations and agreements, defining the clear and detailed rights of patients, and initiating PR practice (TC Ministry of Health, 2019). These are the rights of individuals while receiving any health service. The purpose of PR is "protecting, supporting, and strengthening the individuals who receive health services." Compliance with these rights in the provision of health services increases the quality and efficiency of the care, solves communication problems between the patient and the doctor to a great extent, and as a result, will positively contribute to the increase in patient satisfaction and service quality (Virone and Tarasenko, 2010).

This study aimed to examine the knowledge levels attitudes and behaviors of doctors working in Erzurum city center on PR regulation, the rate of complaints within the regulation's scope, the factors affecting these results, and to suggest solutions.

II. METHODS

2.1. Participants

This is a descriptive questionnaire study conducted with doctors working at all healthcare levels in Erzurum city center between January and May 2017. The population of the study consisted of 988 doctors working in Erzurum city center. Sampling was not used as it was aimed to reach all doctors in the population.

2.2. Ethical Permission

Ethical permission for the research was obtained from the Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee of Atatürk University Faculty of Medicine (Date: 31.05.2016, number: 8/11), and the permission for implementation was obtained from the General Secretariat of Provincial Public Hospitals (Date: 22.09.2016, number: 98003106/604.01.02).

2.3. Data Collection

At the time the data was collected, in Erzurum city center, there were two State Hospitals, two branch hospitals, one University Hospital, one Regional Training and Research Hospital, one private hospital, 31 Family Health Centers, and an Emergency Service Center. According to the Provincial Health Directorate data, as of 2017, 988 doctors were working in these institutions.

A questionnaire based on the Patient Rights Regulation (PRR) and consisting of 3 parts was used to collect data. The 35-item questionnaire contained in the first part demographic information of the participants (age, gender, duration of service in the profession, specialty, and career status) and in the second part the PR knowledge level of physicians. The third part of the questionnaire included questions aiming to evaluate participants' attitudes and behaviors on the subject, and the fourth part considered factors affecting complaints of the patients and their relatives within the scope of the PRR.

A face-to-face questionnaire was applied to all participants on a voluntary basis. A total of 810 questionnaires were included in the analysis (participation rate 82%).

2.4. Statistical Analysis

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20) program was used for data analysis. Knowledge score (KS) was calculated for each participant by taking the correct knowledge as 1 point and the wrong knowledge as 0 points. Categorical variables were presented as numbers and percentages, and numerical variables as mean, standard deviation, median, minimum, and maximum values. The Mann-Whitney U test was used for pairwise comparisons of numerical variables that were not normally distributed. Kruskal Wallis variance analysis with post-hoc Bonferroni correction was used to compare more than two groups. The Chi-Square test and Fisher's Exact test were used to compare categorical variables. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

2.5. Limitations of the Study

In our study, contents of the PRR document were used to measure the patient rights knowledge scores of physicians. Since a "Patient Rights Scale" could not be found in the literature review, it could not be included in the study, which may be considered a limitation. Additionally, the physicians' attitudes were assessed by self-reporting. Furthermore, the average examination time allocated to patients was not determined objectively, and data obtained from the patient rights units regarding complaints were not verified.

III. RESULTS

3.1. Descriptive Findings

Of the doctors participating in the study, 65.4% (n=530) were men, and 34.6% (n=280) were women. When their distribution according to the workplace was examined, 23.3% (n=187) were working in primary care, 13% (n=105) in secondary care, 61.2% (n=496) in tertiary care, and 2.8% (n=22) in private hospitals (Table 1).

Table 1. Descriptive Characteristics of the Doctors

		Frequency (n)	Percentage (%)
Sex	Female	280	34.6
	Male	530	65.4
Institution category	Tertiary care	496	61.2
	Secondary care	105	13.0
	Primary care	187	23.1
	Private	22	2.7
Career status	General practitioner	216	27.3
	Specialty trainee	208	26.3
	Specialist	251	31.7
	Academic	116	14.7
Profession	Internal sciences	513	63.3
	Surgical sciences	223	27.5
	Basic sciences	62	7.7
	Manager	12	1.5

Of the doctors, 11.4% (n=92) participating in our study stated that they were not informed of the Patient Rights Regulation in force in Turkey, and only one-third of the participants indicated that they had read the PRR.

The rate of doctors that received training on PR was 55% (n=445), and the main source of education has been determined as undergraduate education (72%, n=330). When participants were asked to evaluate their level of knowledge about PR, only 27.3% (n=221) found themselves sufficient.

Of the institution types, primary care physicians were the most satisfied with their profession. Of the participating physicians, 93% (n=753) thought that patients and their relatives should receive training on patient rights, as should healthcare professionals.

The daily mean number of outpatients seen by doctors participating in the study was 62.78 ± 41.42 . This number was highest among specialty-trainees with 300-400 examinations per day and lowest among academics (around 5 patients). The average time reserved for examining a patient in the polyclinic was 7.21 ± 4.221 , while the mean duration that could be reserved for counseling a patient was 6.50 ± 4.929 . The number of outpatient clinics per day was significantly higher in internal branches (65.85 ± 45.11) than in the surgical disciplines (57.56 ± 30.02). Participants of both branches could not find sufficient time allocated to patients in outpatient clinics, which was significantly higher in internal departments ($p=0.012$).

3.2. PRR Knowledge Scores

Physicians' mean total knowledge score within the framework of PRR was 30.71 ± 2.66 over a maximum of 35 points. Of the doctors, 87.7% knew all the articles of PRR at a good level, and their knowledge scores were not related to any variable. When the responses of doctors to the questions about the patients' and their relatives' rights to request information were evaluated, a statistically significant difference was found in eight of the ten items (Table 2).

Table 2. Relationships between Knowledge on the "Right to Access Information" and Career Status

Responses to the regulation regarding the "right to access information"	Career								χ^2	p
	Practitioner		Assistant		Specialist		Academician			
	Number n	Percentage %	Number n	Percentage %	Number n	Percentage %	Number n	Percentage %		
"Patients have the right to choose a doctor"										
False	0	0.0	0	0.0	3	1.3	1	1.0	6.167	0.104
True	207	96.3	165	87.3	200	88.1	91	94.8		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"Patients have the right to request both verbal and written information about their diseases"										
False	4	1.9	14	7.4	14	6.2	11	11.5	11.173	0.011
True	211	98.1	175	92.6	213	93.8	85	88.5		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"A patient can examine files and records regarding their health condition and take a copy"										
False	17	7.9	35	18.5	44	19.4	22	22.9	16.523	0.001
True	198	92.1	154	81.5	183	80.6	74	77.1		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"A patient may request a second opinion from another physician about their health status regarding a complaint"										
False	22	10.2	22	11.6	23	10.1	14	14.6	1.410	0.703
True	193	89.8	167	88.4	204	89.9	82	85.4		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"Information can only be provided by a doctor"										
False	155	72.1	24	12.7	47	20.7	16	16.7	205.240	0.000
True	60	27.9	165	87.3	180	79.3	80	83.3		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"It is essential that information is provided directly to the patient"										
False	9	4.2	14	7.4	25	11.0	16	16.7	12.386	0.006
True	206	95.8	175	92.6	202	89.0	80	83.3		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"Information is provided by giving the patient a reasonable time, except in emergencies"										
False	8	3.7	13	6.9	2	.9	3	3.1	12.905	0.005
True	207	96.3	176	93.1	225	99.1	93	96.9		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"The patient is informed in writing and verbally about the medical intervention to be applied by the intervening health personnel"										
False	2	.9	17	9.0	8	3.5	5	5.2	15.720	0.001
True	213	99.1	172	91.0	219	96.5	91	94.8		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"A patient may request not to receive information or information be given to their relatives"										
False	151	70.2	27	14.3	34	15.0	10	10.4	235.087	0.000
True	64	29.8	162	85.7	193	85.0	86	89.6		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"In cases where it is thought to have a bad effect on the spiritual structure of the patient and adversely affect the course of the disease, the diagnosis can be hidden from the patient"										
False	37	17.2	78	41.3	102	44.9	31	32.3	48.166	0.000
True	178	82.8	111	58.7	125	55.1	65	67.7		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		
"Patients have the right to object the reports on their health status and request a new report from the same or another institution"										
False	21	9.8	32	16.9	37	16.3	10	10.4	5.488	0.139
True	194	90.2	157	83.1	190	83.7	86	89.6		
Total	215	100	189	100	227	100	96	100		

GP: General practitioner.

3.3. Physicians' Attitudes and Behaviors towards Patient Rights

In terms of physician attitudes and behaviors, 8.3% were not smiling to their patients, 1.1% (n=8) were not paying attention to patient privacy while providing health care, 20.5% (n=149) were not giving verbal information to patients undergoing medical intervention, 7.3% (n=53) were not receiving written consent from patients before the medical intervention, and 61.2% (n=445) were not providing a copy of the consent form to patients or their representatives (Table 3).

Table 3. Physicians' Attitudes and Behaviors towards PR

	Frequency (n)	Percentage (%)
Are you able to provide friendly, gentle, and compassionate service to patients?		
Yes	178	24.6
No	60	8.3
As possible	486	67.1
Total	724	100.0
Do you get written consent from the patients undergoing medical intervention?		
Yes	443	60.9
No	53	7.3
As possible	231	31.8
Total	727	100.0
Do you pay attention to patient privacy during the examination and medical interventions?		
Yes	519	71.4
No	8	1.1
As possible	200	27.5
Total	727	100.0
Do you give verbal information to the patients undergoing medical intervention?		
Yes	473	65.1
No	149	20.5
As possible	105	14.4
Total	727	100.0
Do you give a copy of the consent form to patients or their representatives?		
Yes	282	38.8
No	445	61.2
Total	727	100.0

3.4. Physicians' Complaint Cases under PRR

Of the doctors participating in the study, 64.6% (n=469) had been complained by patients and/or their relatives. However, 97.4% of the physicians (n=714) thought that there were unnecessary/inappropriate complaints to the PR units, and 76.6% (n=556) believed that the concept of patient rights limits the rights of doctors.

Although the rate of complaints of physicians who do not know that there is a regulation on PR in Turkey was higher, the difference between the groups was not statistically significant ($p>0.05$).

The doctors who stated that they had read the PRR received more complaints, and the difference between the groups was statistically significant ($p=0.001$).

When evaluated according to the field of specialization, the most complained group was surgeons (%75.3, n=168), while doctors in basic sciences were the least complained (33.9%, n=21). The difference between the groups was statistically significant ($p<0.001$).

When evaluated according to career status, the most complained participants were specialists (72.5%, n=182), and the least complained group was academicians (56%, n=65) ($p<0.001$).

The doctors who stated that the daily workload was hefty received more complaints; complaint rates increased with the workload (79.5%, n=105 vs 63.7%, n=72). The relationship between workload and complaints was statistically significant ($p=0.006$).

On the other hand, 76% (n=260) of the complaints were against night shift doctors, and 59.8% (n=237) were against physicians who did not have shifts. The doctors on duty were more complained ($p<0.001$).

The average number of daily examinations by doctors who were complained was 68.01 ± 45.752 , while the mean number of examinations of the physicians who were not complained was 51.76 ± 27.318 . The difference was statistically significantly ($p < 0.001$).

When the relationship of the complaints with the institution types was evaluated, doctors working in the secondary care and private hospitals attracted more complaints than the primary and tertiary care physicians. The difference between these groups was statistically significant ($p < 0.001$).

The most common complaint reasons were communication problems (21.3%, $n=294$), followed by inappropriate requests (18.4%, $n=254$) and wait times (17.9%, $n=247$) (Figure 1).

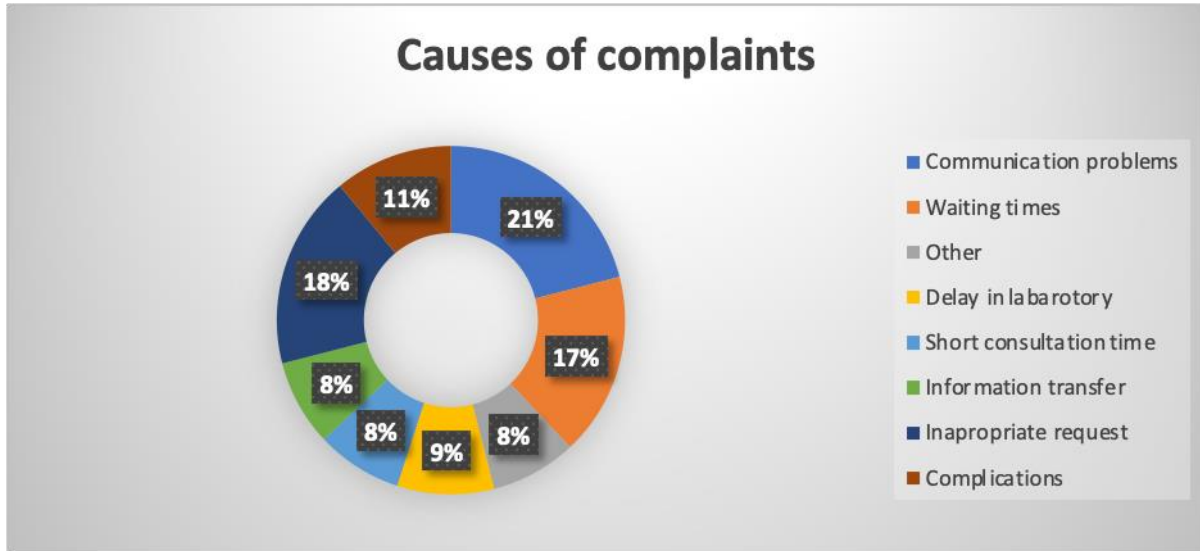


Figure 1. Causes of Patient and Patient Relatives Complaints

When the causes of complaints were evaluated according to the institution, the most common reason for complaints among secondary and tertiary care physicians was communication problems (20.9%, $n=49$ and 24%, $n=189$, respectively) and illegal requests in primary care physicians (19.2%, $n=57$). The most common causes of complaints among doctors working in private hospitals were communication problems, inappropriate demands, and post-treatment complications, with a common rate of 19.2% ($n=10$).

IV. DISCUSSION

At the end of the nineties, human-centered health service provision was started to be discussed in Turkey and the Patient Rights Regulation entered into force in 1998 (TC Ministry of Health, 2019). However, different results were found about the knowledge of healthcare professionals concerning patient rights. In Bilir and other's study (2015), 13.6% of the emergency room workers, and in Teke and other's study (2007), 21.7% of the nurses stated that they had never encountered the concept of patient rights in their professional lives. Half of the participants in Özdemir and other's study (2000) knew that there is a regulation on PR. In Eşiyok and other's study (2007), 15% of the participants stated that they were not aware of such a regulation. In our study, the rate of doctors who were not aware of the PR Regulation was relatively lower (11%) compared to other investigations. However, considering the elapsed time, it made us think that the health services provided on the basis of patient rights did not reach the desired level, and there are still physicians with uncovered educational needs.

As in our study, knowing the articles of the patient rights regulation was high in other reports as well. (Bilir et al., 2015; Duran et al., 2008; Eker et al.; Topbas et al., 2005; Zincir and Kaya, 2009) The reason for this may be that the questionnaires prepared based on the articles of the regulation are

not validated scales; they contain easily answerable questions using logic. Despite the high knowledge scores in this study, only 27.3% of the participants perceived their knowledge level as 'sufficient'.

The rate of complaints from doctors varies worldwide. As to a study conducted in New Zealand, 34.6% of the physicians had been complained (Cunningham, 2004). When looked at the healthcare personnel complaint rates in other studies, the rates were 41% in Ocaktan and other's study (2004), 52% in Eşiyok and other's study (2007), 28% in Bilir and other's study (2015), and 30% in Barın's study (2014). It is noteworthy that the rate found in our research was (approximately 2/3) higher compared to other studies. When the statistics of the Turkish Ministry of Health on PR are examined, it is seen that the complaints made about healthcare workers increase every year. While this number was 35 547 in 2005, it reached 179 265 in 2011, recording a 5-fold increase (General Directorate of Health Services., 2021). This may be the publication of the circulars and directives that determine the application principles of the PRR and make the complaint units accessible. Additionally, emerging multiple options for society and the increasing interest of the media and law firms may have contributed to this change.

Interestingly, in our study, it was observed that doctors who studied PRR received significantly more complaints. Although the regulation was read by most physicians, they might have had difficulties in practice, or physicians might have read the regulation to obtain information and write pleadings after being complained. A study conducted in Ireland revealed that doctors found the complaints unwarranted and annoying and requested that those who made misleading complaints should be punished (Bostan, 2007). Cunningham reported that complaints affected the psychology of physicians, and this reflected negatively on the physician-patient relationship. (Cunningham, 2004)

In line with the literature, almost all physicians (97%) who participated in our research stated that there were unnecessary complaints, and 93% said that regulations should be made to prevent these complaints. Of the doctors participating in our study, 77% thought that the concept of PR limits the rights of physicians. According to the study of Bostan (2007), 67% of the participants saw PR as a concept against healthcare personnel.

Promotion and education concerning patient rights and fundamental human rights should be the main starting point of the health system. Improper planning from this perspective may have caused doctors and healthcare professionals to be misunderstood and may have led to a clash between physicians and patients. Changing the concept of PR into 'Health-related rights' may cover both service providers and receivers. Thus, this change can contribute to better communication by preventing the formation of two separate groups. In this context, it should be taken into consideration that historically, the concept of patient rights was first put forward and advocated by physicians (Code, 1998).

In Turkey, additional payments are made to hospital doctors for each examination and medical intervention (Akdağ and Koç, 2012). On the other hand, doctors in public institutions in Turkey are obliged to serve all admitted patients. Due to all these factors, the number of daily patients daily may exceed the suggested numbers. The "Central Appointment System" put into practice to solve this problem could not provide the desired results. As a result, many communication problems ensue between doctors and patients. The reflection of this situation in our research was the most common complaint of physicians working in the public sector.

The World Health Organization suggests the average consultation time allocated for a patient as 15-20 minutes (Yardımcı and Eser, 2017). In one study in Turkey, it was found that 82% of the physicians were able to spare less than 5 minutes to their patients at the first visit (Güldal et al., 2005). We observed that the number of daily outpatient clinics during secondary care shifts was far too many. Especially surgeons received significantly more complaints when on duty. Of the doctors, 80% described their daily workload as "heavy or very heavy" and stated that the average time they could allocate for an outpatient examination was 7 minutes, which didn't suffice.

Time constraints may lead to poor management of the health problem, disruption of diagnosis and treatment, improper prescribing, increase in malpractice, increased re-admission institutions, shortening of the time allocated to preventive health services, as well as burnout and job dissatisfaction among physicians (Yardım and Eser, 2017). In addition, it has been reported in various studies that the improvement in the patient-physician relationship increases the trust and positive perceptions about the physician and decreases malpractice-related complaints (Brennan and Mello, 2003; Carmel and Glick, 1993; Levinson and Roter, 1997).

Reasons for complaints may differ according to the institution types. The primary health care practice planned according to the geographical location in Turkey may have caused the physicians to know their assigned population very well, facilitate patient-doctor communication, and decrease communication problems, as well as illegal requests such as inappropriate medicines and haphazard sick leaves or health reports.

Similar to our study, in the study of Kırgın Toprak and Şahin (2012) evaluating the data between the years 2006-2009, the most complained group among healthcare workers was doctors (60%), and the most complained among the doctors were the specialist physicians and surgeons. Furthermore, it was observed that the most frequently complained surgical branches were orthopedics and gynecology & obstetrics (Barın, 2014). This finding was confirmed in our study. Explanations of this can be the high risk in surgical departments, prolongation of the patient's time in the hospital for pre-and post-operative procedures, and inappropriately rapid and significant recovery expectations.

Communication problems in the health sector are encountered not only in Turkey but all over the world. Communication between healthcare personnel and patients is one of the most crucial factors determining patient satisfaction (Harrison et al., 2016; Reader et al., 2014; Ridd et al., 2009; Rubinsky and Cooke-Jackson, 2017). Patient satisfaction is one of the important outputs in healthcare services. In a study conducted in Singapore, it was observed that the most common cause of complaints were communication-related problems (73%). Thus, the necessity of continuous training and improvements for patient communication was emphasized (Wong et al., 2007). Studies conducted in Switzerland, Boston, and Australia revealed similar results. (Montini et al., 2008; Parry and Hewage, 2009; Pfeil et al., 2018)

In the 6-year study on the "Health Complaint Information Program," Taylor and others (2002) examined emergency room complaints and revealed the most common reason for complaints as communication-related problems. As solutions, it was emphasized that it is necessary to focus on personnel training in the short term and to determine intervention strategies in the long run.

In a Teheran study, communication problems were determined as rudeness, insensitivity, inappropriate explanations, weak or inadequate communication, and insufficient response to patients' requests. (Moghadam et al., 2010)

In studies where complaints made to health institutions were analyzed, the importance of effective and positive communication between healthcare personnel and patients is emphasized, and periodic training on positive communication is recommended. (Beaupert et al., 2014; Gallagher and Mazor, 2015) The high rate of communication-related complaints in our study reveals the need for training. Significant differences between the responses of the doctors participating in the survey regarding the patients' right to demand information are another supportive data that this training need should be met. The significant difference between general practitioners and other physicians may be an indicator of the educational policy change in recent years. As a matter of fact, the "Clinical Communication Skills Modules" used in undergraduate medical training have been modified in recent years in the structure of these PR training, which was previously given only theoretically, and patient-physician interviews with standard and simulated patients were modeled. In our study, although the physicians' level of knowledge was high, this was not correlated with their attitudes and behaviour, which may indicate that the classical theory-based education they had in the school was not sufficient. The changes in medical education in recent years are expected to have positive repercussions in the future. With future

studies, the difference can be demonstrated concretely. Furthermore, it was considered that it would be beneficial to improve the awareness of physicians and patients by providing training opportunities. In this context, the responses of the doctors in our study pointing to the educational needs of the patients in addition to healthcare professionals are remarkable.

V. CONCLUSION

Patient rights should definitely be included as a subject in undergraduate medical education, and the curriculum should be structured to cover attitudes with horizontal and vertical integration. It has been evaluated that besides health professionals, public education on PR can contribute to preventing unnecessary complaints. In order to increase the quality of communication, regulations should be made to ensure sufficient time allocation of doctors to their patients. When approaching patient rights, highlighting the acknowledgments and wishes could prevent seeing patients and healthcare professionals as opposing groups and contribute to employee motivation and patient satisfaction.

Ethical Approval: Ethical permission for the research was obtained from the Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee of Atatürk University Faculty of Medicine (Date: 31.05.2016, number: 8/11), and the permission for implementation was obtained from the General Secretariat of Provincial Public Hospitals (Date: 22.09.2016, number: 98003106/604.01.02).

REFERENCES

- Akdağ, R., & Koç, Y. (2012). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11662/saglik-bakanligi-turkiye-saglikta-donusum-programi-degerlendirme-raporu-2003-2011.html>
- Asplund, K., & Hermerén, G. (2017). The need to revise the Helsinki Declaration. *The Lancet*, 389(10075), 1190-1191.
- Barın, I. B. M., Ozyurt, O., & Aydemir Kayabaşı, S. G. (2014, November). *A study to review the bimer applications in terms of patient rights made to Erciyes Medicine*. V. Uluslararası Hasta ve Çalışan Hakları Kongresi, Antalya
- Beaupert, F., Carney, T., Chiarella, M., Satchell, C., Walton, M., Bennett, B., & Kelly, P. (2014). Regulating healthcare complaints: a literature review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(6), 505-518.
- Bilir, Ö., Sismanlar, D., Ersunan, G., & Ayaz, T. (2015). The perspective of emergency department professionals on patients rights. *Konuralp Medical Journal*, 7(1), 28-33.
- Bostan, S. (2007). The investigation of health employees' attitudes related patient rights: Instances of Farabi Hospital. *Hacettepe Journal of Health Administration*, 10(1), 1-18.
- Brennan, T. A., & Mello, M. M. (2003). Patient safety and medical malpractice: a case study. *Annals of Internal Medicine*, 139(4), 267-273.
- Carmel, S., & Glick, S. M. (1993). *Compassionate physicians: personality traits and prosocial attitudes*. *Psychological Reports*, 73(3_suppl), 1362-1362.
- Code, N. (1998). *The Nuremberg Code. 1949. The ethics of biomedical research. An international perspective*. Oxford University Press, New York.
- Cunningham, W. (2004). The immediate and long-term impact on New Zealand doctors who receive patient complaints. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 117(1198), 1-9.

- Duran, Ö. Y. G., Uçuk, S., Karaaslan, M., & Aydın, G. (2008). Information status of health personnel working in a state hospital on patient rights. *STED*, 1(17), 1-6.
- Eker, H. H., Aydın, H., Karakuş, Z., Şahinoz, T., Özder, A., Tokaç, M., & Öncel, M. (2012). Hasta hakları konusunda farkındalık: sağlık çalışanları arasındaki bir çalışmanın sonuçları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2(1), 21-29.
- Esiyok, B., Yasar, Z. F., & Turla, A. (2007). Dentists' knowledge on patient rights. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 27(3), 367-372.
- Gallagher, T. H., & Mazor, K. M. (2015). Taking complaints seriously: using the patient safety lens. *BMJ Publishing Group Ltd*, 24(6), 352-355.
- General Directorate of Health Services, Patient Rights and Social Services Department. (2021). *Patient rights statistics*. <https://shgmhastahakdb.saglik.gov.tr/TR-4771/hasta-haklari.html>
- Güldal, D., Ulusel, B., Ozçakar, N., Yeniçeri, N., & Dontlu, Ç. (2005). The challenge of clinical interviewing and physical examination performance for general practitioners in Turkey. *Family Medicine*, 37(5), 354-359.
- Harrison, R., Walton, M., Healy, J., Smith-Merry, J., & Hobbs, C. (2016). Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 240-245.
- Kırgın Toprak, D., & Şahin, B. (2012). Panorama of patient complaints in ministry of health hospitals. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3, 1-28.
- Levinson, W., Roter, D. Mullooly, Dull, V., & Frankel, R. (1997). 'Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277, 553-559.
- Moghadam, J. M., Ibrahimipour, H., Akbari, A. S., Farahbakhsh, M., & Khoshgoftar, Z. (2010). Study of patient complaints reported over 30 months at a large heart centre in Tehran. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), e28-e28.
- Montini, T., Noble, A. A., & Stelfox, H. T. (2008). Content analysis of patient complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 412-420.
- Ocaktan, E., Yıldız, A., & Özdemir, O. (2004). Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(3), 129-137.
- Ozdemir, M., Salaçin, S., & Ergonen, A. (2000). The patients' rights statutes and the physicians' sensitivities. *Turkish Clinics J Med Ethics*, 8, 32-77.
- Parry, J., & Hewage, U. (2009). Investigating complaints to improve practice and develop policy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(7), 663-669.
- Pfeil, M. N., Yersin, B., Trueb, L., Feiner, A. S., & Carron, P. N. (2018). A retrospective study of complaint letters sent to a swiss emergency department between 2009 and 2014. *Revue d'epidemiologie et de Sante Publique*, 66(1), 75-80.
- Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 678-689.

- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561), 116-133.
- Rubinsky, V., & Cooke-Jackson, A. (2017). “Where is the love?” Expanding and theorizing with LGBTQ memorable messages of sex and sexuality. *Health Communication*, 32(12), 1472-1480.
- Taylor, D. M., Wolfe, R., & Cameron, P. A. (2002). Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emergency Medicine*, 14(1), 43-49.
- TC Ministry of Health. (2019). *Patient rights regulation*. <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR-8468/hasta-haklari-yonetmeligi.html>
- Teall, E. K. (2014). Medicine and doctoring in ancient mesopotamia. *Grand Valley Journal of History*, 3(1), 1-8.
- Teke, A., Ucar, M., Demir, C., Celen, O., & Turgut, K. (2007). Evaluation of knowledge and attitudes of the nurses working in a training hospital about patients' rights. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6(4), 259-66.
- Topbas, M., Ozlu, T., Çan, G., & Bostan, S. (2005). How much doctors know about patient’s rights. Knowledge level of residents and interns in a medical school. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 13, 81-85.
- Virone, M. G., & Tarasenko, N. (2010). *Patient safety and rights: developing tools to support consumer health literacy*. In Patient safety and rights: developing tools to support consumer health literacy. (p. 1-13) World Health Organization, Denmark.
- Vollmann, J., & Winau, R. (1996). Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. *BMJ*, 313(7070), 1445-1447.
- Wong, L., Ooi, S. B. S., & Goh, L. G. (2007). Patients' complaints in a hospital emergency department in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 48(11), 990.
- Yardımcı, M., & Eser, E. (2017). How many minutes should be reserved per patient in ambulatory care visits? *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 15(1), 58-67.
- Zincir, H., & Kaya, Z. (2009). Knowledge levels of the health care employees working at the primary health institutions about patient rights. *Journal of Human Sciences*, 6(1), 877-885.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

AŞI KARŞITI TWITTER PAYLAŞIMLARININ METİN MADENCİLİĞİ VE İÇERİK ANALİZİ YÖNTEMİYLE İNCELENMESİ

Kübra SÜTCÜ *
Burak TEKEREK **
Gökçen ÖZLER ***


ÖZ

Sosyal medya platformlarının kullanımının artmasıyla aşı karşıtı içeriklerin toplumdaki aşı reddi üzerindeki etkisine ilişkin halk sağlığı endişeleri de artmıştır. COVID-19 sürecinde insanlar aşılarda ilgili düşüncelerini çoğunlukla Twitter aracılığıyla paylaşmışlardır. Bu çalışmada COVID-19 aşısı ile ilgili atılan tweetleri metin madenciliği ve içerik analizi ile inceleyerek, toplumdaki aşı tereddütünün sebeplerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu araştırmada ORANGE uygulaması ile aşı karşıtı etiketlerle atılan 1258 tweet incelenmiştir. İncelenen tweetlerde en çok kullanılan kelimeleri görselleştirmek amacıyla kelime bulutu oluşturulmuştur. Araştırma sonucunda, en sık kullanılan kelimelerin ‘plandemi’ ‘biontechyanetki’ ‘maske’ ve ‘covid’ olduğu tespit edilmiştir. İkinci aşamada, incelenen tweetler içerik analizi yöntemi kullanılarak 18 tema altında toplanmıştır. Pandeminin gerçek olduğuna inanmayan söylemler tweetlerin %32,8’ini oluşturmaktadır. Tweetlerin %13’ü aşının yan etkileri ve zararları konusunda endişe içeren tweetlerdir. Tweetlerin %12,1’i ise aşının küresel proje sonucunda biyolojik silah olarak üretildiğini belirten tweetlerdir. Çalışma sonucunda plandemi vurgusu, aşı sonrası olumsuzluklar ve aşının biyolojik silah olduğu temaları öne çıkmıştır. Aşıların içerikleri, aşı sonrası ortaya çıkabilecek yan etkilerin kamuoyuna aktarılmasının aşya karşı güvensizliğin aşılmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, halk sağlığı kurumlarının, olumlu mesajları artırmak, olumsuz mesajları azaltmak ve botlar gibi aşı karşıtı hesapları askıya almak için Twitter ve diğer medya kuruluşları aracılığıyla çalışabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19 aşısı, Veri madenciliği, Aşı reddi, Aşı tereddütü, Aşı karşıtları

MAKALE HAKKINDA

*Arş. Gör., Uşak Üniversitesi, kubra.sutcu@usak.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2346-9867>

** Arş. Gör., Yüksek İhtisas Üniversitesi, buraktekere@yiu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7617-2368>

*** Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, gozler@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-3099-5654>

Gönderim Tarihi: 10.03.2022

Kabul Tarihi: 03.10.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Sütcü, K., Tekerek, B., & Özler G. (2022). Aşı Karşıtı Twitter Paylaşımının Metin Madenciliği ve İçerik Analizi Yöntemiyle İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 827-838

EXAMINATION OF ANTI-VACCINE TWEETS WITH TEXT MINING AND CONTENTS ANALYSIS METHODS

Kübra SÜTCÜ †*
Burak TEKEREK **
Gökçen ÖZLER***

ABSTRACT

With the increasing use of social media platforms, public health concerns about the impact of anti-vaccine content on vaccine hesitancy in the community have also increased. During the COVID-19 process, people have mostly shared their thoughts on vaccines via Twitter. This study aims to determine the reasons for vaccine hesitancy in society by examining the tweets about the COVID-19 vaccine by text mining and content analysis methods. In this research, 1258 tweets obtained with anti-vaccine tags with the ORANGE application were analyzed. A word cloud was created to visualize the most used words in the analyzed tweets. As a result of the research, it has been determined that the most frequently used words are ‘plandemi’ ‘biontechsideeffect’ ‘mask’ and ‘covid’. In the second stage, the analyzed tweets were gathered under 18 themes using the content analysis method. Discourses that do not believe that the pandemic is real constitute 32.8% of tweets. 13% of tweets contain expressions of concern about the side effects and harms of the vaccine. 12.1% of the tweets are statements that think that the vaccine was produced as a biological weapon as a result of the global project. As a result of the study, the emphasis on plandemic, post-vaccine negativities and the themes that the vaccine is a biological weapon came to the fore. It is thought that public information about the side effects of the vaccine and the contents of the vaccines has the potential to reduce vaccine insecurity in society. In addition, it is thought that public health agencies can work together with Twitter and other media outlets to increase positive messages, reduce antagonistic contents, and suspend anti-vaccine accounts such as bots.

Keywords: COVID-19 vaccine, Data mining, Vaccine rejection, Vaccine hesitancy, Anti-vaxxers

ARTICLE INFO

*Res. Assist., Usak University, kubra.sutcu@usak.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2346-9867>

**Res. Assist., Yuksek Ihtisas University, buraktekere@yiu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7617-2368>

***Res. Assist., Ankara University, gozler@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-3099-5654>

Received: 10.03.2022

Accepted: 03.10.2022

Cite This Paper:

Sütcü, K., Tekerek, B., & Özler G. (2022). Examination of Anti-Vaccine Tweets with Text Mining and Contents Analysis Methods. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 827-838

I. GİRİŞ

Aşı (Vaccine) kavramı çiçek hastalığından korunmak için kullanılan “Vaccinia virüs” kavramından doğmuştur (Beşirbellioğlu, 2014). Bulaşıcı hastalıkları engellemek ve hastalıkla beraber ortaya çıkabilecek komplikasyon ve ölümleri önlemek aşı programlarının temel amacıdır (Aaby vd., 2014). Aşılama konusunda gelişim göstermiş ülkelerde, etkin aşısı olan bir hastalığın morbidite ve mortalitesi düşmektedir (Töreci, 2012). Aşılama oranındaki artış veya azalış toplumun aşılama konusundaki algısı ve aşılamaya duyduğu güven ile yakından ilgilidir. Toplumdaki aşı tereddütünün kaynağının belirlenmesinin ve aşılama konusundaki güvensizliğin nedeninin tespit edilmesinin aşılama stratejilerinin başarısında etkili olacağı ifade edilmektedir (Karafillakis ve Larson, 2017).

Aşılamanın ortaya çıkmasıyla beraber aşı karşıtlığı da başlamıştır. Tıp camiasına aşının tanıtılmasının ardından 1800’lü yıllarda aşılama başlamış ve o yıllarda Londra’da *Anti-Vaccination League* derneği kurulmuştur. Bu dernekle birlikte aşı karşıtları içinde yapılanmalar ortaya çıkmaya başlamıştır. Aşı ve aşılama kavramının gelişimi ve yasalarda yer almasıyla birlikte yıllar içinde aşı karşıtları tarafından aşının kişisel hak ve özgürlükleri ihlal ettiğine dair fikirler ortaya atılmıştır (Offit ve Moser, 2009). Günümüzde aşı karşıtlığı, Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre küresel sağlığa yönelik 10 ana tehditten biri olarak kabul edilmektedir (WHO, 2022). Dünyada aşılama programlarının gönüllü mü yoksa zorunlu mu olması gerektiğine yönelik tartışmalar devam etmektedir. Türkiye, aşılama gönüllü politika benimsemektedir (Durur vd., 2022).

Geçmişte insanlar aşılar konusundaki tepkilerini farklı yollarla gösterirken sosyal medya araçlarının kullanımının artması ile duygu ve düşüncelerini sosyal medya üzerinden ifade etmeye başlamışlardır. Fikir paylaşımları konusunda en çok kullanılan sosyal medya araçları arasında Twitter da yer almaktadır. Geleneksel medyanın aksine sosyal medya, bireylerin küresel olarak hızla içerik oluşturmasına ve paylaşmasına olanak tanımaktadır. Sosyal medya platformları küresel olarak artan bir popülerlik kazandıkça, aşı karşıtı içeriklerin, toplumdaki aşı reddi üzerindeki etkisine ilişkin halk sağlığı endişeleri de artmaktadır (Elkin vd., 2017; Puri vd., 2020).

COVID-19 pandemisi, bireylerin daha önce bilinmeyen bir hastalık ve etkileriyle karşı karşıya kaldıkları yeni bir gerçeklik yaratarak, hastalığın belirginleştiği dönemde aşıya yönelik tutumlar da önemli hale gelmiştir (Fridman vd., 2021). Araştırmacılar COVID-19 aşısını reddetmek için öne sürülen nedenlerin aceleyle üretilen bir aşının çok tehlikeli olduğunu düşünme, COVID-19’un zararsız doğası nedeniyle aşının işe yaramaz olarak görülmesi, genel olarak aşıya güvenmeme, aşının etkinliği hakkında şüpheler, aşının kaynağı hakkında şüpheler gibi faktörler olduğunu ifade etmektedir (Troiano ve Nardi, 2021). COVID-19 pandemisi sürecinde aşı karşıtı paylaşımların artmasının halk sağlığını, insan yaşamını ve toplumsal düzeni tehlikeye atacağı düşünülmektedir (Muric vd., 2021). Araştırmalar, aşıyı konu alan web sitelerine 5-10 dakika arasında erişim sağlamanın aşı olma niyetini azalttığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, COVID-19 ile ilgili bilgilerin halkın önemli bir kesimi tarafından doğru kabul edildiği belirtilmektedir (Roozenbeek vd., 2020). Yanlış bilgiye duyarlılık ile hem aşı tereddütü hem de önlemlere uyma olasılığının azalması arasında bağlantı olduğu ifade edilmektedir (Betsch vd., 2010). Toplumda, aşıya karşı güvensizlik ve tereddüt oluşturacak durumların irdelenerek minimum seviyeye indirilmesi gerektiği öne sürülmektedir (Badur vd., 2011). Sürü bağışıklığı hedeflerine ulaşılmasını etkileyebilecek kamuoyu algılarını, endişelerini ve duygularını daha iyi anlamak için COVID-19 aşılarının sosyal medyada nasıl tartışıldığını anlamının önemli olduğu düşünülmektedir (Muric vd., 2021; Yousefinaghania vd., 2021).

COVID-19 döneminde aşı karşıtlığına ilişkin düşünceleri anlamak amacıyla sosyal medya paylaşımlarını konu modellemesi, içerik analizi, ağ analizi, veri madenciliği, makine öğrenmesi, duygu analizi gibi farklı yöntemlerle inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmalar bulunmaktadır (Thelwall vd., 2021; Muric vd., 2021; Nuzhath vd., 2020; Yousefinaghani vd., 2021; Aygün vd., 2021; Küçük ve Arıcı, 2022; Ballı vd., 2022; Çobaner vd., 2022). Türkiye’de Temizhan ve Mendeş (2021) tarafından Twitter verileri üzerinde metin madenciliği yöntemi ile yapılan araştırmada en sık kullanılan kelimelerin maske, COVID-19, Ankara, Wuhan ve Bilim Kurulu olduğu bulunmuştur. Küçükali vd., (2022) aşı karşıtı

Twitter paylaşımlarını içerik analizi yöntemiyle inceledikleri araştırmalarında en önde gelen temaların zayıf bilimsel süreçler, komplo teorileri, üreticilere yönelik şüpheler olduğunu bulmuşlardır. Yılmaz ve Bilen (2022) ise Twitter verileri üzerinde konu modelleme yaptıkları araştırmalarında önde gelen kategorilerin, aşı tereddütlerini ve reddedilmelerini tartışmak, aşı bulunabilirliğini ve öncelik gruplarını eleştirmek, toplumu teşvik etmek amacıyla aşılana politikacıları eleştirmek gibi kategoriler olduğunu bulmuşlardır. Yapılan araştırmaların çoğunlukla tek bir yöntem üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Bu araştırmada hem metin madenciliği hem içerik analizi yöntemlerinin birlikte kullanılması araştırmayı özgün kılmaktadır.

Toplumdaki aşı tereddütünün kaynağının belirlenmesinin ve aşılama konusundaki güvensizliğin nedeninin tespit edilmesinin aşılama stratejilerinin başarısında etkili olacağı düşünülmektedir (Karafillakis ve Larson, 2017). COVID-19 sürecinde insanlar aşılarla ilgili düşüncelerini çoğunlukla Twitter aracılığıyla paylaşmışlardır. Bu çalışmada COVID-19 aşısı ile ilgili atılan tweetleri metin madenciliği ve içerik analizi yöntemleri ile inceleyerek, toplumdaki aşı tereddütünün sebeplerini belirlemek amaçlanmıştır.

II. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Metin madenciliği, doğal dil metinlerden anlamlı bilgiler toplamak amacıyla bir metni analiz etme sürecidir (Sebastiani, 2002). Metin madenciliği sosyal medyadaki iletişimi analiz etmek için sıkça kullanılan bir yöntemdir. Twitter çeşitli konularda fikir beyanına dayalı bir sosyal medya ağı olması sebebiyle metin madenciliğine en uygun sosyal medya araçlarından biridir. Bu çalışmada aşı ile ilgili görüşleri belirlemek amacıyla Twitter’da “denekolmatürkiye kureselaldatmaca, biontechyanetki, asıveperdururulsun, aşiyahayır, aşımagedurları, aşideğilbiyolojiksilah, keskeasiolmasaydım, aldanmaaşıolmatürkiye, asıolmayacağı, plandemi, pcryalan, plandemitiyatrosu, plandemiyibitir, salgınyalanaşıolmuyorum, covidaldatmacası, heskodunuredet, salgınyokkısıtlamalarkalksın, evladınaşıdankoru, Asıolmuyorumçünkü” etiketi ile atılan tweetler, bir açık kaynak olan ORANGE veri madenciliği programı ile incelenmiştir. Kullanılan etiketler, literatürden aşı karşıtlığı ile ilgili terimler araştırılarak ve Twitter’da kapsamlı araştırmalar yapılarak oluşturulmuştur. Twitter son 7 gün içerisindeki iletilere erişim izni verdiği için 11-18 Şubat 2021 tarihi arasındaki veriler araştırmanın veri setine dahil edilmiştir.

Twitter uygulamasında tweetleri alabilmek amacıyla, Twitter Developer hesabı oluşturulmuş olup ORANGE uygulamasında kullanılmak üzere “Twitter API Key” elde edilmiştir. Başlangıçta, Twitter uygulamasında Türkçe dilinden 5000 tweet ve retweet çekilmiştir. Çalışmada tweet veya retweet ayrımı yapılmamıştır. Tweetler çekildikten sonra “Corpus Viewer” aşamasında incelenerek, metin ön işleme aşamasında temizlenmiştir. Tweetler metin ön işlemede “tokenizasyon” “filtering” ve “transformation” olmak üzere üç aşamadan geçmiştir. “Tokenizasyon” aşamasında, metni anlamlı olarak ayırma işlemi gerçekleştirilmiştir. “Filtering” aşaması, metindeki gereksiz kelime, noktalama işaretlerini çıkarma işlemidir. Bu aşamada kelime köklerine ulaşabilmek için çıkarılması uygun görülen, ek, bağlaç ve çalışma için genel kalan kelimeler “sublime text” programı aracılığıyla ORANGE uygulamasına aktarılarak köke ulaşma işlemi gerçekleştirilmiştir. “Transformation” aşamasında ise küçük harf tanımlamaları, url ve hmtl kaldırma işlemleri yapılmıştır. Bu aşamadan sonra elde edilen tweet listesinden oluşan veri seti incelenerek tekrar eden ve etiketler kullanılmış olmasına rağmen konu dışı olduğu düşünülen tweetler araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Metin temizlendikten sonra ön işleme aşaması sona ermiş ve bu aşamadan sonra 1258 tweet üzerinde analiz gerçekleştirilmiştir. İncelenen tweetlerde en çok kullanılan kelimeleri görselleştirmek amacıyla kelime bulutu oluşturulmuştur. Kelime bulutundan elde edilen kelimelerin frekansları tabloleştirilmiştir.

Araştırmanın bir sonraki aşaması içerik analizidir. İncelenen tweetlere yönelik temaları oluşturmak amacıyla içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi, verileri analiz etmek için kelime sayımlarını ve diğer nicel analitik yöntemleri kullanan bir nitel araştırma yöntemidir. Temel olarak içerik analizinde tümdengelim veya tümevarım yoluyla oluşturulmuş kod listeleri kullanılarak veriler özetlenmektedir (Drisko ve Maschi, 2016). Tümevarımsal içerik analizinde nitel veriler düzenlenmektedir.

Bu işlem, açık kodlama, kategori oluşturma ve özetleme aşamalarını içerir. Açık kodlama, metin okunurken notların ve başlıkların yazılması anlamına gelir. Sonrasında veriler gruplandırılır. Bunun amacı, benzer veya farklı olanları daha geniş üst düzey kategorilere daraltarak kategori sayısını azaltmaktır. Özetleme aşamasında ise her kategori özellikli sözcükler kullanılarak adlandırılır (Elo ve Kyngäs, 2008). Bu çalışmada, tümevarımsal yaklaşım kullanılmıştır. İki araştırmacı bağımsız olarak 1258 tweeti analiz etmiş ve elle kodlamıştır. Araştırmada öncelikle incelenen her bir tweet için notlar alınmış, tweet içeriklerinden hareketle kodlar oluşturulmuştur. Diğer aşamada oluşturulan kodlar gözden geçirilerek, benzer kodlardan yola çıkarak kategoriler oluşturulmuştur. En son aşamada ise kategoriler üst bir kategoride birleştirilerek araştırmacılar arasında fikir birliğine dayalı olarak ortaya çıkan 18 tema belirlenmiştir. Elde edilen verilerin frekans ve yüzde değerleri IBM SPSS 22 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

İçerik analizinde iki veya daha fazla kodlayıcı arasındaki anlaşma miktarı kodlayıcılar arası güvenilirlik anlamına gelmektedir (Neuendorf, 2017). Bir kodlamanın doğruluğunu teyit etmek için birden fazla kişinin kodlama şemasını kullanması ve benzer sonuçlar elde etmesi gerektiği, aksi halde bunun öznel yargılardan etkilenme riskinin arttığı ifade edilmektedir (Krippendorff, 1980). Güvenirliğin hesaplanması için verilerin en az %10'unun rastgele seçilerek farklı kodlayıcılar tarafından kodlanması gerektiği ifade edilmektedir (Lombard vd., 2002). Bu çalışmada veriler iki kodlayıcı tarafından kodlanmış ve bağımsız olarak üçüncü bir uzman tarafından kontrol edilmiştir. Bu aşamada, incelenen tweetler arasında rastgele seçilen %10'luk bölüm ile yapılan kodlamalar, başka bir araştırmacıya gönderilmiştir. Araştırmacıdan, tweetleri kodlarla eşleştirilmesi ve eşleştirme işlemini yapamadığında kendisinin önerisi olan kodu yazması istenmiştir. Araştırmacıların yapmış oldukları kodlamalarla, bağımsız araştırmacının yapmış olduğu kodlamalar karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada değerlendiriciler arası güvenilirliğin belirlenmesinde Miles ve Huberman tarafından geliştirilen formül kullanılmıştır (Miles ve Huberman, 1994):

$$\text{Güvenirlik} = \frac{C}{C + \partial} \times 100$$

C: Üzerinde görüş birliği sağlanan konu/terim sayısını

∂: Üzerinde görüş birliği bulunmayan konu/terim sayısı

Kodlayıcılar arası güvenilirlik konusunda 0,80 veya daha yüksek değerlerin kabul edilebilir olduğu belirtilmektedir (Neuendorf, 2002). Araştırmada, kodlayıcılar arası uyumun %84 olarak kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır.

III. BULGULAR

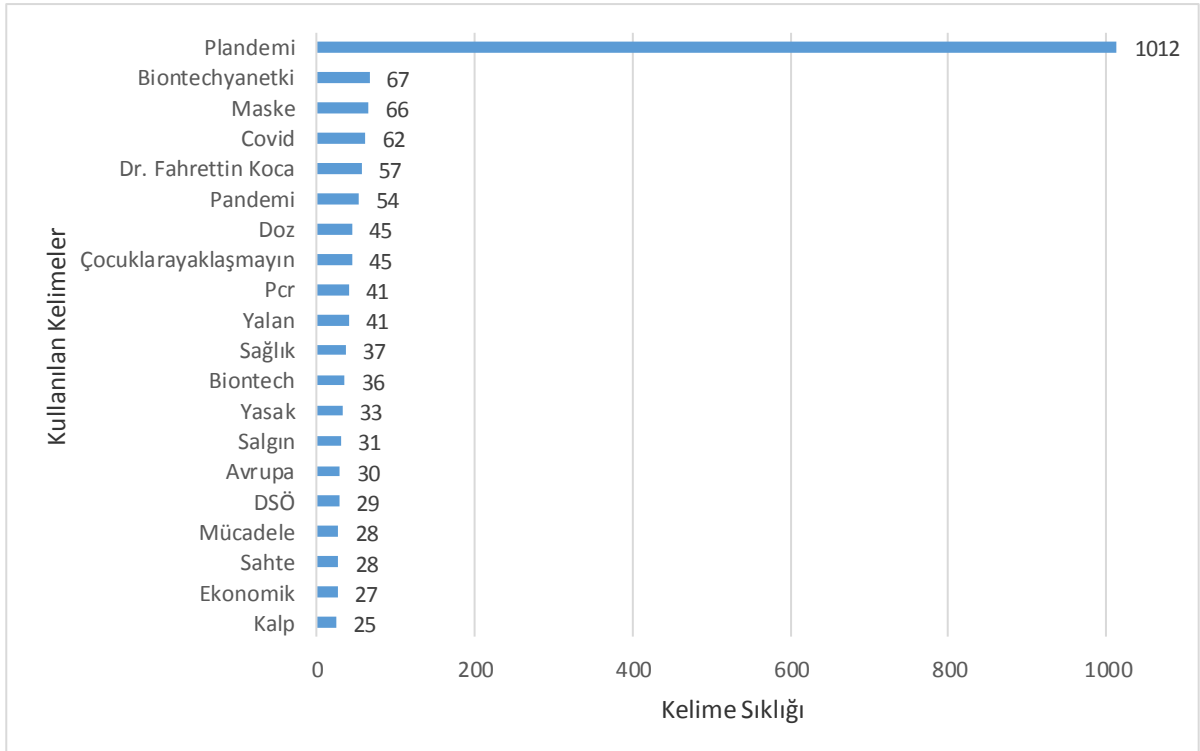
Araştırma kapsamında “denekolmatürkiye kureselaldatmaca, biontechyanetki, asıvepcrdurdurulsun, aşiyahayı, aşımağdurları, aşideğilbiyolojiksilah, keskeasıolmasaydım, aldanmaasıolmatürkiye, asıolmayacağım, plandemi, peryalan, plandemitiyatrosu, plandemiyibitir, salgınyalanaşıolmuyorum, covidaldatmacası, heskodunureddet, salgınyokkısıtlamalarkalksın, evladınıasıdankoru, Asıolmuyorumçünkü” etiketiyle atılan tweetler içerisinde en sık kullanılan kelimeler doğrultusunda oluşturulan kelime bulutu Şekil 1’de gösterilmektedir.

Şekil 1. Tweetlerde En Çok Kullanılan Kelimelerin Kelime Bulutu ile Gösterilmesi



Kelime bulutunda görüldüğü üzere en sık kullanılan kelime pandeminin gerçek olduğuna inanmayan söylemler kategorisinde değerlendirilen tweetlerde yer alan “Plandemi” kelimesi olup bunu “Biontechyanetki” kelimesi takip etmektedir. Ayrıca “Maske” ve “Covid” sıklıkla kullanılan kelimeler arasındadır. Ayrıca, pandemi sürecinin Sağlık Bakanı olması ve aşılama kampanyalarında oldukça aktif rol alması nedeniyle “Dr. Fahrettin Koca” “Pandemi” ve “Doz” kelimeleri de sıklıkla kullanılan diğer kelimeler arasındadır. Kelime bulutundaki kelimelerin boyutunun büyüklüğü ile kelimelerin sık kullanımı arasında doğrudan bir ilişki mevcuttur.

Şekil 2. Tweetlerde En Çok Kullanılan 20 Kelime



Araştırma kapsamında incelenen tweetlerde en çok kullanılan 20 kelime Şekil 2’de sunulmuştur. Toplam 1258 tweet içerisinde 1012 kez “Pandemi” kelimesi kullanılmıştır. Diğer sık kullanılan kelimelere göre bu kelimenin kullanım sayısı dikkat çekici düzeyde yüksektir. “Biontechyanteki” kelimesi 67, “Maske” 66, “Covid” kelimesi ise 62 kez kullanılmıştır. Sık kullanılan diğer kelimeler incelendiğinde aşının küresel proje olduğunu düşünme temasında yer alan tweetlerde oldukça sık kullanılan “Yalan” “DSÖ” “Pandemi” “Salgın” ve “Avrupa” kelimeleri öne çıkmaktadır. “Doz” “Maske” “Yasak” “Pcr” kelimelerinin aşı olma ve tedbirlere uyma çağrısına karşı aşı karşıtlarını örgütlenme temasında yer alan tweetlerde sıklıkla kullanıldığı görülmüştür.

Tablo 1. Temalarına Göre Paylaşılan Tweetlerin Dağılımı

Tweet İçerikleri	Tweet Sayısı	Tweet Oranı (%)
Pandeminin gerçek olduğuna inanmayan söylemler	412	32,8
Aşının yan etkileri ve zararları konusunda endişeler	163	13
Aşının küresel proje sonucunda biyolojik silah olarak üretildiğini düşünme	153	12,1
Pandemi sürecinin yönetimiyle ilgili siyasi makamlara eleştiriler	89	7,1
Aşı olma ve tedbirlere uyma çağrısına karşı aşı karşıtlarını örgütlenme	72	5,7
Aşı karşıtı bireylerin aşırı savunan bireylere tepkileri	63	5
Aşırı savunan hekimlere, sağlık çalışanlarına ve akademisyenlere tepki	52	4,1
Pandemi yönetimi konusunda diğer ülkelerle kıyas yapan ifadeler	47	3,7
Aşırı savunan görüş	31	2,5
Basın-yayın organlarında pandemi ve aşı propagandası yapıldığına dair düşünceler	29	2,3
Aşıya, pcr testine ve topluma sunulan verilere güvenmeme	25	2
Çocukların aşılanmaması gerektiğine dair düşünceler	25	2
Aşırı savunan siyasi aktörlere tepki	24	1,9
Dini propaganda ifadeleri	22	1,7
Pandeminin bahsedildiği kadar endişe verici olmadığı düşüncesi	20	1,6
Aşı karşıtı siyasi aktörlere destek	17	1,4
Aşı üreticilerine yönelik suçlamalar	10	0,8
Aşı karşıtı düşüncelerini özgürce ifade edememe	4	0,3
Toplam	1258	100

İçerik analizi sonucunda elde edilen temalar ve 18 tema altında toplanan 1258 tweet Tablo 1’de sunulmuştur. Pandeminin gerçek olduğuna inanmayan söylemler tweetlerin %32,8’ini oluşturmaktadır. Bu tweetler aslında bir pandeminin olmadığını sadece insanlarda korku ve endişeye sebep olarak toplumun yaşam standartlarını düşürmek ve bunun sonucunda fayda sağlamak amacıyla kurgulandığı fikrine dayanmaktadır. Tweet atanların %13’ü aşının yan etkileri ve zararları konusunda endişe içeren tweetlerdir. Bu tweetler, aşının kalp krizi, kanser, yaşamsal fonksiyonları düşürmeye yönelik etkileri ve hatta ölüme uzanan zararları olduğunu düşünmektedir. Tweetlerin %12,1’ini ise aşının küresel proje sonucunda biyolojik silah olarak üretildiğini belirten tweetler oluşturmaktadır. Bu tweetler aşının küresel güçler tarafından toplumları zayıflatma ve yok etmeye yönelik olarak üretildiği fikrine dayanmaktadır. Tweetlerin %7,1’i pandemi sürecinin yönetimiyle ilgili siyasi makamlara eleştirilerden oluşmaktadır. Bu tweetler genellikle pandeminin ekonomik etkileri, yapılan kısıtlamalar konusunda hükümeti veya muhalefeti hedef alan eleştirel ifadelerden oluşmaktadır. Tweetlerin %5,7’si aşıya yönlendirilme ve tedbirlere uyma çağrısına karşı aşı karşıtlarını örgütlenme temasında yer almaktadır. Bu tweetler aşı olmadığı gerekçesiyle işten çıkarılma ya da seyahat edememe gibi sosyal kısıtlamalara uğrama, maske zorunluluğu, aşı olmayanlara PCR testi zorunluluğu, HES kodu uygulamasına yönelik tepkilerden ve aşı karşıtı insanların bir araya gelerek örgütlenmesi gerektiğine yönelik ifadelerden oluşmaktadır.

Tweetlerin %5’i aşı karşıtı bireylerin, aşı yaptıran ve bunu savunan bireylere tepki ifadelerini içermektedir. Tweetlerin %4,1’i aşırı savunan hekimlere, sağlık çalışanlara, akademisyenlere ve %1,9’u

aşırı savunan siyasi aktörlere tepki ifadeleridir. Bu tweetler, aşırı ve aşılamaı savunmaya yönelik görüş bildiren ve özellikle medyada yer eden doktorlara, siyasetçilere, bilim adamlarına, sağlık personeline yönelik kınama cümleleri içermektedir. İncelenen tweetlerin %3,7'si ise pandemi sürecinin yönetimi konusunda diğerk ülkelerle kıyas yapan ifadelerden meydana gelmektedir. Bunlar, diğerk ülkeleri ve özellikle Avrupa'yı örnek göstererek pandemi tedbirlerinin kaldırıldığı ve normalleşmeye çoktan dönüldüğüne yani pandeminin artık sonlandığına yönelik ifadelerdir. Aşı karşıtı etiketlerle atılmasına rağmen aşırı savunan ifadeler de %2,5 oranında yer almaktadır. Bu tweetler ise aşı karşıtı atılan tweetlere karşılık aşı olunması gerektiğine ikna etme amacı taşımaktadır. Oluşturulan 18 tema içerisinde en az orana sahip temalar %0,3 ile aşı karşıtı düşüncelerini özgürce ifade edememekten yakının ve sosyal medya araçlarından yaptığı paylaşımlar nedeniyle hesabının kapatıldığını ya da kısıtlandığına tepki ifadelerinden oluşmakta ve sonrasında %0,8'i aşı üreticilerine yönelik suçlamalar gelmektedir.

IV. TARTIŞMA

Bu araştırmada Twitter API anahtarı kullanılarak toplam 5000 tweet toplanmış ve veri hazırlama ve ön işlem sonrasında toplam 1258 tweet incelenmiştir. Tweetlerin çoğunda kullanıcıların "plandemi" "biontechyanetki" ve "maske" gibi ifadelerin sıklıkla tekrar ettikleri gözlemlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda aşı karşıtlığına dair söylemlerin pandeminin gerçek olmadığı, aşının yan etkilerinin zararlı ve riskli olduğu ve aşının bir biyolojik silah olarak görülmesi temalarında kümelendiği görülmektedir. Şirzad (2022) tarafından yapılan çalışmada aşırı karşıtı güvensizlik temasının 5000 tweet içerisinde %17,7 ile ikinci büyük temayı kapsadığı görülmektedir. Yousefinaghani vd., (2021) tarafından Kanada'da yapılan bir araştırmada paylaşımların çoğunun aşı geliştirmenin zaman alıcı olmasına ve aşı güvenliğindeki şüphelere odaklandığı bulunmuştur. Demirhan ve Başçoban (2021) tarafından gerçekleştirilen bir diğerk çalışmada ise 338 tweet içerisinde %36'sının aşının zararlı olduğu ve/veya ruhsatsız olduğu düşüncesiyle ilgili olduğu bulunmuştur. Bonnevie vd., (2021) tarafından yapılan çalışmada aşı karşıtlığı ile ilgili tweet analizinde aşının sağlık üzerine negatif etkilerinin olduğu konulu tweetlerin yoğunlukta olduğu görülmüştür.

Kelime bulutu analizi sonucunda 1258 tweet içerisinde 1012 kez "plandemi" kelimesinin tekrar ettiği gözlemlenmiştir. Bunun yanı sıra "Biontechyanetki" "Maske" "Covid" "Pandemi" "Doz" "Pcr" "Yalan" kelimeleri sık kullanılan kelimelerdir. Bu kelimeler, aşının küresel proje olduğunu düşünme temasında yer alan tweetlerde oldukça sık kullanılmıştır. Thelwall vd., (2021) tarafından yapılan tweet analizinde, tweet atanların çoğunun (%79) komplo teorilerini dile getirdiği gözlemlenmiştir. Hussain vd., (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ortaya çıkan temalarda pandeminin ve aşının ilaç şirketlerinin kontrolünde olduğu komplo teorisi ön plana çıkmaktadır. Griffith vd., (2021) tarafından Kanada'da yapılan çalışmada oluşturulan temalar arasında "COVID-19 pandemisini veya aşı geliştirmeyi yönlendiren siyasi veya ekonomik güçler hakkında şüpheler" olduğu gözlemlenmiştir.

Aşı karşıtlığı ile ilgili yapılan içerik analizi sonucunda elde edilen temaların (Tablo 1) diğerk çalışmalarla paralel olduğu görülmektedir. Küçükali vd., (2022) tarafından yapılan çalışmada aşı karşıtlığı içeren tweetler arasında bilimsel süreçlerin zayıf olduğu şüphesi (%21,7), komplo teorileri (%16,4) ve üreticilere yönelik şüpheler (%15,5) en sık bahsedilen temalar olmuştur. Hou vd., (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada aşırı karşıtı güven eksikliği, hükümetlere ve uzmanlara karşı güvensizlik en sık bahsedilen temalardan olmuştur. Liew ve Lee (2021) tarafından yapılan çalışmada ise aşı konusundaki olumsuz duygular içeren tweetler, büyük ölçüde COVID-19 aşırılarıyla ilgili duygusal tepkiler ve halkın endişeleri temaları içerisinde yer almıştır.

V. SINIRLILIKLAR

Çalışmada, Twitter API aracılığıyla tweetlerin çekilmesi için kullanılan anahtar kelimeleri içermeyen fakat COVID-19 aşırı ile ilgili olan tweetler gözden kaçırılmış olabilir. Twitter, API tarafından 1 hafta süreli tweet kısıtlaması daha fazla tweet ile çalışılmasına engel olmaktadır. Ayrıca, twitter verilerinin zamana bağlı olarak değişim gösterebileceği bilinmektedir. Bu çalışmanın kamusal alandaki iletişimi tek bir sosyal medya platformu üzerinden ele alması çalışmanın bir diğerk sınırlılığıdır. Diğerk sosyal

medya platformlarında yapılan paylaşımların incelenmesiyle çalışmanın bulgularının genişletilebileceği düşünülmektedir. Veri toplama ve sınıflandırma süreci hem doğruluk hem de tutarlılık açısından kapsamlı bir şekilde kontrol edilmiş olsa da özellikle alaycılık ifade eden gönderiler için bazı gönderilerin yanlış kodlanmış olması mümkündür. Bu sınırlamayı en aza indirebilmek için incelenen 1258 tweet manuel olarak tek tek incelenmiştir.

VI. SONUÇ

Bu çalışma kapsamında, yayınlanan bilgilerin doğruluk durumları değil, hangi söylemlerin üretildiği ve yayıldığı incelenmiştir. Çalışma sonucunda pandeminin gerçek olduğuna inanmama, aşı sonrası olumsuzluklar ve aşının biyolojik silah olduğu temalarının öne çıktığı gözlemlenmiştir. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde aşı karşıtlığı ile ilgili temaların genellikle aşya karşı güvensizlik, aşının olumsuz yan etkileri ve komplo teorileri çerçevesinde toplandığı gözlemlenmiştir. Ortaya konulan temalar sonucunda, aşıların içerikleri, aşı sonrası ortaya çıkabilecek yan etkilerin kamuoyuna aktarılmasının aşya karşı güvensizliğin aşılmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir

Kelime bulutu analizi sonucunda en çok tekrar eden kelimeler aşının küresel bir proje olduğu vurgusunu yaparken, incelenen literatür sonucunda aşı karşıtlığı ile ilgili tweetler arasında komplo teorilerinin geniş bir yer kapladığı belirlenmiştir. Halk sağlığı kurumlarının, COVID-19 aşısını teşvik etmek ve geliştirmek için olumlu mesajları artırmak, olumsuz mesajları azaltmak ve botlar gibi aşı karşıtı hesapları askıya almak için Twitter ve diğer medya kuruluşları aracılığıyla çalışabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, halkın aşya karşı düşüncelerini öğrenmek için Twitter dışında farklı sosyal medya araçlarının ilgili uzmanlar tarafından incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Etik Kurul İzni: Kamuoyuna açık veri kullanıldığı için etik kurul izni gerekmemektedir.

KAYNAKLAR

- Aaby, P., Kollmann, T. R., & Benn, C.S. (2014). Nonspecific effects of neonatal and infant vaccination: public health, immunological and conceptual challenges. *Nature immunology*, 15(10), 895-899.
- Aygün, İ., Kaya, B., & Kaya, M. (2021). Aspect based twitter sentiment analysis on vaccination and vaccine types in covid-19 pandemic with deep learning. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 26(5), 2360-2369.
- Badur, S. (2011). Aşı karşıtı gruplar ve aşılarla karşı yapılan haksız suçlamalar. *ANKEM Dergisi*, 25(2), 82-86.
- Balli, C., Guzel, M. S., Bostanci, E., & Mishra, A. (2022). Sentimental Analysis of Twitter Users from Turkish Content with Natural Language Processing. *Computational Intelligence and Neuroscience*, 2022, 1-17.
- Beşirbellioğlu, B. (2014). Antimikrobiyal aşılar. In P. R. Murray, K. S. Rosenthal & M. A. Pfaller (Eds.), *Tıbbi Mikrobiyoloji*. (6. Baskı). Atlas Kitapçılık.
- Betsch, C., Renkewitz, F., Betsch, T., & Ulshöfer, C. (2010). The influence of vaccine-critical websites on perceiving vaccination risks. *Journal of health psychology*, 15(3), 446-455.
- Bonnevie, E., Gallegos-Jeffrey, A., Goldberg, J., Byrd, B., & Smyser, J. (2021). Quantifying the rise of vaccine opposition on Twitter during the COVID-19 pandemic. *Journal of communication in healthcare*, 14(1), 12-19.

- Çobaner, A. A., Özüölmez, P. K., & Alkan, N. (2022). Construction of Moral Panic on Twitter About Giving Children Covid-19 Vaccines: The Example of “# DenekDegilBebek”. *Erciyes İletişim Dergisi*, 9(2), 587-607.
- Demirhan, K., & Başçoban, A. E. (2021). Covid-19 Salgınında Aşı Karşıtlarının Twitter’da #aşılmayacağı Etiketinin Altında Yaptığı Paylaşımların Kamu Sağlığı Politikaları Bağlamında Analizi. *Yeni Medya*, 2021(11), 102-115.
- Drisko, J. W., & Maschi, T. (2016). *Content analysis*. Pocket Guide to Social Work Re.
- Durur, F., Akbulut, Y., & Işıkçelik, F. (2022, Temmuz, 30-31). Türkiye’de Aşı Politikaları İçerisinde Aşı Reddinin Yeri. 2. *International Mediterranean Scientific Research And Innovation Congress*. Girne/KKTC, s.80-93.
- Elkin, L.S., Topal K., & Bebek G. (2017). Network based model of social media big data predicts contagious disease diffusion. *Inf Discov Deliv*. 45(3), 110–120.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Fridman, A., Gershon, R., & Gneezy, A. (2021). COVID-19 and vaccine hesitancy: A longitudinal study. *PloS one*, 16(4), e0250123.
- Griffith, J., Marani, H., & Monkman, H. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in Canada: Content analysis of tweets using the theoretical domains framework. *Journal of medical internet research*, 23(4), e26874.
- Hou, Z., Tong, Y., Du, F., Lu, L., Zhao, S., Yu, K., Piatek, S. J., Larson, H. J., & Lin, L. (2021). Assessing COVID-19 vaccine hesitancy, confidence, and public engagement: a global social listening study. *Journal of medical internet research*, 23(6), e27632.
- Hussain, A., Tahir, A., Hussain, Z., Sheikh, Z., Gogate, M., Dashtipour, K., Ali, A., & Sheikh, A. (2021). Artificial intelligence-enabled analysis of public attitudes on facebook and twitter toward covid-19 vaccines in the united kingdom and the united states: Observational study. *Journal of medical internet research*, 23(4), e26627.
- Karafillakis, E., & Larson, H. J. (2017). The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations. *Vaccine*, 35(37), 4840-4850.
- Küçük, D., & Arıcı, N. (2022). Sentiment analysis and stance detection in Turkish tweets about COVID-19 vaccination. (Pantea, K., & Pourya, M. Eds.), *In Handbook of Research on Opinion Mining and Text Analytics on Literary Works and Social Media* (pp. 371-387). IGI Global.
- Küçükali, H., Ataç, Ö., Palteki, A. S., Tokaç, A. Z., & Hayran, O. (2022). Vaccine hesitancy and anti-vaccination attitudes during the start of COVID-19 vaccination program: a content analysis on twitter data. *Vaccines*, 10(2), 161.
- Krippendorff, K. (1980). Validity in content analysis. In E. Mochmann (Ed.), *Computerstrategien für die kommunikationsanalyse* (pp. 69-112). Campus.
- Liew, T. M., & Lee, C. S. (2021). Examining the utility of social media in COVID-19 vaccination: unsupervised learning of 672,133 twitter posts. *JMIR public health and surveillance*, 7(11), e29789.

- Lombard, M., Snyder- Duch, J., & Bracken, C. C. (2002). Content analysis in mass communication: Assessment and reporting of intercoder reliability. *Human communication research*, 28(4), 587-604.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Sage.
- Muric, G., Wu, Y., & Ferrara, E. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy on social media: building a public twitter data set of antivaccine content, vaccine misinformation, and conspiracies. *JMIR public health and surveillance*, 7(11), e30642.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Sage.
- Neuendorf, K. A. (2017). *The Content Analysis Guidebook*. (2rd Ed.). Sage.
- Nuzhath, T., Tasnim, S., Sanjwal, R. K., Trisha, N. F., Rahman, M., Mahmud, S., ... Hossain, M. (2020, December 11). COVID-19 vaccination hesitancy, misinformation and conspiracy theories on social media: A content analysis of Twitter data. <https://doi.org/10.31235/osf.io/vc9jb>
- Offit, P.A., & Moser, C.A. (2009). The problem with Dr Bob's alternative vaccine schedule. *Pediatrics*. 123(1), 164-169.
- Puri, N., Coomes, E. A., Haghbayan, H., & Gunaratne, K. (2020). Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 16(11), 2586-2593.
- Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L., Recchia, G., Van Der Bles, A. M., & Van Der Linden, S. (2020). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal Society open science*, 7(10), 201199.
- Sebastiani, F. (2002). Machine learning in automated text categorization. *ACM Computing Surveys (CSUR)*, 34(1), 1-47.
- Şirzad, N. (2022). Kovid-19 sürecinde aşı kararsızlığı: aşı karşıtı tweetlere ilişkin bir analiz. *TRT Akademi*, 7(14), 58-81.
- Temizhan, E., & Mendeş, M. (2021). COVID-19 pandemisi ile ilgili Twitter mesajlarının metin madenciliği tekniği ile değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Biyoistatistik*, 13(2), 185-200.
- Thelwall, M., Kousha, K., & Thelwall, S. (2021). Covid-19 vaccine hesitancy on English-language Twitter. *Profesional de la información (EPI)*, 30(2), 1-13.
- Töreci K. (2012). Aşıların tarihçesi. *Aşı Kitabı*. 1. Baskı. Akademi Yayıncılık.
- Troiano, G., & Nardi, A. (2021). Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public health*, 194, 245-251.
- WHO (2022, Ağustos 25). Ten threats to global health in 2019. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
- Yilmaz, G., & Bilen, M. (2022). Sensemaking in a Networked World: COVID-19 Vaccine Hesitancy in Turkey. *Communication Studies*, 73(4), 347-363.
- Yousefinaghani, S., Dara, R., Mubareka, S., Papadopoulos, A., & Sharif, S. (2021). An analysis of COVID-19 vaccine sentiments and opinions on Twitter. *International Journal of Infectious Diseases*, 108, 256-262.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HASTANE YÖNETİMİNDE PROFESYONEL DESTEK AĞI: SOSYAL AĞ ANALİZİ UYGULAMASI¹

Özge ÖZDİNÇ *
Necla YILMAZ **

ÖZ

Bu çalışma ile hastane yönetiminde bulunan profesyoneller arasındaki ilişkilerin profesyonel destek kapsamında ele alınmasını ve hastane yönetiminde etkin olan hiyerarşik yapının profesyonel destek üzerine etkisinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışma, seçilen il merkezinde bulunan üniversite hastanesinin yönetim kadrosu ve birim sorumluları olarak toplamda 41 kişi üzerinde yürütülmüştür. Çalışmada veri toplama aracı olarak anket tekniğinden yararlanılmıştır. Kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik bilgileri yer almaktadır. İkinci bölümde ise katılımcılara mesleki konularda kimlerle ve hangi sıklıkla etkileşim halinde oldukları sorulmuştur. Çalışma sosyal ağ analizi yöntemi ile tasarlanmıştır. Elde edilen veriler ise UCINET Programı ile analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda inceleme yapılan hastanede hiyerarşik yapının egemenliğinin düşük düzeyde ve profesyonel destek ağının kuvvetli olduğu tespit edilmiştir. Hastane içerisinde çalışanların birbirleri ile etkileşim ve profesyonel destekte bulunduğu, hastane ağının içinde tüm ilişkilerin karşılıklı olduğu görülmüştür. Korelasyon analizi sonucuna göre, yaş ve statü değişkeni ile iletişim sıklıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca statü ve iletişim sıklıkları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hastanenin yönetim yapısı hiyerarşik bağlamda incelendiğinde statünün kişilerin birbirlerine olan profesyonel desteği etkilemediği görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Hastane yönetimi, hastane örgüt yapısı, profesyonel destek ağı, sosyal ağ analizi.

MAKALE HAKKINDA

¹ Bu çalışma, Özge Özдің'in "Hastane Yönetiminde Profesyonel Destek Ağının Sosyal Ağ Analizi ile İncelenmesi" isimli 14.01.2022 tarihinde savunulan Yüksek Lisans tezinden türetilmiştir.

* Yüksek Lisans Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, ozgeozdinc@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9769-7304>

** Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, neclabardak@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9847-6888>

Gönderim Tarihi: 01.04.2022

Kabul Tarihi: 12.10.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Özдің, Ö. & Yılmaz, N. (2022). Hastane Yönetiminde Profesyonel Destek Ağı: Sosyal Ağ Analizi Uygulaması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 839-860

PROFESSIONAL SUPPORT NETWORK IN HOSPITAL MANAGEMENT: SOCIAL NETWORK ANALYSIS APPLICATION¹

Özge ÖZDİNÇ ^{1*}
Necla YILMAZ ^{**}

ABSTRACT

With this thesis, it is aimed to deal with the relations between the professionals in the hospital management within the scope of professional support and to determine the effect of the hierarchical structure that is effective in the hospital management on professional support. The study was carried out on a total of 41 people, as the management staff and unit supervisors of the university hospital located in the selected city center. Questionnaire technique was used as a data collection tool in the study. The questionnaire used consists of two parts. The first part includes the demographic information of the participants. In the second part, the participants were asked with whom and how often they interact in professional matters. The study was designed with the social network analysis method. The obtained data were analyzed with the UCINET Program. In the results of working; It was determined that the dominance of the hierarchical structure was low and the professional support network was strong in the hospital where the study was conducted. It has been seen that the employees in the hospital interact with each other and provide professional support, and all relations within the hospital network are mutual. According to the results of the correlation analysis, a significant relationship was found between the age and status variables and the frequency of communication. In addition, a negative significant relationship was found between status and communication frequencies. When the management structure of the hospital is examined in a hierarchical context, it is seen that the status does not affect the Professional support of people to each other.

Keywords: Hospital management, hospital organizational structure, professional support network, social network analysis.

ARTICLE INFO

¹ This study is derived from Özge Özдіңç's defended Master's thesis dated 14.01.2022 named "Examination of Professional Support Network in Hospital Management with Social Network Analysis".

* Master, Süleyman Demirel University, Isparta, ozgeozdinc@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9769-7304>

** Asst. Prof., Süleyman Demirel University, Isparta, neclabardak@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9847-6888>

Received: 01.04.2022

Accepted: 12.10.2022

Cite This Paper:

Özдіңç, Ö. & Yılmaz, N. (2022). Hastane Yönetiminde Profesyonel Destek Ağı: Sosyal Ağ Analizi Uygulaması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 839-860

I. GİRİŞ

Bireylerin kendi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için diğer bireyler ile etkileşim içinde olmaları ve belirli hedefleri olan bir grup oluşturma istekleri örgüt kavramını ortaya çıkarmaktadır. Amaçlarına göre farklılık gösteren örgütlerde hizmet sunma amacı olan örgütler içerisinde hastaneler yer almaktadır. Hastane çalışanları arasındaki etkileşim, profesyonel destek ve hiyerarşik yapı gibi birçok unsur ise hastanenin hizmet sunumunu ve yönetimini etkileyebilmektedir.

Günümüzde gelişen teknolojiyle birlikte örgütler sosyal ağ yapısının içinde yer almaktadır. Söz konusu ağ yapısı iki nesne arasındaki ilişkiyi ifade ederken, bu kavram ile günümüzde daha çok gerekmektedir. Bu yönüyle yöneticilerin çalışanlar ile yapılan işler arasında iletişim, destek ve iş birliği sağlamada köprü rolü üstlendiği düşünülmektedir. Yöneticilerin yönetsel açıdan önemi göz önüne alındığında, bu çalışma hastane yönetim kadrosunda bulunan profesyoneller arasında kurulan etkileşim ile birbirlerine mesleki konularda sağladıkları profesyonel destek ağını ve hiyerarşik yapının profesyonel destek üzerine etkilerinin incelenmesini amaçlamaktadır. Hastane yönetiminde bulunan profesyonellerin örgüt içerisindeki konumları, birbirlerine karşı mesleki konularda sağladıkları desteğin ve iş birliğinin nasıl olduğu incelenmektedir. Literatürde hastane yönetiminde bulunan profesyonellerin sosyal ağ analizi ile incelenmesini konu edinen çalışmaların sınırlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma sağlık hizmeti veren kurumlarda yönetim kadrosu ve birim sorumlularının mesleklerine uygun görevleri yerine getirirken diğer aktörlerle buldukları etkileşimleri, görev sırasında birbirlerine sağladıkları profesyonel desteği ve hiyerarşik yapının profesyonel desteğin üzerine etkisini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Ulusal alanyazın incelendiğinde sağlık alanında sosyal ağ analizi ile ilgili çalışmaların az olması ve hastane yönetiminde bulunan aktörlerin iletişim sıklıklarını inceleyen bir çalışmanın olmaması bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Çalışma kapsamında incelenen ilişki profesyonel destek ağıdır. Yönetim kadrosunda bulunan aktörlerin, hastane ile ilgili işlerde ulaşabileceği bütün kişiler, kaynaklar ve farklı yönlerden etkileşim içinde olabileceği işleyişleri içermektedir. Bu sebeple çalışmada profesyonel destek ağı ve yönetim kadrosunun iletişim sıklıkları incelenmektedir.

II. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Hastane Yönetimi ve Profesyonel Destek Ağı

Hastaneler toplumun içinde yer alan bireylere sağlık hizmeti sunumu sağlayan en önemli sağlık kuruluşlarıdır. Bu kurumlar sağlıkta gerçekleşen harcamaların önemli bir kısmını oluşturan sosyo-ekonomik kuruluşlardır ve teknoloji ile tıp biliminin gelişmesine paralel olarak hızla değişmektedir. Bu değişim ile birlikte hastane yönetiminin önem kazandığı düşünülmektedir (Ağırbaş, 2019). Hastane yönetimi; hastanedeki tüm hizmetlerden ve faaliyetlerden yönetim kuruluna karşı sorumlu bir organ olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

Hastaneler iyi ve kaliteli bir hizmet verebilmek için hastane yönetimi, hizmet kontrolü ve değerlendirmesi yapmaktadır. Hastanenin karmaşık ve uzmanlık gerektiren bir yapıda olması sebebiyle her bölüm için komiteler oluşturulup denetimler yapılmaktadır. Bu komiteler hastanelerin türlerine ve büyüklüklerine değişiklik göstermektedir. Söz konusu komiteler; yönetim kurulu ve kurulda bulunan komiteler, hemşirelik komitesi, kalite komitesi, eğitim komitesi, ilaç yönetim komitesi şeklinde örneklendirilebilir. Hastane yöneticisi, komiteler ve hastane dışı işletmeler ile iletişim kurarak birbirlerine profesyonel destek sağlamaktadır.

Sağlık kuruluşlarının teknolojik yeterliliği ve sağlık hizmetlerinin istenilen seviyede yürütülmesi, yönetimin profesyonel olarak devam ettirilmesine bağlıdır. Yönetim ekibinin gerek kendi aralarında gerekse komiteler ve hastane çalışanları ile irtibat sağlamada profesyonel bir destek ağı oluşturulması gereklidir. Profesyonel destek ağı, sağlık kurumları açısından; yönetim kadrosunda bulunan kişilerin,

hastaneyle ilgili işlerde bir sorun yaşadığında destek alabileceği kişilerin ve komitelerin birbirlerini çeşitli şekillerde etkilemeleri sonucunda sorunun çözüme ulaşma sürecidir. Profesyonel destek ise kişilerin işlerin gerçekleştirilmesinde birbirleri ile yardımlaşmaları ve işlerin yürütülmesinde birbirlerine destek vermeleri anlamına gelmektedir.

Literatürde profesyonel destek ile ilgili yapılan çalışmalarda (Kolbe, 2014; Guo ve Singh, 2009; Bisht vd., 2021) profesyonel destek konusu ele alınmış fakat kavrama dair herhangi bir tanımlama yapılmamıştır. Profesyonel destek ağını Eren (2020), mesleki konularda yöneticinin ulaşabileceği mevcut kişi ve kaynaklar ile etkileşim halinde olabileceği süreçlerden oluştuğu ifade ederek genel bir tanımlama yapmıştır.

2.2. Ağ Kuramı

Bilgisayar teknolojisindeki ağ kavramı internet, çeşitli fiziksel veya kablosuz bağlantılarla bağlanan karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu sistem karmaşık ağların topolojisini mekanizmalarını araştırmaya yönlendiren örneklerden birkaç tanesidir. Çeşitli karmaşık sistemlerin arkasındaki gerçek ağların temelde hangi düzeyde kodlanması gerektiğini, bilim insanlarını yeniden düşündürüp modelleme yapmaya yöneltmiştir. Son yıllarda bu yaklaşımların etkin kullanılmasıyla gelişmeler yaşanmıştır (Albert ve Barabasi, 2001).

Bilim insanlarını araştırmaya yönlendiren ve gelişmeler için ağ kuramı ile ilgili çalışmaların devam ettiği, bireysel ve örgütsel düzeyde sonuç sağlamak için ağ yapılarının etkileşim süreçlerini ifade etmektedir. Ağ kuramının doğası ve ayırt edici özelliğini göstermek için farklı görüşler öne sürülmektedir. Bu görüşler; güçlü bağlar kuramı, zayıf bağlar kuramı ve yapısal boşluklar kuramı olmak üzere üç kuram şeklinde incelenmektedir (Borgatti ve Halgin, 2011; Gargiulo ve Benaasi, 2000). Ağ kuramı, örgüt içi ilişkileri ve ilişkilerin özelliklerini de baz alarak mikro ve makro düzeyler arasında köprü oluşturmaktadır.

Zayıf bağlar, bireyler ve örgütler arasındaki ilişki yoğunluğunun düşüklüğünü göstermek için kullanılmaktadır. Bireyler arasında bulunan yakın arkadaşlık ilişkisi yoğun iken, tanıdıklarımız yani az görüşülen kişiler ile düşük yoğunluklu ilişkiler kurulmaktadır (Granovetter, 1973). Sosyal ağ analizi kişiler arasında oluşan ilişki ile gelişim göstermektedir. Sosyal ağ analizinde bağlantı sağlanan kümelerin doğrudan bağlı olması, zayıf veya güçlü olması, yönlü olarak iki ve tek yönlü olması önemli bir ayrıntıdır (Gürsakar, 2009). Zayıf bağlar yeni fikirler, yeni olanaklar ile kapı aralamaktadır. Bir sosyal ağın şekli, bir ağın bireyleri için yararlılığını belirleme konusunda yardımcı olmaktadır. Daha küçük, daha sıkı ağlar, üyeleri için ana ağ dışındaki kişilere çok sayıda zayıf bağlara sahip ağlardan daha az yararlı olabilmektedir. Çeşitli zayıf bağları ve sosyal bağlantıları olan daha açık ağlardan, üyelerine birçok yedekli kapalı ağlardan daha yeni fikirler, fırsatlar sunma olasılığı daha yüksek olarak görülmektedir (Scoot, 2000).

Birey ve örgüt düzeyinde bulunan aktörlerin, birbiriyle yakın ilişki kurması güçlü bağları meydana getirmektedir. Kişilerin iletişim ve etkileşim içerisinde ilişkileri ne kadar yoğunsa bağları da o kadar güçlü demektir. Bu yüzden kişiler arasındaki bir bağın gücü, kullanılan zaman, duygusallık, samimiyet ve güven kavramlarıyla bütünleşmektedir (Granovetter, 1973).

Zayıf bağlar teorisini yeniden biçimlendirilmesi ile ortaya çıkan yeni teori yapısal boşluklar olarak adlandırılmaktadır. Bir ağın yapısı ve o ağda yer alan aktörün pozisyonu aktörün davranışını etkilemektedir. Ağ yapısı incelendiğinde bağlantı yoğunlukları, düğüm uzaklıkları, bağ türleri, ağın yapılarında boşlukların olup olmamasıdır. Aktörün pozisyonunda ise merkezilik gibi konular öne çıkmaktadır (Gürsakar, 2009, Kilduff ve Tsai, 2003). Bu sebeple, yapısal boşluklar açısından yoğun temas ağlarına sahip bireyler, fırsatları bilen ve geliştiren, müdahalede bulunan ve üzerinde kontrol uygulayan bireylerdir. Argüman açısından girişimci aktörler, yapısal boşlukları kapsayan kişilerarası köprüler kurmada yetenekli insanlardır (Burt, 2004).

Ağ içerisinde merkezi konumda olan aktörün diğer aktörlere göre daha fazla bağlantıya sahip olması yüksek statü ve güç anlamına gelmektedir. Bu yüzden fazla bağlantıya sahip olan aktör merkezi konumda yer almaktadır (Wasserman ve Faust, 1994). Bu sebeple, merkezi konumda bulunan aktörler örgütte daha fazla güç elde ederek diğer aktörler tarafından güvenilir olarak algılanmaktadır (Tsai ve Ghosal, 1998). Sosyal ağ içerisinde de merkezi konuma sahip olan aktörler daha fazla bilgiye ulaşarak diğer aktörler üzerinde etkilerini arttırabileceklerdir.

Ağ büyüklüğü ne kadar büyük olursa olsun, ağ üzerinde isteğe bağlı seçilen bir düğümden, başka rastgele seçilen düğüm arasında kısa yol bulabilen ağlara küçük dünya ağları adı verilmektedir (Tunalı, 2016). Küçük dünya bir ağ türünü kapsamaktadır. Küçük dünya ağlarının düğümleri birbirine komşu değildir fakat herhangi bir düğümün birbirine komşu olabilme ihtimali oldukça yüksek görülmektedir (Watts ve Strogatz, 1998). Küçük dünya ağlarında var olan her düğüme birkaç adımda ulaşım sağlanabilmektedir. Küçük dünya ağlarının özelliklerini belirten ağlara; sosyal ağlar, internet ve biyolojik ağlar örnek verilmektedir (Gürsakar, 2009).

Sosyal ağ kuramı; örgütler, gruplar, milletler, bireyler gibi farklı aktör gruplarını denetleme, iş birliği, rekabet vb. öğelerle ilişki ve bağlar kurarak kaynak akışlarını temsil etmektedir (Carrasco vd., 2008). Sosyal ağ analizi, sosyal ilişkileri düğümler ve bağlardan oluşan ağ kuramı açısından incelemektedir. Ağ içinde yer alan bireysel aktörler düğümleri, bağlar ise aktör arasındaki ilişkileri oluşturmaktadır. Düğümler arasında birçok çeşit bağ bulunmaktadır. Sosyal ağ içinde düğüm dediğimiz kavrama örnek olarak; arkadaşlık, akrabalık, mücadele, inanç, çıkar ilişkileri ve bilgi içeren ilişkilerin belirli bağımlılık türüyle birbirine bağlı olan bireyler verilmektedir. Sorunların çözümü, organizasyonların yürütülmesi ve bireylerin başarı derecesini belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. Bir bireyin bağlı olduğu düğümler o bireyin sosyal temasları olarak bilinmektedir. Bu kavramlar genellikle düğümlerin nokta ve bağların çizgiler olduğu bir sosyal ağ diyagramında görüntülenip netleşmektedir (Kosorukoff ve Passmore, 2011).

2.3. Sosyal Ağ Analizi (SAA)

'*Sosyal ağ analizi, doğası gereği disiplinler-arası bir çabadır.*' Matematiksel ve istatistiksel hesaplamalar, sosyal teori, uygulamanın verimli sonuçları, sosyal ağ analizi kavramlarını oluşturmaktadır (Wasserman ve Faust, 1994). Sosyal bilimlerde, aktif aktörler arasındaki etkileşimin olmasına ve yapısal yaklaşıma sosyal ağ analizi adı verilmektedir. Sosyal ağ analistlerinin üzerinde çalıştığı ilişkiler genellikle bireysel insanları birbirine bağlayan ilişkilerden meydana gelmektedir (Freeman, 2004). Ağ araştırmalarındaki deneysel, teorik ve matematiksel gelişmelerin tarihsel incelenmesi, okuyucuyu sosyal ağ analizinin sezgisel olarak çekici bir kelime, mecaz, sosyal, davranışsal, ekonomik ilişkilerin teorilerini anlamak için bir dizi görüntüden çok daha fazlası olduğuna ikna etmesi gerekmektedir. Sosyal ağ analizi, kayda değer sosyal kavramların tanımlanmasında keskin bir yol olarak gösterilmektedir (Wasserman ve Faust, 1994).

Sosyal hayat birbiri ile iç içe geçmiş bütün bir yapıdan oluşmaktadır. Sosyal hayatın sürdürülebilirliği ve yaşamsal aktiviteler için sosyal ilişkiler kurmak gerekmektedir. Bireyler arasında sosyal ilişkilerin analizini sosyal ağ analizi sağlamaktadır ve bireyler arasındaki ilişkilerin incelenme isteği sosyal ağ analizini geliştirmektedir.

Sosyal ağ analizi sosyal bilimlerin kapsadığı bazı bölümlerden temel bir teknik olarak yararlanmaktadır. Sosyoloji, antropoloji, coğrafya, sosyal psikoloji, iletişim, enformasyon bilimi, işletme, ekonomi ve biyoloji gibi bölümlerde sosyal ağ analizi temel bir teknik olarak yer almaktadır (Hanneman ve Riddle, 2008).

2.4. Sağlık Kurumlarında Sosyal Ağ Analizi

Sosyal bir türe ait olan insanlar sosyal hayatın merkezinde yer almaktadır. Temel ihtiyaçlar içerisinde bulunan sağlık önemli bir yere sahiptir. Bireyler sağlıkları içinde teşhis, tedavi,

rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadır. Sağlık profesyonelleri ve kuruluşları, hasta bakım ve tedavileri için gerekli teknolojiler veya uzmanlarla işbirliği yapmaktadır. İş birliği sağlayabilmeleri için iletişim kurmak zorunda kalmaktadırlar. Böylelikle iletişim faaliyetleri, aktörleri (hastalar, sağlayıcılar ve kuruluşlar) birbirine bağlamaktadır. Hastane gibi örgütlerde hiyerarşi yer almaktadır. Bu sebeple örgütsel hiyerarşi kimlerle iletişim kurulduğunu ve söylenen sözcükleri şekillendirmektedir. Sosyal ağ analizi, bu bağlantılardaki örgütlerin sonuçlarını tahmin etmeye ve anlamaya odaklanan bir perspektif olarak belirtilmektedir (Freeman, 1978). Bu yöntem, aktörler arasındaki bağlantıları ortaya çıkarmak, bir aktörün bağlantı sistemi içindeki konumunu tahmin etmektedir. İçindeki bağlantıları temel alarak bir sistemin karakterini tahmin etmek için araçlar içermektedir. Sosyal ağ analizi; bir ağ içindeki değişiklikleri zaman içinde anlamak, görünüşünü tahmin etmek, aktör düzeyindeki ve sistem düzeyindeki sonuçlar üzerindeki etkisini test etmek için araçlar içeren bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Smith vd., 2014).

1970'li yıllardan beri sosyal ağların sağlığa etkisi vardır. Sosyal ağların bu etkisi sağladıkları sosyal destek ile daha sistematiktir. Bazıları, akut ve kronik stresin zararlı etkilerini bilgi, duygusal ve somut kaynaklar sağlayarak, sosyal ilişkilerin öncelikle stresli koşullar altında koruyucu olduğuna dair fikir olarak sunulmuştur. Diğerleri ise sosyal ilişkilerin, stres düzeylerine bilişsel, duygusal, davranışsal ve biyolojik etkilerin direkt koruyucu sağlık etkileri ile ilişkili olabileceğini iddia etmektedir (Holt-Lunstad, 2015). Sağlık hizmetlerinin düğümleri farklı şekillerde gruplandırılmaktadır. Düğümler bir ağda üç düzeyde yer almaktadır. Düğümler en basit haliyle mikro düzey yani bireysel düzeyde yer almaktadır ve örnek olarak hasta ve aile üyeleri verilebilir. Mezo düzey yani grup düzeyinde olan düğümler; aile, sağlık ekibi, meslek vb. örnek olarak gösterilmektedir. Makro düzey ise yani örgütsel düzeyde olan hastane, özel sağlık kuruluşları gibi örnekler verilmektedir. Bölgesel düzeyde olan örneklere yerel sağlık bölgeleri şeklinde verilebilmektedir (Pomare vd., 2019).

İnsanların temel ihtiyaçlarından biri olan sağlığa ilgili gereksinimlerinin karşılanabilmesi amacıyla iyi bir sağlık sisteminin oluşturulması ve bu sistemin bir parçası olan sağlık kurumlarının etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Sağlık kurumlarının ana kaynağını insanlar yani hastalar oluşturmaktadır. İnsanlar, ihtiyaçları olan ve ihtiyaçlarının karşılanması için iletişim kurmak zorunda olan sosyal canlılardır. Böylelikle insanların birbiriyle iletişim kurmasının sonucunda sosyal ağı da ortaya çıkmaktadır. Sosyal ağ bulunan her sektörde sosyal ağ analizi yapılabilmektedir. Bu sebeple sağlık sektöründe de yaygınlaşmaya başladığı görülmektedir.

Sosyal ağ analizinin diğer kullanım alanlarından biri de sağlık hizmetlerinin yönetimidir fakat literatürde sağlık hizmetlerini, sağlık kurumlarını ya da hastane yönetimini ilgilendiren çalışma sayısı oldukça azdır. Mevcut çalışmalar için dikkat çekici görülen noktalar ise şu şekilde belirtilmektedir. Boyer ve diğerleri (2010) tarafından yapılan Fransa'da bir devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları arasındaki sosyal ağları, sağlık hizmeti yönetimini ve çalışan liderliğini kuvvetlendirerek sağlık hizmetinin kalite iyileştirilmesini konu alan bir sosyal ağ analizi çalışmasıdır. Bishop ve Waring (2012) çalışmasında sağlık hizmeti sunumun bireyler arasında ilişkilerin modellerini araştırmak için karma yöntemler kullanılarak sosyal ağ analizi gerçekleştirilmiştir. De Brun ve McAuliffe'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada yeni kurulmuş bir hastane içerisinde üst düzey yöneticiler arasındaki destek ilişkileri araştıran bir çalışma gerçekleştirmiştir. Sağlık hizmetleri sunucuları açısından yapılan çalışmalarda sağlık profesyonelleri ve diğer sağlık çalışanları arasında, hekim ve hasta arasında kurulan ilişkide, özellikle de sağlık profesyonellerinin birbirleriyle olan ilişkilerinde tavsiye, güven, liderlik ve iş birliği olgularının incelendiği görülmektedir.

Sosyal ağ analizi sosyal ağları baz alan bir yöntem olması sebebiyle sağlık kurumlarında inceleme yapmak için uygun görülmektedir. Sağlık kurumlarında işleyişin sorunsuz olabilmesi için yönetim ağının kuvvetli olması gerekmektedir. Yönetimde yer alan profesyonellerin ise hem liderlik özellikleri açısından hem de sosyal açıdan donanımlı olmaları önemlidir. Sağlık kurumlarında yöneticiler kilit konumda yer almaları sebebiyle sosyal ağ analizinin önemi vurgulanmaktadır.

Araştırmanın amacından yola çıkılarak “Hastane yönetiminde bulunan aktörlerin, yönetim işleyişi sırasında aralarında gerçekleşen profesyonel desteğin iş birliğine etkisi nedir?” ve “Hastane yönetiminde bulunan aktörlerin ağ içerisindeki konumu ve önemi nedir?” soruları araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesi içerisinde yönetim kadrosu ve birim sorumlularından oluşan aktörler arasındaki profesyonel destek ağı ve bu ilişkilerin oluşturduğu sosyal ağ yapılarının incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan hipotezlere aşağıda yer verilmiştir.

Hipotez 1:

H₀: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki iletişim sıklıkları ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₁: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki iletişim sıklıkları ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 2:

H₀: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki iletişim sıklıkları ile statü arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₁: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki iletişim ile statü arasında anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 3:

H₀: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki iletişim sıklıkları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₁: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki iletişim sıklıkları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 4:

H₀: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki iletişim sıklıkları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₁: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki iletişim sıklıkları ile kurumda çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır.

Hipotez 5:

H₀: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki kurumda çalışma süresi ile yaş arasında anlamlı farklılık yoktur.

H₁: Hastane yönetim kadrosu ve idari birim sorumluları arasındaki kurumda çalışma süresi ile yaş arasında anlamlı farklılık vardır.

Sosyal ağ analizi sosyal ağları baz alan bir yöntem olması sebebiyle hastanelerin yönetim kadrosunda inceleme yapmak için uygun görülmektedir. Hastane yönetiminde bulunan profesyonellerin örgüt içerisindeki konumları, birbirlerine karşı mesleki konularda sağladıkları desteğin ve iş birliğinin nasıl olduğu incelenmektedir. Hastanelerde yönetimin sorunsuz ve iyi bir şekilde devam edebilmesi için yöneticilerin etkili bir koordinasyon ve iyi bir profesyonel destek ağı sağlamaları gerekmektedir. Hastanelerde yönetim ağının kuvvetli olması gerekmektedir. Bu yüzden yönetimde yer alan profesyonellerin hem liderlik özellikleri açısından hem de sosyal açıdan donanımlı

olmaları önemlidir. Hastanelerde yöneticilerinin kilit konumda yer almaları çalışmanın önemini sosyal ağ analizi ile vurgulamaktadır.

III. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, bir üniversite hastanesi içerisinde yönetim kadrosu ve birim sorumlularından oluşan aktörler arasındaki profesyonel destek ağı ve bu ilişkilerin oluşturduğu sosyal ağ yapılarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Literatürde sosyal ağ analizi ile ilgili çalışmaların olduğu görülmektedir. Fakat ulusal alanyazın incelendiğinde sağlık alanında sosyal ağ analizi ile ilgili çalışmaların az olması ve hastane yönetiminde bulunan aktörlerin iletişim sıklıklarının inceleyen bir çalışmanın olmaması bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

3.2. Araştırma Kapsamında İncelenen Örgüt

Araştırmanın çalışma grubunu, seçilen il merkezindeki üniversite hastanesinde görev yapan hastane yönetimi ve ilgili bölümlerdeki idari birim sorumluları oluşturmaktadır. 1 başhekim, 5 başhekim yardımcısı, 1 hastane başmüdürü, 3 hastane müdürü, 2 hastane müdür yardımcısı, hemşire hizmetleri müdürü ve hemşire hizmetleri müdür yardımcısı, süpervizör, döner sermaye işletme müdürü ve müdür yardımcısı, 24 birim sorumlusu olmak üzere toplam 41 aktöre ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamında incelenen ilişki profesyonel destek ağıdır. Yönetim kadrosunda bulunan aktörlerin, hastane ile ilgili işlerde ulaşabileceği bütün kişiler, kaynaklar ve farklı yönlerden etkileşim içinde olabileceği işleyişleri içermektedir. Bu çalışmada profesyonel destek ağı ve yönetim kadrosunun iletişim sıklıkları incelenmektedir.

3.3. Veri Hazırlama Aşaması

Bu çalışmada kullanılacak anket formunun hazırlanması için öncelikle literatür taraması yapılmıştır. Ağcasulu'nun (2017) doktora tezinde kullandığı anket baz alınarak araştırmacı tarafından anket formu tasarımı oluşturulmuş ve oluşturulan form tasarımı için sağlık yönetimi alanından iki akademisyenin görüşleri alınmıştır. Değerlendirmeler sonucunda anket formu üzerinde düzenlemeler yapılmıştır. Araştırmacının hastane içerisindeki bir haftalık gözlemlerinden edilen bilgiler ile anket formunun son hali oluşturulmuştur.

Araştırmada etik açıdan bir sorun ile karşılaşılması amacıyla hastane ismi ve katılımcıların isimlerine yer verilmemiştir. Lin ve Dumin (1986) tarafından geliştirilen ve kullanılan yöntemlerden biri olan pozisyon listeleyicisi kullanılmıştır. Katılımcılara hazır olarak pozisyon listeleri sunulmuştur.

Anket sorularının hazırlanmasının ardından, 24.02.2021 tarihli Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan çalışmanın kapsam ve uygulama açısından etik ilkeler ve insan haklarına uygun olduğuna dair E-87432956-050.99-24444 Sayılı kurul kararı alınmıştır.

Anket verilerinin toplanma süreci 01 Mart–20 Nisan 2021 tarihleri arasında kapsamaktadır. İlk olarak 14 kişiden sonrasında 27 kişiden toplanan veriler ile tüm hastane yönetim kadrosu ve birim sorumlularına ulaşılmıştır. Üniversite hastanesinde gerçekleştirilen anket ve gözlemler 49 günlük bir süreçte bizzat araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu sürecin Covid-19 pandemi dönemine gelmesi ve birkaç katılımcının anket formunda yer alan bazı soruları eksik cevaplaması nedeniyle, veriler öngörülenden daha uzun sürede elde edilmiştir. Eksik veriler nedeniyle ilgili katılımcılara ikinci kez ulaşılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı

Sosyal ağ analizinde veri toplama öncesi araştırma yapılacak olan grup ve bu gruba sorulacak olan araştırma sorusu için ağ türleri içerisinde ego ağları mı yoksa tam ağları mı kullanılacağı belirlenmektedir (Ağcasulu, 2017). Araştırma için uygun olan ağ, verileri toplayan araştırmacının becerisine bağlıdır. Toplanan veri dışarıyla bağlantısı olmayan, sınırları belli olan ve tam bilgiye ulaşılabilen bir araştırma ise tam ağlar kullanılmaktadır (Gürsakaç, 2009; Hansen vd., 2009). Yapılan bu araştırmada hastane yönetiminin sınırları belirli olduğu için tam ağlar kullanılmıştır.

Klasik veri toplama kullanılan örneklem yöntemi, tam ağ kavramları ile ilgili araştırmalarda yeterli değildir. Örneklem sorulabilecek soruların türünü kısıtlar. Aktörlerin birbiriyle bağlantılı ilişkilerini incelediği için tam ağ konularında örneklem yöntemi kullanılmamaktadır. Yapılan ağ analizinde matris yapısı ile çalışıldığı için bir aktörün eklenmesi ya da çıkarılması durumunda önemli derecede değişiklikler meydana gelmektedir (Scoot, 2000; Marsden, 1990; Knoke ve Kuklinski, 1982). Sonuç olarak tam ağlar ile ilgili yapılan araştırmalarda temel aktörler arası ilişkiler ve matris verilerine dayanan veri olduğu için, aktörlerin birbiriyle bağlantıları vardır. Aktörler arasında bağımsız olan ilişkileri incelemek için örneklem almak söz konusu olamaz.

Tam ağlarda, ağ analizinin özü itibarıyla etkileşimci yaklaşıma benzemesi sebebiyle aktörler ile aktörler arası etkileşimler önemlidir. Doğal olarak etkileşimci yaklaşımda ilgili spesifik aktöre ait bağların bulunması sebebiyle genellemenin mümkün olmadığı ve her incelemenin kendine özgü sonuçlarıyla değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple çalışma mikro araştırmalar kapsamında değerlendirilmektedir ve çalışmanın vaka analizine daha yakın olduğu iddia edilebilir.

Araştırmada kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıya demografik bilgiler başlığı altında yaş, eğitim durumu, görevi, kurumda çalışma süresi sorulmuştur. İkinci bölümde ise, katılımcılara iletişim sıklıklarını belirlemek için “Hastane yönetiminde yapılması gereken işlerde kimlerle ne sıklıkla iletişime geçersiniz?” şeklinde soru yöneltilmiştir. Katılımcıların iletişim sıklıklarını; “her gün”, “haftada bir”, “ayda bir” ve “yılda bir” olmak üzere derecelendirilmeleri istenmiştir.

Veriler hastane yönetimi ve birim sorumluları olmak üzere 41 kişiden toplanmıştır. Sosyal ağ analizinde verilerin analiz edilmesi için Excel programına veri girişleri yapılmıştır. Katılımcıların pozisyonları yerine “1,2,3, ... 41” şeklinde numaralar verilmiştir. Numaralandırılan veriler “41*41” matris şeklinde girilmiştir.

3.5. Analiz Yönetimi

Araştırmanın verileri toplandıktan sonra veri girişleri bilgisayar ortamına Excel programı ile aktarılmıştır. Sosyal ağ analizinde bir ağ oluşturmayı, ağ verilerinin nasıl biçimlendirileceğini, aktörlerin birbiriyle ilişkilerini ve analiz için ağ verilerinin nasıl dönüştürüleceğini ortaya koyan paket yazılım programları vardır. En güncel ve uygun program ise UCINET 6’dır. Ortaya çıkan bu analizler NETDRAW adı verilen ağ görselleştirme ve grafik özelliklerine sahip olan bir program aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Veri matrisi oluşturulurken basit ve tam matris formatındadır (Borgatti vd., 2013). Kullanımı oldukça rahat bir programdır. “Help” seçeneği içerisinde yer alan kaynaklarda kullanımı oldukça kolaylaştırmaktadır. Önemli olan doğru veri girişini sağlamaktır.

Bu araştırmada anket formu ile elde edilen veriler UCINET 6 programı kullanılarak ağ düzeyi, ilişki düzeyi ve aktör düzeyinde analizler ile yapılmıştır.

IV. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hastane yönetimi ve birim sorumlularının demografik değişkenlere göre dağılımları tablolar şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Değişkenlerine Göre Dağılımı

Değişkenler	N	%
Yaş		
40 ve altı	13	31,7
41 ve üstü	28	68,3
Toplam	41	100,0
Cinsiyet		
Kadın	16	39,0
Erkek	25	61,0
Toplam	41	100,0
Eğitim Durumu		
Lise	3	7,3
Önlisans	1	2,4
Lisans	21	51,2
Lisansüstü	16	39,0
Toplam	41	100,0
Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)		
1 – 10	11	26,8
11 – 20	13	31,7
21 – 30	17	41,5
Toplam	41	100,0

Tablo 1 incelendiğinde araştırmaya katılan hastane yönetimi ve idari birim sorumlularının %31,7'si 40 yaş ve altında, %68,3'ü 40 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyet dağılımına göre incelendiğinde %61 ile erkeklerin fazla olduğu görülmektedir. Hastane yönetimi ve birim sorumlusu olarak görev almada kadınların rolünün az olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumuna göre incelendiğinde %7,3'ünü lise, 2,4'ünü önlisans, %51,2'sini lisans, %39'unu lisansüstü eğitim aldığı görülmektedir. Hastane yönetimi ve idari sorumluların yarısından fazlası lisans eğitime sahiptir. Katılımcıların kurumda çalışma süreleri incelendiğinde %26,8'i 1-10 yıl arası, %31,7'si 11-20 yıl arası, %41,5'i 21-30 yıl arasında olduğu görülmektedir.

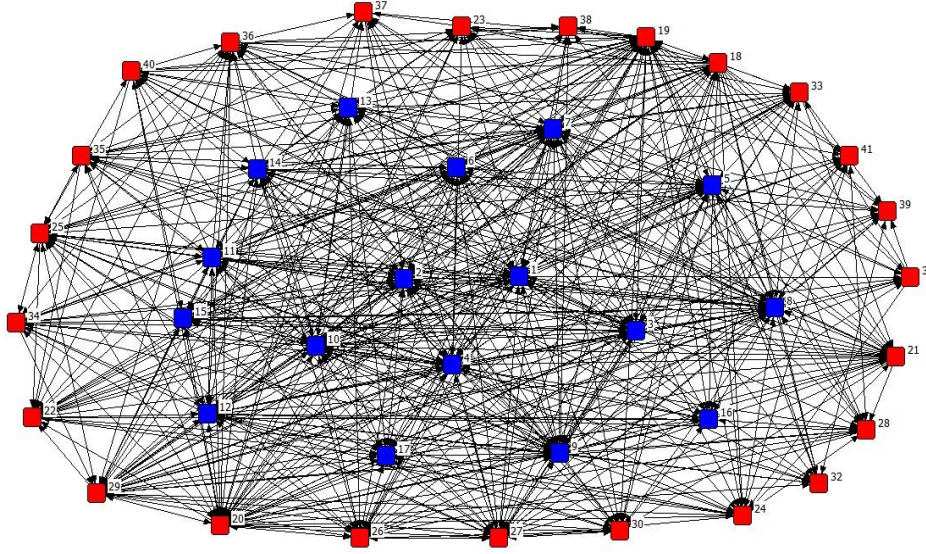
Analizin ikinci bölümde hastane yönetimi ve idari birim sorumlularının sosyal ağ analiz ağ düzeyi, ilişki düzeyi ve aktör düzeyinde gerçekleştirilmiştir. Ağ düzeyinde profesyonel destek ağı içerisinde iletişim kurma sıklıkları incelenmiştir.

4.2. Sosyal Ağ Analizi ile İncelenme

4.2.1. Ağ Düzeyinde Analizler

Ankette yer alan "Hastane yönetiminde yapılması gereken işlerle ilgili kimlerle ne sıklıkla iletişime geçebilirsiniz?" Aşağıda yer alan veri sosyogramında mavi renk hastane yönetiminde yer alan katılımcıları temsil etmektedir. Kırmızı renkte yer alan katılımcılar ise birim sorumlularını temsil etmektedir. Veri sosyogramı incelendiğinde ağda 41 düğüm sayısı ve 795 bağ sayısı olduğu görülmektedir.

Şekil 1. İletişim Sıklıkları Veri Sosyogramı



Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.

Tablo 2. İletişim Sıklıkları Bütünleşmesi

İletişim Bütünleşmesi		İletişim sıklığı
1	Avg Degree	19,390
2	Indeg H-Index	20
3	Deg Centralization	0,395
4	Out-Centralization	0,528
5	In-Centralization	0,477
6	Density	0,485
7	Components	1
8	DyadReciprocity	0,553

İletişim sıklıkları bütünleşmesi tablosuna göre yapılan analizde ağın bağ sayısı 19.390'dır. Bu ifadenin anlamı incelenen ağ içerisinde her aktör ortalama olarak 19.390 kişiyle iletişim kurmaktadır. Ağın merkezileşmesi 0,395'dir. Ağ merkezileşmesi gösteren bu değer, en merkezde bulunan aktörün sahip olduğu bağların, ağın tümünü içeren bağ sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Ağcasulu, 2018: 1924). Derece merkezileşmesinin düşük çıkması ağların belirlenen bir merkezde bir araya toplanmadığını ifade etmektedir. Gelen derece merkezileşmesi 0,477, giden derece merkezileşme ise 0,528'dir. Bu değerlerin eşit olmaması yani aralarında fark olması yönlü bir ağ olduğunu göstermektedir. Ağın yoğunluğu 0,485 değerindedir. Genel olarak ağ yoğunluğu 0-1 arasında değerlendirilmektedir. Bir ağ içerisinde bulunan değer 0'a yakın olması, o ağ yoğunluğunun az olduğunu göstermektedir. Bağların karşılıklı olması değeri 0,553 olarak elde edilmiştir ve bu oran ağların %55'inin karşılıklı olduğu anlamına gelmektedir. Bu durum ağdaki ilişkilerin hiyerarşik olmadığını göstergesi olarak yorumlanabilir. Ağda yalıtılmış aktör bulunmamasıyla birlikte, ağ tek bir ana ağdan oluşmaktadır.

Aşağıda yer alan istatistiksel anlamlılık testi tablosunda profesyonel destek ağının incelenmesi için korelasyon ve p değerini içeren permütasyon testi yapılmıştır.

Tablo 3. İstatistiksel Anlamlılık Testi

QAP Correlations	İletişim Sıklıkları	Statü	Kurumda çalışma süresi	Cinsiyet	Yaş
İletişim Sıklıkları	1	-0,224	-0,007	0,031	0,060
Statü		1	0,063	-0,023	0,050
Kurumda çalışma süresi			1	0,058	0,117
Cinsiyet				1	0,008
Yaş					1
QAP P-Value	İletişim Sıklıkları	Statü	Kurumda çalışma süresi	Cinsiyet	Yaş
İletişim Sıklıkları	0,001	0,001	0,404	0,174	0,033
Statü		0,001	0,053	0,291	0,113
Kurumda çalışma süresi			0,001	0,079	0,006
Cinsiyet				0,001	0,336
Yaş					0,001

Tablo 3'te görüldüğü gibi profesyonel destek ağı içinde “İletişim Sıklıkları” ve “Statü” arasındaki korelasyon ve p değeri incelendiğinde, iki değişken arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,224$, $p=0,001$). Buradan hastane yöneticilerinin statüleri arttıkça iletişim sıklıklarının azaldığı yorumu yapılabilir.

Profesyonel destek ağı içerisinde incelendiğinde “Yaş” ve “İletişim Sıklıkları” arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,060$, $p=0,033$). Bu durum, katılımcıların yaşlarının arttıkça diğer sorumlular ile daha fazla iletişim kurduklarını göstermektedir.

“Kurumda Çalışma Süresi” ve “Yaş” arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=0,117$, $p=0,006$). Buradan katılımcıların yaşı arttıkça kurumda çalışma sürelerinin de arttığı söylenebilir.

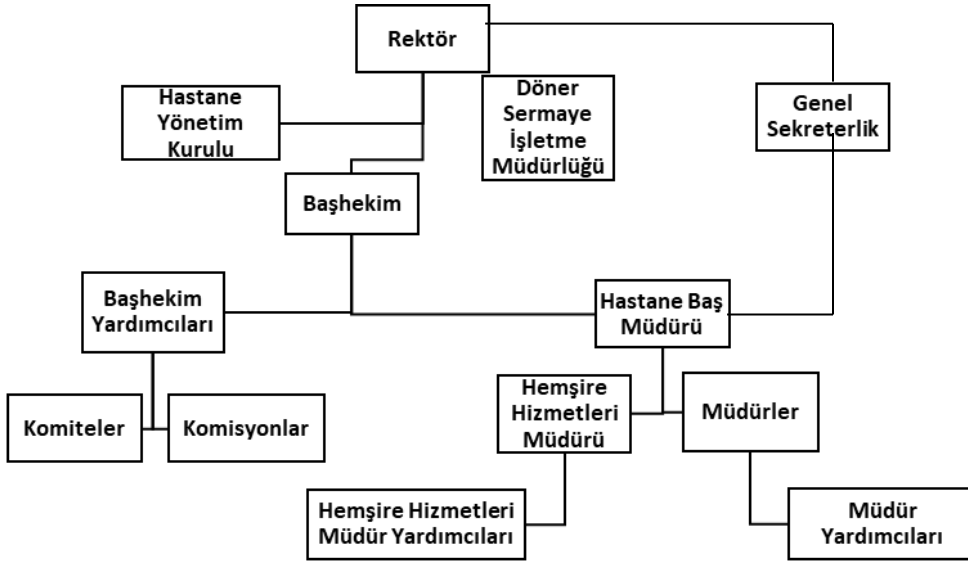
Profesyonel destek ağında; katılımcıların “İletişim Sıklıkları” ile “Kurumda Çalışma Süresi” ve “Cinsiyet” arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0,05$).

4.2.2. İlişki Düzeyinde Analizler

Çalışmanın bu bölümünde yapılan sosyal ağ analizinin ikinci kısmı olan ilişki düzeyidir. Sosyal ağ analizinde bireyler arası ilişkiler önemli bir yere sahiptir. Bireyler arasındaki karşılıklı yani ikili ilişkiler, ağ yapısında birbirine bağlı olarak alt grupların oluşmasını sağlamaktadır (Friedkin, 1984: 259).

Karşılıklılık, ilişkilerin en önemli noktasıdır. Bu kavram birçok ilişkide insanların birbirilerini tanımalarına ve birbirlerine destek vermelerine dayalıdır. Karşılıklılıkta alt-üst gibi hiyerarşik ilişkilerde bulunmamaktadır. Ağın analiz edilebilmesi için karşılıklılık uygulanırsa, uzun süreli asimetrik ilişkilerin karşılıklı olması ya da bağlantıya son verilmesi beklenmektedir (Hennig vd., 2012).

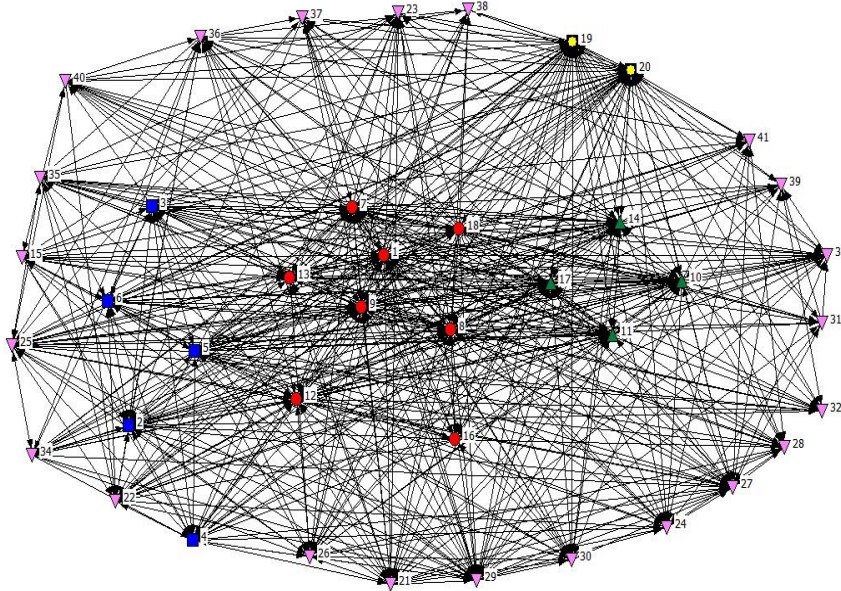
Şekil 2. Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması*



*Araştırma kapsamında incelenen Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması

Şekil 2’de yer alan organizasyon şeması her üniversite hastanesine göre değişiklik gösterebilecek fakat genel kabul görmüş bir şemadır. Şekilde görüldüğü üzere hastane yapıları içerisinde hiyerarşik bir düzen söz konusudur.

Şekil 3. Statü Veri Sosyogramı



Kaynak: Tarafımızca oluşturulmuştur.

Şekil 3’te statü ile oluşturulan sosyogramda kırmızı renkte gösterilen başhekim ve hastane yönetiminde yer alan müdürleri, mavi renk başhekim yardımcılarını, yeşil renk hastane yönetiminde yer alan müdür yardımcılarını, sarı renk başhekim sekteri ve hastane müdür sekreterini, pembe renk olarak belirtilenler ise süpervizör ve idari birim sorumluları olarak gösterilmiştir.

Hastanelerin yönetim yapısı hiyerarşik bir düzendedir. Hiyerarşide yani formel örgüt yapısında hiyerarşi beklenen ve istenilen düzeni sağlaması için olması gereken ast- üst ilişkilerini belirlemektedir. Hiyerarşik ilişkilerin asimetrik olduğu bilinmesine rağmen yapılan çalışmada profesyonel destek ağında iletişimin %55 karşılıklı olduğu görülmüştür. Bu sebeple formel yapı ilişkilerinin enformel yapıda görülmediği sonucuna ulaşılmıştır. Hastane organizasyon şeması ve statü veri sosyogramı incelediğinde; hastane yapısında bulunan ağlar mekanizmasının hiyerarşi yapısında olması gerekmektedir. Fakat çalışmada katılımcının statüsü hangi düzeyde olursa olsun profesyonelliğin kaybolmadığı ve iletişimin devam ettiği bir ağ yapısı görülmektedir. Yapılan araştırmada, hastane yönetim yapısında dinamik bir ağ yapısının bulunduğu söylenebilir.

4.2.3. Aktör Düzeyinde Analizler

Tablo 4'te ağdaki aktörlerin yapısal önemini gösteren derece merkezilikleri bulunmaktadır. Yönlü ilişkilerden ve asimetrik bağlardan oluşan ağda merkezilik değerleri gelen derece ve giden derece olarak incelenmektedir. Ağ genelinde gelen derece merkeziliği en yüksek olan aktör, 20 numaradır (müdür sekreteri). Toplam 38 bağı bulunan bu aktörün derece merkeziliği 0,950'dir. 20 numaralı aktörün doğrudan bağlantıları mevcuttur.

Gelen derece merkeziliğinde 7 numara (başmüdür), 29 bağ sayısına ve 0,725 gelen derece merkeziliğine sahip olan aktördür.

Giden derece merkeziliği en fazla bağa sahip olan aktör, 19 numaradır (başhekim sekreteri). Toplam 40 bağı bulunan aktörün derece merkeziliği 1'dir. En yüksek giden derece merkeziliği bulunan aktördür.

Giden derece merkeziliğinde en fazla ikinci bağ sayısına sahip olan aktör, 1 numaradır (başhekim). Toplam 39 bağı bulunan aktörün derece merkeziliği 0,975'dir. 1 numaranın (başhekim) giden derece merkeziliği ağ üzerinde ikinci yüksek bağ sayısına sahip olmasına rağmen gelen derece merkeziliği oldukça düşüktür.

Tablo 4. İletişim Sıklıkları Ağı Derece Merkeziliği

DERECE MERKEZİLİK				
Derece Ölçüleri				
	1	2	3	4
	Giden Derece Merkeziliği	Gelen Derece Merkeziliği	n Giden Derece Merkeziliği	n Gelen Derece Merkeziliği
1 1	39,000	18,000	0,975	0,450
2 2	16,000	25,000	0,400	0,625
3 3	23,000	20,000	0,575	0,500
4 4	22,000	20,000	0,550	0,500
5 5	33,000	19,000	0,825	0,475
6 6	13,000	20,000	0,325	0,500
7 7	38,000	29,000	0,950	0,725
8 8	37,000	26,000	0,925	0,650
9 9	36,000	27,000	0,900	0,675
10 10	38,000	24,000	0,950	0,600
11 11	26,000	23,000	0,650	0,575
12 12	31,000	24,000	0,775	0,600
13 13	20,000	20,000	0,500	0,500
14 14	29,000	20,000	0,725	0,500
15 15	12,000	16,000	0,300	0,400
16 16	14,000	11,000	0,350	0,275
17 17	22,000	22,000	0,550	0,550
18 18	29,000	7,000	0,725	0,175
19 19	40,000	34,000	1,000	0,850
20 20	31,000	38,000	0,775	0,950
21 21	18,000	21,000	0,450	0,525
22 22	7,000	23,000	0,175	0,575
23 23	10,000	15,000	0,250	0,375
24 24	11,000	17,000	0,275	0,425
25 25	19,000	20,000	0,475	0,500
26 26	17,000	23,000	0,425	0,575
27 27	22,000	27,000	0,550	0,675
28 28	9,000	14,000	0,225	0,350
29 29	30,000	28,000	0,750	0,700
30 30	10,000	18,000	0,250	0,450
31 31	7,000	10,000	0,175	0,250
32 32	1,000	13,000	0,025	0,325
33 33	15,000	17,000	0,375	0,425
34 34	12,000	13,000	0,300	0,325
35 35	12,000	15,000	0,300	0,375
36 36	15,000	18,000	0,375	0,450
37 37	7,000	11,000	0,175	0,275
38 38	2,000	10,000	0,050	0,250
39 39	6,000	12,000	0,150	0,300
40 40	9,000	15,000	0,225	0,375
41 41	7,000	12,000	0,175	0,300

Aktörlerin aradalık merkezliliği, derece merkezindeki gibi bağ sayısı ile değil, aktörün ağdaki bulunduğu konum ile ilgilidir. Doğrudan bağ kuramayan aktörleri birbirine bağlayan, arada köprü görevi gören aktörlerin aradalık merkezlilikleri daha yüksektir. Tablo 5'te verilen ağdaki aktörler içinde aradalık merkezliliği en yüksek değere sahip olan aktör 14 numaradır (hemşire hizmetleri müdür yardımcısı). İkinci sırada 6 numara (başhekim yardımcısı), üçüncü sırada ise 22 numara (satın alma birim sorumlusu) yer almaktadır.

1 numaranın (başhekim) aradalık merkeziliğinin 6 numara (başhekim yardımcısı), 14 numara (hemşire hizmetleri müdür yardımcısı) ve 22 numaraya (satın alma birim sorumlusu) göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sebeple 1 numaranın (başhekim) ağ yapısı içerisinde köprü görevi görmediği söylenebilir.

Tablo 5. İletişim Sıklıkları Ağı Aradalık Merkeziliği

ARADALIK MERKEZİLİK		
	1 Arasındalık	2 n Arasındalık
14 14	424,211	27,193
6 6	156,179	10,012
22 22	102,907	6,597
1 1	58,470	3,748
19 19	51,599	3,308
9 9	47,808	3,065
5 5	46,281	2,967
10 10	44,458	2,850
20 20	39,481	2,531
7 7	32,402	2,077
8 8	24,646	1,580
12 12	23,663	1,517
3 3	16,414	1,052
17 17	15,478	0,992
2 2	10,952	0,702
21 21	10,859	0,696
4 4	10,665	0,684
11 11	9,332	0,598
13 13	5,891	0,378
18 18	2,517	0,161
15 15	2,263	0,145
26 26	1,872	0,120
29 29	1,355	0,087
40 40	1,243	0,080
27 27	1,154	0,074
23 23	1,093	0,070
35 35	1,076	0,069
36 36	1,026	0,066
25 25	0,968	0,062
30 30	0,885	0,057
24 24	0,793	0,051
33 33	0,701	0,045
34 34	0,613	0,039
32 32	0,544	0,035
28 28	0,524	0,034
37 37	0,423	0,027
41 41	0,412	0,026
39 39	0,285	0,018
31 31	0,226	0,015
38 38	0,177	0,011
16 16	0,152	0,010

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu tez çalışması, sağlık hizmeti veren kurumlarda yönetim kadrosu ve birim sorumlularının mesleklerine uygun görevleri yerine getirirken diğer aktörlerle buldukları etkileşimleri, görev sırasında birbirlerine sağladıkları profesyonel desteği ve hiyerarşik yapının profesyonel desteğin üzerine etkisini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda saha uygulaması için seçilen kurum, belirlenen il merkezinin üniversite hastanesidir. Bu amaca yönelik olarak üniversite hastanesinde görevini yönetim kadrosu ve idari birim sorumlusu olarak yürüten 41 kişiye ulaşılmıştır.

Mevcut çalışmada iletişim sıklıkları ve statü arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Burada ifade edildiği üzere H_0 hipotezinin kabul edildiği söylenebilir. Hiyerarşi, tüm ilişkilerin tek yönlü olma derecesidir (Scott vd., 2005). Geleneksel olarak, hiyerarşide emirler, alt gruba bunları uygulayacağı beklentisiyle üst gruptan alt gruplara doğru iletilmektedir. Hiyerarşilerin, iletişim başarısızlıkları, bireysel yabancılaşma ve çevresel değişikliklere hızla yanıt verememe gibi bilinen zayıflıkları da bulunmaktadır (West vd., 1999). Hastane yönetiminde işlerin belirli bir hiyerarşi içinde devam ettiği bilirse de bu ağda profesyonel destek söz konusu olduğunda bilinenin aksine keskin bir hiyerarşi yer almamaktadır.

Mevcut çalışmada yaş ve iletişim sıklıkları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu için, yaş arttıkça iletişim sıklığının arttığı söylenebilir. Buradan yola çıkarak H_0 hipotezinin kabul edildiği söylenebilmektedir. Yaşı ileri olan katılımcıların kurumda geçirdikleri süre göz önüne alındığında diğer tüm katılımcılarla daha fazla iletişim kurduklarını göstermektedir. Taş (2012) hekim ve hemşireler üzerine yapmış olduğu tez çalışmasında, iletişim ve yaş arasında anlamlı bir farklılık bulmamıştır. Kurumda çalışma süresi ile yaş arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Tespit sonrasında H_0 hipotezinin kabul edilebilir olduğu söylenebilmektedir. Şeker'in (2011) çalışmasında da benzer sonucun çıktığı görülürken, bu durum yaşı ilerlemiş çalışanların örgütlerine daha bağımlı olmalarına ve kurumda çalışma süresinin de bu doğrultuda artmasına bağlanabilir. Araştırmada katılımcıların statüsü arttıkça iletişim sıklıklarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, tepe yönetimde görevi olan katılımcıların artan sorumlulukları ve bu duruma bağlı olarak daha az zamana sahip olmaları nedeniyle işlerin sekreterler aracılığıyla yürütüldüğünü göstermektedir. Bu durum tepe yönetimin işlerini yürütürken sekreterlerden ne derece yardım aldığını da gösterir niteliktedir. Ağda herkesin iletişim halinde olması, hastane içinde statülerin keskin çizgileri olmasına rağmen işleyişte herkesin iletişim kurması profesyonelliğin kaynağı olarak gösterilebilir. Bu bulgu diğer çalışmalara göre mevcut çalışmayı farklı kılmaktadır.

Aktör düzeyinde incelenen ilişkilere bakıldığında; derece merkeziliğinde 20 numarada bulunan müdür sekreteri, mevcut ağ içerisinde en çok iletişim kuran ve ağın merkezi haline gelen aktör olarak tespit edilmiştir. Sekreterlerin ağın merkezinde bulunmaları, görev tanımlarından kaynaklanmaktadır. Çünkü sekreterler birimler arası iletişimi sağlamaktadırlar. Gelen derece merkeziliği 20 numara (müdür sekreteri) ve 19 numaradan (başhekim sekreteri) sonra en yüksek olan aktör 7 numaralı (başmüdür) aktördür. Başmüdürün bulunduğu konum ve görev tanımı açısından, gelen derece merkeziliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

Aradalık merkeziliği için her zaman iki parçayı bir araya getirilmesi beklenilmemektedir. Bu ağ analizinde 14 numara (hemşire hizmetleri müdür yardımcısı) ve 6 numara (başhekim yardımcısı) yer alan aktörler sosyogramdan çıkarıldığı zaman görsel olarak parçalı bir yapı görülmemiştir. Ama bu aktörler kaldırıldığında ağda iletişimi kuracak olan idari birim sorumluları, üst tepe yöneticilerine ulaşılmasını dolaylı yollar ile gerçekleştirecektir. Önemli olarak görülmelerinin sebebi buldukları konum olarak açıklanmalıdır. Konumlardan dolayı kişiler arası iletişimi sağladıkları için aradalık merkezilikleri yüksek çıkmıştır.

Araştırma sonucunda, profesyonel destek ağının güçlü ve iletişim sıklıklarının yüksek bir düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır. Hastane yönetiminde bulunan aktörlerin birbirleri ile iletişim halinde olmaları, birbirlerinden profesyonel destek aldıklarını göstermektedir. Ağ üzerinde birbirleriyle

etkileşim halinde olmayan ve iletişim kurmayan aktör bulunmamaktadır. Bu durumda ağ kapsamında yalıtılmış aktörün bulunmadığı söylenebilir.

Korelasyon analizi sonucuna bakıldığında statü ve iletişim sıklıkları arasında negatif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yönetim kadrolarında belirgin olarak işleyen hiyerarşinin bu ağ içinde etkili olmadığı görülmektedir. Statü arttıkça iletişimin azalması gerektiği düşünülse de çalışmada yer alan ağ, hiyerarşi mekanizması içerisinde profesyonellekle ilerlemektedir. Aktörler buldukları statünün çizgisinden çıkmadan diğer tüm aktörlere profesyonel destek sağlayarak etkileşim sağlamaktadırlar. Yaş değişkeni açısından iletişim sıklıkları ve kurumda çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buradan yola çıkılarak hipotez5'te kurduğumuz H_0 hipotezi kabul edilmektedir. Katılımcılardan, 28 kişinin 40 yaş üzerinde olması, yaş gruplarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir ve bu sebeple de iletişim sıklığının yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Bu açıdan hastane yönetiminde çalışan aktörlerin yaşları arttıkça diğer aktörler ile daha etkileşim içerisinde oldukları, daha sık iletişim kurdukları ve birbirlerinden daha fazla profesyonel destek aldıkları söylenebilir. Son olarak, yönetici ve birim sorumlularının iletişim sıklıkları ile cinsiyet ve kurumda çalışma süresi değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yapılan son değerlendirmelerden yola çıkılarak hipotez3'te kurulan H_1 hipotezi kabul edilmektedir. İletişim sıklıkları ile kurumda çalışma süresi değişkenlerinin incelenmesi sonucunda H_0 hipotezi ret edilirken, H_1 hipotezi kabul edilmektedir.

Aktör bazında yapılan değerlendirmelerde, gelen derece merkeziliği yüksek bulunan 20 numarının (müdür sekreteri) ağda en popüler aktör olduğu görülmektedir. Nitekim araştırmacının yaptığı gözlem ile müdür sekreterinin gün içerisinde en fazla telefon görüşmesi yapan kişi olması, yönetim binasında konum olarak merkezi noktada yer alması ve yüz yüze iletişim sağlayan kişi olması bu durumu destekler niteliktedir. Sekreterlerden sonra 7 numarının yani başmüdürün gelen derece merkeziliğinin yüksek olmasının sebebi; bu aktörün hastanenin idari, mali ve teknik hususlarda işlerin planlanması, koordinasyonunun sağlanması konularında başhekim karşı sorumlu olması söz konusu derece merkeziliğinin yüksekliğini göstermektedir.

Hiyerarşide en tepede yer alan en güçlü kişinin ise 1 numaralı aktörün yani başhekimin gelen derece merkeziliğinin yüksek olduğu görülmektedir. Fakat gelen derece merkeziliği oldukça düşüktür. Bu sebeple profesyonel destek ağında hiyerarşik yapıda olduğu kadar merkezde yer almadığı düşünülmektedir. Çünkü hastane yönetiminin bir ağ yapısına bağlı olarak gerçekleştirildiği ve işlerin sadece tepe yönetim ile yürütülmediği sonucuna ulaşılmaktadır.

Formel açıdan düşünüldüğünde, hiyerarşik yapıda en üst düzeyde başhekim, başmüdür ve müdürler yer almaktadır. Profesyonel destek ağı kapsamında en fazla bilgi ve desteği onların sağlaması gerekmektedir. Fakat araştırma sonucunda informal olarak profesyonel destek ağının farklı kademelerde yer alan kişilerde olduğu belirlenmiştir. Başhekim ve hastane müdürlerinin etkileşim eksikliği sebebiyle popüler aktör olmadıkları görülmektedir. Hastanede informal ilişkilerin güçlü olması, hiyerarşik düzeyde bir etkileşimin var olmadığını göstermektedir. Araştırmacının gözlemlerinden yola çıkılarak, popüler olmayan aktörlerin hastanenin kurumsal telefonu yerine şahsi cep telefonu ile iletişim kurdukları, işlerini bu yolla yürüttükleri söylenebilir.

Aradalık merkezinde 14 numara (hemşire hizmetleri müdür yardımcısı), 6 numara (başhekim yardımcısı) ve 22 numarının (satın alma birim sorumlusu) diğer aktörler ile iletişim sağlamasında merkezi bir role sahip oldukları görülmektedir. Ağ içerisinde kilit rol oynayan aktörlerden 14 numarının (hemşire hizmetleri müdür yardımcısı) hastane yönergelerine uygun hemşirelik hizmeti ve klinikler ile ilgilenmesi, 6 numarının (başhekim yardımcısı) görev dağılımında; kurum içi iletişim, satın alma, destek hizmetleri, yoğun bakım üniteleri gibi bölümlerden sorumlu olması, 22 numarının (satın alma birim sorumlusu) farklı birimlerden gelen satın alma taleplerini karşılaması ve 6 numaralı (başhekim yardımcısı) aktör ile sürekli iletişim halinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarında hiyerarşik bir yapı bulunmaktadır. Yapılan çalışmada incelenen hastanenin hiyerarşik yapısının profesyonel destek ve etkileşim üzerinde baskın olmadığı görülmüştür. Bu sebeple farklı kamuya bağlı ve özel hastanelerde hiyerarşik yapı baz alınarak bu yapının profesyonel destek ve etkileşim üzerinde etkisi incelenebilir. Bu çalışmada hastane yönetim kadrosunun birbirlerine sağlamış oldukları profesyonel destek incelenmiştir. Daha detaylı bir inceleme için hastanedeki farklı meslek gruplarından biri seçilerek diğer çalışanlar arasındaki profesyonel destek incelenebilir. Farklı çalışmalarda sağlık kurumları içerisinde profesyonel destek sağlama konusunda iki farklı meslek grubunun birbirlerine etkisi incelenebilir. Sosyal ağ analizi ile hastane yönetiminde çalışanların birbirlerine meslekle ilgili sağladıkları profesyonel desteğin haricinde hangi konular üzerinde destek oldukları incelenebilir.

Etik Kurul İzni: 24.02.2021 tarihli Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan çalışmanın kapsam ve uygulama açısından etik ilkeler ve insan haklarına uygun olduğuna dair E-87432956-050.99-24444 Sayılı kurul kararı alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Ağcasulu, H. (2018). Sosyal bilimlerde ilişkileri inceleyen bir yöntem: sosyal ağ analizi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 1915-1933.
- Ağcasulu, H. (2017). *Ağ yaklaşımı ve sosyal sermaye kuramı perspektifinden formel örgütlerde ilişkiler: Belediye meclisi sosyal ağ analizi incelemesi* [Doktora Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Ağırbaş, İ. (2019). *Hastane yönetimi ve organizasyonu*. Siyasal Kitabevi.
- Albert, R., & Barabási, A. L. (2002). Statistical mechanics of complex networks. *Reviews of modern physics*, 74(1), 47.
- Bishop, S., & Waring, J. (2012). Discovering healthcare professional- practice networks: the added value of qualitative SNA. *Qualitative Research in Organizations and Management*, 7(3), 308-322.
- Bisht, B., LeClair, Z., Loeb, S., & Sun, M. (2021). *Paraeducators: growth, diversity and a dearth of professional supports*. Annenberg Institute at Brown University.
- Borgatti, S. P., Everett, M. G., & Johnson J. C. (2013). *Analyzing social networks* (1st ed.). Sage Public.
- Borgatti, S.P., & Halgin, D. S. (2011). On network theory. *Organization Science*. 22(5), 1168-1181.
- Boyer, L., Belzeaux, R., Maurel, O., Baum, K., Barrau, S., & Samuelian, J. C. (2010). A social network analysis of healthcare professional relationships in a French hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(5), 460-469.
- Burt, S.R. (2004). Structural holes and good ideas. *American Journal of Sociology*, 110(2), 349-399.
- Carrasco, J. A., Hogan, B., Wellman, B., & Miller, E. J. (2008). Collecting social network data to study social activity-travel behavior: an egocentric approach. *Environment and Planning B: Planning and Design*, 35(6), 961-980.
- De Brun, A., & McAuliffe, E. (2018). Social network analysis as a methodological approach to explore health systems: a case study exploring support among senior managers/executives in a

- hospital network. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 511.
- Eren, Z. (2020). Bilim sanat merkezi yöneticilerinin bağlamsal performansının sosyal ağ analizi yaklaşımı ile değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 50-73.
- Freeman, C. L. (2004). *The development of social network analysis: A study in the sociology of science*. Empirical Press.
- Freeman, L. C. (1978). Centrality in social networks conceptual clarification. *Social Networks*, 1(3), 215-239.
- Friedkin, N. E. (1984). Structural cohesion and equivalence explanations of social homogeneity. *Sociological Methods and Research*, 12(3), 235-261.
- Gargiulo, M., & Benassi, M. (2000). Trapped in your own net? Network cohesion, structural holes, and the adaptation of social capital. *Organization Science*, 11(2), 123-261
- Granovetter, M. (1973). Strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380
- Guo, W., & Singh, M. (2009). *Professional supports for overseas trained teachers in Australia*. AARE Conference, Canberra.
- Gürsakal, N. (2009). *Sosyal ağ analizi*. Dora Yayıncılık.
- Hanneman, R. A., & Riddle M. (2008). *Introduction to social network methods*. University of California.
- Hansen, W. B., Reese, E., Bryant, K. S., Bishop, D., Wyrick, C. H., & Dyreng, D. I. (2009). *Network genie user manual greensboro*. Tanglewood Research.
- Hennig, M., Brandes, U., Pfeffer, J., & Mergel, I. (2012). *Studying social networks: a guide to empirical research*. Campus Verlag.
- Holt-Lunstad, J. (2015). Social integration, social networks and health. In Wright, J. D. (Ed.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (2nd ed., pp. 365-370). Elsevier.
- Kavuncubaşı Ş., & Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Siyasal Kitabevi.
- Kilduff, M., & Tsai, W. (2003). *Social networks and organizations*. Sage Publications.
- Knoke, D., & Kuklinski, J. H. (1982). *Network analysis (Quantitative applications in the social sciences)*. SAGE Publishing.
- Kolbe, T. J. (2014). *Perceptions of professional supports and early career teacher attrition* [Doctoral Thesis]. University of Nebraska.
- Kosorukoff, A., & Passmore, D. L. (2011). *Social network analysis: Theory and applications*. Passmore DL.
- Lin, N., & Dumin, M. (1986). Access to occupations through social ties, *Social Networks*, 8(49), 365-385.

- Marsden, P. V. (1990). Network data and measurement. *Annual Review of Sociology*, 16(1), 435-463.
- Pomare, C., Long, J. C., Churruca, K., Ellis, L. A., & Braithwaite, J. (2019). Social network research in health care settings: design and data collection. *Social Networks*, 69, 14-21.
- Scot, J. (2000). *Social network analysis a handbook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Scott, J., Tallia, A., Crosson, J. C., Orzano, A. J., Stroebel, C., DiCicco-Bloom, B., O'Malley, D, Shaw, E., & Crabtree, B. (2005). Social network analysis as an analytic tool for interaction patterns in primary care practices. *The Annals of Family Medicine*, 3(5), 443-448.
- Smith R. A. (2014). Social network analysis and health communication. B. B. Whaley (Ed.), *Research methods in health communication principles and application*, (pp. 169-190), New York, by Routledge.
- Şeker, M. (2011). *Kişilik özellikleri ile örgütsel bağlılık ve işgören performansı arasındaki ilişkiler ve Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bir uygulama* [Yüksek Lisans Tezi]. Niğde Üniversitesi.
- Taş, Ö. (2012). *Örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyumu arasındaki ilişki özel bir hastane örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Tsai, W., & Ghoshal, S. (1998). Social capital and value creation: The role of intrafirm networks. *Academy of Management Journal*, 41(4), 464-476
- Tunalı, V. (2016). *Sosyal ağ analizine giriş*. Nobel Yayıncılık.
- Wasserman, S., & Faust K. (1994). *Social network analysis: methods and applications*. Cambridge University.
- Watts, D. J., & Strogatz, S. H. (1998). Collective dynamics of 'small-world' networks. *Nature*, 393(6684), 440-442.
- West, E., Barron, D. N., Dowsett, J. & Newton J. N. (1999). Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: implications for the design of dissemination strategies. *Social Science and Medicine*, 48(5), 633-646.

COVID-19'DAN KORUNMA DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ: TÜRKÇEYE UYARLAMA ÇALIŞMASI

Aslı YILDIZ *

Sıdıka KAYA **

Bülent ALTUNKAYNAK ***

Bülent GÜNGÖRER ****

ÖZ

Covid-19 pandemisi, yüksek prevalansı ve mortalite hızı ile tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'deki sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem de mental kapasitelerini zorlayıcı bir süreçten geçmelerine neden olmuştur. Bu durum çoğu sağlık çalışanının pandemi ile bireysel başa çıkma ve korunma yeteneklerini etkilemiştir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının pandemiden korunma davranışlarını gerçekleştirmedeki bilişsel süreçlerinin belirlenmesi önemli hale gelmiştir. Bu çalışmanın amacı, "Covid-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler" (AFPB-CO) Ölçeği'nin Türkiye'deki sağlık çalışanlarına uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir. AFPB-CO Ölçeği Khazae-Pool ve diğerleri tarafından (2020), Rogers'ın (1975) Korunma Motivasyonu Teorisi (KMT) esas alınarak geliştirilmiştir. Çalışmanın bir diğer amacı, KMT'ye dayanarak, sağlık çalışanlarının Covid-19'dan korunmada nasıl bir yol izlediğini ortaya koymaktır. Bu çalışma, Türkiye'nin en büyük eğitim ve araştırma hastanelerinden birinde görev yapan 360 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanları Amaçlı Örneklem Yöntemi ile seçilmiştir. Uyarlama çalışması için öncelikle, ölçeğin dil ve kapsam geçerliği incelenmiştir. Ardından, ölçeğin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla, iç tutarlılık ve madde-toplam korelasyon katsayıları ile güvenilirlik; Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile yapı geçerliği incelenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı oldukça güvenilir bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonlarına göre her madde ölçekle orta düzeyde ilişkili bulunmuştur, tüm maddeler ölçeği yeterli derecede temsil etmektedir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonucunda orijinal ölçekte yer alan iki madde ölçekten çıkarılmıştır. DFA sonucu uyum indekslerinin ise ortalama düzeyde olduğu görülmüştür. Covid-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler Ölçeği-Türkçe versiyonunun (AFPB-CO-TR) Türkiye'deki söz konusu eğitim ve araştırma hastanesi sağlık çalışanlarının bilişsel süreçlerinin belirlenmesi için uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 pandemisi, Bilişsel modeller, Korunma davranışları, Ölçek, Sağlık çalışanları.

MAKALE HAKKINDA

* Sağlık Uzmanı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, asliyildiz90@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3100-3821>

** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdkaya@hacettepe.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-1495-9373>

*** Prof. Dr., Gazi Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü, bulenta@gazi.edu.tr (22 Ekim 2022 tarihinde aramızdan ayrılan değerli öğretim üyesi Prof. Dr. Bülent ALTUNKAYNAK'ı saygı, sevgi ve rahmetle anıyoruz.) <https://orcid.org/0000-0002-7571-2155>

**** Doç. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Acil Tıp (Koordinatör Başhekim), bulent7070@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9856-7181>

Gönderim Tarihi: 27.06.2022

Kabul Tarihi: 22.11.2022

Aufta Bulunmak İçin:

Yıldız, A., Kaya, S., Altunkaynak, B. & Güngörer B. (2022). Covid-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirme ölçeği: Türkçeye uyarlama çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 861-882

THE SCALE FOR ASSESSING AFFECTING FACTORS ON PREVENTIVE BEHAVIORS OF COVID-19: A STUDY ON ADAPTATION TO TURKISH

Aslı YILDIZ *
Sıdıka KAYA **
Bülent ALTUNKAYNAK ***
Bülent GÜNGÖRER ****

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic, having high prevalence and mortality rate, has caused healthcare workers (HCWs) in Turkey to experience a physically- and mentally-challenging process, as in the rest of the world. This has affected the ability of many HCWs to cope with the pandemic individually and to protect themselves. Hence, identifying the HCWs' cognitive processes in performing pandemic-protective behaviors has gained importance. Therefore, this study aims to adapt the "Affecting Factors on Preventive Behaviors of Covid-19" (AFPB-CO) Scale to HCWs in Turkey, and to test its validity and reliability. The AFPB-CO Scale was developed by Khazae-Pool, et al. in 2020, based on Rogers' (1975) Protection Motivation Theory- PMT. The study also aims to reveal HCWs' pathway to protect themselves from Covid-19, based on the PMT. The study included 360 HCWs working in Turkey's one of the largest training and research hospitals. The HCWs participating in the study were selected by Purposeful Sampling Method. For the adaptation study, first the scale's language and content validity were examined. Then, to evaluate the scale's psychometric properties, reliability and construct validity were examined by internal consistency & item-total correlation coefficients, and the Confirmatory Factor Analysis (CFA), respectively. The scale's Cronbach's alpha internal consistency coefficient was found to be quite reliable. According to item-total score correlations, each item was moderately related to the scale, and all items adequately represented the scale. Following the confirmatory factor analysis (CFA), two items were removed from the scale and fit indexes were found to be at an average level. The Turkish version of "Affecting Factors on Preventive Behaviors of Covid-19" (AFPB-CO-TR) Scale was found to be an appropriate, valid and reliable measurement tool for determining the cognitive processes of the HCWs of the aforementioned training and research hospital in Turkey.


Keywords: Covid-19 pandemic, Cognitive models, Preventive behaviors, Scale, Healthcare workers.

ARTICLE INFO

* Health Specialist, Republic of Turkey Ministry of Health, General Directorate of Health Services, asliyildiz90@hotmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0003-3100-3821>

** Professor, Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Healthcare Management, sdkaya@hacettepe.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0002-1495-9373>

*** Professor, Gazi University, Faculty of Science, Department of Statistics, bulenta@gazi.edu.tr,

(We commemorate Professor Bülent ALTUNKAYNAK, who deceased on October 22, 2022, with respect, love and mercy.)

 <https://orcid.org/0000-0002-7571-2155>

**** Associate Professor, Ankara Etilik City Hospital, Department of Emergency Medicine (Coordinator Chief Physician), bulent7070@hotmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0002-9856-7181>

Received: 27.06.2022

Accepted: 22.11.2022

Cite This Paper:

Yıldız, A., Kaya, S., Altunkaynak, B. & Güngörer B. (2022). Covid-19'dan korunma davranışlarını etkileyen faktörleri değerlendirme ölççeği: Türkçeye uyarlama çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(4): 861-882

I. GİRİŞ

Dünya genelinde yaygın bir pandemi oluşturan Covid-19 (SARS CoV2) salgını yaşamı ciddi anlamda tehdit etmiştir. Beklenmeyen bir zamanda, ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaleti Wuhan kentinde bildirilen bu hastalık hakkında var olan bilgiler her gün değişirken, hastalığın hızlı bulaşma şekli, hasta ve ölüm sayılarının sürekli artması ve varyantları sebebiyle var olan panik ve endişe bir tür korkuya dönüşmüştür. Hastalığın farklı seyreden klinik prognozu, görüldüğü yaş grupları ve yayılışı dikkate alındığında; bu konunun sadece tıbbi boyuttaki araştırmalarla sınırla kalamayacağı, sosyal, ekonomik, siyasi, kültürel ve psikolojik olarak olumsuz bazı etkileri olabileceği de tahmin edilebilir (Huang vd., 2020; Üstün ve Özçiftçi, 2020). Sosyal ve psikolojik etkileri en fazla hisseden meslek gruplarının başında ise şüphesiz sağlık çalışanları bulunmaktadır.

Covid-19 pandemisi, dünya çapında hastanelerin ve yoğun bakım ünitelerinin kapasitelerini zorlamış, sağlık çalışanlarının bitkinlik, kişisel enfeksiyon riski, aile üyelerine bulaştırma korkusu, arkadaşlarının, meslektaşlarının ve hastalarının ölümü ile karşı karşıya kalmasına neden olmuştur. Bu zor dönemde sağlık çalışanları ailelerine vakit ayıramamış ve hastalara bakım sağlamaya devam etmiştir. Ne yazık ki, aynı zamanda birçok ek -çoğunlukla önlenemez- stres ve kaygı kaynaklarıyla karşı karşıya kalmış ve oldukça uzun vardiyalarda çalışmışlardır. Bu durum çoğu sağlık çalışanının pandemi ile bireysel başa çıkma ve sağlıklarını koruma davranışlarını etkilemiştir (Mehta vd., 2021: 226). Covid-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak için aşılama ve uygun kişisel koruyucu ekipmanların sağlanmasının yanında, sağlık çalışanlarının pandemi ile bireysel başa çıkma ve sağlıklarını koruma davranışlarını anlamak ve bu bağlamda onları motive etmek de önemlidir (Park vd., 2018). Çünkü sağlık çalışanları pandemi ile mücadelede en önemli kaynağımız olup, yalnızca kendilerini korumak ve hastalarına bakmakla yükümlü değildirler. Aynı zamanda bu süreçte ailelerini ve sevdiklerini korumak zorunda olan risk altında bir meslek grubudur.

İnsanların hastalıklardan korunma davranışlarını inceleyen ve insanların doğru davranışlara sevk edilmesini sağlamak için kurgulanmış birçok teori ve model bulunmaktadır. Bu teorilerden biri olan ve Rogers (1975) tarafından geliştirilen Korunma Motivasyonu Teorisi (Protection Motivation Theory), insanların algılanan bir sağlık tehdidiyle ilgili olarak kendilerini koruyucu amaçlı nasıl tepki verdiklerini, nasıl bir yol izlediklerini ve bu süreçte hangi faktörlerden etkilendiklerini tanımlamak ve modellemek için kullanılan pratik bir teoridir. Bu teori ile kurgulanacak modeller, pandemi sürecinde insanların korunma motivasyonlarını anlamak ve bu motivasyonlarını yükseltmek için gerçekleştirilecek uygulamalara, eğitimlere ve alınması gereken önlemlere yol gösterici nitelikte olabilir.

Sağlık çalışanları hastalığın tanı, tedavi ve izleme aşamalarında aktif olarak rol alarak, bu süreçte enfekte olma, bulaştırma, hastalığa yakalanma, hatta ölüm riski ile karşı karşıya olmaları nedeniyle, diğer meslek gruplarından ayrı tutulması gereken özellikli bir grup oluşturmaktadırlar (HASUDER, 19 Mart 2020; The Lancet, 2020). Tüm dünyada ve Türkiye'de çok sayıda sağlık çalışanı bu hastalığa yakalanarak hayatını kaybetmiştir. Pandemide gerek fiziksel gerek psikososyal anlamda öncelikli olarak korunması gereken meslek grubu, sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanlarının Covid-19 pandemisi veya ortaya çıkabilecek herhangi bir pandemiye ilişkin korunma davranışlarını anlamak ve eyleme geçmek konusunda, yöneticilerin psikoloji bilimine dayanan sağlık davranış teorisi ve modellerini mikro ve makro düzeyde dikkate alması gereklidir.

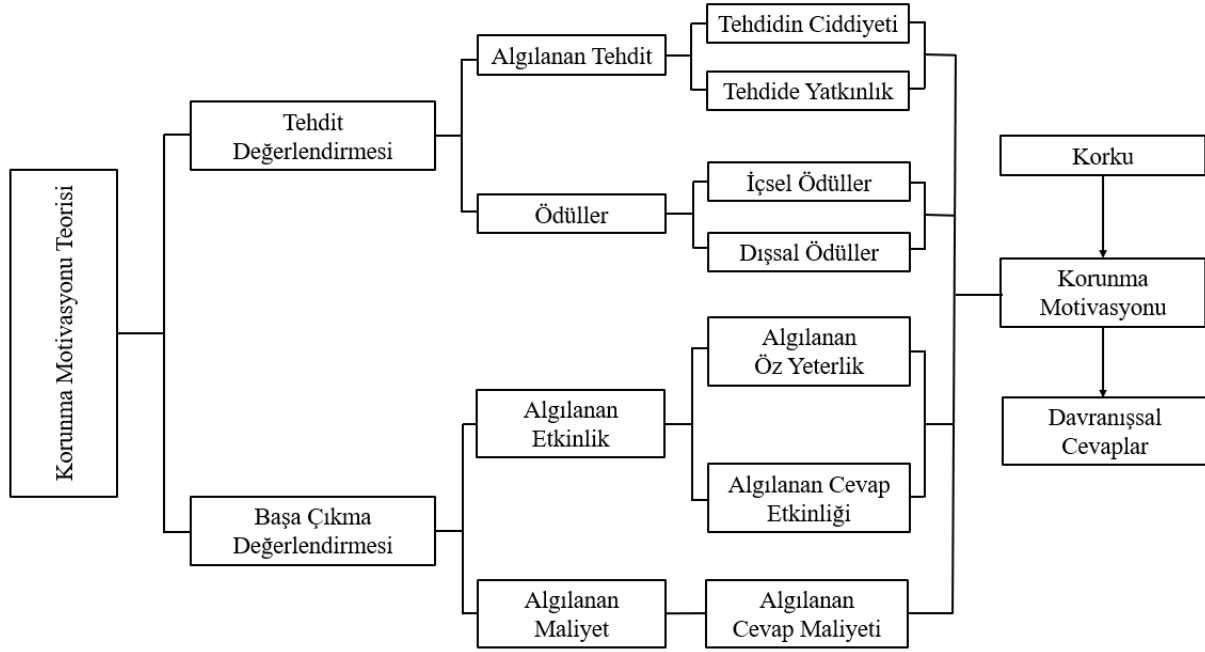
Korunma Motivasyonu Teorisine (KMT) dayanarak geliştirilmiş "Covid-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler Ölçeği"ne göre yapılacak ölçüm sonuçlarının pandemi yönetiminde politika yapımcılar ve sağlık yöneticileri tarafından sağlık çalışanlarını koruyucu ve motive edici programların tasarlanmasında faydalı bilgiler sunabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple, AFPB-CO (Affecting Factors on Preventive Behaviors of Covid-19) Ölçeğinin Türkiye'deki sağlık çalışanlarına uygulanabilmesi için uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasına karar verilmiştir.

1.1. Korunma Motivasyonu Teorisi

İlk olarak Rogers (1975) tarafından geliştirilen Korunma Motivasyonu Teorisi (KMT), bireylerin potansiyel bir tehdidi değerlendiren tetikleyicilere (triggers) karşı verdikleri cevapları anlamak için

yaygın olarak kullanılan bir çerçevedir. Bu tetikleyiciler, bireyleri koruyucu önlemler almaya, kendilerine veya başkalarına zarar verebilecek faaliyetlerden kaçınmaya teşvik eden korku mesajlarını (fear messages) içerir. Bu teori, davranışların veya inançların sonraki davranışlara yol açacağını öne süren beklenti-değer teorileri arasında yer alır. KMT, bireylerin potansiyel cevabı, bir tehdit değerlendirmesi ve başa çıkma değerlendirmesi süreci aracılığıyla değerlendirdiğini öne sürer. Tehdit değerlendirme süreci, tehdidin ciddiyetinin ve tehdiye yatkınlığın başka bir deyişle tehdidin gerçekleşme olasılığının değerlendirilmesini içerir. Başa çıkma değerlendirme süreci, cevap etkinliğini, cevap maliyetini ve tehditte başa çıkmada algılanan öz-yeterliği içerir. Tehdit değerlendirme süreci, başa çıkma değerlendirmesinden daha güçlüyse, uyumsuz bir cevap gelir. Bu, inkâr etmeyi, tehdidi en aza indirmeyi veya görmezden gelmeyi meydana getirebilir. Cevap etkinliğine ve algılanan öz-yeterliğe olan inancı içeren başa çıkma tepkisi daha güçlüyse korunma motivasyonu elde edilir (Shillair, 2020). KMT modelinin genel yapısı Şekil 1'de gösterilmiştir. Başa çıkma değerlendirme süreci, algılanan etkinlikteki artış ve algılanan maliyetteki düşüş, uyumsuz (maladaptive) ve riskli olan davranışı seçme olasılığını azaltır (Macdonell vd., 2013). Tehdit değerlendirme süreci ise, algılanan tehditteki artış ve ödüllerin çekiciliğindeki azalış, yine uyumsuz davranışı seçme olasılığını azaltır. Böylece birey uyumlu (adaptive) davranış sergilemeye yönelir.

Şekil 1. Korunma Motivasyonu Teorisinin Yapılarına Genel Bakış



Kaynak: Macdonell vd. (2013) çalışmasından, Rogers (1983) KMT modelini temel alınarak uyarlanmıştır.

Rogers bu teoriyi, bireylerin algılanan bir sağlık tehdidine karşı kendilerini korumaya yönelik davranışlara nasıl motive olduklarını açıklamak, sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için korunma davranışının altında yatan faktörleri belirlemek gibi amaçlarla geliştirilmiştir (Rogers, 1975). Rogers, teoriyi geliştirdiğinde kırk yıl içinde değişik alanlarda kullanılarak çeşitleneceğini öngörmüş, nitekim sağlık odaklı ortaya çıkan bu kuram yıllar içinde birçok toplumsal konuya uyarlanmış ve çeşitli teorilerle beraber entegre modeller kurgulanarak uygulama alanı bulmuştur (Westcott vd., 2017). Sağlıkla ilgili davranışları öngörmek ve müdahale etmek için bir çerçeve olarak kabul edilen KMT, bireyler tarafından gerçekleştirilebilecek etkili korunma davranışının olduğu herhangi bir tehdiye uygulanabilmektedir (Floyd vd., 2000).

1.2. KMT ile İlgili Araştırmalar

KMT, çoğunlukla sağlıkla ilgili koruyucu davranışları anlamak ve öngörmek için bir dizi tehdiye uygulanmıştır. Başta İran, Çin ve Afrika olmak üzere birçok ülkede çeşitli sağlık problemlerine,

bulaşıcı hastalıklara, kronik hastalıklara, sağlık tehditlerine vb. karşı insanların nasıl davranışlar sergilediğini ortaya koymak ve bu davranış profiline göre eğitimler vermek, halkı bilinçlendirmek için çalışmalar hazırlamak, kamu spotları ve sağlık politikaları geliştirmek gibi amaçlarla kullanılmıştır. Teori gitgide yalnızca sağlık konularıyla ilgili olmaktan çıkmış, kapsamı zamanla genişlemiş ve farklı tehditlere yönelik uygulamaları da yapılmaya başlanmıştır. Örneğin, “Hava kirliliğini (iklim değişikliğini) önleme davranışlarını, siber saldırılardan korunma davranışlarını inceleme, nükleer çevre kirliliği, depreme karşı hazırlıklı olma, su tasarrufu, hırsızlıkla baş etme” gibi araştırmalarda da kullanılan bir teori haline gelmiştir. Bu teori kapsamında tütün kullanımı (Macdonell vd., 2013; Pechmann vd., 2003), uyuşturucu madde ve alkol tüketimi (Runge vd., 1993; Wallerstein ve Sanchez-Merki, 1994), fiziksel aktivite (Wurtele ve Maddux, 1987; Plotnikoff vd., 2010), öz bakım (Fry ve Prentice-Dunn, 2006), cinsel sağlığı koruma ve HIV (Eppright vd., 1994; Chen vd., 2010), şistozomiyaz (Xiao vd., 2014), cilt kanseri (Baghianimoghadam vd., 2011; Razi vd., 2015; Moeini vd., 2019), servikal kanser (Hodgkins ve Orbell, 1998), pediatrik ve yetişkin kronik hastalıkları (Ali Morowatisharifabad vd., 2018; Brooks ve Bubela, 2020), meme kanseri (Neuberger vd., 2011), grip (Ling vd., 2019), diyabet (Palardy vd., 1998) vb. hastalıklardan korunma ve annelerin emzirme davranışları (Grant vd., 2019) ve çevresel tehlikeyi azaltma (Wang vd., 2019) gibi sağlıkla ilgili birçok davranış üzerinde çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Kavramsal bir çerçeve olarak, KMT, tıbbi tedavi rejimlerine uyumu teşvik eden (Flynn vd., 1995; Palardy vd., 1998) ve caydırıcı müdahaleler de dahil olmak üzere, amaçlı davranış değişikliği için programlar geliştirmek ve değerlendirmek için müdahale araştırmalarında kullanılmıştır.

1.3. KMT ve Covid-19 Pandemisi

Pandemiler, çok eski tarihlerden günümüze kadar dünya nüfusunun karşı karşıya olduğu ciddi sağlık risklerinden birisi olmuştur. Tüm pandemi süreçlerinde, farmasötik olmayan müdahaleler (örneğin; el yıkamak, maske takmak, dezenfektan kullanmak, sosyal mesafeyi korumak vb.) ve devletlerin halk ile önemli koruyucu davranışlara ilişkin halk sağlığı iletişiminde bulunması salgınların önlenmesinde önemlidir (Williams vd., 2015). Bu teori temel alınarak yapılan çalışmalarda, modelin boyutlarının (bireylerin hastalığa ilişkin algıladıkları ciddiyetin, hastalığa karşı yatkınlığının, cevap etkinliğinin ve öz-yeterliliğinin) grip salgınından korunma davranışlarının belirleyicisi olduğu görülmüştür (Bish vd., 2011; Timpka vd., 2014). KMT modeli kullanılarak bireylerin bulaşıcı hastalıklardan korunmada sosyal mesafe davranış niyetlerinin araştırıldığı çalışmalarda, sosyal mesafe davranışına girme niyeti ile modelin üç bileşeni (korku, cevap etkinliği ve öz yeterlik) önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Williams vd., 2015). Bu gibi bulgular ile Covid-19 ve meydana gelebilecek başka bir pandemide bireylerin tepkilerini oluşturan psikolojik faktörler daha iyi anlaşılacak ve gerçekleştirilecek müdahalelere daha doğru bir şekilde karar verilecektir. Ayrıca, sağlık davranışlarına eğitim ile yön verebilmek için hedef olarak hangi değişkenlerin kullanılacağını belirlemede, sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesinde ve anlaşılmasında bu gibi modellerin önemli faydası bulunmaktadır (Milne vd., 2000).

Covid-19'un asemptomatik doğası, enfekte kişilerin her zaman etkili ya da yeterli bir şekilde tespit ve izole edilememesi, virüsün hızlı ve sürekli gelişimi, önleyici tavsiyelere yeterince uyulmaması ve tüm dünyada ciddi kısıtlamalar uygulanmasına rağmen pandeminin sona ermemesi dikkate alındığında, halkın korunma davranışlarının KMT gibi bilişsel modellerle değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeler ışığında kamusal müdahale programlarının gerçekleştirilmesi gerekliliği doğmaktadır (Kamran ve Naeim, 2020).

II. MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. Çalışma Tasarımı ve Örneklem

Bu metodolojik araştırma, Mayıs ve Ağustos 2021 tarihleri arasında sağlık çalışanlarının gönüllü katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanları Ankara'da, salgın sırasında pandemi hastanesi olarak hizmet veren, büyük bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapmaktaydı. Hastane birkaç binadan oluşmaktaydı ve bu binalardan dördünde Covid-19 hizmeti verilmekteydi. Çalışma gerçekleştirildiği sırada, bu hastanede görev yapan sağlık çalışanları Covid-19 sebebiyle binalar arasında rotasyon usulü ile çalışmaktaydı, bu sebeple sağlık çalışanlarını rastgele örneklem yöntemiyle seçmek mümkün

olmayacak kadar zordu. Bu nedenle ve hem Covid-19 hizmeti veren hem de bu hizmeti vermeyen sağlık çalışanlarını seçmek için amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Literatürde ölçek geliştirme çalışmalarındaki örnekleme sayısının, ölçek madde sayısının en az 5 katı, ideal olarak 10 katı olması gerektiği belirtilmektedir (Alpar, 2012). Bu çalışmada Türkçeye uyarlaması yapılan AFPB-CO ölçeğinde 36 madde bulunmaktadır. Buna göre, çalışma için gerekli örnekleme sayısı en az 180, idealde 360'tır. Çalışmada toplam 450 sağlık çalışanına anket dağıtılmış olup, eksik veya tutarsız anket formları veri girişi esnasında hariç tutulmuş ve %80,0 geri dönüş oranı ile 360 sağlık çalışanının verileri analizde kullanılmıştır. Bu sayı ölçek geliştirme çalışması için ideal örnekleme büyüklüğünü sağlamaktadır. Anket anonim olup fiziksel formlar elden dağıtılmıştır.

2.2. Etik Hususlar

Araştırmanın yapılabilmesi için AFPB-CO ölçeğini geliştiren yazarlardan izin alınmış ve ardından, T.C. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonunca uygun görülmüş, daha sonra Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonundan "etik onay" alınmıştır (05.11.2020 tarih, E.1316133 sayılı yazı). Araştırmanın hastanede yapılabilmesi için gerekli izin ilgili hastanenin Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından verilmiştir. Ayrıca, anket sağlık çalışanlarına verilmeden önce gerekli açıklamalar yapılmış ve elde edilen verilerin gizli kalacağı güvencesi yazılı ve sözlü olarak bildirilmiştir.

2.3. Ölçüm Araçları

Kişisel Bilgi Formu: 17 maddelik yapılandırılmış ankette yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, çalışma deneyimi, birlikte yaşadığı kişiler ve Covid-19 servisinde çalışıp çalışmadıkları hakkında sorular yer almaktadır. Katılımcılara ayrıca kronik bir hastalığı olup olmadığı, pandemi sırasında kendi sağlıklarını korumaya yönelik faaliyetlerde bulunup bulunmadıkları ve izolasyon süreci yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur. Ayrıca ankette, katılımcıların veya onlarla birlikte yaşayanların hiç Covid-19 hastalığı geçirip geçirmediikleri ve sağlık çalışanlarının Covid-19'a karşı aşılanıp aşılanmadıkları sorulmuştur.

Covid-19'dan Korunma Davranışlarını Etkileyen Faktörler (AFPB-CO) Ölçeği: Ölçek Khazae-Pool ve diğerleri tarafından bireylerin kendilerini Covid-19'dan korumasına yönelik davranışlarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal ölçek, 36 maddeden ve 8 boyuttan oluşmaktadır. Boyutlar; algılanan tehdit (AT, 6 madde), korku (4 madde), algılanan cevap maliyeti (ACM, 6 madde), ödüller (3 madde), algılanan cevap etkinliği (ACE, 4 madde), korunma motivasyonu (KM, 4 madde), algılanan öz yeterlik (AÖY, 4 madde) ve davranışsal cevaplardan (DC, 5 madde) oluşmaktadır. DC hariç tüm alt ölçekler, kesinlikle katılmıyorum = 1 puan, kesinlikle katılıyorum = 5 puan olacak şekilde; DC ise, hiçbir zaman = 1 puan ve her zaman = 5 puan olarak derecelendirilmiştir (Khazae-Pool vd., 2020). Algılanan tehdit boyutunda bulunan 2. ve 4. maddeler, negatif ifadeler içerdiğinden ters kodlanmıştır. Ayrıca, KMT teorisinin doğası gereği ve Bashirian ve diğerlerinin (2019) çalışmalarında da vurguladıkları üzere, algılanan cevap maliyeti ve ödüller boyutlarının tüm maddeleri ters kodlanmıştır. Khazae-Pool ve diğerleri (2020) tarafından ölçek için herhangi bir eşik değeri (cut off) belirtilmemiştir. KMT'ye dayalı ölçeklerle yapılan diğer çalışmalarda, medyadan yüksek bir puanın daha güçlü bir inancı veya daha büyük bir algıyı gösterdiği kabul edilmiştir (MacDonell vd., 2013; Ezati Rad vd., 2021).

2.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler, IBM SPSS V28.0 ve IBM SPSS AMOS 26.0 yazılım programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. AFPB-CO ölçeğinin Türkçe versiyonunun öncelikle dil ve kapsam geçerliği ele alındıktan sonra, güvenilirliği iç tutarlılık katsayıları olan Cronbach alfa, sınıf içi korelasyon ve madde-toplam korelasyon katsayıları kullanılarak değerlendirilmiştir. Ardından, yapı geçerliği Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir. Nihai olarak, uyarlanmış ölçeğin alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistiklere ve sağlık çalışanlarına ilişkin karşılaştırma testlerine yer verilmiştir.

III. BULGULAR

Bu çalışmanın analizleri 360 sağlık çalışanının verisiyle yapılmıştır. Katılımcıların %35,3'ü hekim, %48,3'ü hemşire ve %16,4'ü diğer sağlık çalışanlarıdır. Katılımcıların %66,1'i kadın, %53,1'i 30 yaşın altında, %52,2'si bekâr, %44,2'si lisans düzeyinde eğitim görmüş, %70'i 10 yıldan az iş tecrübesine sahip, %56,1'i ailesiyle birlikte yaşayan ve %64,4'ü çocuğu olmayan sağlık çalışanlarından oluşuyordu. Bu bulgular, Covid-19 polikliniklerinde genellikle genç sağlık çalışanlarının görevlendirilmiş olduğunu göstermektedir. Katılımcıların %71,4'ü Covid-19 servislerinde hizmet vermiştir. Katılımcıların çoğu (%81,4) pandemi sürecindeki sağlık durumunun orta veya daha iyi olduğu bildirmiştir. Katılan sağlık çalışanlarının %16,7'si kronik bir hastalığı olduğunu, %40'ı izolasyon süreci yaşadığını ve %82,2'si Covid-19 aşısı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik ve Covid-19 ile ilgili özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Covid-19 ile İlgili Özellikleri

Özellikler	Toplam		Hekim		Hemşire		Diğer Sağlık Çalışanları*	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Genel	360	(100,0)	127	(35,3)	174	(48,3)	59	(16,4)
Cinsiyet								
Kadın	238	(66,1)	61	(48,0)	140	(80,5)	37	(62,7)
Erkek	122	(33,9)	66	(52,0)	34	(19,5)	22	(37,3)
Yaş								
< 30	191	(53,1)	65	(51,2)	105	(60,3)	21	(35,6)
30-39	86	(23,9)	40	(31,5)	29	(16,7)	17	(28,8)
≥ 40	83	(23,1)	22	(17,3)	40	(23,0)	21	(35,6)
Medeni Durum								
Evli	158	(43,9)	69	(54,3)	70	(40,2)	19	(32,2)
Bekar	188	(52,2)	58	(45,7)	97	(55,7)	33	(55,9)
Boşanmış**	14	(3,9)	0	(0,0)	7	(4,0)	7	(11,9)
Eğitim Durumu								
Lise	18	(5,0)	0	(0,0)	15	(8,6)	3	(5,1)
Ön lisans	30	(8,3)	0	(0,0)	16	(9,2)	14	(23,7)
Lisans	159	(44,2)	0	(0,0)	128	(73,6)	31	(52,5)
Yüksek lisans	58	(16,1)	34	(26,8)	14	(8,0)	10	(16,9)
Doktora	84	(23,3)	82	(64,6)	1	(0,6)	1	(1,7)
Post-doktora	11	(3,1)	11	(8,7)	0	(0,0)	0	(0,0)
Çalışma deneyimi (yıl)								
< 10	252	(70,0)	96	(75,6)	125	(71,8)	31	(52,5)
≥ 10	108	(30,0)	31	(24,4)	49	(28,2)	28	(47,5)
Birlikte yaşadığı kişiler								
Yalnız	96	(26,7)	34	(26,8)	47	(27,0)	15	(25,4)
Çekirdek aile	181	(50,3)	72	(56,7)	81	(46,6)	28	(47,5)
Geniş aile	21	(5,8)	9	(7,1)	8	(4,6)	4	(6,8)
Akraba, arkadaş vd,	62	(17,2)	12	(9,4)	38	(21,8)	12	(20,3)
Çocuk sayısı								
0	232	(64,4)	85	(66,9)	111	(63,8)	36	(61,0)
1-2	112	(31,1)	39	(30,7)	56	(32,2)	17	(28,8)
≥ 3	16	(4,4)	3	(2,4)	7	(4,0)	6	(10,2)
Covid-19 servisinde çalışmış olma								
Evet	257	(71,4)	109	(85,8)	128	(73,6)	20	(33,9)
Hayır	103	(28,6)	18	(14,2)	46	(26,4)	39	(66,1)

* Diğer sağlık çalışanları; teknisyen ve tekniker, eczacı, sağlık memuru, fizyoterapist, radyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

** "boşanmış" kategorisi hem ayrılmış hem de eşinden ayrı ikamet eden katılımcıları içermektedir.

Tablo 1 (devamı). Katılımcıların Sosyo-demografik ve Covid-19 ile İlgili Özellikleri

Özellikler	Toplam		Hekim		Hemşire		Diğer Sağlık Çalışanları*	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Pandemi süresince genel sağlık durumu								
Çok kötü	9	(2,5)	1	(0,8)	6	(3,4)	2	(3,4)
Kötü	58	(16,1)	23	(18,1)	31	(17,8)	4	(6,8)
Orta	148	(41,1)	54	(42,5)	68	(39,1)	26	(44,1)
İyi	118	(32,8)	42	(33,1)	54	(31,0)	22	(37,3)
Çok iyi	27	(7,5)	7	(5,5)	15	(8,6)	5	(8,5)
Kronik hastalığı var mı?								
Evet	60	(16,7)	25	(19,7)	30	(17,2)	5	(8,5)
Hayır	300	(83,3)	102	(80,3)	144	(82,8)	54	(91,5)
İzolasyon süreci geçirdi mi?								
Evet	144	(40,0)	57	(44,9)	71	(40,8)	16	(27,1)
Hayır	216	(60,0)	70	(55,1)	103	(59,2)	43	(72,9)
Covid-19 aşısı yaptırdı mı?								
Evet	296	(82,2)	122	(96,1)	128	(73,6)	46	(78,0)
Hayır	64	(17,8)	5	(3,9)	46	(26,4)	13	(22,0)

* Diğer sağlık çalışanları; teknisyen ve tekniker, ezacı, sağlık memuru, fizyoterapist, radyoterapist ve psikologlardan oluşmaktadır.

** “boşanmış” kategorisi hem ayrılmış hem de eşinden ayrı ikamet eden katılımcıları içermektedir.

KMT ile ilgili yapılan çalışmalarda, bireylerin çeşitli sağlık tehditlerine karşı korunma motivasyonlarının ve diğer KMT boyutlarının Tablo 1’de yer alan değişkenlerle anlamlı şekilde ilişkili bulunmuş olması sebebiyle, örneklem bu özelliklere göre özetlenmiştir. Bireylerin yaş ve çalışma yılı, yapılan benzer çalışmalarda (Allahyari vd., 2022; Moeini vd., 2019; Bashirian vd., 2019; Guo vd., 2015) ölçek puanlarının karşılaştırılması amacıyla kategorilendirilmiş olduğundan, bu çalışmada da benzer şekilde kategorilendirilmiştir. Ayrıca, bu çalışmada sağlık çalışanlarının Covid-19 pandemisinde korunma motivasyonunu ve korunma davranışlarını etkileyeceği düşünülen Covid-19 servisinde çalışma durumu, pandemi süresince genel sağlık durumu, kronik hastalık durumu, izolasyon süreci geçirme durumu ve Covid-19 aşısı yaptırap yaptırmadıklarına ilişkin özellikleri de verilmiştir.

3.1. Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerliği

AFPB-CO Ölçeği öncelikle biri konu hakkında bilgilendirilmiş diğeri bilgilendirilmemiş iki ayrı tercüman tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Sonra iki çeviri karşılaştırılmış, anlamsal ve kavramsal farklılıklar tercümanlar tarafından tekrar değerlendirilerek tek bir Türkçe versiyon elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisini ve orijinal versiyonunu içeren değerlendirme formu, 10 farklı branştan (Kadın Hastalıkları ve Doğum, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Aile Hekimliği, Kalp ve Damar Cerrahisi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Yoğun Bakım ve Radyoloji), İngilizce bilen ve içlerinde eğitimcilerin de bulunduğu toplam 19 sağlık çalışanının değerlendirmesine sunulmuştur. Uzman görüşü bildiren sağlık çalışanlarının 2’si hemşire ve 17’si hekimdir. Hemşirelerin ikisi, hekimlerin ise dokuzu Covid-19 yoğun bakım hizmeti vermiştir.

Uzmanlara konuyu ve araştırmayı açıklayan bir önsöz ile ölçek maddelerinin orijinali ve Türkçe çevirisinden oluşan değerlendirme formu elden veya e-posta yolu ile ulaştırılmıştır. Bu formda, uzmanların her bir maddeyi Davis (1992) Tekniği’ne göre “Yeterli ve uygun (4 puan)”, “Uygun ancak küçük değişiklik gerekir (3 puan)”, “Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir (2 puan)”, “Uygun değil (1 puan)” kategorilerinde değerlendirmesi ve gerekli açıklamaları yapması istenmiştir.

Uzmanların değerlendirme formlarının incelenmesi sonucu her bir madde için Kapsam Geçerlik Oranı (KGO>0) sıfırdan büyük (1,00 – 0,68 aralığında) hesaplanmıştır. Kapsam Geçerlik Oranlarından hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) ise 0,909 olarak elde edilmiştir. Uzman sayısı 19 olduğundan Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) kritik değerler tablosundan 0,474 olarak elde edilmiştir ($\alpha=0,05$). Bu değerlere göre, $KGI > KGÖ$ olduğundan, %95 güven düzeyinde, ölçekte yer alan

maddelerin kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde sağlandığı görülmüştür. Ayrıca her bir maddenin %80 ve üzerinde 3 ve 4 puan alması KGİ skorunun iyi olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Esin, 2014). Bu çalışmada maddelerin uygunluk yüzdeleri %84,2 - %100 aralığında değişkenlik göstermiş olup, genel uygunluk yüzdesi %95,5 olarak hesaplanmıştır. Sonuç olarak, ölçek, uzmanlardan 36 madde ile birlikte uygunluk almıştır.

Değerlendirme formlarında uzmanlar tarafından belirtilen düzeltme önerileri dikkate alınarak maddeler üzerinde gerekli küçük değişiklikler yapılmıştır. Örneğin, orijinal ölçekte “Ev dışında ellerin en az 20 saniye boyunca sürekli yıkanması zaman alıcı ve zor.” olarak ifade edilen 11. madde uzman görüşü sonrası “Ev dışında ellerin düzenli olarak en az 20 saniye yıkanması zaman alıcı ve zordur.” olarak; “Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (2 metre) korumam Korona bulaşma zincirini kırmaya yardımcı olur.” olarak ifade edilen 22. madde ise “Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (en az 1 metre) korumam koronavirüs bulaş zincirini kırmaya yardımcı olur.” olarak değiştirilmiştir. Bu ve benzeri revizyonlar sonrasında, nihai olarak, sağlık çalışanlarının görüşleri çerçevesinde, AFPB-CO Ölçeğinin Türkçe hali elde edilmiştir.

Bu çalışmada geri çeviri, ilk çeviride yer almayan, biri konu hakkında bilgilendirilmiş iki bağımsız tercüman tarafından gerçekleştirilmiştir. Tercümanlardan biri uzun yıllar ana dili İngilizce olan bir ülkede yaşamış olması sebebi ile tercih edilmiştir. Elde edilen iki İngilizce versiyon karşılaştırılmış, küçük dil bilgisi farklılıkları dışında orijinal ölçekle arasında anlam kayması, tutarsızlık vb. gözlenmemiştir. Gerekliğinde tercümanlara da danışılarak, iki çeviri birleştirilmiş ve Türkçe ölçeğin İngilizce geri çevirisi elde edilmiştir.

Ölçeğin nihai İngilizce geri çevirinde “anlam kayması olmadığına ve ölçeğin özünden sapma olmadığına” ilişkin ölçeği geliştirenlerin görüşü sorulmuş ve kendilerinden ölçeğin uygun olduğuna dair onay alınmıştır. Ek olarak, ölçek 3 dil uzmanının (2 mütercim tercüman, 1 İngiliz Dili ve Edebiyatı bölümü mezunu) nihai görüşüne de sunulmuş, Khazae-Pool ve diğerleri (2020) tarafından geliştirilen orijinal İngilizce ölçekle yeni Türkçe versiyon arasında herhangi bir farklılık bulunmadığı kanaatine varılmıştır. Sonuç olarak, ölçeğin geri çeviri öncesi ve uzman görüşleri sonrasında elde edilen Türkçe versiyonu kapsam geçerliği (content validity) ve görünüş geçerliğini (face validity) sağlamış, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kullanılmaya hazır hale gelmiştir.

AFPB-CO ölçeğinin pilot uygulaması, halihazırda başka bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapmakta olan çeşitli mesleklerden 37 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan uygulama sonucu elde edilen geri bildirimler ışığında maddelerin anlamsal ve kültürel olarak uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

3.2. Ölçeğin Güvenirliği ve Yapı Geçerliği

Ölçeğin psikometrik özelliklerini incelemek üzere öncelikle iç tutarlılık katsayıları olan Cronbach alfa ve sınıf içi korelasyon (intra-class correlation coefficient) katsayıları, ayrıca madde-boyut korelasyon katsayıları incelenmiştir. Ardından, ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Madde Analizi Sonuçları: Madde-toplam korelasyon, Cronbach alfa korelasyon ve sınıf içi korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeğin genel Cronbach alfa katsayısı 0.847 olarak elde edilmiş, boyutlar için bu değer 0,462 ile 0,834 arasında değişkenlik göstermiştir. Benzer şekilde, ölçeğin genel sınıf içi korelasyon katsayısı 0,786 olup, boyutlar için 0,413 ile 0,824 aralığında değişkenlik göstermiştir. Genel Cronbach alfa ve sınıf içi korelasyon katsayıları ölçeğin kararlılığını desteklemektedir. Sonuçlar iç tutarlılık açısından yeterli düzeyde bulunmuştur. Maddeler ve boyutlar arasındaki ilişkiyi analiz etmek için madde-toplam korelasyonları kullanılmıştır. İlgili korelasyon katsayıları Tablo 2’de verilmiştir.

Madde-toplam korelasyon katsayıları için eşik değeri 0,30 olarak kabul edilmiştir. Dördüncü ve 19. madde için madde-toplam korelasyon katsayıları 0,20'ye eşittir, ancak bu değer tek başına ilgili maddeleri elemek için kullanılmamıştır. Bu maddelerin ölçekten çıkarılıp çıkarılmamasına ilişkin uzman psikologların da (bilişsel psikoloji alanında çalışanları da içeren toplam 5 kişi) görüşleri alınmıştır. Bu görüşler doğrultusunda ölçekte yer alan 4. ve 19. maddelerin uygun olduğuna ve ölçekte

kalmasına karar verilmiştir. Ayrıca yapılan madde analizinde, ilgili maddeler silindiğinde Cronbach alfa değerinde (0,846) bir değişiklik görülmemiştir. Literatürde düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu 0,30'un altında olan maddeler genel olarak kabul edilmemekle birlikte, daha önce derinlemesine çalışılmamış konulara ilişkin ölçeklerde ve keşif çalışmalarında 0,20 değerinin, maddeler arası ve madde-toplam korelasyonu için kabul edilebilir bir değer olduğu belirtilmiştir (Kline, 1986; Clark ve Watson, 1995; Şencan, 2005; Cristobal vd., 2007; Alpar, 2012; Streiner vd., 2015). Yapılan değerlendirmeler ve madde analizleri sonrasında, ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir.

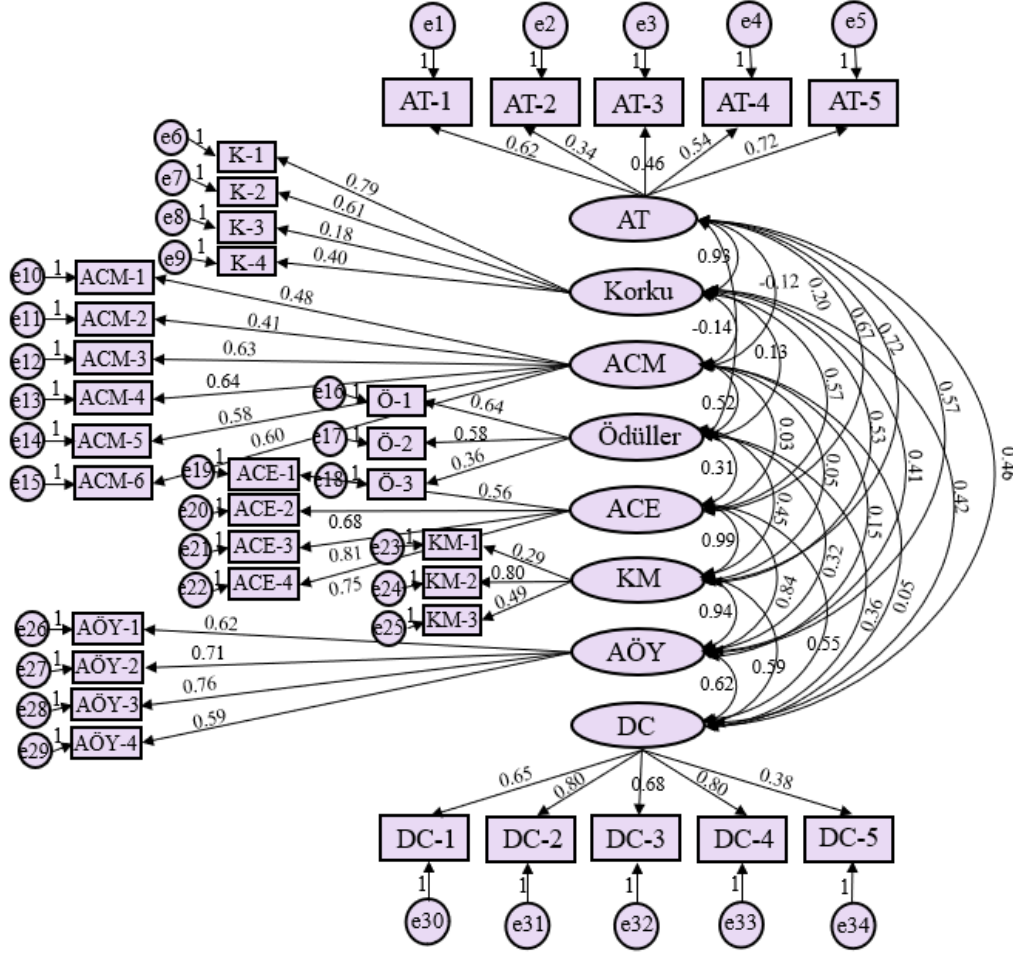
Tablo 2. AFPB-CO-TR Ölçeğinin Güvenirlik Katsayıları

Madde no	Boyut	Madde-toplam korelasyonu	Cronbach alfa korelasyonu (madde silindiğinde)	Boyut Cronbach alfa korelasyonu	Sınıf içi korelasyon
1		0,469	0,558		
2		0,423	0,543		
3	Algılanan Tehdit	0,304	0,591	0,618	0,523
4		0,200	0,665		
5		0,392	0,559		
6		0,505	0,529		
7		0,399	0,697		
8	Korku	0,565	0,597	0,705	0,578
9		0,504	0,642		
10		0,533	0,614		
11		0,331	0,723		
12		0,395	0,702		
13	Algılanan Cevap Maliyeti	0,503	0,671	0,723	0,628
14		0,508	0,670		
15		0,499	0,673		
16		0,510	0,669		
17		0,300	0,337		
18	Ödüller	0,389	0,163	0,462	0,413
19		0,200	0,541		
20		0,626	0,808		
21	Algılanan Cevap Etkinliği	0,680	0,783	0,834	0,824
22		0,720	0,767		
23		0,635	0,803		
24		0,535	0,463		
25	Korunma Motivasyonu	0,315	0,627	0,633	0,477
26		0,466	0,525		
27		0,362	0,608		
28		0,547	0,724		
29	Algılanan Öz-Yeterlik	0,622	0,686	0,765	0,744
30		0,640	0,682		
31		0,500	0,754		
32		0,643	0,719		
33	Davranışsal Cevaplar	0,573	0,742	0,781	0,746
34		0,665	0,702		
35		0,599	0,733		
36		0,443	0,814		

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları: Güvenirlik analizinden sonra, model ile veriler arasındaki uyumu değerlendirmek için 36 maddelik ölçek üzerinde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Ölçek çoklu normal dağılım varsayımını sağlamamıştır, ancak maddelerin çarpıklık ve basıklık değerleri tek tek incelendiğinde bu değerlerin (-3,+3 aralığında) normal dağılım varsayımını sağladığı görülmüştür. Bu nedenle, AFPB-CO Ölçeğinin faktör yapısını incelemek için Maksimum Olabilirlik tahmin yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin maddelerinin orijinal versiyonundakiyle aynı faktörler altında toplandığı varsayılmıştır.

Modellerin geçerliği, verilerin uyum iyiliği testleri ile değerlendirilebilmektedir (Brown, 2006). Ki-kare (χ^2) örnek büyüklüğüne çok duyarlıdır. Ki-kare uyum indeksi serbestlik derecesine bölünerek (χ^2/df) elde edilen göreceli ki-kare kullanılır, böylece ki-kare örnek boyutuna daha az bağımlı hale gelir (Hoelter, 1983). Araştırmamızda kullanılan diğer uyum indeksleri, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), genel uyum indeksi (GFI), yaklaşım hatasının ortalama karekökü (RMSEA) ve kök artık kareler ortalamasıdır (RMR).

Şekil 2. AFPB-CO Ölçeği Türkçe Versiyonunun Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli



CMIN(χ^2)=1151.52, df=469, p<0.01, χ^2/df =2.46, RMSEA=0.06, CFI=0.85, GFI=0.83 ve RMR=0.06

AFPB-CO'nun 8 boyut ve 36 maddelik yapısı (birinci model) DFA ile incelendiğinde uyum kriterlerinden CMIN(χ^2)=1793,13, df=566, p<0,01, CMIN(χ^2)/df=3,17, RMSEA=0,08, CFI=0,74, GFI=0,72 ve S-RMR=0,12 olarak elde edilmiştir. Elde edilen model uyum kriterleri istenilen sınırlarda olmadığından modifikasyon indekslerine bakılmıştır. Bu indeks incelemesi sonucunda Algılanan Tehdit boyutundaki 4. maddenin ("Sağlıklı kalmam veya Koronavirüs hastalığına yakalanmam şansıma ve kaderime bağlıdır.") ve Korunma Motivasyonu boyutundaki 27. maddenin ("Yiyecekleri ve ekmeği, yemeden önce iyice ısıtıyorum.") diğer faktörler altındaki değişkenler ile bir kovaryans bağlantısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu tespit sonucunda ilgili maddeler ölçekten çıkarılarak yapılan yeni tahmin sonucunda elde edilen 8 boyut ve 34 maddelik modelin (nihai model) uyum indeksleri sırasıyla, CMIN(χ^2)=1151,52, df=469, p<0,01, CMIN(χ^2)/df=2,46, RMSEA=0,06, CFI=0,85, GFI=0,83 ve S-RMR=0,10 olarak istenilen sınırlar içerisinde veya sınırlara yakın bulunmuştur (Şekil-2). Analiz sonuçları AFPB-CO'nun orijinal faktör yapısının Türkçe versiyonda da yeterli bir model uyumu sağladığını göstermiştir. Nihayetinde, Türkiye'deki sağlık çalışanlarına uygulamaya uygun olduğu düşünülen Türkçe versiyonu AFPB-CO-TR elde edilmiştir.

Tablo 3. Birinci Düzey Çok Faktörlü DFA Sonucu Elde Edilen Regresyon Yol Katsayıları (Nihai Model)

Madde	Yol (Path)	Boyut	β_0^*	β_1^{**}	Standart hata	t-değeri	p-değeri
AFPB-CO(1)	<---	AT	0,622	1			
AFPB-CO(2)	<---	AT	0,339	1,076	0,186	5,792	<0,001
AFPB-CO(3)	<---	AT	0,463	1,116	0,148	7,553	<0,001
AFPB-CO(5)	<---	AT	0,541	1,289	0,161	7,988	<0,001
AFPB-CO(6)	<---	AT	0,718	1,459	0,144	10,127	<0,001
AFPB-CO(7)	<---	Korku	0,793	1,304	0,196	6,657	<0,001
AFPB-CO(8)	<---	Korku	0,612	1,336	0,193	6,928	<0,001
AFPB-CO(9)	<---	Korku	0,182	0,495	0,159	3,112	0,002
AFPB-CO(10)	<---	Korku	0,403	1			
AFPB-CO(11)	<---	ACM	0,479	1			
AFPB-CO(12)	<---	ACM	0,408	0,744	0,137	5,437	<0,001
AFPB-CO(13)	<---	ACM	0,632	1,364	0,243	5,618	<0,001
AFPB-CO(14)	<---	ACM	0,643	1,307	0,235	5,560	<0,001
AFPB-CO(15)	<---	ACM	0,577	1,136	0,209	5,437	<0,001
AFPB-CO(16)	<---	ACM	0,604	1,279	0,239	5,342	<0,001
AFPB-CO(17)	<---	Ödüller	0,636	1			
AFPB-CO(18)	<---	Ödüller	0,581	0,943	0,148	6,360	<0,001
AFPB-CO(19)	<---	Ödüller	0,355	0,553	0,125	4,423	<0,001
AFPB-CO(20)	<---	ACE	0,559	0,782	0,074	10,508	<0,001
AFPB-CO(21)	<---	ACE	0,680	0,896	0,075	11,982	<0,001
AFPB-CO(22)	<---	ACE	0,810	1	0,069	14,433	<0,001
AFPB-CO(23)	<---	ACE	0,745	1			
AFPB-CO(24)	<---	KM	0,290	1			
AFPB-CO(25)	<---	KM	0,801	1,796	0,333	5,390	<0,001
AFPB-CO(26)	<---	KM	0,488	1,480	0,261	5,674	<0,001
AFPB-CO(28)	<---	AÖY	0,624	1,023	0,111	9,243	<0,001
AFPB-CO(29)	<---	AÖY	0,711	0,941	0,095	9,928	<0,001
AFPB-CO(30)	<---	AÖY	0,757	0,950	0,092	10,353	<0,001
AFPB-CO(31)	<---	AÖY	0,591	1			
AFPB-CO(32)	<---	DC	0,649	1,062	0,168	6,331	<0,001
AFPB-CO(33)	<---	DC	0,799	1,210	0,203	5,950	<0,001
AFPB-CO(34)	<---	DC	0,682	1,396	0,226	6,185	<0,001
AFPB-CO(35)	<---	DC	0,795	1,278	0,213	6,015	<0,001
AFPB-CO(36)	<---	DC	0,378	1			

* β_0 : Standart yol katsayısı, ** β_1 : Standart olmayan yol katsayısı

Maddeler için elde edilen yol katsayıları Tablo 3'te görülmektedir. Standartlaştırılmış yol katsayıları incelendiğinde, PT üzerinde en fazla etkiye sahip olan maddenin 6. madde olduğu görülmektedir ($\beta_0=0,718$). Sırasıyla korku için 7. madde ($\beta_0=0,793$), ACM için 14. madde ($\beta_0=0,643$), ödüller için 17. madde ($\beta_0=0,636$), ACE için 22. madde ($\beta_0=0,810$), KM için 25. madde ($\beta_0=0,801$), AÖY için 30. madde ($\beta_0=0,757$) ve DC için 33. madde ($\beta_0=0,799$) en fazla etkiye sahiptir. Standartlaştırılmış yol katsayıları (faktör yükü tahminleri) 0,182 ile 0,810 arasında değişkenlik göstermiştir. Sonuç olarak, tüm maddelere ait yol katsayıları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Nihai modelin güvenilirlik katsayıları ve yakınsak geçerliğine ilişkin ölçüler ise Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. AFPB-CO-TR Ölçeğinin Güvenirlik ve Yakınsak Geçerlik Ölçüm Sonuçları

Boyutlar	Cronbach alfa	Sınıf içi korelasyon (%95 güven aralığı)	AVE*	CR*
Algılanan Tehdit	0,665	0,644 (0,582 - 0,699)	0,30	0,70
Korku	0,705	0,578 (0,502 - 0,645)	0,30	0,59
Algılanan Cevap Maliyeti	0,723	0,628 (0,565 - 0,684)	0,32	0,73
Ödüller	0,462	0,413 (0,300 - 0,511)	0,29	0,54
Algılanan Cevap Etkinliği	0,834	0,824 (0,792 - 0,852)	0,50	0,79
Korunma Motivasyonu	0,608	0,494 (0,396 - 0,578)	0,32	0,55
Algılanan Öz Yeterlik	0,765	0,744 (0,698 - 0,785)	0,50	0,77
Davranışsal Cevaplar	0,781	0,746 (0,702 - 0,785)	0,50	0,80
Toplam	0,849	0,788 (0,755 - 0,818)	-	-

* Yakınsak geçerlik $AVE \geq 0,50$ ve $CR \geq 0,70$ koşulları ile sağlanmaktadır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda iki maddenin ölçekten çıkarılması sebebiyle güvenirlilik ölçüleri tekrar hesaplanmıştır. Nihai güvenirlilik analizi sonucunda, ölçeğin toplam Cronbach Alfa değeri 0,849 ve toplam sınıf içi korelasyon katsayısı 0.788 olarak bulunmuştur.

Cronbach alfa değerinin yanı sıra literatürde modelin uygunluğunun test edilmesinde yakınsak geçerlik katsayıları olan Birleşik Güvenirlilik (CR: Composite Reliability) ve Çıkarılan Ortalama Varyans (AVE: Average Variance Extracted) değerlerinin de hesaplanması önerilmiştir (Hair vd., 2009). Buna ilişkin olarak hesaplanan ve Tablo 4'te görülen ilgili değerlere göre, yakınsak geçerlik korku, ödülleri ve korunma motivasyonu boyutlarında her iki ölçü bakımından; algılanan tehdit ve algılanan cevap maliyeti boyutlarında sadece bir ölçü bakımından sağlanmamıştır. Algılanan cevap etkinliği, algılanan öz yeterlik ve davranışsal cevaplar boyutlarında ise her iki ölçü bakımından yakınsak geçerlik sağlanmıştır. Yakınsak geçerliğin değerlendirilmesinde bir diğer kriter olan ölçeğe ilişkin tüm CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olması şartının da her bir boyut tarafından karşılandığı Tablo 4'te görülmektedir.

3.3. Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliliği doğrulandıktan sonra, AFPB-CO-TR ölçeğinin boyutlarına ve maddelerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere Tablo 5'te yer verilmiştir. Ölçekteki tüm maddelerin standart sapmaları incelendiğinde verilen cevapların en fazla farklılık gösterdiği maddenin, algılanan cevap maliyeti boyutunda yer alan "Eldiven giydiğim zaman ellerim terliyor." maddesi olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının %44,4 - %91,7'si korku boyutundaki maddelere "katılıyorum" cevabı vermiştir, buna rağmen algılanan cevap maliyeti boyutunda sağlık çalışanlarının %58,1'i dışarıda el yıkamanın güçlüğüne, ödülleri boyutunda ise %47,2'si insanlarla yakın temasın samimi hissettirdiğine inanmaktadır. Algılanan cevap etkinliği boyutunda da sağlık çalışanlarının %88,3'ü sosyal mesafenin Koronavirüs bulaş zincirini kırmada önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir.

Boyutların toplam puanlarının normal dağılımlı bir yığından gelip gelmediğini incelemek için öncelikle histogram grafikleri, asimetri ölçülerinden basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda dağılımların simetrik olmadığı, basıklık ve çarpıklık katsayılarının ise negatif ve pozitif ekseninde sıfırdan farklı değerler aldığı görülmüştür. Sonrasında, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin de yapılmasının ardından puanların normal dağılımlı bir yığından gelmediğine karar verilmiştir ($p < 0,001$). Sağlık çalışanlarının boyutlara ilişkin puanlarının mesleklere göre dağılımı incelendiğinde, diğer sağlık çalışanlarının ödülleri ve algılanan cevap maliyeti puanları hariç, mesleklere göre boyut puanlarının normal dağılımlı bir yığından gelmediği bulunmuştur ($p < 0,010$).

Tablo 5. AFPB-CO-TR Ölçeğinin Boyut ve Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Boyutlar ve maddeler	Aritmetik Ortalama ± Std. Sapma	Katılıyor ^a		Kararsız		Katılmıyor ^b	
		n	%	n	%	n	%
Algılanan tehdit (AT)	4,33 ± 0,58						
AT-1) Dünyadaki herkes gibi, bana da Koronavirüs bulaşabilir.	4,64 ± 0,60	351	97,5	5	1,4	4	1,1
AT-2) Sadece yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar Koronavirüsten etkilenir. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	4,14 ± 1,18	291	80,8	16	4,4	53	14,7
AT-3) Alışveriş merkezi, market, iş yeri gibi dış mekanlarda bulunan yüzeylere temas sonucunda bana Koronavirüs bulaşabilir.	4,26 ± 0,90	303	84,2	36	10,0	21	5,8
AT-4) Koronavirüs hastalığı ölümle sonuçlanabilir, çünkü henüz kesin bir tedavisi yoktur.	4,23 ± 0,89	303	84,2	37	10,3	20	5,6
AT-5) Koronavirüs hastalığı sonucunda akciğerlerim hayatımı sekteye uğrattak şekilde ciddi zarar görebilir.	4,37 ± 0,76	322	89,4	28	7,8	10	2,8
Korku	3,89 ± 0,76						
K-1) Her şeyden önemlisi, ailemin Koronavirüs hastalığına yakalanmasından endişeleniyorum.	4,47 ± 0,75	330	91,7	23	6,4	7	1,9
K-2) Herkesin el temasının olduğu yüzeylere temas ettiğimde endişeleniyorum.	4,08 ± 1,00	283	78,6	44	12,2	33	9,2
K-3) Gerekli işler için bile olsa evden çıkarken korkuyorum.	3,18 ± 1,24	160	44,4	76	21,1	124	34,4
K-4) Koronavirüs hastalığına yakalanırsam, hastanede/evde kaygı dolu günler geçirmek zorunda kalırım.	3,83 ± 1,13	255	70,8	47	13,1	58	16,1
Algılanan cevap maliyeti (ACM)	2,95 ± 0,84						
ACM-1) Ev dışında ellerin en az 20 saniye boyunca kesintisiz yıkanması zaman alıcı ve zordur. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	3,44 ± 1,33	209	58,1	40	11,1	111	30,8
ACM-2) İnsanlarla el sıkışmazsam veya onlarla iletişim kurarken aramıza mesafe koyarsam, bana kızabilirler. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	3,88 ± 1,16	256	71,1	55	15,3	49	13,6
ACM-3) Eldiven giydiğim zaman ellerim terliyor. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	2,85 ± 1,37	134	37,2	47	13,1	179	49,7
ACM-4) Maske takarken nefes almak zordur. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	2,42 ± 1,29	92	25,6	41	11,4	227	63,1
ACM-5) Ellerimi düzenli olarak sabunla yıkamam cildimi daha hassas bir hale getiriyor ve tahriş ediyor. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	2,17 ± 1,25	65	18,1	41	11,4	254	70,6
ACM-6) Evde kalır ve karantinaya girersem, bunalıma girer ve sıkılırım. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	2,9 ± 1,34	133	36,9	65	18,1	162	45,0
Ödüller	3,27 ± 0,91						
Ö-1) Koronavirüs salgının olduğu bugünlerde seyahat etmek veya evden çıkmak beni mutlu ediyor. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	2,95 ± 1,30	145	40,3	66	18,3	149	41,4
Ö-2) İnsanlarla el sıkıştığımda ya da onları öptüğümde daha samimi hissederim. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	3,21 ± 1,34	170	47,2	59	16,4	131	36,4
Ö-3) Soğuk gıda ve ekmek arası yemek, sıcak yemek ve ısıtılmış ekmek yemekten daha zevklidir. <i>(ters kodlanmıştır)</i>	3,65 ± 1,28	228	63,3	56	15,6	76	21,1

^a“Kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” cevapları “katılıyorum”; “Her zaman” ve “Çoğunlukla” cevapları “Genellikle” olarak birleştirilmiştir.

^b“Katılmıyorum” ve “Kesinlikle Katılmıyorum” cevapları “katılmıyorum”; “Nadiren” ve “Hiçbir zaman” cevapları “Nadiren/Hiç” olarak birleştirilmiştir.

Tablo 5. AFPB-CO-TR Ölçeğinin Boyut ve Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler (devamı)

Boyutlar ve maddeler	Aritmetik Ortalama ± Std. Sapma	Katılıyor ^a		Kararsız		Katılmıyor ^b	
		n	%	n	%	n	%
Algılanan cevap etkinliği (ACE)	4,21 ± 0,71						
ACE-1) Ellerimi sabun ve suyla en az 20 saniye yıkamam, beni Koronavirüs hastalığından yüksek oranda korur.	4,02 ± 0,91	284	78,9	47	13,1	29	8,1
ACE-2) Dışarıda ve kalabalık yerlerde maske kullanmam, Koronavirüsü başkalarına bulaştırmamı engeller.	4,31 ± 0,86	304	84,4	43	11,9	13	3,6
ACE-3) Başkalarıyla fiziksel ve sosyal mesafemi (en az 1 metre) korumam Koronavirüs bulaş zincirini kırmaya yardımcı olur.	4,34 ± 0,81	318	88,3	28	7,8	14	3,9
ACE-4) Evimde ve işyerimdeki yüzeyleri dezenfekte etmem, Koronavirüsten korunmama yardımcı olur.	4,17 ± 0,88	294	81,7	49	13,6	17	4,7
Korunma motivasyonu (KM)	3,85 ± 0,78						
KM-1) Satın aldığım ve dışarıdan getirdiğim her şeyi dezenfekte ederim.	3,45 ± 1,21	185	51,4	93	25,8	82	22,8
KM-2) Sosyal mesafemi (en az 1 metre) koruyarak, kendimin ve başkalarının sağlığını korumak istiyorum.	4,35 ± 0,79	318	88,3	29	8,1	13	3,6
KM-3) Koronavirüs bulaşma riski olduğu sürece, ailem ve arkadaşarımla internet üzerinden (online) görüşme yapmayı düşünüyorum.	3,74 ± 1,07	230	63,9	78	21,7	52	14,4
Algılanan öz yeterlik (AÖY)	4,13 ± 0,74						
AÖY-1) Dış mekânlardaki yüzeylere temas etikten sonra ve yüzüme dokunmadan önce ellerimi yıkamak benim için kolaydır.	3,94 ± 1,07	267	74,2	50	13,9	43	11,9
AÖY-2) Koronavirüs hastalığı belirtilerim (ateş, nefes darlığı, halsizlik, öksürük, tat kaybı, ishal ve kusma vb.) olursa, hemen bir hastaneye başvurabilir veya bir doktorla görüşebilirim.	4,34 ± 0,86	310	86,1	33	9,2	17	4,7
AÖY-3) Evden çıktığımda ve kalabalık yerlere girdiğimde herhangi bir sorun yaşamadan temiz maske kullanabilirim.	4,30 ± 0,82	311	86,4	34	9,4	15	4,2
AÖY-4) Koronavirüs hastalığına yakalanma ihtimalim olduğu sürece, üzgün ve engellenmiş hissetsem bile evde kalabilirim.	3,93 ± 1,10	265	73,6	51	14,2	44	12,2
Davranışsal cevaplar (DC)	4,19 ± 0,64						
DC-1) Dış yüzeylere temas ettiğimde, ellerimi en az 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkar ya da dezenfekte ederim.	4,31 ± 0,74	316	87,8	38	10,6	6	1,7
DC-2) Koronavirüs bulaş zincirini kırmak için, kullanmış olduğum maskeleri uygun şekilde çöp kutusuna atarım.	4,41 ± 0,68	328	91,1	28	7,8	4	1,1
DC-3) Farklı temas yüzeylerini düzenli olarak dezenfekte ederim (ev ve araba anahtarlarımı, iş ve kredi kartlarımı, cep telefonumu, vb.).	4,05 ± 0,92	274	76,1	63	17,5	23	6,4
DC-4) Kontamine yüzeylere dokunduğumda gözlerime, ağızıma ve burnuma ellerimle dokunmamaya gayret ederim.	4,38 ± 0,72	316	87,8	40	11,1	4	1,1
DC-5) Eve girmeden önce, evde belirlediğim bir alanda (örn; kapalı balkon ya da banyo) kıyafetlerimi değiştirir ve orada bırakırım.	3,78 ± 1,19	246	68,3	52	14,4	62	17,2

^a“Kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” cevapları “katılıyorum”; “Her zaman” ve “Çoğunlukla” cevapları “Genellikle” olarak birleştirilmiştir.

^b“Katılmıyorum” ve “Kesinlikle Katılmıyorum” cevapları “katılmıyorum”; “Nadiren” ve “Hiçbir zaman” cevapları “Nadiren/Hiç” olarak birleştirilmiştir.

Boyutların toplam puanlarının mesleklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ilişkin olarak yapılan çoklu ve ikili karşılaştırma testlerinin sonuçları Tablo 6’da verilmiştir. Kruskal-Wallis H çoklu karşılaştırma testi sonucunda, AT ve ACM puanlarının sağlık çalışanları arasında mesleğe göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır (KW test istatistiği=0.65 ve p=0.724, KW test istatistiği=5.50 ve p=0.064).

Tablo 6. Boyut Puanlarının Mesleklere Göre İkili ve Çoklu Karşılaştırma Fark Testleri

Boyutlar	Meslek	KW H Testi p-değeri	MW U Testi
Algılanan Tehdit	Hekim Hemşire Diğer S.Ç.	0,724	-
Korku	Hekim Hemşire Diğer S.Ç.	0,001**	Hekim-Hemşire (p=0,001) Hekim-Diğer S.Ç. (p=0,044)
Algılanan Cevap Maliyeti	Hekim Hemşire Diğer S.Ç.	0,064	-
Ödüller	Hekim Hemşire Diğer S.Ç.	0,046*	Hekim-Hemşire (p=0,040)
Algılanan Cevap Etkinliği	Hekim Hemşire Diğer S.Ç.	0,022*	Hekim-Hemşire (p=0,048)
Korunma Motivasyonu	Hekim Hemşire Diğer S.Ç.	0,018*	Hekim-Hemşire (p=0,028)
Algılanan Öz Yeterlik	Hekim Hemşire Diğer S.Ç.	0,000**	Hekim-Hemşire (p=0,000) Hekim-Diğer S.Ç. (p=0,001)
Davranışsal Cevaplar	Hekim Hemşire Diğer S.Ç.	0,000**	Hekim-Hemşire (p=0,000) Diğer SHS-Hemşire (p=0,034)

* p<0,050 **p<0,010

Mesleklere göre anlamlı farklılık gösteren boyutların karşılaştırılması amacıyla Mann-Whitney U ikili karşılaştırma testleri yapılmıştır. Bu testler sonucunda, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının korku puanına ilişkin medyan değerleri hekimlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (MW test istatistiği= 42,87 ve p=0,001, MW test istatistiği= 39,72 ve p=0,044). Hekimlerin ödüller boyutu puanları ise hemşirelerden anlamlı derecede yüksektir (MW test istatistiği=29,84 ve p=0,040). Hemşirelerin ACE ve KM boyutları puanları hekimlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (MW test istatistiği=28,88 ve p=0,048, MW test istatistiği=31,13 ve p=0,028). AÖY boyutunda, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının medyan puanları hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir (MW test istatistiği=73,87 ve p=0,000, MW test istatistiği=57,49 ve p=0,001). Son olarak DC puanlarına ilişkin karşılaştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin medyan puanları hekimlerden; diğer sağlık çalışanlarının medyan puanları ise hemşirelerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (MW test istatistiği=75,75 ve p=0,000, MW test istatistiği=39,27 ve p=0,034).

IV. TARTIŞMA

Bu çalışma, Korunma Motivasyonu Teorisini temel alarak geliştirilmiş olan bir ölçeğin Türkçeye uyarlanmasına ilişkin yapılmış ilk çalışmadır. Türkiye’de bu teoriye ilişkin geliştirilmiş veya uyarlanmış herhangi bir ölçeğe çalışma yürütüldüğü sırada rastlanmamıştır. Bu çalışmada, AFPB-CO ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmekle birlikte, Türkiye’de Koronavirüs salgını sırasında pandemi hastanesi olarak hizmet vermiş büyük bir eğitim ve araştırma hastanesinin sağlık çalışanlarının korunma davranışları hakkında bazı önemli bilgiler verilmiştir.

İran'da geliştirilen orijinal AFPB-CO ölçeği için hesaplanan genel Cronbach alfa değeri 0,76 iken, AFPB-CO-TR ölçeğinin genel Cronbach alfa değeri 0,85'tir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun *ödüller* boyutunun Cronbach alfa değeri 0,46, orijinal ölçeğin ise 0,62 olup göreceli olarak daha düşük bulunmuştur. Diğer boyutlara ilişkin Cronbach alfa değerlerinin orijinal ölçekte (0,71-0,84 aralığında) ve Türkçe versiyonda (0,67-0,83 aralığında) birbirine oldukça yakın olduğu tespit edilmiştir. Genel sınıf içi korelasyon katsayısı AFPB-CO ölçeği için 0,81, AFPB-CO-TR ölçeği için ise 0,79 olarak hesaplanmıştır. Cronbach (1951), çalışmasında 0,40'a eşit veya daha yüksek sınıf içi korelasyon değerlerinin tatmin edici olarak kabul edildiğini bildirmiş olup, bu çalışmada boyutlar için sınıf içi korelasyon değerleri 0,41-0,82 aralığında elde edilmiştir. Madde-toplam korelasyon katsayıları ise AFPB-CO-TR ölçeğinde iki madde hariç 0,30'un üzerinde bulunmuştur. Dördüncü ve 19. maddelerin madde-toplam korelasyon katsayısı 0,20 olarak elde edilmiş olup, gerek literatür gerekse uzman görüşleri bu maddelerin DFA öncesi çıkarılmamasına ilişkin kanıtlar sunmuştur. Yapılan DFA sonucu, 4. ve 27. maddelerin diğer boyutlar altındaki maddeler ile bir kovaryans bağlantısına sahip olduğu tespit edilerek ölçekten çıkarılmıştır. Analizler sonucunda, ölçeğin genel olarak orijinal versiyonu ile aynı faktör yapısını ve psikometrik özelliklerini koruduğu söylenebilir.

DFA sonucunda, CMIN(χ^2) ve RMSEA kabul edilebilir değer aralığında olup, S-RMR kabul edilebilir alt sınır değeri olan 0,10'a eşit, CFI ve GFI zayıf bir uyuma işaret etmese de önerilen aralığın biraz dışındaydı ve makul derecede yeterli bir uyum göstermekteydi. Orijinal ölçeğin göreceli ki-kare değeri (χ^2/df) 2,69 olup, AFPB-CO-TR ölçeğinin ise 2,46 olarak bulundu ($p<0,01$). Modelin RMSEA değeri ise 0,06 (%90 GA=0,05-0,07) olup, CFI ve GFI indeksleri 0,90'a yakın değerlerdi. Yalnızca S-RMR üst sınır olan 0,10'a eşitti. Bu sonuçlar, çalışmanın örneklem büyüklüğünün karmaşık olmayan bir model ele alındığında DFA için temel kuralı karşıladığını, ancak İran AFPB-CO ölçeğine ilişkin bulgularımızı doğrulamak için gelecekte daha büyük örneklem büyüklüğüne sahip çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, AFPB-CO-TR Ölçeği maddelerine ilişkin elde edilen yol katsayılarından bazılarının 0,50'den düşük olduğu görüldü de, Suhr (2008) çalışmasında yol katsayısının değeri $|0,10|$ 'dan küçük ise zayıf, $|0,10|$ ile $|0,50|$ arasındaysa orta ve $|0,50|$ 'den büyük ise güçlü bir etkinin varlığını gösterdiğini belirtmiştir. Bu çalışmada elde edilen yol katsayılarının güçlü ve orta derecede ilişki ortaya koyduğu görülmüştür ($\beta_{oi}=0,182-0,810$, $p<0,002$). Yakınsak geçerliğe ilişkin bulgular incelendiğinde ise, bazı boyutların kısmi olarak ya da tamamıyla CR ve AVE kriterlerini sağlamadığı görülmektedir. Bununla birlikte faktörlere ilişkin tüm CR değerlerinin AVE değerlerinden büyük olması koşulunun sağlandığı ve tüm CR değerlerinin 0,70'ten büyük olduğu tespit edilmiştir. Diğer güvenilirlik kriterlerinin de sağlanması nedeniyle bazı boyutlarda AVE değerinin 0,50'nin biraz altında (en düşük 0,30) kalmış olması, Fornell ve Larcker'in (1981) çalışmasında da olduğu gibi, tolere edilebilir olarak düşünülmüştür.

Çalışmanın sınırlılıklarını, uyarlanan AFPB-CO ölçeğinin psikometrik analiz sonuçlarını ve diğer bulguları etkileyebilecek olması nedeniyle ortaya koymak gerekir. İlk olarak, her ne kadar tutarsız cevaplar içeren anketler çalışmaya dahil edilmemiş olsa da, anket yönteminde cevaplama/seçicilik yanlılığını tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir. İkincisi, rastgele olmayan örnekleme yöntemi, sonuçların genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Ancak, mevcut çalışma Türkiye'deki tüm sağlık çalışanlarını temsil etmeyi değil, bir pandemi hastanesinde çalışan sağlık çalışanları örneğine odaklanmayı ve sağlık çalışanlarının ölçeğin alt bileşenlerinden yola çıkarak pandemi ile başa çıkmada izledikleri yolu ortaya koymayı amaçlamıştır. Üçüncü sınırlılık, Covid-19 pandemisi sırasında özellikle sağlık çalışanlarından veri toplamanın zorluğu nedeniyle bu kesitsel çalışma verisinin 4 ayda toplanabilmesi sonucu tüm örneklemin aynı zaman noktasındaki durumunu yansıtmamasıdır. Ayrıca çalışma, aşuların kullanıma sunulmasından sonra, yani Covid-19 pandemisinin üçüncü dalgası sırasında gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin boyut puanlarının ikili ve çoklu karşılaştırma testleri ile değerlendirilmesi sonucunda, algılanan tehdit ve algılanan cevap maliyeti puanları sağlık çalışanları arasında mesleğe göre farklılık göstermemiştir ($p>0,050$). Başka bir deyişle, bu boyutların, sağlık çalışanlarının Covid-19'dan korunmada tehdit değerlendirmesi ve başa çıkma değerlendirmesi süreçlerine farklı bir etkisi bulunmamıştır. Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları için korku, Covid-19'dan korunma davranışlarını sergilemede hekimlere göre anlamlı derecede ayırt edici bir faktördür ($p<0,050$). Tehdit

değerlendirmesi sürecinin alt bileşeni olan ödülleri boyutu toplam puanı hemşirelerde hekimlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,050$), yani hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının korunma motivasyonlarını korku faktörünün daha fazla tetiklediği söylenebilir. Rhudy ve Williams (2005) çalışmalarında, kadınların korku ve tehdit kaynaklı uyarılara karşı daha duyarlı olduğunu ve erkeklere göre daha fazla olumsuz etki yaşadığını belirtmiştir. Mevcut çalışmada, hemşire ve diğer sağlık çalışanları arasında kadın yüzdesinin hekimlerden fazla olduğu düşünüldüğünde, Rhudy ve Williams'ın sonuçları bu çalışmayı destekler niteliktedir. Bu çalışmada, hekimlerin, Covid-19 hastalığına ilişkin korku düzeylerinin görece düşük; ödülleri boyutuna ait puanlarının görece yüksek olduğu dikkate alındığında, pandemi sürecinde hekimlerin, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla uyumsuz davranış (maladaptive behaviour) sergilediği sonucuna ulaşılmaktadır. Mortada ve diğerleri (2021) yaptıkları çalışmada, kadın olmak ve hemşire olmak ile Covid-19'dan korunma davranışlarına uyma niyeti arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. Guo ve diğerleri (2015) de hemşirelerin Covid-19 hastalığından daha fazla korktuğunu, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına göre korunma davranışlarını uygulamaya daha istekli olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde yapılan bu çalışmada, hemşirelerin algılanan cevap etkinliği ve algılanan öz yeterlik puanları hekimlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,050$). Yani hemşirelerin, korunma motivasyonu kazanırken, başa çıkma değerlendirme sürecinden, hekimlere göre, daha fazla beslenmekte olduğu sonucuna varılabilir. Hemşirelerin korunma motivasyonu puanı da hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,050$). Ek olarak, hemşirelerin davranışsal cevaplar boyutundan aldığı puan hekimlerden; diğer sağlık çalışanlarının davranışsal cevaplar boyutundan aldığı puan ise hemşirelerden anlamlı şekilde yüksektir ($p=0,000$; $p=0,034$). Tüm bu sonuçlara göre, özellikle hemşirelerin (ve diğer sağlık çalışanlarının) Covid-19 pandemisinde korunmada hekimlere göre daha rasyonel ve uyumlu davranışlar (adaptive behaviours) sergiledikleri söylenebilir.

V. SONUÇ

Türkçeye çevirisi yapılmış ve kültürel olarak uyarlanmış olan AFPB-CO ölçeği, uzmanlar ve hedef gruptan kişilerle yapılan değerlendirmede görünüş geçerliğini sağlamıştır. AFPB-CO-TR ölçeği, orijinal versiyonu ile aynı faktör yapısını ve psikometrik özelliklerini korumuştur. DFA'ya göre kabul edilebilir ölçüde bir uyum sağlamış ve tüm boyutlar yeterli derecede güvenilirlik göstermiştir. Uyarılma çalışması sonuçları, AFPB-CO-TR'nin sekiz boyutlu yapısını destekleyecek makul kanıtlar sunmuştur.

Sağlık çalışanlarının korunma davranışlarını benimsemeye teşvik edilmesi, Covid-19 pandemisi ile mücadeleye yönelik sağlık önlemlerinin önemli bir bileşenidir. Bu amaçla, yeni bir Covid-19 varyantının veya herhangi başka bir salgının ortaya çıkabileceğini düşünerek, gerekli müdahale programları ve politikalar geliştirilmelidir. Bu çalışmanın sonuçları, özellikle hekimlerin olmak üzere, sağlık personelinin çalışma ortamlarındaki korunma motivasyonlarını ve öz yeterliklerini artıracak sosyal ve ekonomik politikalara önem verilmesi gerektiğini göstermiştir.

Gelecekteki çalışmalara, sağlık çalışanlarının pandemiden korunmalarında etkili olan bilişsel faktörlerin farklı zamanlarda, farklı hastane türlerinde ve daha yüksek örneklem çapıyla nasıl değiştiğinin incelenmesi önerilebilir. Ayrıca, bu çalışmada sağlık çalışanlarının KMT boyutlarına ilişkin puanları yalnızca mesleklerine göre değerlendirilmiş olup, gelecek çalışmalarda cinsiyet, yaş, çalışma yılı ve verilen diğer özelliklere göre de karşılaştırmalar yapılabilir. Ek olarak, AFPB-CO ölçeği, gelecekte ortaya çıkabilecek veya mevcut olan bulaşıcı ve kronik hastalık türlerine uyarlanabileceği gibi, farklı popülasyon türlerine de uyarlanabilir.

Etik Kurul İzni: Hacettepe Üniversitesi Senatosu Etik Komisyonundan "etik onay" alınmıştır (05.11.2020 tarih, E.1316133 sayılı yazı).

Teşekkür: Zorlu Covid-19 pandemisi döneminde, yoğun iş temposu arasında bu çalışmaya vakit ayırarak katkı sağlayan tüm sağlık çalışanlarımıza teşekkürü bir borç biliriz.

KAYNAKLAR

- Ali Morowatisharifabad, M., Abdolkarimi, M., Asadpour, M., Fathollahi, M.S., & Balaei, P. (2018). The predictive effects of protection motivation theory on intention and behaviour of physical activity in patients with type 2 diabetes. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(4), 709-714.
- Allahyari, E., Moodi, M., & Tahergorabi, Z. (2022). Artificial neural networks (ANNs) for modeling efficient factors in predicting pap smear screening behavior change stage. *BioMedicine*, 12(2), 10-18.
- Alpar, R. (2012). *Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik* (2. Bs.). Detay Yayıncılık, Ankara.
- Baghianimoghadam, M. H., Mohammadi, S., Mazloomi Mahmoudabad, S. S., & Norbala, M. T. (2011). The effect of education based on protection motivation theory on skin cancer preventive practices among female high school students in Yazd. *The Horizon of Medical Sciences*, 17(1), 27-34.
- Bashirian, S., Barati, M., Shoar, L. M., Mohammadi, Y., & Dogonchi, M. (2019). Factors affecting breast self-examination behavior among female healthcare workers in Iran: the role of Social Support Theory. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(4), 224-233.
- Bish, A., Yardley, L., Nicoll, A., & Michie, S. (2011). Factors associated with uptake of vaccination against pandemic influenza: A systematic review. *Vaccine*, 29, 6472-6484.
- Brooks, S. P., & Bubela, T. (2020). Application of protection motivation theory to clinical trial enrolment for pediatric chronic conditions. *BMC Pediatrics*, 20(1), 123.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, Guilford Press.
- Chen, X., Stanton, B., Gomez, P., Lunn, S., Deveaux, L., Brathwaite, N., ... & Harris, C. (2010). Effects on condom use of an HIV prevention programme 36 months postintervention: a cluster randomized controlled trial among Bahamian youth. *International Journal of STD & AIDS*, 21(9), 622-630.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Cristobal, E., Flavián, C., & Guinaliu, M. (2007). Perceived e-service quality (PeSQ) measurement validation and effects on consumer satisfaction and web site loyalty. *Managing Service Quality: An International Journal*, 17, 317-340.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 194-197.
- Eppright, D. R., Tanner, J. F., & Hunt, J. B. (1994). Knowledge and the ordered protection motivation model: Tools for preventing AIDS. *Journal of Business Research*, 30, 13-24.
- Esin, M. N. (2014). *Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği*. İçinde S. Erdoğan, N. Nahcivan ve M.N. Esin (Ed.), *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik* (s.169-192). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Ezati Rad, R., Mohseni, S., Kamalzadeh Takhti, H., Hassani Azad, M., Shahabi, N., Aghamolaei, T., & Norozian, F. (2021). Application of the protection motivation theory for predicting COVID-19 preventive behaviors in Hormozgan, Iran: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(1), 1-11.

- Floyd, D., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407–429.
- Flynn, M. F., Lyman, R. D., & Prentice-Dunn, S. (1995). Protection motivation theory and adherence to medical treatment regimens for muscular dystrophy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 61–75.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39–50.
- Fry, R. B., & Prentice-Dunn, S. (2006). Effects of a psychosocial intervention on breast self-examination attitudes and behaviors. *Health Education Research*, 21, 287–295.
- Grant, A., Morgan, M., Mannay, D., & Gallagher, D. (2019). Understanding health behaviour in pregnancy and infant feeding intentions in low-income women from the UK through qualitative visual methods and application to the COM-B (Capability, Opportunity, Motivation-Behaviour) model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 56.
- Guo, X., Han, X., Zhang, X., Dang, Y., & Chen, C. (2015). Investigating m-Health Acceptance from a Protection Motivation Theory Perspective: Gender and Age Differences. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 21(8), 661–669.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.) Prentice-Hall, Inc, Upper Saddle River, NY.
- HASUDER (19 Mart 2020). *COVID-19 hastalığı ile mücadelede “Sağlık çalışanlarının sağlığı”*. <https://korona.hasuder.org.tr/Covid-19-hastaligi-ile-mucadelede-saglik-calisanlarinin-sagligi/> [Erişim Tarihi: 28.10.2021].
- Hodgkins, S., & Orbell, S. (1998). Can protection motivation theory predict behavior? A longitudinal test exploring the role of previous behaviour. *Psychology & Health*, 13, 237–50.
- Hoelter, J. W. (1983). The analysis of covariance structures: Goodness of-fit indices. *Sociological Methods and Research*, 11(3), 325-44.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497-506.
- Kamran, A., & Naeim, M. (2020). Behavioural change theories: a necessity for managing COVID-19. *Public Health*, S0033-3506(20), 30452-2.
- Khazae-Pool, M., Naghibi, S.A., Pashaei, T., Jahangiry, L., Daneshnia, M., & Ponnet, K. (2020). Development and initial validation of a scale for assessing affecting factors on preventive behaviors of COVID-19 (AFPB-CO): using the protection motivation theory. *Research Square/BMC Infectious Diseases Series*.
- Kline, P. (1986). *A handbook of test construction: Introduction to psychometric design*. Methuen, London.
- Ling, M., Kothe, E. J., & Mullan, B. A. (2019). Predicting intention to receive a seasonal influenza vaccination using Protection Motivation Theory. *Social Science & Medicine*, 233, 87-92.
- Macdonell, K., Chen, X., Yan, Y., Li, F., Gong, J., Sun, H., Li, X., & Stanton, B. (2013). A protection motivation theory-based scale for tobacco research among chinese youth. *Journal of Addiction Research and Therapy*, 4(3), 154.
- Mehta, S., Machado, F., Kwizera, A., Papazian, L., Moss, M., & Azoulay, E. (2021). Covid-19: a heavy toll on health-care workers. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9(3), 226-228.

- Milne, S., Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(1), 106-143.
- Moeini, B., Ezati, E., Barati, M., Rezapur-Shahkolai, F., Mohammad Gholi Mezerji, N., & Afshari, M. (2019) Skin cancer preventive behaviors in Iranian farmers: applying protection motivation theory. *Workplace Health & Safety, 67*(5), 231 –40.
- Mortada, E., Abdel-Azeem, A., Al Showair, A., & Zalat, M. M. (2021). Preventive behaviors towards Covid-19 pandemic among healthcare providers in Saudi Arabia using the protection motivation theory. *Risk Management and Healthcare Policy, 14*, 685–694.
- Neuberger, L., Silk, K. J., Yun, D., Bowman, N. D., & Anderson, J. (2011). Concern as motivation for protection: an investigation of mothers' concern about daughters' breast cancer risk. *Journal of Health Communication, 16*(10), 1055–1071.
- Palardy, N., Greening, L., Ott, J., Holderby, A., & Atchison, J. (1998). Adolescents' health attitudes and adherence to treatment for insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 19*, 31–37.
- Park, J. E., Jung, S., Kim, A., & Park J. E. (2018). MERS transmission and risk factors: a systematic review. *BMC Public Health, 18*, 574.
- Pechmann, C., Zhao, G., Goldberg, M.E., & Reibling, E.T. (2003). What to convey in antismoking advertisements for adolescents: The use of protection motivation theory to identify effective message themes. *Journal of Marketing, 67*, 1–18.
- Plotnikoff, R. C., Lippke, S., Trinh, L., Courneya, K. S., Birkett, N., & Sigal, R. J. (2010). Protection motivation theory and the prediction of physical activity among adults with type 1 or type 2 diabetes in a large population sample. *British Journal of Health Psychology, 15*(3), 643-661.
- Razi, S., Rafiemanesh, H., Ghoncheh, M., Khani, Y., & Salehiniya, H. (2015). Changing trends of types of skin cancer in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16*(12), 4955- 4958.
- Rhudy, J. L., & Williams, A. E. (2005). Gender differences in pain: do emotions play a role?. *Gender Medicine, 2*(4), 208–226.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology, 91*(1), 93-114.
- Rogers, R. W. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeal and attitude change: A revised theory of protection motivation*. In: J. T. Cacioppo, R. E. Petty (eds.). *Social psychophysiology: A sourcebook* (p. 153-177) . New York, Guilford Press.
- Runge, C., Prentice-Dunn, S., & Scogin, F. (1993). Protection motivation theory and alcohol use attitudes among older adults. *Psychological Reports, 73*, 96–98.
- Shillair, R. (2020). *Protection motivation theory*. *International encyclopedia of media psychology*. Wiley & Sons.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford, Oxford University Press.
- Suhr, D. (2008). *Step your way through path analysis, Western Users of SAS Software Conference Proceedings*. <https://www.lexjansen.com/wuss/2008/pos/pos04.pdf> (Erişim Tarihi: 15 Haziran 2022).
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik* (1.Bs.). Seçkin Yayınevi, Ankara.

- The Lancet (2020). *COVID-19: protecting health-care workers*. Lancet (London, England), 395(10228), 922.
- Timpka, T., Spreco, A., Gursky, E., Eriksson, O., Dahlström, Ö., Strömgren, M., ... & Holm, E. (2014). Intentions to perform non-pharmaceutical protective behaviors during influenza outbreaks in Sweden: a cross-sectional study following a mass vaccination campaign. *PLoS One*, 9(3), e91060.
- Üstün, Ç., & Özçiftçi, S. (2020). COVID-19 Pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: bir değerlendirme çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(1), 142-153.
- Wallerstein, N., & Sanchez-Merki, V. (1994). Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program. *Health Education Research- Oxford Academic*, 9, 105–118.
- Wang, Y., Liang, J., Yang, J., Ma, X., Li, X., Wu, J., Yang, G., Ren, G., & Feng, Y. (2019). Analysis of the environmental behavior of farmers for non-point source pollution control and management: An integration of the theory of planned behavior and the protection motivation theory. *Journal of Environmental Management*, 237, 15–23.
- Westcott, R., Ronan, K., Bambrick, H., & Taylor, M. (2017). Expanding protection motivation theory: investigating an application to animal owners and emergency responders in bushfire emergencies. *BMC Psychology*, 5(1), 1-14.
- Williams, L., Rasmussen, S., Kleczkowski, A., Maharaj, S., & Cairns, N. (2015). Protection motivation theory and social distancing behaviour in response to a simulated infectious disease epidemic. *Psychology, Health Medicine Journal*, 20(7), 832–837.
- Wurtele, S. K., & Maddux, J. E. (1987). Relative contributions of protection motivation theory components in predicting exercise intentions and behavior. *Health Psychology*, 6, 453–466.
- Xiao, H., Li, S., Chen, X., Yu, B., Gao, M., Yan, H., & Okafor, C. N. (2014). Protection motivation theory in predicting intention to engage in protective behaviors against schistosomiasis among middle school students in rural China. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 8(10), e3246.